

# En belysning av den faglige innsatsen i heroinbehandlingen i Danmark

---

En kritisk diskursanalyse

Speciale  
Kandidat i Socialt Arbejde  
Aalborg Universitet avd. København  
01.08.2016



**Kandidat: 20141680**

**Elin Mykland**

**Antall anslag: 228 413**

**Veileder: Nichlas Permin Berger**

## Innholdsfortegnelse:

<b>Abstract</b> .....	<b>s.3</b>
<b>Kapittel 1: INTRODUKSJON</b> .....	<b>s.5</b>
1.1 Innledning.....	s.5
Problemformulering.....	s.8
1.2 Avgrensning av problemfelt.....	s.8
1.3 Begrepsavklaring .....	s.11
1.4 Heroin .....	s.14
1.5 Heroinbehandling.....	s.16
<b>Kapittel 2: METODE, DESIGN OG ANALYSESTRATEGI</b> .....	<b>s.17</b>
2.1 Informanter.....	s.18
Sundhedsstyrelsen.....	s.19
Socialstyrelsen.....	s.20
Lovverket.....	s.21
Heroinklinikene.....	s.21
Valmuen.....	s.22
Aarhus, KonkatkHuset.....	s.22
Odense.....	s.24
2.2 Utførelse av intervju.....	s.25
Kvalitativt intervju.....	s.25
Enkeltmannsintervju.....	s.25
Gruppeintervju.....	s.26
Intervjuguider.....	s.26
2.3 Ethiske overveielser .....	s.28
2.4 Faircloughs tre-dimensjonale modell.....	s.29
Dimensjon 1, tekst.....	s.30
Dimensjon 2, diskursiv praksis.....	s.32
Dimensjon 3, sosial praksis.....	s.33
2.5 Analysestrategi og teoretiske overveielser.....	s.33
<b>Kapittel 3: VITENSKAPSTERORI</b> .....	<b>s.36</b>
3.1 Sosialkonstruktivisme.....	s.36
3.2 Hermeneutikk.....	s.38
<b>Kapittel 4: TEORETISK UTGANGSPUNKT</b> .....	<b>s.42</b>
4.1 Kritisk diskursanalytisk teori.....	s.42

Norman Faircloughs kritiske diskursteori.....	s.43
4.2 Diskurser innen feltet sosialt arbeid.....	s.46
4.3 Systemteoretisk perspektiv.....	s.48
<b>Kapittel 5:ANALYSE.....</b>	<b>s.51</b>
5.1 Analyse 1, Tekstanalyse.....	s.51
Delkonklusjon.....	s.61
5.2 Analyse 2, Den sosiale praksis.....	s.62
Delkonklusjon.....	s.73
5.3 Analyse 3, Socialstyrelsen.....	s.74
Delkonklusjon.....	s.80
<b>Kapittel 6:KONKLUSJON.....</b>	<b>s.81</b>
<b>Kapittel 7:PERSPEKTIVERING.....</b>	<b>s.87</b>
<b>Kapittel 8:METODEKRITIKK.....</b>	<b>s.91</b>
<b>Kapittel 9:LITTERATURLISTE.....</b>	<b>s.93</b>

Bilag:

- Bilag 1 Intervjuguide, ledelsen ved heroinklinikkene
- Bilag 2 Intervjuguide, personalet ved heroinklinikkene
- Bilag 3 Intervjuguide, Socialstyrelsen

## Abstract

In Denmark heroine treatment has since 2010 been an option for people who are addicted to heroine. There are five heroine clinics in total, located in Copenhagen, Aarhus, Odense, Hvidovre and Esbjerg. (Sundhedsstyrelsen 8/2013: 5) Sundhedsstyrelsen is the organization that has the overall responsibility for the heroine treatment, and is also the organization which makes the guidelines for the treatment. This guidelines are located in the document; *Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed* (2013).

In 2013 Sundhedsstyrelsen published an evaluation of the treatment; *Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010-2012*. In this evaluation Sundhedsstyrelsen concludes that the heroine treatment has a positive effect on the subjects given the treatments. Sundhedsstyrelsen recommends that the treatment has to be in cooperation with the medical action and the social action, and that it is the local municipalities' responsibility to make this happen. (Ibid: 9) In spite of these positive results that Sundhedsstyrelsens shows, there are other rapports that problematize the relationship between the medical- and the social treatment. Katrine S. Johansen stresses in her rapport; *Heroinbehandling i Danmark – en undersøgelse av brugere og behandling* (2013), that there might be a gap between the relationship between the heroine (the medical treatment) and the social treatment. And that there might be a tendency for a preference towards the medical treatment, not only in the clinics, but also as a priority in the political area. (Hansen 2013:135) It also shows that there might be a tendency of a medicalization in the drug treatment area in Denmark. (Asmussen, Bjerger & Houborg 2012) Socialstyrelsen published a document *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling* (2016) last March (2016), where the document is aiming to strengthen the social aspect of the drug treatment in Denmark. Based on a tendency of a medicalization and a need for an improvement of the social treatment in the drug treatment in Denmark, I have found it interesting to research how this might impact the heroine treatment in Denmark. I therefore found it relevant to research the possibility for a tendency of a dominating medical point of view, and how this might have consequences for the social action in the heroine treatment.

My research is based on a text analysis of the document of Sundhedsstyrelsen; *Vejledning om ordination af diacetylmorphine (heroin) ved opioidafhængighed* (2013), interviews from professionals (leaders and other professionals) from the three heroine clinics; Valmuen (Copenhagen), KontaktHuset (Aarhus) and the clinic in Odense, and one interview with an

informant from Socialstyrelsen. I found these three different informants representing three different organizations that include the heroine treatment as a whole field. The juridical legislation is included in the document of Sundhedsstyrelsen.

I have used Norman Fairclough's critical discourse analysis as a theoretical and a methodological framework. That is why I consider the professional fields in the heroine treatment to be different discourses situated in different discourse practices. I have used Norman Fairclough's three-dimensional model to find the connection between Sundhedsstyrelsen and the heroine clinics. I consider Sundhedsstyrelsen to have an important role in the heroine treatment, and a possibility to have the power to influence the discourses in the heroine clinics. My text analysis shows that there might be a tendency that the medical field is dominating of Sundhedsstyrelsen. And I found that the document and the clinics have a dialectical relationship, where the two organizations can be able to have an influence on each other. In spite of that I have found Sundhedsstyrelsen to be having the overall power over the heroine treatment, and therefore there might be a possibility that the medical dominant discourse in the document may have an impact on the social practice.

In the interview with the heroine clinics I found a tendency that the professional's intention in the treatment includes the medical-, the social- and the psychological discourse in the treatment. Considering this, I found a tendency that there might be a possibility that the medical action may be the dominating, compared to the social action. My research also shows that there might be a tendency for the medical treatment to have a priority in the heroine treatment, whereas the social treatment is given less priority.

My research shows that there might be a possibility for a discourse struggle between the medical field and the social field. This is based on the interview from Socialstyrelsen, where that interview shows that the medical field dominates the drug treatment in Denmark, and the social field does not have the same professional position in the field. That's why the new guidelines from Socialstyrelsen might become important for improving the social position in the heroine treatment.

## Kapitte 1, INTRODUKSJON

### 1.1 Innledning

I Danmark har legeordinert heroinbehandling vært tillatt siden 1.mars 2009, hvor de første klinikkene åpnet i april 2010. Klinikene er fordelt over fem kommuner; København, Hvidovre, Odense, Århus og Esbjerg (Sundhedsstyrelsen 8/2013: 5).

Den legeordinerte heroinbehandlingen er et behandlingstilbud som er rettet mot heroinavhengige som tidligere har forsøkt annen substitusjonsbehandling. Det er brukere som ikke har lyktes i den konvensjonelle metadonbehandlingen. Sundhedsstyrelsen beskriver behandlingstilbudet for å være et høyt spesialisert sunnhetsfaglig behandlingstilbud, hvor personalet må følge de spesifikke utdannelsesmessige og erfaringsmessige krav som Sundhedsstyrelsen stiller (Sundhedsstyrelsen 8/2013: 5).

Sundhedsstyrelsen har evaluert den legeordinerte heroinbehandlingen i Danmark fra behandlingens oppstart i 2010 frem til 2012, og utga en rapport i 2013; *Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010-2012*. Sundhedsstyrelsen konstaterer at resultatene i denne evaluering tyder på at behandlingstilbudet har vært en suksess i forhold til forbedring av brukernes livssituasjon. (Sundhedsstyrelsen 8/2013:43) Det belyses at brukerne i behandlingstilbudet overordnet er fornøyd med tilbudet, hvor det påpekes at sammenhengen med de sosiale tilbud er vesentlig i behandlingen. (Ibid:43) Sundhedsstyrelsen poengterer viktigheten med sammenhengen mellom den legelige- og den sosiale- behandling i følgende sitat hentet fra evalueringen; ”Behandling med lægeordineret heroin forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Der skal således være sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte stofmisbrugers sociale problemer.” (Ibid:9). Det er dermed kommunenes ansvar at det skal være en sammenheng mellom den legelige- og den sosiale innsats for brukerne i den legeordinerte heroinbehandlingen.

Undersøkelsen til Katrine Schepelern Johansen; *Heroinbehandling i Danmark – en undersøkelse av brukere og behandling* (2013), er et forskningsprosjekt som har fulgt implementeringen av de første to års drift av den legeordinerte heroinbehandlingen i Danmark. Hvor brukernes syn, personalets syn, organiseringen av heroinklinikkene og hverdagslivet ved klinikkene belyses. (Johansen 2013:9) I kapittelet; *Social behandling og heroin* belyses forholdet mellom heroinen og den sosiale behandlingen, hvor det blant annet

skildres at innsatsen ved klinikkene kan oppfattes som innimellom å deles opp mellom den medisinske del (heroinen) og den sosialfaglige del (den sosiale behandling). (Ibid:132) Hvor det dermed kan oppstå en prioritering mellom innsatsene, hvor det belyses at det i praksis ofte er den medisinske behandling som vinner, fordi brukerne skal ha sin medisin for ikke å få abstinenssymptomer. (Ibid: 132) Det belyses også at interessen rundt selve heroinen i behandlingen både har samlet seg fra myndighetenes, brukernes, behandlernes og den offentlige side. (Ibid: 135) Denne interesse kan ses i sammenheng med at det viser seg å være en tendens til en økt medikalisering innen rusbehandlingen i Danmark, dette særlig innen substitusjonsbehandlingen. Hvor denne utviklingen belyses i artikkelen; *Substitutionsbehandling i Danmark* av Asmussen, Bjerger & Houborg (2012). Utviklingen beskrives å være et skifte mellom den sosialfaglige innsats til en mer medisinsk tilnærming i behandlingen, hvor følgende sitat fra artikkelen belyser dette skifte; ”Et væsentlig skift, som flere interessenter fremhæver, er en forandring fra, at substitutionsbehandling primært har været præget af socialfaglig tænkning og tilgange, til at en mere medicinsk tænkning og lægefaglig tilgang er kommet i fokus” (Asmussen, Bjerger & Houborg 2012:106). Denne beskrivelse får meg til å anta at denne utvikling kan ha en betydning for den sosiale behandlingen i substitusjonsbehandlingen.

I undersøkelsen til SFI – det nationale forskningscenter for velfærd; *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark* (2009), undersøkes den sosiale oppfølgingen i rusbehandlingen i Danmark, hvor deler av undersøkelsens resultater belyser at brukerne av substitusjonsbehandling ønsker en mer intensiv sosial behandling. Dette belyses med følgende sitat fra undersøkelsen; ”Det er især brugere i langvarig substitutionsbehandling, der får en meget begrænset behandling ud over den medicinske. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en del af disse brugere ikke ønsker mere social behandling. Der er dog stadig en stor andel, som ønsker og har behov for en mere intensiv social behandling.” (SFI 2009:14-15) Dette sitat belyser at det eksisterer et ønske om en mer intensiv sosial behandling blant en stor andel av brukerne av substitusjonsbehandlingen. Hvor jeg dermed antar at denne tendens også kan eksistere i dagens legeordinerte heroinbehandling, da brukerne av den legeordinerte heroinbehandling kan anses å være en brukergruppe som har vært i en langvarig substitusjonsbehandling. Det poengteres også i undersøkelsen til Katrine Shepelern Johansen (2013), at det ikke finnes konkrete danske anbefalinger angående hvordan den sosiale behandlingen i forbindelse med heroinbehandlingen skal utføres. (Johansen 2013:127) Hvor

jeg trekker paralleller til at dette muligens kan ha en sammenheng med at en mer intensiv sosial behandling etterlyses i behandlingstilbudet.

I mars dette år (2016), utga Socialstyrelsen nasjonale retningslinjer for den sosiale behandlingen ved rusbehandlingen i Danmark; *Nationale retningslinjer - for den sociale stofmisbrugsbehandling* (2016). Retningslinjene er en del av den forrige regjerings utspill; ”Bedre kvalitet i stofmisbrugsindsatsen”, hvor denne innsats også er kalt Stofmisbrugspakken som ble lansert i 2012. (Socialstyrelsen 2016: 6) Formålet med retningslinjene blir beskrevet å være; «Formålet med retningslinjene er at give kommunerne et fælles grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af den sociale stofmisbrugsbehandling, så indsatsen i højere grad bygger på forskning og gode erfaringer fra praksis.» (Ibid:6) Det kan dermed antas at Socialstyrelsens nye retningslinjer for den sosiale behandlingen, er et bud på å styrke den sosiale behandlingen i dagens rusbehandling. Hvor det dermed kan antas at det finnes et behov for en styrking og bedre kvalitetsutvikling av den sosiale behandlingen også innen den legeordinerte heroinbehandlingen.

Jeg har i denne masteroppgave, et ønske om å belyse om det eksisterer et behov for en styrkning av den sosiale behandlingen innen den legeordinerte heroinbehandlingen. Hvor jeg dermed ønsker å undersøke om det eksisterer en dominerende faglig innsats i behandlingen, og hvilken betydning denne eventuelle dominans har på den sosiale behandlingen i behandlingstilbudet. Jeg finner belysning av de faglige innsatsene i den legeordinerte heroinbehandlingen for å være relevant for feltet sosialt arbeid. Dette da brukergruppen i behandlingen kan sies å være en brukergruppe bestående av ulike sosiale problemer. Hvor jeg dermed anser den sosialfaglige innsatsen i behandlingen for å være viktig for å bidra til en dekkende problemløsning rundt brukergruppens sammensatte problematikker. Jeg anser det viktig med en koordinering av et samlet innsatsområde i behandlingen, bestående av en likevektig sunnheitsfaglig- og sosialfaglig innsats for at behandlingsinnsatsen skal bli optimal. Jeg anser dermed den sosialfaglige innsatsen i den legeordinerte heroinbehandlingen å bidra til en helhetlig behandlingsinnsats i samspill med de andre fagområder. Hvis det viser seg å være en økt medikalisering i dagens rusbehandling, finner jeg denne masteroppgaves belysning av posisjonen til den sosialfaglige innsats dermed særdeles relevant i dagens heroinbehandling. Dette for å avdekke om det finnes et behov for en styrking av den sosiale behandlingen. Hvor jeg dermed anser denne undersøkelses problematisering av den faglige innsatsen, for å kunne være et potensielt bidrag til å belyse den sosialfaglige posisjon i behandlingstilbudet.



For å kunne undersøke den faglige innsatsen i behandlingen, har jeg i denne masteroppgave hatt et ønske om en helhetlig belysning av de faglige innsatsene i den legeordinerte heroinbehandlingen. Med en helhetlig belysning har jeg hatt et ønske om å få et innblikk i de ulike aktører som har en betydning for den legeordinerte heroinbehandlingen. Dette for å få et overblikk over den samlede faglige innsatsen i behandlingen. De aktuelle aktører som jeg tar utgangspunkt i denne undersøkelse er følgende; Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, det aktuelle lovverk på området og heroinklinikkene. Hvor jeg redegjør nærmere for denne avgjørelse i avsnittet angående avgrensning av mitt problemfelt. Jeg ønsker å presisere at videre i min undersøkelse vil jeg bruke betegnelsen heroinbehandling fremfor den legeordinerte heroinbehandlingen, dette for å ha en så nøytral tilnærming til behandlingstilbudet som mulig.

### **Problemformulering**

Jeg har følgende problemformulering med etterfølgende underspørsmål som jeg skal besvare i denne undersøkelse;

*Hvilke diskurser er herskende i heroinbehandlingen i Danmark, og hvilken betydning har dem for den sosiale behandlingen i praksis?*

Underspørsmål:

- Samsvarer diskursene i retningslinjene til Sundhedsstyrelsen med den sosiale praksis?
- Hvordan samspiller de ulike diskursene i behandlingen, finnes det noen diskursive kamper?

## **1.2 Avgrensning av problemfelt**

Jeg kontaktet Katrine Schepelern Johansen i oppstarten av min undersøkelse, dette etter å ha lest hennes rapport; *Heroinbehandling i Danmark – en undersøgelse af brugere og behandling* (2013), samt artikler av henne i tidsskriftet STOF. Hvor jeg fant hennes forskning interessant og inspirerende. Jeg kontaktet Katrine med ønske om å få en samtale med henne som kunne gi meg inspirasjon til hvordan å belyse feltet. Samtalen ga meg et bredere innblikk i heroinbehandlingen, hvor det ga meg inspirasjon til å ta utgangspunkt i flere heroinklinikker. Jeg ble også informert om de nye retningslinjene til Socialstyrelsen; *Nationale retningslinjer*

– *for den sociale stofmisbrugsbehandling* (2016), som jeg deretter besluttet meg for å ta utgangspunkt i. Jeg ønsker å presisere at samtalen med Katrine var en uformell samtale, som jeg kun har brukt til personlig inspirasjon i oppstarten av min undersøkelse. Med dette er ikke Katrine på noen måte ansvarlig for hvordan jeg har belyst feltet eller hvilke resultater jeg har oppnådd.

For å kunne besvare min problemformulering og etterfølgende underspørsmål, har jeg funnet det relevant å belyse de ulike aktørene innen heroinbehandlingen. Dette for å kunne belyse feltet som en helhet. Hvor jeg innledningsvis nevnte at jeg betegner de aktuelle aktører innen heroinbehandlingen i Danmark for å være; Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, det aktuelle lovverket på området og heroinklinikene. Da jeg ønsker å undersøke hvilken faglig innsats som er dominerende i heroinbehandlingen, og hvilken betydning dette kan ha for den sosiale behandlingen i praksis, har jeg da valgt å fokusere på de faglige diskursene i behandlingen. Jeg betegner de faglige diskursene for å være den faglige innsatsen som heroinbehandlingen består av. Hvor jeg henviser til definering av begrepet diskurs i mitt begrepsavklarings avsnitt i denne oppgave. For å kunne avdekke de ulike diskurser, har jeg funnet det relevant å utføre en diskursanalyse. Hvor jeg i min diskursanalyse har vært inspirert av Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse, og funnet det aktuelt å ta utgangspunkt i Faircloughs tre-dimensjonale modell. Denne modell redegjøres ytterligere i mitt metode- og analysestrategi kapittel. Som jeg innledningsvis beskrev så kan det vise seg å eksistere en tendens til en økt medikalisering innen rusområdet i Danmark, hvor jeg dermed har funnet Faircloughs kritiske diskursanalyse relevant i forhold til å belyse posisjonen til den sosiale behandlingen. Dette fordi den kritiske diskursanalyse tar utgangspunkt i de undertrykte klasser og individer i samfunnet (Jørgensen & Phillips 1999:76), hvor jeg dermed finner dette utgangspunkt relevant for å kunne avdekke den sosiale behandlingens eventuelle undertrykte posisjon i behandlingstilbudet. Da jeg antar at hvis det er et økt fokus på medisinerer innen behandlingstilbudet i Danmark, så kan det være en sannsynlighet for at den sosiale behandlingen dermed er underlagt den medisinske behandling.

I tillegg til Faircloughs kritiske diskursanalyse, som jeg har brukt både som et teoretisk utgangspunkt og som et metodisk utgangspunkt i denne undersøkelse, har jeg også funnet det systemteoretiske perspektiv relevant å belyse. Hvor jeg har funnet det systemteoretiske perspektiv relevant å belyse, da jeg har funnet dette perspektiv representert i min analyse av feltet. Jeg henviser til redegjørelse av mine belyste teorier i denne undersøkelses teorikapittel, samt en ytterligere beskrivelse av valg og fravalg i forhold til teoretiske overveielser i metode,

design og analysestrategi kapittelet. Jeg har et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt kombinert med en hermeneutisk tilgang i denne undersøkelse. Da jeg har funnet dette vitenskapelige utgangspunkt relevant i forhold til hvordan jeg har møtt mitt undersøkelsesfelt. Jeg henviser til mitt vitenskapsteoretiske kapittel, for ytterligere redegjørelser for relevansen av denne tilgangen i forhold til min undersøkelse.

For å kunne avdekke diskursene i den helhetlige heroinbehandlingen, har jeg valgt å fokusere på forholdet mellom Sundhedsstyrelsen og heroinklinikkene. Dette fordi Sundhedsstyrelsen i sin veiledning; *Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed* (2013), beskriver retningslinjene for heroinbehandlingen. Jeg betegner retningslinjene for å kunne ha en potensiell påvirkningskraft for hvilke diskurser som eksisterer i praksis. Hvor jeg dermed har funnet relasjonen mellom retningslinjene og heroinklinikkene relevant å analysere. For å kunne finne svar på om de diskursene som avdekkes i Sundhedsstyrelsens veiledning samsvarer med praksis, har jeg valgt å undersøke praksis i form av intervju ved tre heroinklinikker. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i følgende heroinklinikker; Kontakthuset i Aarhus kommune, Valmuen i København kommune og heroinklinikken i Odense kommune. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i tre heroinklinikker for å kunne belyse feltet som en helhet. Da jeg finner belysning av tre klinikker for å ha en mer sannsynlig avdekking av diskursene i det samlede felt, enn om jeg kun hadde tatt utgangspunkt i en klinikk. Jeg har i denne undersøkelse ikke hatt et ønske om å sammenligne de ulike klinikker, men kun et ønske om å belyse dem for å få et mer helhetlig bilde av den samlede behandling. Det vil derfor ikke være noen konkrete henvisninger i min analyse til hvordan innsatsen utføres ved de enkelte klinikkene. Hvor det heller ikke vil være en dyptgående analyse over hvordan den sosiale behandlingen gjennomføres, men mer en overordnet belysning på hvordan de faglige diskursene potensielt sett kan påvirke den sosiale behandlingen i praksis.

Jeg har valgt å intervju både ledelse og representanter fra personalgruppen ved heroinklinikkene. Dette for å få to perspektiv ved heroinklinikkene, et perspektiv fra ledelsesnivå og et perspektiv fra personalet. Da jeg har funnet denne belysning fruktbar for å kunne få et innblikk i hvordan Sundhedsstyrelsens retningslinjer implementeres i behandlingen, og hvilken betydning de har i den daglige praksis ved heroinklinikkene. Hvor jeg anser inndragelse av både et ledelsesperspektiv og personalet i denne forbindelse er relevant for å kunne undersøke retningslinjenes helhetlige betydning ved klinikkene. Jeg har i denne undersøkelse fravalgt empiri i form av intervju med brukerne av heroinbehandlingen. Hvor jeg dermed har valgt å fokusere på et mer strukturelt nivå, hvor jeg har belyst praksis fra

de profesjonelles side. Da jeg har analysert forholdet mellom diskursene i Sundhedsstyrelsens veiledning og diskursene som personalet ved heroinklinikkene beskriver. Da jeg anser personalgruppen ved heroinklinikkene for å representere de praksisnære profesjonelle i heroinbehandlingen.

Jeg har valgt å inndra Socialstyrelsens retningslinjer; *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling* (2016) i forhold til å belyse ytterligere den sosiale behandlingsposisjon innen rusbehandlingen i Danmark. Hvor jeg har fravalgt å utføre diskursanalyse over Socialstyrelsens retningslinjer, dette fordi retningslinjene på nåværende tidspunkt ikke er implementert ved behandlingsinstitusjonene. Hvor jeg dermed har funnet relasjonen mellom Socialstyrelsens retningslinjer og heroinklinikkene vanskelig å avdekke. Jeg har dermed valgt å utføre intervju med representant fra Socialstyrelsen for å kunne få en ytterligere belysning av retningslinjenes formål og deres relevans i forhold til den sosiale behandlingen ved heroinklinikkene i Danmark.

Jeg har med dette avgrenset mitt problemfelt fra å fokusere på hvordan den sosiale behandlingen ved heroinklinikkene utføres, til et mer fokus på *hvilken* potensiell betydning den faglige innsatsen ved klinikkene har for den sosiale behandlingen.

### **1.3 Begrepsavklaring**

I dette avsnitt belyser jeg de begrep som jeg finner relevant å definere i forhold til videre lesning av denne oppgave. Følgende begrep er definert i dette avsnitt; *diskurs, diskursorden, rusavhengighet, rusbruker, substitusjonsbehandling og sosial behandling*. Jeg finner det relevant å gi en ytterligere forklaring på de ovenstående begrep, da dette er begrep som både kan trenge definering for utenforstående og en forklaring i forhold til hvordan jeg tolker og benytter meg av begrepene i denne undersøkelse.

#### Diskurs

Diskurs kan forstås på ulike måter, hvor en bred definisjon kan være følgende; «betydningshorisont eller en bestemt måte at tale om og forstå verden på». (Dreyer i Juul & Pedersen 2012: 237)

Jørgensen & Phillips (1999), belyser forholdet mellom diskurser og språk ofte for å forstås følgende; « (...) sproget er strukturert i forskjellige mønstre, som vores udsagn følger, når vi

agerer inden for forskellige sociale domæner – man taler for eksempel om «medicinsk diskurs» eller «politisk diskurs».» (Jørgensen & Phillips 1999: 10) Med dette har jeg dermed dannet meg grunnlaget for å betegne de ulike faglige innsatsene i denne undersøkelse for ulike diskurser. Eksempler på faglige diskurser i min undersøkelse er; en sunnhetsfaglig diskurs og en sosialfaglig diskurs.

For å kunne få en ytterligere analyse av de ulike diskurser betydning, har jeg i denne undersøkelse tatt utgangspunkt i Norman Faircloughs oppfattelse av begrepet diskurs. Hvor Faircloughs oppfattelse av diskurser belyses i følgende sitat; “In using the term “discourse”, I am proposing to regard language use as a form of social practice, rather than a purely individual activity or a reflex of situational variables” (Fairclough 1992: 63) Faircloughs forståelse av diskurs, tolker jeg for å betegne diskurser for å være språkbruk som kan anses som en form for sosial praksis. Hvor dermed diskursene anses som noe mer enn kun en individuell aktivitet eller individers betraktning av fenomener og deres omgivelser. Jeg tolker dermed diskursene i seg selv å utføre en praksis og en form for handling i den sosiale verden de utfoldes i. Jeg har dermed funnet Faircloughs forståelse relevant i min undersøkelse, da jeg analyserer forholdet mellom Sundhedsstyrelsens retningslinjene og den sosiale praksis ved heroinklinikkene. Hvor jeg dermed anser diskursene i Sundhedsstyrelsens retningslinjer, for potensielt sett utføre en form for sosial praksis i deres eventuelle fremtredelse ved heroinklinikkene. Jeg henviser til ytterligere utdyping av Faircloughs diskursteori i mitt teorikapittel.

### Diskursorden

Jeg tar utgangspunkt i Norman Faircloughs definisjon på hva diskursorden er i min undersøkelse, hvor denne definisjonen lyder følgende; ” Den kritiske diskursanalytiske tilgang oppfatter fællesskabers diskursive praksisser – deres normale måder at bruke sproget på – som et nettverk, som jeg vil kalde ”diskursordener”. En social institutions eller et socialt domænes diskursorden konstitueres af de diskurstyper, som bruger der.”(Fairclough 2008: 122) Jeg betegner diskursordene i denne undersøkelse for å innebære de ulike felt som heroinbehandlingen består av, hvor jeg betegner Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, det aktuelle lovverket på området og heroinklinikkene for å være fire ulike diskursordener i denne undersøkelse.

### Substitusjonsbehandling

Sundhedsstyrelsen definerer substitusjonsbehandling som følgende; ”Erstatning af et uhensigtsmæssigt stof eller lægemiddel med et mere hensigtsmæssigt lægemiddel med henblik på behandling af afhængighed.” (Sundhedsstyrelsen 2008: 6) I denne undersøkelse betegner jeg heroinbehandlingen for å inngå i substitusjonsbehandlingen i Danmark, da diacetylmorphinen kan anses som et hensiktsmessig legemiddel som erstatter det uhensiktsmessige stoffet; heroinen.

### Rusavhengighet

Rusavhengighet defineres ut i fra det offentlige diagnosesystemet; WHO ICD-10. Hvor deres definisjon på rusavhengighet beskrives å være; «som et bruk, der er fysisk og/ eller psykisk skadeligt for brukeren, og afhængighed er – som det fremgår – en syndromdiagnose» (Ege i Guldanger & Skytte 2013: 423)

### Rusbruker

Jeg velger å betegne brukerne av heroinbehandlingen som *rusbrukere*, hvor dette begrep kan defineres følgende;

*«(...)«stofbruger» henviser til vedkommendes relationer til bestemte ting – nemlig de substanser, han eller hun benytter for at opnå rus og/eller undgå abstinenser – og undertiden til en særlig identitet, til stofbrugernes relationer til hinanden og til de fællesskaber, hvor stofferne kan skaffes og bliver anvendt» (Asmussen & Johnke: 2004. s.13)*

Hvor jeg i denne undersøkelse oversetter begrepet *stofbruger* til norsk som jeg anser å være være begrepet *rusbruker*. Med bruk av denne defineringen ønsker jeg å betegne brukerne av heroinbehandlingen så nøytralt som mulig, hvor jeg fravelger å bruke betegnelsen; *rusmisbruker*. Dette for at jeg betegner begrepet *rusbruker* mer nøytralt, og påtegner ingen relasjon mellom brukernes forbruk av rusmidlene. (Ibid: 13)

### Sosial behandling

Socialstyrelsen bruker følgende definisjon på den sosiale behandlingen innen rusbehandlingen i Danmark;

*”Med udgangspunkt i den enkelte borgers situation omfatter social stofmisbrugsbehandling ikke-medicinske indsatser, der har direkte relevans i arbejdet med behandling af stofmisbruget. Indsatserne har til formål at reducere sociale, psykiske og fysiske barrierer for at opnå ophør, reduktion eller forebygge en forværring af stofbruget.” (Socialstyrelsen: 2016. s.12)*

Dermed tolker jeg den sosiale behandlingen innen rusbehandlingen, for å være den behandlingen som ikke inngår i den medisinske behandlingen. I denne undersøkelse betegner jeg de ulike innsatsområder som ikke fokuserer på den medisinske behandlingen, som den sosiale behandlingen i heroinbehandlingen. Hvor jeg anser de ulike sosiale innsatsområder i heroinbehandlingen for blant annet å være; økonomiske forhold, boligforhold, arbeid og aktivering, nettverk og forebygging av kriminalitet.

## 1.4 Heroin

I boken *Heroinmissbruk* av Bengt Svensson (2005), beskrives stoffet heroin for å utvinnes av opiumvalmuen; *papaver somniferum*, som opprinnelig stammer fra midtøsten. Hvor det beskrives at på 1990-tallet ble en ny opiumplante oppdaget i Columbia, som dermed også har blitt en stor del av dagens heroinproduksjon. (Svensson 2005: 33) Svensson (2005), beskriver opium for å regnes som en av menneskets eldste former for medisin, og fra 1800-tallet var opium en stor handelsvare mellom Europa og Kina. (Ibid:16) I 1803, ga farmasøyt Friedrich Wilhelm Serturmer, opium navnet morfin, hvor deretter heroin (diacetylmorfin) for første gang ble fremstilt i 1874 av den britiske kjemikeren C.R.Alder Wright. (Ibid: 17-18). Stoffet ble først kommersielt brukt etter at kjemikeren, Heinrich Dreser, ga stoffet navnet heroin i 1898, hvor legemiddelsfabrikken Bayers begynte å utvinne stoffet (Ibid:18).

Svensson (2005), beskriver at rundt 1906 ble heroinforbruk ansett som et sosialt og moralistisk problem, da det heroinen viste seg å ha en stor avhenighetsskapende effekt. (Svensson 2005: 18) Opiumkonvensjonen i Haag, i 1912, vedtok et forbud mot all ikke-medisinsk bruk av opiat og kokain, hvor det senere i 1914 også ble vedtatt forbud i USA (Ibid:18). Dette førte til strenge reguleringer med straff ved bruk av heroin, og heroinbruken minsket betraktelig over hele verden. (Ibid: 18-19) Etter andre verdenskrig økte den illegale handelen med opiat og heroin kraftig, og denne handelen medførte til en stor inntektskilde for kriminelle organisasjoner. (Ibid:19) Hvor det viser seg at heroinen fra 1970-tallet, igjen har spredt seg over hele verden (Ibid:19).

### Helsemessige konsekvenser ved heroinbruk

Heroin kan inntas på ulike måter, inntak ved injisering, røyking og sniffing. (Svensson, 2005: 35) Svensson (2005), beskriver at stoffet, heroin i seg selv, ikke gir noen betydningsfulle fysiske skader på mennesker. (Ibid:139) Heroinbruk kan allikevel medføre en

rekke helsemessige konsekvenser. Noen av konsekvensene kan være i form av pustevansker, da heroinen kan gi en allmenn dempende effekt på det sentrale nervesystemet og dermed øke sannsynligheten for minskende hosteaktivitet, som kan føre til lungebetennelse. (Ibid:140)

Ved injisering av heroin kan det være en risiko for blodforgiftning og andre skader på blodårene. Forstoppelse og minsket sexlyst kan også være konsekvenser av heroinbruk. Ved blanding av andre stoffer, kan det føre til en økt risiko for overdosering som i verste tilfelle kan medføre dødsfall. (Ibid:140) Bruk av urent brukerstyr, kan også medføre konsekvenser for den fysiske helsetilstand, hvor også virusinfeksjoner i form av HIV og hepatitt kan forekomme. (Ibid:140)

### Heroinbruk og ulike psykososiale problemer

Som følge av heroinbruken kan det som ovenstående beskrevet oppstå en rekke helsemessige konsekvenser. Heroinbruk kan også medføre til andre konsekvenser i form av ulike psykiske og sosiale problemer. Jeg henviser til definisjon av rusavhengighet i mitt begrepsavklaringsavsnitt.

Eksempler på ulike sosiale problemer som følge av heroinbruk anser jeg å blant annet kunne innebære faktorer som; økonomi, bopel, arbeid, sysselsetting, nettverk og kriminalitet. De helsemessige- og sosiale konsekvensene rundt heroinbruk, henger ofte sammen, og kan ses som en sammensatt problematikk. Eksempelvis antar jeg det å ha fysiske plager for å kunne medføre til en mindre mobilitet, hvor dermed risikoen for å falle utenfor arbeidsmarkedet kan høynes, hvor dermed økonomien blir svekket, og det kan være vanskelig å finansiere sitt heroinbruk på en legal måte. Kriminelle handlinger kan derfor bli en løsning for å kunne skaffe seg heroin. Hvor også bopel kan bli vanskelig å beholde, da dette krever en stabil økonomi. Dette er eksempler på ulike sosiale problemer som jeg betegner de heroinavhengige for å kunne ha.

Belysning av de potensielle konsekvensene av heroinbruk, belyser en sammensatt problematikk, som dermed kan sies å kreve et sammensatt behandlingstilbud. Jeg skal i nedenstående avsnitt beskrive ytterligere hva heroinbehandlingen i Danmark innebærer. Hvor både kriteriene og målet for behandlingen blir belyst.



## 1.5 Heroinbehandling

I følge Sundhedsstyrelsens beskrivelse av heroinbehandlingen, er behandlingen en høyt spesialisert sunnhetsfaglig behandling. (Sundhedsstyrelsen 8/2013: 5) Sundhedsstyrelsen beskriver brukergruppen av behandlingen for å være en «hard-to-treat»-gruppe. (Ibid:5) Brukergruppen blir betegnet for «hard-to-treat», da brukergruppen før oppstart av heroinbehandlingen, som regel har forsøkt annen substitusjonsbehandling, uten at denne behandling har lyktes. (Ibid:5) Hvor Sundhedsstyrelsen dermed beskriver at etter flere tidligere langvarige behandlingsforsøk, kan det bli aktuelt med den legeordinerte heroinbehandlingen. (Ibid:5)

Formålet med behandlingen blir beskrevet å være en forebygging av en forverring av brukernes helsetilstand og på lengre sikt å oppnå en forbedring av brukernes livskvalitet, både helsemessig og sosialt. (Sundhedsstyrelsen 8/2013: 5) Behandlingsforløpet blir beskrevet å bestå av oppmøte inntil to ganger daglig, hvor brukerne får deres injeksjon av diacetylmorfinen (heroinen). Brukerne kan få utdelt metadon til natten, som enten inntas ved klinikken eller tas med hjem. Heroinklinikkene har åpent 8-10 timer daglig året rundt, og det skal alltid være en lege eller mulighet for å hurtig kontakte lege, samt minst to autoriserte sunnhetsfaglige personal til stede ved klinikkene. (Sundhedsstyrelsen 8/2013: 10)

Kriteriene for å kunne bli innskrevet i behandlingen er følgende;

- *Alder over 18 år*
- *Ingen aktiv eller ubehandlede sværere psykiatrisk lidelse, der gjør, at patienten ikke kan medvirke til injeksjonsbehandlingen*
- *Ingen sværere somatisk lidelse, som kontraindicerer behandling*
- *Intet betydende alkoholmisbrug; dvs. at patienten skal være i stand til fremmøde to gange dagligt uden sværere alkoholpåvirkning eller alkoholabstinenssymptomer*
- *Intet betydende benzodiazepinmisbrug. Patienter i stabil behandling med benzodiazepiner er ikke ekskluderet fra injeksjonsbehandling*
- *Ingen graviditet, amning eller aktuelle planer om graviditet*
- *Accept af krav om fremmøde og superviseret selvadministration af injeksjonsbehandlingen.*

(Kriteriene er hentet fra Sundhedsstyrelsen 9/2013: 4)

## Kapittel 2, METODE, DESIGN OG ANALYSESTRATEGI

I dette kapittel redegjør jeg for mine metodiske og analytiske overveielser i forbindelse med min masteroppgaves undersøkelse. Hvor jeg innledningsvis i avsnittet *informanter* redegjør for relevansen av inndragelse av de ulike aktører i min undersøkelse, samt en ytterligere beskrivelse av mine informanter og hvilken metode jeg har brukt i møtet med feltet. Deretter redegjør jeg for Norman Faircloughs *tre-dimensjonale modell*, da jeg har brukt denne modell som en metode for å analysere deler av mitt datamateriell. Hvor jeg deretter redegjør for mine ytterligere analytiske strategier i denne undersøkelse i avsnittet *analysestrategi*. Til slutt i avsnittet *teoretiske overveielser*, belyser jeg mine overveielser i forhold til de avgjørelser jeg har hatt i forhold til mitt teoretiske utgangspunkt i denne undersøkelse.

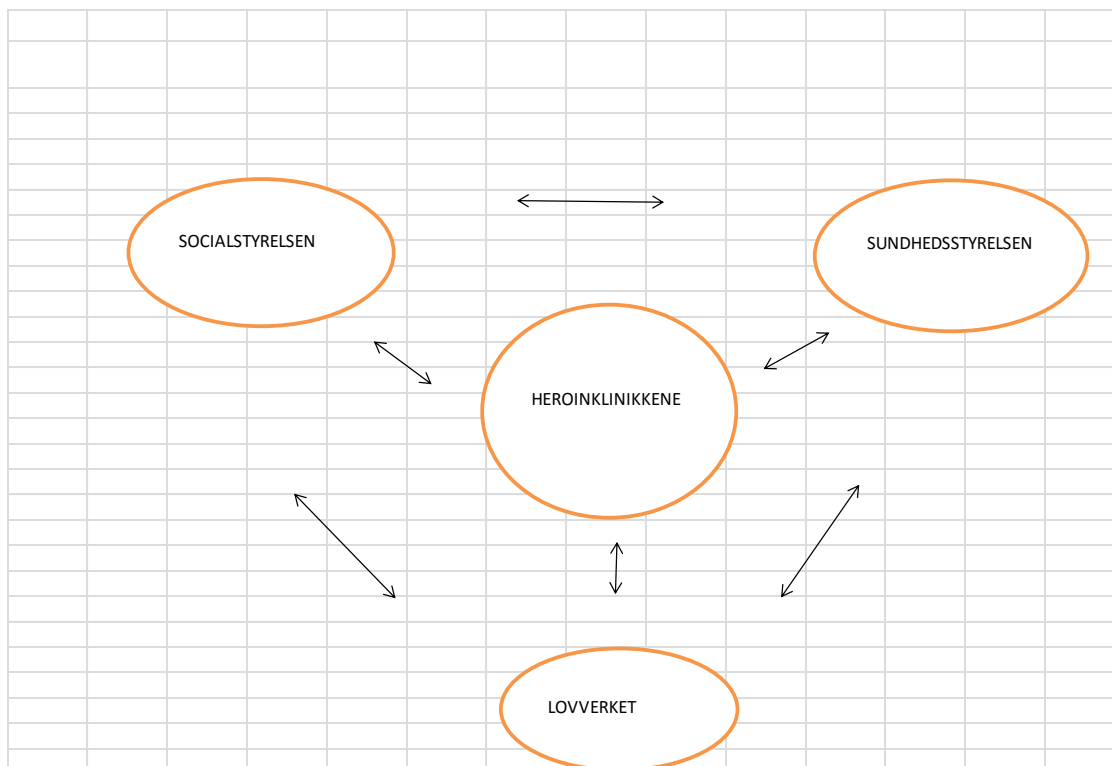
Følgende modell viser en oversikt over mitt metodiske utgangspunkt i denne undersøkelse;

Hvem	Hvordan	
Sundhedsstyrelsen  «Vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed»	Tekstanalyse	Norman Faircloughs tre-dimensjonale modell (1 og 2)
Heroinklinikkene Aarhus: L København: P Odense: L + P	Kvalitative semistrukturerete intervju Enkeltmannsintervju Gruppeintervju Enkeltmannsintervju+Gruppeintervju	Norman Faircloughs tre-dimensjonale modell (3)
Socialstyrelsen	Kvalitativt semistrukturert intervju Enkeltmannsintervju	
*L=leder P=personal		

## 2.1 Informanter

Innledningsvis i denne oppgave, har jeg beskrevet de aktuelle aktørene for heroinbehandlingens samlede felt for å være; Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, områdets aktuelle lovverk og heroinklinikkene. Hvor jeg i denne undersøkelse betegner dem alle for å være ulike diskursordener innen heroinbehandling. Jeg henviser til definering av begrepet diskursorden i mitt begrepsavklaringsavsnitt. For å belyse feltet helhetlig har jeg dermed hatt et ønske om å innhente empiri fra de ulike diskursordene. Hvor jeg anser heroinklinikkene for å være den sentrale diskursorden i denne undersøkelse, da det er ved heroinklinikkene behandlingen utføres i praksis. Jeg har valgt å betegne heroinklinikkene innen en og samme diskursorden, dette for å belyse heroinklinikkene som en samlet aktør. Heroinklinikkene kan sies ut i fra et kritisk diskursanalytisk perspektiv, å stå i et dialektisk forhold til de andre diskursordener innen heroinbehandling. (Jørgensen & Phillips 1999:77) Jeg henviser til mitt teorikapittel for ytterlig redegjørelse av den kritiske diskursteori. Jeg betegner dermed heroinklinikkene å inngå i et dialektisk forhold med; Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen og det aktuelle lovverket på området.

Hvor det dialektiske forhold kan illustreres med følgende modell;



Denne modell viser en oversikt over heroinbehandlingen som en helhet og viser de ulike diskursordener å være i et dialektisk forhold. Hvor pilene illustrerer ved å peke i begge retninger mellom de ulike diskursodene, at det dermed er et samspill mellom dem og at de dermed er koblet sammen. Jeg har plassert heroinklinikkene i midten, da det er denne diskursorden som jeg i min undersøkelse har tatt utgangspunkt i. Hvor jeg undersøker hvilken betydning de andre diskursordener kan ha for heroinklinikkene. De alle fire diskursordener har en mulighet for å kunne påvirke hverandre, og til sammen utfyller de helheten av diskursene i heroinbehandlingen. Jeg skal nedenunder beskrive de ulike diskursordeners relevans i denne undersøkelse, og dermed belyse mine informanter innen de ulike diskursordener.

## **SUNDHEDSSTYRELSEN**

Sundhedsstyrelsen kan betegnes å være den øverste sunnhetsfaglige myndighet i Danmark, som ligger under Sundheds- og Ældre-ministeriet.<sup>1</sup>

Sundhedsstyrelsen er det organ som har utrettet veiledningen; *Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed* (2013), veiledningen er et dokument som innebærer retningslinjene for den legelige ordinasjonen av heroinen i heroinbehandlingen i Danmark. Dette dokument innebærer retningslinjene for ordinasjonen og de betingelser rundt denne spesifiserte behandlingen. (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 1) Jeg har funnet Sundhedsstyrelsens veiledning aktuell å belyse i min undersøkelse, da det på nåværende tidspunkt er denne veiledning som inneholder de gjeldene retningslinjene som heroinklinikkene er pålagt å følge i sitt behandlingstilbud. Hvor jeg dermed betegner Sundhedsstyrelsen for å være et organ og en diskursorden som har en potensiell mulighet for å kunne ha en betydning for hvordan heroinbehandlingen utføres i praksis. Jeg har dermed funnet det aktuelt å belyse Sundhedsstyrelsens veiledning i denne undersøkelse, da jeg antar at veiledningen avspeiler de diskursene Sundhedsstyrelsen vektlegger i heroinbehandlingen. Hvor jeg har funnet det aktuelt å inndra analyse av Sundhedsstyrelsens veiledning som en del av Norman Faircloughs tre-dimensjonale modell. (Denne modell redegjøres ytterligere i avsnittet angående analysestrategi.)

---

<sup>1</sup> (<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os>)

## SOCIALSTYRELSEN

Socialstyrelsen er et organ som inngår i Social- og Indenrigsministeriet. Hvor Socialstyrelsen bidrar blant annet til en vitensbasert sosialpolitikk, som skal medvirke til en effektiv sosial innsats til gagn for borgerne i Danmark.<sup>2</sup>

Socialstyrelsen er det organ som har utgitt de nye retningslinjene for den sosiale rusbehandlingen i Danmark; *Nationale retningslinjer – for den sociale stofmisbrugsbehandling* (2016). Retningslinjene er som jeg innledningsvis beskrev en del av utspillet fra den forrige regjeringen; «Bedre kvalitet i stofmisbrugsindsatsen», som også blir kalt for «Stofmisbrugspakken». (Socialstyrelsen 2016: 6) Hvor Socialstyrelsen i den forbindelse fikk i oppgave å utrette nasjonale retningslinjer over den sosiale behandlingen innen rusbehandlingen i Danmark. Retningslinjene er blitt utarbeidet i en arbeidsgruppe med relevante aktører på området. (Ibid: 6) Formålet med retningslinjene blir beskrevet å være som jeg innledningsvis i denne oppgave belyste, et dokument med et felles grunnlag for kommunene for kvalitetsutvikling og kvalitetssikring av den sosiale rusbehandlingen. (Ibid: 6) Retningslinjene er beregnet for beslutningstakere, planleggere, ledere og medarbeidere i behandlingsinstitusjonen, samt borgere og brukerorganisasjoner i Danmark. (Ibid: 7)

Jeg betegner Socialstyrelsen for å være en aktuell diskursorden innen heroinbehandlingen i Danmark. Jeg anser Socialstyrelsen for å være aktuell da Socialstyrelsen kan sies å belyse den sosialfaglige innsatsen innen rusbehandlingen, hvor jeg dermed også anser Socialstyrelsen for å belyse den sosialfaglige innsatsen innen heroinbehandlingen. Retningslinjene til Socialstyrelsen er på nåværende tidspunkt ikke implementert ved behandlingsinstitusjonene, jeg har dermed funnet retningslinjene å befinne seg i en potensiell posisjon for betydning for behandlingen ved heroinklinikkene. Jeg har dermed ikke inndratt Socialstyrelsens retningslinjer i Norman Faircloughs tre-dimensjonale modell, men inndratt dem i en selvstendig analyse hvor jeg har hentet empiri fra intervju med representant fra Socialstyrelsen.

### Beskrivelse av informant

Jeg har funnet det relevant å intervju representant fra Socialstyrelsen ved navn, Jette Nyboe. Jette Nyboe stod oppført som kontaktperson for de nye retningslinjene på Socialstyrelsens

---

<sup>2</sup> (<http://socialstyrelsen.dk/om-os/>)

nettside<sup>3</sup>, jeg fant Jette Nyboe dermed relevant å innhente som informant i denne undersøkelse. Jeg ønsket intervju med Jette Nyboe for å kunne få et ytterligere innblikk i hvordan den sosialfaglige innsatsen posisjonerer seg innen heroinbehandlingen. Jeg anser intervju med Jette Nyboe som en form for ekspertuttalelse, da hun har vært med å utvikle retningslinjene, og har fra starten av vært ansvarlig koordinator for prosessen. Hvor Jette Nyboe per dags dato fortsatt er koordinator i prosessen videre angående implementeringen av retningslinjene i kommunene. Jeg anser dermed Jette Nyboe som en ekspert innen området og fant det dermed relevant å intervju henne i forbindelse med å belyse posisjonen til den sosiale innsatsen i heroinbehandlingen.

## **LOVVERKET**

Jeg finner det aktuelle lovverket på området som en relevant diskursorden innen heroinbehandlingen. Da jeg betegner det aktuelle lovverket på området å være de lover som heroinbehandlingen er underlagt. De lovene heroinklinikkene er underlagt er følgende; Sundhedsloven, Autorisationsloven, Serviceloven og Retssikkerhedsloven.

(Sundhedsstyrelsen 9/2013: 1) Jeg anser lovverket som en relevant diskursorden, da lovverket danner de juridiske rammene for heroinbehandlingen. Hvor jeg dermed antar at lovverket kan ha en potensiell påvirkning for de eksisterende diskurser i heroinklinikkene. Jeg har dermed funnet det relevant å belyse lovverket som en diskursorden i denne undersøkelse. Jeg belyser lovverket som en del i Faircloughs tre-dimensjonale modell, hvor lovverket belyses som en del i min tekstanalyse bestående av Sundhedsstyrelsens veiledning. (Henviser til ytterligere metodiske forklaringer i avsnittet hvor jeg redegjør for den tre-dimensjonale modell)

## **HEROINKLINIKKENE**

Som tidligere beskrevet anser jeg heroinklinikkene å være en sentral diskursorden innen heroinbehandlingen, da det er ved heroinklinikkene behandlingen utføres i praksis. Hvor jeg i intervju med representanter fra heroinklinikkene har hatt et ønske om å avdekke de faglige innsatsene som utføres i praksis. Analysen av empirien som jeg har innhentet i intervju ved klinikkene inngår i den tre-dimensjonale modell til Norman Fairclough, noe som redegjøres

---

<sup>3</sup> (<http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/nationale-retningslinjer-for-den-sociale-stofmisbrugsbehandling>)

ytterligere senere i dette kapittel. Jeg skal nedenunder kort beskrive de ulike heroinklinikkene som jeg har vært i kontakt med, samt introduksjon av de ulike informanter ved klinikkene.

## **Valmuen**

Valmuen ligger geografisk til i København. Klinikken var opprinnelig beregnet for 120 brukere, noe som ble nedjustert til 80 brukere i 2012. (Johansen 2013: 76) Klinikkens nettside beskriver behandlingen ved klinikken for å fokusere på å styrke brukernes fysiske og psykiske helbred og å øke brukernes livskvalitet.<sup>4</sup> Brukerne har tilgang på en cafe i den ene enden av klinikkens lokale, hvor det er en gang som fører ned til den andre enden hvor heroinutdelingen og den sunnhetsfaglige oppfølgingen foregår. Det er minimum fire sunnhetsfagligpersonell og to pedagogiske medarbeidere til stede i klinikken, hvor det på dagtimene i hverdagen er to leger, en sosionom, institusjonsleder og sekretær til stede ved klinikken. (Johansen 2013: 76)

### Beskrivelse av informanter

Jeg har intervjuet to representanter fra personalgruppen ved Valmuen. De begge representantene er utdannet sykepleiere, hvor den ene representant har arbeidet ved klinikken i to år, og den andre i et halvt år. De begge deltar i den daglige behandlingen rundt brukerne og befinner seg dermed i en posisjon som har kunne bistå meg i å få et innblikk i hva den daglige behandlingen ved klinikken innebærer. Hvor jeg dermed har fått et innblikk i Sundhedsstyrelsens veiledningens betydning i den daglige praksis, samt avdekking av diskurser i beskrivelsen av det daglige arbeidet ved klinikken. Jeg betegner informantene ved klinikken Valmuen i denne undersøkelse for å representere det praksisnære nivå i heroinbehandlingen.

## **Aarhus, KontaktHuset**

Heroinklinikken i Aarhus er en del av KontaktHuset, som er en avdeling under Center for Misbrugsbehandling i Aarhus kommune. Hvor KontaktHuset består av både substitusjonsbehandling i form av metadonbehandling og heroinbehandling. Heroinklinikken er lokalisert i andre etasje i huset. Første etasje består av metadonbehandlingen i den ene delen, og oppholdsrom med cafe i den andre delen. Hvor oppholdsrommet er beregnet for alle

---

<sup>4</sup> (<http://cfrp.kk.dk/indhold/valmuen-1>)

brukerne av Kontakthuset. Klinikken har visitert 65 brukere, hvor det i 2015 var registrert 21 daglige brukere i selve heroinbehandlingen.<sup>5</sup>

Klinikkens nettside beskriver behandlingstilbudet ved klinikken for å være en utvidet psykososial-, medisinsk- og sunnhetsfaglig behandling, med henblikk på å forbedre brukernes livskvalitet. Hvor formålet med behandlingen beskrives å innebære fokus på psykososial og sunnhetsfaglig støtte, herunder forbedring av boligforhold, helbred, sosiale nettverk og økonomi.<sup>6</sup>

Ved oppstart av behandlingsforløpet, får brukerne tildelt et sosialfaglig personell som kontaktperson. Hvor behandlingen er bygd opp på en casemanagement-metode, hvor formålet er at brukerne mottar en helhetsorientert innsats både på det somatiske, psykiatriske og sosialfaglige området. Hvor casemanager (behandler) er ansvarlig for utredning av psykososiale forhold, bolig, økonomi, nettverk og kriminalitet. (Center for Socialfaglig Udvikling 2012: 8) Behandlingspersonalet består av sosionomer, pedagoger og ergoterapeuter. Og den medisinske oppfølgingen, hvor selve heroinutdelingen foregår, består av sykepleiere, SOSU-assistenten (sosial- og sunnhetsassistenter) og lege. (Ibid:9)

### Beskrivelse av informant

Jeg har intervjuet representant fra ledelsen ved heroinklinikken i KontaktHuset. Hvor jeg har intervjuet den daglige leder ved heroinklinikken, som er leder for den sunnhetsfaglige- og den sosialfaglige oppfølgingen, samt personalansvaret ved klinikken. Informant er utdannet lærer med master i voksenpedagogikk, og har master i ledelse. Informant har vært leder ved klinikken siden klinikkens oppstart i 2009. Jeg anser leder ved heroinklinikken å representere praksis ved heroinbehandlingen fra et overordnet nivå, da informant har et ledelsesperspektiv innen behandlingen. Hvor dette har bidratt til at jeg har fått et innblikk i hvordan retningslinjene til Sundhedsstyrelsen implementeres i behandlingen fra et ledelsesnivå, samt et innblikk i hvilken innsats og diskurser i behandlingen som vektlegges fra et ledelsesperspektiv.

---

<sup>5</sup> (Informasjon hentet fra interne papirer som jeg fikk utdelt under intervju, hvor papirene ikke har oppført noen kilder)

<sup>6</sup> (<https://www.aarhus.dk/da/borger/Handicap-og-socialpsykiatri/Psykisk-saarbare-og-udsatte-voksne/Stofmisbrugsbehandling/KontaktHuset.aspx>)



## Odense

Heroinklinikken i Odense, er Danmarks største heroinklinikk. Heroinklinikken er organisert innen Center for misbrugsbehandling, Odense kommune, og ligger i samme hus som kommunens metadonbehandling. Metadonbehandlingen er lokalisert i den ene delen av huset, og heroinbehandlingen i den andre. Heroinklinikken er tilknyttet institusjonens oppholdsrom og cafe. Behandlingen beskrives på deres nettside å innebære et fokus på en farmakologisk stabilisering, utredning, koordinering med bopellskommune, formulering av behandlingsplan og mål for denne sammen med klienten.<sup>7</sup>

Det er til sammen fem sykepleiere eller SOSU-assistenter og en lege, til stede ved klinikken hver dag. Brukerne får tildelt en kontaktperson blant sykepleierne, som også står for å utarbeide behandlingsplaner sammen med brukerne. (Johansen 2013:77-79) Hvor det i dag også er ansatt to sosionomer blant personalet ved heroinklinikken.<sup>8</sup>

### Beskrivelse av informanter

Jeg har ved Odense heroinklinikk utført to intervju, hvor jeg har intervjuet representanter fra både ledelsen og personalet. Hvor leder i bunn er utdannet sykepleier med diplom fra ledelsesutdanning, og har vært avdelingsleder ved klinikken siden oppstart i 2009.

Informantene fra personalgruppen ved klinikken, består av fire personell med tre ulike faglige bakgrunner. Hvor en av informantene er utdannet sykepleier, to av informantene er utdannet SOSU-assistenter og en informant er utdannet sosionom. Hvor sykepleieren har vært ansatt ved klinikken i fire år, de to SOSU-assistentene har vært ansatt fra klinikken åpnet (7 og et halvt år) og sosionomen har vært ansatt ved klinikken i halvannet år.

Jeg ønsket å utføre intervjuene separat for å kunne få et helhetlig bilde av behandlingstilbudet, hvor jeg ønsket et innblikk fra ledelsesnivå og personalnivå. Dette for å få et innblikk i hvordan retningslinjene implementeres og hvilke diskurser som eksisterer ved heroinklinikken både fra ledelsesnivå og fra personalnivå.

---

<sup>7</sup> (<http://stofbehandling.dk/topmenu/borger%20i%20behandling/bbehandlingstilbud>)

<sup>8</sup> (Informasjon hentet fra intervju med informantene)

## **2.2 Utførelse av intervju**

Jeg har i møtet med mine informanter utført tre enkeltmannsintervju og to gruppeintervju. Jeg skal i dette avsnitt redegjøre for utførelse og overveielser i forbindelse med utførelse av de ulike intervju.

### **Kvalitativt semistrukturert intervju**

Jeg har hatt en kvalitativ semistrukturert tilgang i utførelsen av mine intervju i denne undersøkelse. Jeg har valgt å gå kvalitativt til verks for å kunne få et innblikk i informantenes hverdag og deres opplevelse av ulike fenomener. Hvor formålet med en kvalitativ undersøkelsestilgang kan beskrives følgende; «Formålet med det kvalitative forskningsinterview, der her diskuteres, er at forstå temaer i den oplevede dagligverden ud fra interviewpersonernes egne perspektiver.» (Brinkmann & Kvaale 2009: 41) I forbindelse med å få et innblikk i informantenes daglige verden, har jeg dermed hatt et ønske om å få informantene til å beskrive ulike fenomen og overveielser ut i fra deres umiddelbare assosiasjon ved italesettelse av ulike begrep i intervjuene. Hvor jeg ved en kvalitativ tilgang har hatt en posisjon til å kunne få informantenes umiddelbare respons på mine spørsmål. Jeg har benyttet meg av den semistrukturerte metode for å selv kunne få en mer åpen tilgang i møte med informantene. Brinkmann (2014) beskriver utførelse av semistrukturerte intervju til å kunne bidra til at intervjuer får en sjanse til å selv bli mer synlig vitensprodusent under intervjuene. Dette belyses med følgende sitat; «semistrukturerede interview giver også interviewer en større chance for at blive synlig som vidensproducerende deltager i selve processen frem for at skjule sig bag en på forhånd udarbejdet interviewguide» (Brinkmann 2014: 39). Jeg har dermed funnet den semistrukturerte tilgang relevant i min undersøkelse, for at samspillet mellom meg som intervjuer og informantene kunne bidra til en prosess for å medføre den best mulige potensielle vitensproduksjon.

### **Enkeltmannsintervju**

Jeg har utført tre enkeltmannsintervju bestående av to intervju med ledelsen ved to heroinklinikker og et intervju bestående av representant fra Sosialstyrelsen. Jeg valgte å utføre intervjuene med ledelsen separat fra intervju med personalgruppen ved klinikkene, for å kunne få mulighet til å sammenligne funnene fra de ulike perspektiv. Hvor jeg anså det å

intervjue dem separat derfor kunne bidra til at jeg fikk en mest reel innblikk i deres hverdag, uten påvirkning fra deres ulike posisjonering ved klinikkene.

## **Gruppeintervju**

Jeg har utført to gruppeintervju i min undersøkelse, bestående av informanter fra to heroinklinikker. Min intensjon med å utføre gruppeintervju var for å få mulighet til å få et samspill i interaksjonen mellom meg som intervjuer og informantene. Brinkmann, (2014) beskriver gruppeintervju for å være; «gruppeinterview er ofte mere dynamiske og fleksible end individuelle interview, og de kan i høyere grad nærme sig hverdagsdiskussioner» (Brinkmann 2014: 45) Jeg valgte å benytte meg av gruppeintervju i håp om å oppnå en form for gruppedynamikk. I intervjuene, særlig i det intervju hvor det var fire personell til stede, prøvde jeg å la dynamikken styre utførelsen av intervjuene. Hvor jeg som intervjuer aktivt forsøkte å la gruppen ha innflytelse på hvilke temaer som ble diskutert. Med dette trekker jeg paralleller til hva som blir beskrevet å oppstå i fokusgruppeintervju; «I fokusgrupper opfattes interviewerens som en «moderator», der fokuserer gruppediskussionen på spesifikke temaer av interesse, og hun eller han vil ofte bruke gruppedynamikken instrumentelt til at inndrage en række forskellige perspektiver på de givne temaer» (Ibid:45) Jeg finner derfor utførelse av gruppeintervju fruktbart i min undersøkelse, da jeg anser potensialet for å avdekke min forskningsinteresse for å være større enn om jeg hadde intervjuet personalet hver for seg i enkeltmannsintervju. Jeg hadde også et ønske om å utføre gruppeintervju bestående av informanter med ulike faglige bakgrunner, hvor jeg anser det å ha representanter fra ulike faggrupper til å bidra til en avdekking av de ulike diskursene ved klinikkene. Da jeg anser de ulike fagpersonell å ha ulike utgangspunkt i møte med feltet, hvor dermed det kan antas at flere diskurser kan avdekkes ved representasjon av flere faggrupper.

## **Intervjuguider**

På forhånd av mine intervju har jeg utarbeidet tre forskjellige intervjuguider. Intervjuguidene er vedheftet som bilag i denne oppgave. Jeg har utarbeidet en intervjuguide til intervju med ledelsen ved heroinklinikkene (Bilag 1), en intervjuguide til intervju med personalgruppen ved heroinklinikkene (Bilag 2) og en intervjuguide til intervju med Socialstyrelsen. (Bilag 3) Jeg har funnet det relevant å utarbeide tre forskjellige intervjuguider, dette fordi intervjuene har hatt ulike formål. Noe som jeg nedenunder skal redegjøre for.

### Heroinklinikkene, ledelse og personalet (Bilag 1 og 2)

Jeg har ved begge intervjuguider valgt å dele spørsmålene opp etter tema. Hvor jeg ved første tema har stilt spørsmål inn til informantenes faglige bakgrunn og ansettelsestid ved klinikkene. Jeg har dermed stilt spørsmål inn til representasjon av ulike faggrupper ved klinikkene. Hvor jeg deretter har bedt informantene fortelle åpent om deres behandlingstilbud. Deretter har jeg spurt mer direkte inn til ulike begrep, og bedt informantene fortelle hva de forbinder med begrep som for eksempel *helhetsorientert behandling*, hvor jeg deretter har bedt informantene om å beskrive innsatsen ved klinikkene. Jeg har valgt å la informantene først beskrive hva de forbinder med ulike begrep for å kunne få en åpen og intuitiv beskrivelse av de ulike begrep. Dette for å få et bedre utgangspunkt til å avdekke de ulike diskurser som eventuelt viser seg å være herskende. Jeg har deretter spurt mer direkte inn til retningslinjer, hvor jeg har forsøkt å avdekke forholdet mellom klinikkene og Sundhedsstyrelsens veiledning. I mine intervju har jeg også stilt spørsmål inn til Socialstyrelsens retningslinjer, dette med et ønske om å avdekke om Socialstyrelsens retningslinjer er kjent i den sosiale praksis. Til sist har jeg hatt tema angående språkbruk, hvor jeg har vært interessert i å avdekke hvilke betegnelser målgruppen for heroinbehandlingen blir definert som.

### Socialstyrelsen (Bilag 3)

I intervju med Socialstyrelsen har jeg stilt spørsmål mer direkte inn til prosessen rundt Socialstyrelsens retningslinjer, da intervjuet har hatt en annen intensjon enn ved heroinklinikkene. Hvor jeg i intervjuet med Socialstyrelsen ikke har hatt et fokus på å avdekke diskurser, men mer et fokus på retningslinjenes formål og belysning av den sosiale behandlingens posisjon på feltet. Hvor jeg har hatt følgende tema i min intervjuguide; informanten, bakgrunn for retningslinjene og implementering/integrering av retningslinjene. (Bilag 3) Jeg har kombinert min intervjuguide med åpne spørsmål og mer konkrete spørsmål, hvor jeg for eksempel har spurt mer direkte inn til retningslinjene, med spørsmål som; hvordan kan retningslinjene ha betydning på den sosiale behandlingen. Dette for å få en mulighet til å få entydige svar, som jeg med mindre sannsynlighet kan mistolke. Da jeg har ansett dette som viktig for å kunne avdekke mine funn i forhold til den sosiale innsatsens posisjon så samsvarende med virkeligheten som mulig

## 2.3 Etiske overveielser

I utførelse av kvalitative intervju, er fortrolighet et viktig element både under utførelsen av intervju og i etterkant. Hvor fortrolighet innen forskning kan beskrives å innebære;

«Fortrolighet inden for forskning indebærer, at private data, der identificerer deltagerne, ikke afsløres.» (Brinkmann & Kvaale 2009: 91) Jeg har med dette funnet det relevant i dette avsnitt å redegjøre for mine etiske overveielser i utførelsen av min undersøkelse.

Jeg har i forkant av mine intervju informert om min faglige bakgrunn, og min forskningsinteresse i denne masteroppgave. Jeg har på forhånd av intervjuene avklart om det har vært i orden å utføre intervjuet med båndopptaker. Hvor dette har vært i orden for alle mine informanter. Jeg har hatt et ønske om å ta opp intervjuene på bånd for å kunne i etterkant av intervjuet transkribere opptakene. Dette for å kunne få et nøyaktig bilde av hva som ble utvekslet under intervjuet, hvor jeg dermed har kunne sitert informantene ordrett i min analyse. Jeg har informert informantene om at de er velkomne til å kontakte meg om de ønsker å få tilsendt transkriberingen, hvor de dermed har hatt mulighet til å trekke tilbake informasjon hvis de har hatt ønske om å unnlate noe i min undersøkelse.

I mine sitat i analysen har jeg valgt å betegne informantene med koder. Hvor jeg har i intervju med personalet ved heroinklinikkene kodet informantene til; I1 og I2. I intervjuene med ledelsen ved heroinklinikkene betegner informantene for I. Jeg har valgt bokstaven I, da jeg betegner I for å stå for informant. Jeg har utført denne kodningen for å anonymisere informantene. Jeg har avklart om jeg får lov til å nevne heroinklinikkene i min undersøkelse, hvor jeg i denne oppgaves analyse har anonymisert hvor de ulike uttalelser kommer i fra. Dette for at det ikke skal være mulig å gjenkjenne hverken klinikkene eller informantene.

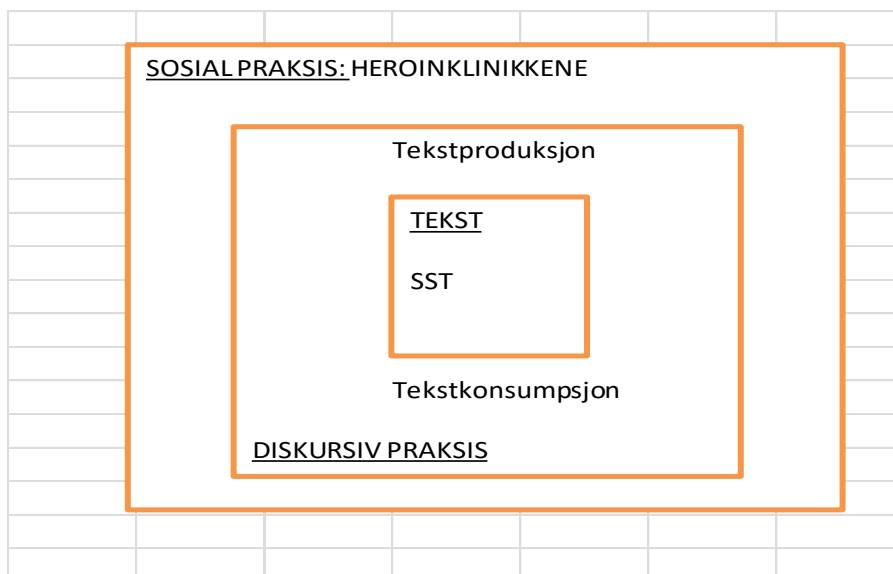
Representant fra Sosialstyrelsen er den eneste informant som jeg ikke anonymiserer i min undersøkelse. Da informant ikke hadde ønske om å bli anonymisert, jeg har dermed valgt å la informantens navn være synlig i denne undersøkelse. Da representant fra Sosialstyrelsen ikke hadde ønske om å være anonym, har jeg før innlevering av min oppgave, sendt informant de sitat som jeg har brukt hentet fra intervjuet. Dette for å sikte at de utsagn jeg har valgt kan sies å være innen for Sosialstyrelsen rammer.

## 2.4 Faircloughs tre-dimensjonale modell

Jørgensen & Phillips (1999) beskriver Faircloughs tre-dimensjonale modell som en analytisk ramme til bruk for empirisk forskning i kommunikasjon og samfunn, hvor modellen består av tre dimensjoner; 1) tekst, 2) diskursiv praksis og 3) sosial praksis. (Jørgensen & Phillips 1999: 80) Fairclough beskriver den tre-dimensjonale modell følgende;

*«Tekster» kan være skriftlige eller muntlige, og muntlige tekster kan være udelukkende muntlige (radio) eller muntlige og visuelle (tv). Med «diskursiv praksis» mener jeg tekstproduktions- og tekstkonsumptions-processerne. Og med sociokulturel praksis mener jeg det, der er socialt og kulturelt "gang i", og som den kommunikative begivenhed er en del af". (Fairclough:2008. s.124)*

En kommunikativ begivenhet kan bestå av språkbruk i form av for eksempel en avisartikkel, en film, en video, et intervju eller en politisk tale. (Jørgensen & Phillips 1999: 79) I metoden skal alle tre dimensjoner inndras i en konkret diskursanalyse av en kommunikativ begivenhet. I denne undersøkelse anser jeg Sundhedsstyrelsens veiledning; «*Vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed*» (2013) for å være en kommunikativ begivenhet. Hvor jeg i min analyse oppstiller mitt utgangspunkt for å analyse etter Faircloughs tre-dimensjonale modell følgende; 1) Tekst: Sundhedsstyrelsen veiledning; «*Vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed*» (2013), 2) Diskursiv praksis: analyse av konsumerings og produksjonen av Sundhedsstyrelsens veiledning. 3) Den sosiale praksis; analyse av empiri hentet fra heroinklinikkene. Hvor dette kan illustreres med følgende modell;



(Modell hentet fra; Fairclough 1992: 73)

Denne modell illustrerer at diskursanalysen består av tre dimensjoner, hvor den innerste dimensjon er tekstanalysen som jeg betegner for SST (Sundhedsstyrelsens veiledning), deretter den diskursive praksis og i den ytterste dimensjon den sosiale praksis. Hvor den kommunikative begivenheten inngår i alle tre dimensjonene. Forholdet mellom den kommunikative begivenhet og den sosiale praksis, anses å være dialektisk. (Jørgensen & Phillips 1999: 82-83) Dermed har den sosiale praksis (heroinklinikkene) og den kommunikative begivenheten (Sundhedsstyrelsens veiledning) et dialektisk forhold, hvor de begge har mulighet til å påvirke hverandre. Jeg skal i følgende avsnitt ytterligere redegjøre for hvordan jeg har anvendt den tre-dimensjonale modell i analysen av mitt datamateriale.

### **Dimensjon 1, Tekst**

Jeg har i min tekstanalyse analysert Sundhedsstyrelsens veiledning ut i fra følgende begreper hentet fra Fairclough metodiske utgangspunkt; *vokabular, interaksjonell kontroll, modalitet og etos*. Hvor jeg har funnet disse begrep relevante å bruke i min analyse for å kunne identifisere de ulike eksisterende diskurser i veiledningen, og for å identifisere hvilken type diskurser som er fremtredende.

#### **Vokabular**

For å kunne avdekke hvilke diskurser som finnes i Sundhedsstyrelsens veiledning, har jeg analysert teksten med å se på hvilket vokabular og ordvalg Sundhedsstyrelsen har brukt i sin veiledning. Hvor vokabular for det meste handler om individuelle ord. (Fairclough 1992: 75) Ved å fokusere på vokabularet og ordforrådet, har jeg forsøkt å identifisere ulike ord som kan være elementer innen forskjellige diskurser, og deretter plassert diskursene innen ulike diskursordener. Fairclough beskriver ord for å ha ulike betydninger i forhold til hvordan man oppfatter ordene, noe som kan belyses med følgende sitat;

*"(...)words typically have various meanings, and meanings are typically «worded» in various ways. (...) This means that as producers we are always faced with choices about how to use a word and how to word a meaning, and as interpreters we are always faced with decisions about how to interpret the choices producers have made (what values to place upon them)."*  
(Fairclough 1992: 185)

Jeg har dermed i min tekstanalyse tolket ord ut i fra hvordan jeg har oppfattet dem, og deretter plassert dem innen de diskurser som jeg tolker ordene å passe inn i. Dette ved for eksempel å betegne ord som *lege* som et element innen en *medisinsk diskurs*. Jeg har dermed avdekket de ulike diskursene ved å tolke ordvalget og vokabularet som Sundhedsstyrelsen bruker, og deretter plassert dem innen ulike diskurser og diskursordener.

### Interaksjonell kontroll

Jeg har funnet det relevant å avdekke hvilke type dokument Sundhedsstyrelsens veiledning er, hvor jeg i den forbindelse ved å benytte meg av Faircloughs begrep interaksjonell kontroll har kunne avdekke forholdet mellom veiledningen og den sosiale praksis. Fairclough beskriver interaksjonell kontroll for å være; «The interactional control conventions of a genre embody specific claims about social and power relations between participants. The investigation of interactional control is therefore a means of explicating the concrete enactment and negotiation of social relations in social practice.» (Fairclough 1992: 152) Jeg avdekker dermed ved analyse av interaksjonell kontroll i teksten, forholdet mellom Sundhedsstyrelsen og den sosiale praksis. Dette ved å avdekke veiledningens aktør og veiledningens mottakere.

### Modalitet

Fairclough beskriver modalitet følgende; «The objective is to determine patterns in the text in the degree of affinity expressed with propositions through modality» (Fairclough 1999: 236) Dette sitat belyser at produsenten av en tekst tilegner seg en form for tilknytning til tekstens budskap. Hvor dermed denne tilknytning kan bidra til hvordan budskapet blir oppfattet av mottakerne av teksten. Det finnes ulike typer modalitet, hvor jeg i min undersøkelse har tatt utgangspunkt i modalitetsformen; *sannhet*. Modalitet som sannhet vil si at taleren tilslutter seg fullstendig til sitt utsagn. (Jørgensen & Phillips 1999: 96) Jeg har funnet det relevant å analysere modaliteten i tekstanalysen for å kunne avdekke hvordan de ulike diskurser blir italesatt og hvilken tilknytning Sundhedsstyrelsen har til de ulike diskurser. Da jeg antar at Sundhedsstyrelsens tilknytning til diskursene, også kan påvirke lesernes oppfattelse av diskursene i teksten.

### Etos

I følge Fairclough er etos en måte å analysere hvordan fenomener eller identiteter blir konstruert gjennom språk og kroppslige trekk. (Jørgensen & Phillips 1999: 95) Hvor etos blir beskrevet å være; «The objective is to pull together the diverse features that go towards constructing «selves», or social identities, in the sample» (Fairclough 1992: 235) Jeg har funnet belysning av begrepet etos relevant i forhold til å analysere hvordan brukergruppen av behandlingen blir definert og konstruert i veiledningen til Sundhedsstyrelsen. Jeg anser Sundhedsstyrelsens definering av brukergruppen for å ha en potensiell betydning for hvordan brukergruppen blir oppfattet og behandlet i den sosiale praksis. Jeg har dermed funnet det



relevant å analysere hvordan Sundhedsstyrelsen betegner brukergruppen i form av kroppsliggjøring og analyse av språkbruk. Hvor jeg ved å avdekke hvilken definering som er mest fremtredende i veiledningen dermed også har forsøkt å plassere denne defineringen innen en diskurs.

## **Dimensjon 2, Diskursiv praksis**

Ved analysering av den diskursive praksis, har jeg analysert produksjonen og konsumpsjonen av Sundhedsstyrelsens veiledning. Jørgensen & Phillips (1999), beskriver analyse av den diskursive praksis å innebære; «(...) hvordan tekstforfattere trekker på allerede eksisterende diskurser og genrer for at skape en tekst, og om hvordan tekstmodtagere også anvender forhåndenværende diskurser og genrer i konsumtion og fortolkning af teksten»(Jørgensen & Phillips 1999: 81) Hvor jeg i nedenstående avsnitt redegjør for hvordan jeg har analysert den diskursive praksis, ved hjelp av Faircloughs begreper; *intertekstualitet* og *interdiskursivitet*. Jeg henviser til mitt teoriavsnitt angående ytterligere beskrivelse av Faircloughs forståelse av genre og diskurser.

### Intertekstualitet

Intertekstualitet er en måte å analysere forholdet den kommunikative begivenheten har til andre eksisterende begivenheter, hvor andre begivenheter kan være i form av ulike tekster. Fairclough beskriver intertekstualitet for å være; «The objective here is to specify the distribution of a (type of) discourse sample by describing the intertextual chains it enters into, that is, the series of text types it is transformed into or out of.» (Fairclough 1992: 232) Hvor dermed via analyse av intertekstualitet avdekkes linkene den kommunikative begivenhet har til andre eksisterende tekster. Jeg har funnet analyse av intertekstualitet relevant i min tekstanalyse, for å kunne avdekke hvilke andre dokumenter Sundhedsstyrelsens veiledning er bygd opp av. Jeg finner denne avdekking relevant for å kunne både kunne analysere hvilket type dokument veiledningen er, og for å kunne avdekke hvilke andre diskursordener som har en betydning for veiledningen. Hvor jeg har forsøkt å avdekke ulike dokumenter og tekster ved å kikke på direkte og indirekte henvisninger i veiledningen.

### Interdiskursivitet

For å kunne avdekke de ulike diskurser i veiledningen har jeg funnet det relevant å benytte meg av Faircloughs begrep, interdiskursivitet. Fairclough beskriver interdiskursivitet følgende; « The objective is to specify what discourse types are drawn upon in the discourse

sample under analysis, and how» (Fairclough 1992: 232) Interdiskursivitet er dermed en måte å analysere hvordan de ulike diskursene artikulere i teksten, hvor man analyserer relasjonene mellom de ulike diskursene og deres forhold til den sosiale praksis. (Jørgensen & Phillips 1999: 84) I min analyse har jeg benyttet meg av analyse av interdiskursivitet for å kunne avdekke hvilke diskurser som eksisterer i Sundhedsstyrelsens veiledning og for å avdekke diskursenes forhold til den sosiale praksis. Jeg har funnet elementer i Sundhedsstyrelsens veiledning, som jeg har betegnet å tilhøre ulike diskurser. Hvor jeg deretter har forsøkt å koble de avdekkede diskursene opp mot hvilken potensiell betydning diskursene kan ha for den faglige innsatsen ved heroinklinikkene i den sosiale praksis.

### **Dimensjon, 3 Sosial praksis**

Fairclough beskriver analyse av den sosiale praksis for å være; « The general objective here is to specify: the nature of the social practice of which the discourse practice is a part, which is the basis for explaining why the discourse practice is as it is; and the effects of the discourse practice upon the social practice.» (Fairclough 1992: 237) Hvor det dermed i analyse av den sosiale praksis fokuseres på hvordan den diskursive praksis utformer seg i den sosiale praksis, og hvilket forhold den diskursive praksis og den sosiale praksis har. For å kunne undersøke hvilken betydning diskursene i Sundhedsstyrelsens veiledning har for den sosiale praksis, har jeg dermed valgt å inndra empiri fra heroinklinikkene. Hvor jeg dermed har forsøkt å koble mine funn fra tekstanalysen, og se om dette samsvarer med den sosiale praksis. Fairclough forklarer et av punktene i analyse av den sosial praksis å være hvordan de ulike diskursene transformeres eller reproduseres i den sosiale praksis. (Ibid: 237) Hvor jeg dermed har analysert diskursenes betydning og om de reproduseres eller forandres i den sosiale praksis. Jeg har funnet det relevant å koble tekst og den sosiale praksis sammen med hjelp av analyse av den diskursive praksis, for å kunne finne en sammenheng mellom veiledningen og den sosiale praksis. Hvor jeg dermed har kunne avklare hvilken betydning den kommunikative begivenheten har for den sosiale praksis.

## **2.5 Analysestrategi og teoretiske overveielser**

Jeg har oppdelt min analyse i tre deler, bestående av 1) tekstanalyse, 2) analyse av den sosiale praksis og 3) analyse av Socialstyrelsen. Jeg har valgt å fordele Faircloughs tre-dimensjonale modell i min tekstanalyse og i analysen av den sosiale praksis. Hvor jeg har inndratt analyse av tekst og diskursiv praksis innen den samme analyse (tekstanalysen). Analysen av den tredje dimensjon i Faircloughs tre-dimensjonale modell har jeg valgt å belyse i en selvstendig

analyse (den sosiale praksis), hvor empirien fra heroinklinikkene analyseres. I denne undersøkelse tredje analyse (analyse av Socialstyrelsen) har jeg analysert empirien hentet fra intervju med Socialstyrelsen. Jeg betegner analysen av Socialstyrelsen som et supplement til den tre-dimensjonale analysen.

### Deduktiv og en induktiv tilgang

Jeg har kombinert den deduktive og den induktive tilgang i min analysering av mitt datamateriale. Jeg har hatt en deduktiv tilgang i forhold til utvelgelse av sitater i mitt datamateriale, hvor jeg har letet etter sitater som kan besvare mitt undersøkelsesfelt og problemstilling. Min problemstilling har dermed vært styrende i forhold til utvelgelse og kodning av mitt datamateriale. Da jeg i denne undersøkelse har avdekket de ulike faglige innsatsene ved hjelp av avdekking av diskurser, har jeg dermed fra starten hatt et diskursivt teoretisk utgangspunkt, som jeg har tolket mine sitater ut i fra. Hvor jeg dermed har latt den diskursive teorien (den kritiske diskursanalyse) være styrende i forhold til hvordan jeg har tolket mitt datamateriale. Jeg har samtidig hatt en induktiv tilgang i forhold til at jeg avdekket min andre hovedteori (det systemteoretiske perspektiv) etterfølgende av utvelgelse av mine sitat. Hvor jeg dermed lot sitatene og mitt datamateriale være styrende i forhold til å avdekke det systemteoretiske perspektivs relevans i denne undersøkelse.

### Teoretiske overveielser

Den kritiske diskursanalyse:

Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse kan sies å kunne brukes som både et metodisk utgangspunkt, og en teoretisk utgangspunkt i forskning. (Jørgensen & Phillips 1999: 72) Jeg har valgt å benytte meg av det kritisk diskursanalytiske utgangspunkt som teori da jeg har funnet denne teori relevant i forbindelse med mitt undersøkelsesfelt. Dette da den kritiske diskursanalytiske tilgang har et mer marxistisk utgangspunkt, enn andre diskursive tilganger. (Jørgensen & Phillips 1999: 15) Hvor dermed den kritiske diskursanalyse blir betegnet for å være kritisk da den har fokus på ulike maktforhold, og har som formål å bidra til sosial forandring. (Ibid: 75-76) Jeg har funnet denne tilgang relevant i forhold til min belysning av den sosiale behandlingen innen heroinbehandlingen. Hvor jeg anser den sosiale behandlingen å potensielt sett innta en underlagt maktposisjon i forhold til den medisinske behandlingen. Jeg har dermed funnet Faircloughs teoretiske utgangspunkt relevant i forhold til å forsøke å belyse en potensielt sett undertrykt faglig innsats i heroinbehandlingen.

Det systemteoretiske perspektiv:

Jeg har funnet det relevant å belyse det systemteoretiske perspektiv innen sosialt arbeid, da dette perspektiv innebærer et helhetsorientert fokus. Hvor jeg i denne sammenheng har funnet dette perspektiv relevant for å kunne belyse heroinbehandlingens sammensatte innsats bestående av ulike organer som representerer ulike system i samfunnet. Jeg har også hatt et ønske om å utføre diskursanalysen i lys av et teoretisk perspektiv innen sosialt arbeid, hvor jeg dermed har funnet det systemteoretiske perspektiv mest relevant i forhold til denne undersøkelse.

### Fravalg av teorier

I min undersøkelse har jeg fravalgt teorier som kan forklare hvorfor de ulike diskursene eksisterer i behandlingen, hvor jeg dermed kun har brukt teorier for å avdekke diskursene og avdekke hvilke relasjoner diskursene har til hverandre. Jeg har dermed ikke brukt teorier i denne undersøkelse som kan forklare brukergruppens problemer i heroinbehandling, hvor jeg dermed ikke har befunnet meg på et individnivå i denne undersøkelse. Jeg har undersøkt feltet fra et institusjonelt nivå. Jeg har dermed måtte fravelge teorier som befinner seg på individnivå, da dette ikke har vært mitt fokus i denne undersøkelse.

### Min vitenskapelige tilgang

Jeg har i mitt problemavklarings kapittel beskrevet at jeg har valgt et sosialkonstruktivistisk vitenskapelig utgangspunkt kombinert med en hermeneutisk tilgang. Jeg har funnet den sosialkonstruktivistiske tilgang relevant i forhold til fokusering på språkbruk og hvordan fenomener defineres. Jeg har funnet det sosialkonstruktivistiske utgangspunkt relevant i forhold til å betegne de ulike diskursers plassering innen feltet. Hvor det sosialkonstruktivistiske perspektiv også fokuserer på hvem som har definisjonsmakten i en interaksjon. (Juul & Pedersen 2012: 191) Hvor jeg har funnet den hermeneutiske tilgang relevant i forhold til at dette perspektiv fokuserer på fortolkning. (Ibid: 107) Hvor jeg i denne undersøkelse har brukt min fortolkning i møtet med undersøkelsesfeltet. Jeg har brukt min fortolkning og forforståelser både i analyse av datamaterialet, analyse av teori og i møte med informantene. Jeg finner den sosialkonstruktivistiske- og den hermeneutiske vitenskapsteori for å utfylle hverandre i min undersøkelse. Jeg betegner dem for å utfylle hverandre i forbindelse med både hvordan jeg tolker datamaterialet, og hvordan jeg definerer ulike diskurser i min analyse. Jeg henviser til ytterligere redegjørelse av tilgangene i nedenstående kapittel.

## Kapittel 3, VITENSKAPSTEORI

I dette kapitlet redegjør jeg for mitt vitenskapelige utgangspunkt i denne undersøkelse, hvor jeg har hatt et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt kombinert med en hermeneutisk tilgang i min undersøkelse. Jeg redegjør for hva tilgangene innebærer, samt deres relevans i forhold til utførelse av min undersøkelse. Hvor jeg avslutningsvis i dette kapittel redegjør for min egen forforståelse i møte med dette undersøkelses felt.

### 3.1 Sosialkonstruktivisme

En beskrivelse av et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt kan lyde slik; «Vejen til værdifuld ny viden går gennem at sætte spørgsmålstejn ved eksisterende viden, der tages for givet» (Juul & Pedersen 2012: 187) Dette vil si at all ny viten er basert på eksisterende viten, og ved å stille spørsmål til den eksisterende viten oppstår en ny form for viten.

Virkelighetsoppfattelsen og hva som oppfattes som sant og objektivt innen en sosialkonstruktivistisk tilgang blir konstruert i interaksjonen med andre. ( Juul & Pedersen 2012: 188) Hvor sannheten beskrives å være *perspektivistisk*; «(...) Sandheden ikke «opdages» gennem forskning, men at den konstrueres, eller skabes. Videre at der ikke findes en sandhed, men at det, man opfatter som sandhed, afhænger af det perspektiv, man betragter problemstillingen ud fra.» (Ibid:188) Hvor man dermed med et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt kan si at de resultater som utformes i forskning blir konstruert ut i fra hvilket perspektiv forskeren har. Hvor man også kan trekke paralleller til hvordan ulike fenomen i hverdagen blir oppfattet er avhengig av hvilket perspektiv fenomenet belyses ut i fra. Et eksempel på dette kan være hvordan en person som er avhengig av heroin og benytter seg av heroinbehandlingen, kan bli oppfattet annerledes i forhold til hvilket perspektiv vedkommende blir anskuet fra. Møter en sykepleier den heroinavhengige, vil antageligvis den heroinavhengige bli møtt ut i fra et medisinsk perspektiv, kontra om vedkommende hadde blitt møtt av en sosionom som antageligvis ville sett vedkommende ut i fra et sosialfaglig perspektiv. Dermed kan man si at det ikke finnes en sann måte å oppfatte et fenomen, men flere former for sannheter. En oppfattelse av sannhet kan oppfattes som en *herskende diskurs*, som beskrives å være; «Nogle af disse konstruerede sandheder deles af de fleste i samfundet og bliver på den måde en herskende diskurs (...) dvs. en *opfattelse*, som deles af mange, og som der kan tages udgangspunkt i uden særlige argumenter.» (Ibid: 189) Hvor det i denne sammenheng kan oppstå en form for herskende diskurs i omstendigheter hvor oppfattelsen av det samme fenomen deles av flertallet innen et område. Hvor det ved en sykepleierutdannelse

antakeligvis vil være et flertall som anskuer den heroinavhengige innen en medisinsk diskurs, hvor det dermed kan sies å anses som en herskende diskurs innen det området.

Epistemologi: Sosialkonstruktivismen avviser at det kan oppstå objektiv viten om det vi undersøker, hvor dermed de herskende diskurser som eksisterer har en påvirkning for individene og betyr at vi alltid ser på sosiale fenomener ut i fra et bestemt perspektiv. (Juul & Pedersen 2012: 190) Det vil dermed si når man undersøker et felt, så er man alltid bærende av et visst perspektiv som gir utgangspunkt for det man undersøker.

Ontologi: Sosialkonstruktivismen antar at det ikke finnes en sannhet. Hvor det i stede er en rekke konstruerte sannheter som gir mening ut fra bestemte perspektiver, verdigrunnlag og sosiale og historiske kontekster. (Juul & Pedersen 2012: 190) Hvor det i denne undersøkelses sammenheng dermed ikke kan sies at forståelsen av de heroinavhengige er en sannhet, men at dette synet kan variere i forhold til hvilket perspektiv man har.

#### Sosialkonstruktivismens relevans i denne undersøkelse

Det beskrives at ved en sosialkonstruktivistisk tilgang handler det om å identifisere makt, interesser og forforståelser hos de involverte aktører. (Juul & Pedersen 2012: 190) Hvor jeg dermed finner det relevant i forhold til min undersøkelsesinteresse å anvende et sosialkonstruktivistisk perspektiv, da jeg som tidligere beskrevet i denne oppgave har et ønske om å avdekke hvilke diskurser som er herskende i heroinbehandlingen, og hvilken betydning disse eventuelle diskursene kan ha for den sosiale behandlingen i praksis. Finner jeg det sosialkonstruktivistiske utgangspunkt relevant for å belyse den betydningen de eventuelle herskende diskursene kan ha for heroinbehandlingen. Da det i denne forbindelse blir aktuelt å belyse begrepet *definisjonsmakt*. Hvor dette begrep kan defineres følgende; «Hvem har *definitions magten*, dvs. magten til at definere, hvorledes vi skal se på og kategorisere de sosiale og fysiske fænomener, der omgiver os?» (Ibid: 191) Hvor jeg finner det interessant ut i fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv å avdekke hvem som eventuelt sitter med en form for definisjonsmakt på området.

Sosialkonstruktivismen har også et språklig fokus, noe som jeg finner relevant i forhold til mitt ønske om å avdekke diskurser. Dette fordi ved å fokusere på språk og ord kan man kategorisere det man observerer innen ulike diskurser. Det beskrives at et tegn får sin spesifikke betydning ved å være forskjellig fra andre tegn. ( Juul & Pedersen 2012: 203) Hvor det beskrives videre at hvilke egenskaper og hvilke betydninger som tillegges bestemte tegn

er *konteksspesifisert*, noe som forklares med at man må undersøke hvilken sammenheng et tegn inngår i, for å kunne analysere hvilken betydning tegnet tillegges. (Ibid: 203) Hvor dermed for eksempel betydningen av ordet heroinavhengighet kan ha forskjellige betydninger i forhold til hvilken kontekst ordet befinner seg i. Hvor jeg dermed finner det sosialkonstruktivistiske i tråd med min undersøkelse i forhold til dets vitensforståelse og fokus på makt og språkbruk.

### 3.2 Hermeneutikk

Selve ordet, *hermeneutikk* har gresk opprinnelse og betyr fortolkning, eller fortolkningskunst. (Juil & Pedersen 2012: 107) Hvor den hermeneutiske ontologi og epistemologi kan beskrives som følgende; "(...) hermeneutikken opererer med en ontologi, der oppfatter den sociale virkelighet som grunnleggende forskjellig fra naturen, og en epistemologi, der oppfatter erkendelsen af den sociale verden som fortolkning, der alltid er usikker og åben for diskussion." (Ibid: 110) Hvor dermed det alltid ut i fra et hermeneutisk perspektiv vil eksistere en form for fortolkning av den sosiale verden, hvor dermed den sosiale verden aldri kan oppfattes som noe objektivt eksisterende uten en form for fortolkning bak. Innen den hermeneutiske vitenskapsteori, belyses begrepet; *den hermeneutiske sirkel*, som jeg finner relevant å belyse i denne forbindelse;

*"Den hermeneutiske sirkel betegner altså den vekselvirkning, der foregår mellem helhed og del, når vi fortolker, og er et epistemologisk princip for erkendelsens mulighedsbetingelser. Vi kan ikke forstå delene uden en vis – omend ufuldstændig – forståelse af helheden. Omvendt kan helheden først rigtigt forstås i lyset af en forståelse af delene. Det er med andre ord sammenhængen mellem delene og helheden, der er meningskabende" (Juil & Pedersen: 2012. s.111)*

Hvor denne beskrivelsen av den hermeneutiske sirkel, belyser at en helhet består av ulike deler, hvor dermed de ulike delene må fortolkes hver for seg for at man kan forstå helheten. Hvor dermed også delene må fortolkes i lys av helheten. Eksempel på dette kan være fortolkning av et dokument, hvor elementene i dokumentet må ses i sammenheng med dokumentet som helhet. Hvor dermed dokumentet ikke ordentlig kan forstås hvis det ikke ses i sammenheng med konteksten den er i, eller hvilken deler dokumentet består av. Et eksempel på dette kan være en lovtekst. Da lovteksten må fortolkes ut i fra hvilken kontekst lovteksten befinner seg i, hvor det ut i fra konteksten skapes en mening for den helhetlige forståelsen av lovteksten. Hvor dermed de deler lovteksten består av, kan kobles sammen med den konteksten lovteksten utarter seg i.

## Den filosofiske hermeneutikk

Den filosofiske hermeneutikk stammer fra filosofen Martin Heidegger (1889-1976) og filosofen Hans-Gregor Gadamer (1900-2002). (Juul & Pedersen 2012: 121) Hvor man innen den filosofiske hermeneutikk opplever forskeren for selv å være en del av den hermeneutiske sirkel. Hvor dette innebærer at forskeren aldri kan legge sin væren i verden til sides i møte med andre mennesker, hvor dermed forskerens fordommer og forforståelser blir en del av forskningsmaterialet. (Ibid:121) Hvor fordommer blir beskrevet å være; «I sig selv betyder fordom imidlertid blot en dom, der fældes på forhånd, før man grundigt har undersøgt alle sagligt afgørende momenter» (Ibid: 123). Fordom kan dermed sies å være den «dommen» forskeren har dannet på forhånd, hvor det dermed kan ses som en form for forforståelse forskeren er innebygd med.

I den filosofiske hermeneutikk finner jeg dette sitat sentralt, som bygger på hvordan Heidegger oppfattet forståelsen av et fenomen; «(..)Vi kan aldrig sætte vores væren i verden i parentes og opnå et sikkert fundament for erkendelsen (de rene fænomener)» (Juul & Pedersen 2012: 121) Hvor denne beskrivelse kan tyde på at vi aldri kan sette våre forforståelser i parentes, og heller ikke utelate dem i vår fortolkning av et fenomen. Da det på den måten heller ikke kan eksistere et rent fenomen uten påvirkning av andres fortolkninger. Hvor man dermed ut i fra den filosofiske hermeneutikk, må erkjenne at sin forforståelse kan ha en betydning på hvordan man selv oppfatter verden, og hvor det dermed aldri er mulig å være helt objektiv nøytral. Juul & Pedersen (2012) belyser at Gadammers forståelse av forforståelse i forskning, kan være produktivt. Hvor dette belyses med følgende sitat; «(..)Tværtimod er de produktive for erkendelsen, og uden fordomme ville forskeren være fortabt. Han ville ikke være i stand til at stille relevante spørgsmål eller til at erfare noget som noget» (Ibid:122) Hvor dette kan tyde på at forskeren med sin forforståelse dermed er i stand til å ha et bedre utgangspunkt til sitt forskningsfelt med bruk av sin forforståelse, da forforståelsen kan bistå til utvikling av potensiell viten. Hvor det dermed presiseres at; ”En hermeneutisk forsker vedkender sig sine fordomme, men rehabiliteringen af fordommen betyder naturligvis ikke, at Gadamer mener, at alle fordomme er bevaringsverdige. Tværtimod findes der utallige fordomme, som blot er udtryk for ideologiske magtforhold og fortjener at gå til grunde.” (Ibid:124) Hvor det her presiseres at det er viktig at forskeren vedkjenner sine fordommer, med kjennskap til at ikke nødvendigvis alle fordommer er verdt å bevare, og at det må gi rom for forandring av forskerens fordommer. Hvor det dermed kan oppstå en *applikasjon*. Hvor applikasjon beskrives å oppstå når; « (...) vores fordomme i



konkrete undersøgelser bringes i anvendelse og testes mod erfaringer fra den sociale virkelighet, at fordommene må vise deres berettigelse.» (Juul & Pedersen 2012: 125) I denne prosess beskrives det at vedkommende som fortolker må være åpen for å lære av de nye erfaringene, hvor det påpekes at dette er et fenomenologisk trekk innen hermeneutikken. (Ibid:125) Hvor det videre forklares at forskeren inngår i en samtale med den andre han ønsker å forstå, for dermed ikke nødvendigvis umiddelbart å slette sin egen forforståelse, men inngår i en samtale i skapelse med en ny form for forståelse. (Ibid: 125) Hvor det da oppstår en form for *horisontsammensmeltning*. Hvor horisontsammensmeltning kan forstås følgende; ”Erkendelse drejer sig for Gadamer netop om *horisontsammensmeltning*, hvor forskellige horisonter indgår en ægte samtale med hinanden og herigennem forandrer sig” (Ibid:125) Fortolkningen oppstår i møtet mellom forskeren og fenomenet forskeren undersøker, hvor de hver for seg bærer deres egne meningshorisonter og kan dermed oppleves som fremmede for hverandre, hvor man dermed blir nødt til å være i stand til å forstå hva den andre kommuniserer om i en såkalt horisontsammensmeltning. (Ibid: 126) Jeg anser den hermeneutiske tilgang for vesentlig i møte med mitt undersøkelsesfelt, hvor jeg finner denne tilgang relevant i forbindelse å være observant på hvilke fordommer og forforståelser jeg inntar i møtet med dette undersøkelses felt. Hvor jeg finner denne tilgang viktig i forhold til min bevisstgjørelse både i møte med mine informanter, forskningsinteresse og tolkning av den innsamlede datamaterialet. Hvor jeg nedenunder skal belyse min forforståelse i forbindelse med denne undersøkelse ytterligere.

### Min forforståelse

Min forforståelse bygger på en teoretisk forforståelse og en forforståelse jeg har fått via arbeidserfaring. Jeg er utdannet sosionom og har arbeidet noen år innen rusfeltet i Norge. Jeg har i løpet av min arbeidserfaring arbeidet med mennesker som blant annet har vært avhengig av heroin. Hvor jeg de senere årene har arbeidet på et rehabiliteringssenter for mennesker i aktiv rus, hvor målet for oppholdet var å komme ut i egen bolig eller videre inn i behandling for å bli rusfri. Jeg har dermed hatt et profesjonelt forhold og forståelse av brukergruppen.

I møtet med brukergruppen har jeg dannet meg et inntrykk og en forståelse av hvilke problematikker de ofte kan ha. Mitt inntrykk er at deres hverdag hovedsakelig består av å skaffe seg heroin, hvor dermed fokuset i hverdagen blir jaget etter å skaffe seg den neste dose med heroin. Denne hverdagen kan føre til mange sammensatte problemer, hvor det både innebærer kriminalitet, fysiske-, psykiske plager og ulike sosiale problemer i forhold til

økonomi, bopell, nettverk og andre forpliktelser. Min oppfattelse er at dette er en brukergruppe som er meget sammensatt og mange har mistet kontakt med deres familie og andre nære relasjoner. Det å være heroinavhengig skaper også en fysisk synlighet, hvor man skiller seg ut fra majoriteten i samfunnet. Jeg er fullstendig klar over at dette ikke gjelder alle, da det er flere heroinavhengige som klarer å leve et «normalt» liv, men de heroinavhengige jeg har arbeidet med har vært hva man kalle for de «hardeste» rusbrukerne, som har falt utenfor det konvensjonelle i samfunnet.

I Norge, eksisterer det på nåværende tidspunkt, ikke en heroinbehandling i form av en ordinasjon av diacetylmorfin. Dermed har de rusbrukerne jeg har vært i kontakt med hovedsakelig vært tilknyttet annen substitusjonsbehandling, som hovedsakelig har bestått av metadon og buprenorfin. Jeg har dermed fått et innblikk i hvilken oppfølging substitusjonsbehandlingen i Norge innebærer. Jeg har dannet meg et inntrykk og en hypotese om at det er legemiddelet som ofte er hovedprioriteten i substitusjonsbehandlingen, hvor jeg dermed har hatt et ønske om å undersøke dette nærmere i en dansk kontekst.

Min hypotese bygger på en forforståelse ut i fra hvilken oppfattelse jeg har fått særlig fra rusbrukernes perspektiv, hvor jeg derfor har hatt et ønske om å undersøke feltet fra de profesjonelles perspektiv. Da jeg er utdannet sosionom, har jeg hatt en interesse i å belyse den sosiale behandlingen i møtet med rusbrukerne. I og med at de heroinavhengige som inngår i den legeordinerte heroinbehandlingen i Danmark, blir betegnet som en «hard-to-treat» gruppe (Sundhedsstyrelsen 8/2013: 5), så har jeg funnet det ekstra interessant å undersøke hvordan rusbrukerne blir behandlet og hvordan den sosiale behandlingen foregår i møtet med denne brukergruppen i en dansk kontekst.

Jeg har også dannet meg en teoretisk forforståelse, hvor jeg blant annet har lest rapporter og artikler i forkant av denne undersøkelse. Jeg har lest rapporter og artikler som har belyst problematikken mellom den sosialfaglige- og den medisinske oppfølgingen i heroinbehandlingen i Danmark. Hvor jeg har lest artikler utgitt i tidsskriftet STOF som har belyst den sosiale behandlingen i den legeordinerte heroinbehandlingen. Artikkene er følgende; *Social behandling og heroin* av Birk & Johansen (2011) og *Brugerperspektiver på heroinbehandling – de første resultater* av Johansen (2011). Hvor jeg også har funnet inspirasjon fra rapporten; *Heroinbehandling i Danmark – en undersøgelse af brugere og behandling* (2013) av Katrine Shepelern Johansen.

Min forforståelse har dermed vært preget av en hypotese om at det finnes et behov for en styrking av den sosiale behandlingen i heroinbehandlingen i Danmark. Hvor dette utgangspunkt har preget mitt interessefelt og motivasjon for å undersøke om dette er et reelt fenomen. Jeg har også med min bakgrunn fra arbeid i Norge fått en oppfatning om at den sosiale behandlingen er viktig for at rusbrukerne i heroinbehandlingen kan få den hjelpen som er nødvendig for å få dekket den helhetsorienterte behandlingen som kan avdekke deres sammensatte behov.

## **Kapittel 4, TEORETISK UTGANGSPUNKT**

I mitt teoriavsnitt redegjør jeg først for diskursteorien, hvor jeg tar utgangspunkt i Norman Faircloughs kritiske diskursteori. Hvor jeg i dette kapittel redegjør for den kritiske diskursanalyses teoretiske utgangspunkt, hvor den metodiske utgangspunkt henvises til mitt metodeavsnitt i denne undersøkelse. Etter å ha redegjort for Faircloughs teori, har jeg valgt å belyse noen sentrale diskurser innen det sosiale arbeidets felt, hvor jeg tar utgangspunkt i boken til Healy (2012). Deretter redegjør jeg for det systemteoretiske perspektiv innen sosialt arbeid.

### **4.1 Kritisk diskursanalytisk teori**

Diskursteorien består av ulike tilganger, hvor formålet med en diskursiv vitensproduksjon blir beskrevet å ikke være å produsere objektiv sann viten, men å problematisere den allerede eksisterende viten som hevdes å være sann. (Dreyer i Juul & Pedersen 2012: 233)

Diskursteorien stammer fra en strukturalistisk forståelse, hvor denne forståelsen innebærer å forstå diskurser som en del av en del-struktur, som elementer i en større og sammenhengende totalstruktur. (Ibid: 239) Hvor denne forståelse av diskurser brytes med den postrukturalistiske forståelse, som betegner diskurser for å ikke være en totalstruktur, men at strukturen består av ulike diskurser med ulike historiske utgangspunkt og ikke som entydige betydninger. (Ibid: 239) Det vil dermed si at forståelsen av diskurser har utviklet seg fra å være en totalitær forståelse, til å bli en forståelse av at de sosiale strukturer i et samfunn består av flere ulike diskurser.

## **Faircloughs kritiske diskursteori**

Norman Faircloughs tilgang innen den kritiske diskursanalytiske retning betegner Jørgensen & Phillips (1999), som den mest utviklede teori og metode til forskning i kommunikasjon, kultur og samfunn. (Jørgensen & Phillips 1999:72) Jeg skal i dette avsnitt redegjøre for noen viktige trekk ved den kritiske diskursteori, samt ytterligere begreper som er sentralt i Faircloughs teoretiske tilgang.

### Faircloughs forståelse av diskurser og diskursorden

Norman Fairclough beskriver som jeg i mitt begrepsavklarings kapittel belyste, en diskursorden for å være; ” Den kritiske diskursanalytiske tilgang oppfatter fællesskabers diskursive praksisser – deres normale måder at bruke sproget på – som et nettverk, som jeg vil kalde ”diskursordener”. En social institutions eller et sosialt domenes diskursorden konstitueres af de diskurstyper, som bruger der.”(Fairclough 2008: 122) Hvor dermed summen av de ulike diskurser innen en sosial institusjon eller et sosialt domene kan defineres som en diskursorden. Hvor eksempler på dette kan være en sykehusdiskursorden, skolediskursorden, sosialforvaltningsdiskursorden og så videre. Hvor det beskrives ytterligere at poenget med begrepet diskursorden er å sette fokus på relasjonene mellom de forskjellige diskurstyper i diskursordenen.(Ibid:122) Hvor Fairclough betegner en diskursorden for å bestå av to ulike diskurstyper; genre og diskurser.

### Genre

Fairclough beskriver genrer for å være; “(...) a relatively stable set of conventions that is associated with, and partly enacts, a socially ratified type of activity, such as informal chat, buying goods in shop, a job interview, a television documentary, a poem, or a scientific article» (Fairclough, 1992:126) Hvor genre dermed anses som en type aktivitet innenfor en diskursorden, som karakteriserer den diskursordenen genren tilhører. Eksempler på en genre kan være retningslinjer eller lover innenfor en spesifikk diskursorden. De ulike genrene blir beskrevet å ha ulike typer av aktivitet, noe som beskrives å være; «an activity type can be specified in terms of the structured sequence of actions of which it is composed, and in terms of the participants involved in the activity (...)” (Ibid:126) Med dette kan for eksempel en tekst i form av retningslinjer, representere en aktivitet som involverer personer innen et vist område. Hvor aktiviteten innebærer de aktører retningslinjene er rettet mot og de aktører som har produsert retningslinjene. Genrer blir også beskrevet å innebære ulike stil-typer, som Fairclough beskriver følgende; «a genre tends to be associated with a particular style, though

genres may often be compatible with alternative styles, for example interviews may be «formal» or «informal»» (Fairclough 1992: 127) Stil-typene blir klassifisert ut i fra forholdet mellom deltakerne innen genren og hvordan genren er utformet. Altså hvem som interagerer innen genren og hvordan genren utfolder seg språklig (skriftlig, muntlig eller en kombinasjon). Hvor genrene har ulike stil-typer, hvor noen dermed kan være formelle eller ufomelle.

### Diskursenes betydning

Som jeg tidligere har belyst i mitt begrepsavklarings kapittel, så betegner Norman Fairclough diskurs for å være; “In using the term “discourse”, I am proposing to regard language use as a form of social practice, rather than a purely individual activity or a reflex of situational variables” (Fairclough 1992: 63) Hvor dermed diskurser kan sies å være en form for språklig sosial praksis. Fairclough beskriver diskurser for å innebære tre språklige dimensjoner; «identity», «relational» og en «ideational» dimensjon. (Ibid:64) Hvor følgende sitat beskriver ytterligere dimensjonenes funksjoner;

*«The identity function relates to the ways in which social identities are set up in discourse, the relational function to how social relationships between discourse participants are enacted and negotiated, the ideational function to ways in which texts signify the worlds and its processes, entities and relations.»(Fairclough:1992.s.64)*

Hvor det ovenstående sitat belyser at diskurser både identifiseres ved å fokusere på hvordan identiteter blir oppfattet, hvordan de sosiale relasjonene mellom identitetene oppfattes og hvordan den tekstuelle del av diskursene former hvordan diskursene oppfattes. Man kan dermed tolke Norman Faircloughs forståelse av diskurser å både innebære en relasjonell del direkte mellom mennesker og en mer lingvistisk del forbundet med tekst.

### Diskurs er både konstituerende og konstituert

Norman Fairclough betegner diskurser for å være både konstituerende, og konstituert. Dette kan belyses med følgende sitat;

*«Firstly, it implies that discourse is a mode of action, one form in which people may act upon the world and especially upon each other, as well as a mode of representation. (...) Secondly, it implies that there is a dialectical relationship between discourse and social structure, there being more generally such a relationship between social practice and social structure: the latter is both a condition for, and an effect of, the former.»(Fairclough:1992.s.63-64)*

Dette sitat belyser at diskurser anses som en form for handling, som kan påvirke den sosiale strukturen diskursene befinner seg i. Hvor denne handling kan sies å oppstå mellom mennesker i et dialektisk forhold til de sosiale strukturene diskursene befinner seg i. Med

dette kan både diskursene påvirke den sosiale strukturen de inngår i, og den sosiale strukturen kan påvirke diskursene. Dette betyr at diskurser anses som å både kunne konstituere og konstitueres av den sosiale verden de inngår i.

### Diskurser er politisk og ideologisk

Innen kritisk diskursanalyse oppfattes diskurser som både politiske og ideologiske, noe Fairclough beskriver med følgende sitat;

*«Discourse as a political practice establishes, sustains and changes power relations, and the collective entities (classes, blocs, communities, groups) between which power relations obtain. Discourse as an ideological practice constitutes, naturalizes, sustains and changes significations of the world from diverse positions in power relations» (Fairclough: 1992.s. 67)*

Hvor dermed diskurser med sin ideologiske og politiske effekt, kan bidra til å forandre maktrelasjoner. Hvor det beskrives i ovenstående sitat å ofte innebære fokus på ulike klasseforskjeller, økonomiske midler eller andre sosiale forskjeller i samfunnet. Dermed kan diskurser ofte ha en påvirkningskraft til forandring i samfunnet. Hvor diskurser både ideologisk og politisk fokuserer på skjeve maktfordelinger i samfunnet, og dermed kan føre til en potensiell forandring av maktposisjonen, med å fokusere på de undertrykte klasser. Dette særlig hvis de politiske- og de ideologiske diskursene skaper en forandring i majoritetens forståelsesrammer.

### Hegemoni

Innen en diskursorden kan det oppstå forandringer, hvor Fairclough da bruker begrepet hegemoni. Hvor Fairclough beskriver denne forandring følgende; *”Man kan faktisk se diskursordenerne som et område med et potensielt kulturelt hegemoni, med dominerende grupper, der kjemper for at komme igennem med og bibeholde en bestemt struktureing inden for og mellem dem.” (Fairclough 2008: 122)* Diskursordene blir dermed sett på som et felt som stadig er i forandring, og som har et ønske om å opprettholde sin betydning, som hele tiden kjemper for denne opprettholdelsen. Hvor potensielle forandringer innen diskursordenen skaper et potensiale for en hegemonisk kamp. En hegemonisk kamp forklarer Fairclough følgende;

*”En diskursorden kan ses som det diskursive aspekt af det modsætningsfyldte og ustabile ekvilibrium, som udgør et hegemoni, og artikulationen og reartikulationen af diskursordener er tilsvarende en del af den hegemoniske kamp. Desuden er den diskursive praksis (...) en facet af den hegemoniske kamp, som i varierende grad bidrager til reproduktionen eller transformationen, ikke bare af den eksisterende diskursorden,(...) men også af eksisterende sociale relationer og magtrelationer.” (Fairclough:2008.s.53-54)*

En forandring innen en diskursorden kan være en ny diskurs som forsøker å få plass i diskursordenen. Hvor dermed de forandringer som oppstår når denne nye diskursen inntar diskursordenen, potensielt sett kan bidra til en transformasjon av de eksisterende diskursene i diskursordenen. Hvor denne transformasjonen oppstår når den nye diskurs artikulere sammen med de allerede eksisterende diskursene. Hvor dermed de eksisterende diskursene må kjempe for å opprettholde sin betydning innen diskursordenen. Vinner den nye diskurs en plass, kan man ut i fra Fairclough si at den nye diskurs innen bidrar til en transformasjon av den eksisterende diskursorden. Mislykkes dette oppstår det ingen transformasjon, men en reproduksjon av de allerede eksisterende diskurser.

Hegemoniske kamper blir beskrevet å eksistere i ulike institusjoner i samfunnet, som kan bestå av utdannelseinstitusjoner, fagforeninger og familien, hvor dermed hegemoniske kamper oppstår på forskjellige nivåer og i forskjellige domener. (Fairclough 2008: 52)

## **4.2 Diskurser innen feltet sosialt arbeid**

I boken « Socialt arbejde i teori og kontekst. En grundbog.» (2009), beskriver Karen Healy ulike diskurstyper som er fremtredende innen feltet sosialt arbeid. Hvor hun skildrer de ulike diskursene for å være dominerende diskurser, tradisjonelle diskurser og alternative diskurser. De dominerende diskurser blir betegnet å være diskurser som; « (...) disse diskurser i postindustrielle lande har stor indflydelse på, hvordan social- og sundhedsinstitutioner udformer klienters behov, processer i forbindelse med levering af serviceydelser og - mere specifikt – socialarbejderes formelle rolle.» (Healy 2012: 37) Hvor de dominerende diskurser dermed er diskurser som er fremtredende innen en sosial struktur. De tradisjonelle diskursene innen sosialt arbeid blir beskrevet å være de diskurser som er fagets tradisjonelle grunnlag, altså de diskurser som faget kan anses å være bygget opp av. (Ibid:74) De alternative diskursene anses å være diskurser som stiller spørsmål til de tradisjonelle og de dominerende diskurser innen en sosial struktur, som dermed kan bidra til en potensiell endring av konstruksjonen av vitensgrunnlaget i praksis. (Ibid:100) De diskurser som jeg finner relevant å beskrive i dette avsnitt er følgende; den biomedisinske- og den juridiske diskurs (dominerende diskurser) og den psykologiske- og den samfunnsvitenskapelige diskurs (tradisjonelle diskurser). Hvor jeg dermed i dette kapittel kun fokuserer på de dominerende og de tradisjonelle diskurser.

### Den biomedisinske diskurs

Den biomedisinske diskurs blir beskrevet å være den diskurs som er en av de mest innflytelsesrike diskurser innen for deler av sundhetsvesenet. Hvor det beskrives at den også er innflytelsesrik innen sosialområdet. (Healy 2012: 40) Hvor den biomedisinske diskurs blir beskrevet å være; «Termen «biomedicin» brukes bredt inden for de biologiske og medisinske videnskaber og samfunnsvidenskaberne om de dominerende, moderne perspektiver på medicin, der kommer fra de biologiske videnskaber». (Ibid:41) Healy presiserer at termen biomedisin er hentet fra medisinsk sosiologi. (Ibid:41) Innenfor den biomedisinske diskurs forstås problemer eller barrierer i et individs liv som avvikelser fra de normale biologiske funksjoner, hvor problemløsning deretter ofte ses i lys av sykdomsforståelse. (Ibid:42)

### Den juridiske diskurs

Den juridiske diskurs blir beskrevet å innebære ulike diskurser, hvor Healy (2012) fokuserer på den rettspositivistiske diskurs. Denne diskurs beskrives å være en diskurs som anser loven som objektiv og rasjonell, hvor sosiale prosesser følger bestemte rettslige kategorier. (Healy 2012: 61) Lovene anses å være autoritative, hvor det tilsier at borgerne anerkjenner lovene som den betegnende for det som er riktig og sant, og vil tilrettelegge seg disse lovene. (Ibid: 62) Man kan dermed si at innen en sosial struktur, kan de lover som er aktuelle på området anses som det som karakteriseres som den sanne viten på området. Hvor dermed borgerne og de mennesker som befinner seg innen dette felt følger disse lovene.

### Den psykologiske diskurs

Healy (2012), beskriver at en god del psykodynamiske begreper blir brukt innen sosialt arbeid, hvor begreper som; empati, autensitet og gjensidighet, samt begreper som; selvinnsikt og selvbevissthet. (Healy 2012: 81-82) Hvor disse begreper beskrives å være sentrale i møtet med brukerne, og relasjonen mellom den profesjonelle og brukerne. Det beskrives også at kognitiv atferdsterapi er blitt mer og mer dominerende innen det sosiale arbeidet. (Ibid: 83) Hvor disse begrep og disipliner hentet fra psykologien beskrives å inneholde en sentral oppfattelse av at mange av de problemene som brukerne har, klassifiseres og behandles ut i fra et uttrykk for individuelle psykologiske prosesser. (Ibid: 77).

### Samfunnsvitenskapelige diskurser

Den samfunnsvitenskapelige diskurs blir beskrevet å innebære en forståelse av menneskers atferd basert på menneskers sosiale opprinnelse og sosiale konsekvenser. (Healy 2012:88) De samfunnsvitenskapelige diskurser blir betegnet å innebære elementer fra den sosiologiske



diskurs, som kan sies å være flytte fokuset fra individet til et mer samfunnsorientert fokus. Den sosiologiske diskurs hevder at mennesker i høy grad er sosiale vesener, hvor dermed menneskers sosiale kontekst og omgivelse blir avgjørende i forsøk om å forstå deres problemer. Den sosiale struktur og de sosiale praksiser blir dermed også avgjørende for menneskers liv og potensielle sosiale problemer. (Healy 2012:89)

### **4.3 Systemteoretisk perspektiv**

Det systemteoretiske perspektiv innen sosialt arbeid har røtter fra funksjonalismen, som stammer tilbake til Emilie Durkheim (1858-1917). (Hutchinson & Oltedal 2006:242) Hvor funksjonalismen ser på samfunnet som et sosialt system bestående av en rekke sammenhengende deler som befinner seg i en likevektssituasjon. (Ibid:241) Hvor denne likevektssituasjonen kan beskrives å være følgende; «forandring i en del fører til forandring i en annen del, således at forandringene totalt set oppfattes som noget, der finder sted i overensstemmelse med en overordnet social orden.» (Ibid:241-242) Hvor dermed forandring innen et felt påvirker et annet felt, eksempler på dette kan for eksempel være hvis det blir vedtatt økonomiske innstramninger innen rusbehandlingen, så kan dette skape konsekvenser for innsatsen ved de enkelte behandlingsinstitusjoner, som igjen kan få en betydning på den enkeltes rusbrukers livssituasjon.

Systemteorien oppdeles ofte inn i den eldre systemteori og den nyere systemteori. Hvor den eldre systemteori fokuserer mer på hierarkier og at det er de ulike strukturer i samfunnet som medfører at enkeltmennesker handler som de gjør. (Hutchinson & Oltedal 2006:245) Innen den nyere systemteori fokuseres det mer på at det er enkeltmennesket som definerer strukturene, noe som kan belyses i følgende sitat; «verden som en mangfoldighed af systemer afhænger af øjnene, der ser» (Ibid:245) Man kan dermed si at den eldre systemteori fokuserer mer på at det er de samfunnsmessige strukturene som avgjør hvordan enkeltindivider handler, og den nyere systemteori fokuserer mer på hvordan enkeltindividene oppfattelser av strukturene avgjør hvordan enkeltindividene handler. Innen den nyere systemteori er begrep som *pluralisme* og *perspektivmangfold* sentralt, hvor dette beskrives i følgende sitat; « i stedet for et værdihierarki taler man nu om pluralisme og perspektivmangfoldighed» (Ibid: 250). Samfunnet blir dermed bestående av flere system (pluralisme) og samfunnet blir bestående av et mangfold av perspektiv (perspektivmangfoldighet) som bidrar til en helhet innen de ulike system.

Jeg skal nedenfor redegjøre for sentrale begrep innenfor systemteorien som jeg finner relevant å belyse i denne undersøkelses kontekst. Hvor disse begrep er; *helhetstankegangen, systemer, grenser, likevekts- og endringsprosesser, sirkulær årsakstenkning og målsøkende atferd*

### Helhetstankegangen

Helhetstankegangen blir beskrevet å ha et ønske om å utvikle en helhetsteori, som kan inndra mest mulig av mangfoldigheten i menneskers tilværelse. (Hutchinson & Oltedal, 2006: 231) Hvor mangfoldigheten består av ulike enheter, som danner en helhet; «Det er en gruppe mindre enheder, som danner en samvirkende helhet. Denne holisme er noget andet end summen af enkeltdelene» (Ibid: 231) Hvor dermed holismen og helheten blir bestående av flere enheter som til sammen danner et system.

### System

Ordet system stammer fra gresk, og betyr sammenstilling. (Hutchinson & Oltedal 2006: 231) Et system består av en sammenheng mellom ulike enheter som gjensidig påvirker hverandre. (Ibid: 232) Et eksempel på dette kan være innen for en rusbehandlingsinstitusjon, så befinner det seg ulike elementer eller enheter som danner systemet som en helhet. Hvor disse enhetene kan bestå av ulike profesjoner, medikamenter, økonomi og diverse andre elementer som utgjør at rusbehandlingsinstitusjonen fungerer som en helhet.

### Grenser

Grenser er noe som utgjør at noe kan betegnes som et system, hvor grensene er med på å definere forskjellene på ulike system. En rusbehandlingsinstitusjon er for eksempel et annerledes system enn hva en sykehusinstitusjon er. Hvor grenser kan betegnes å være; «grænser kan vi identificere ved, at der finder et større samspil sted inden for systemgrænserne end mellem elementerne på tværs af systemgrænserne» (Hutchinson & Oltedal 2006:232). Hvor dermed samspillet innenfor rusbehandlingsinstitusjonen er større enn samspillet mellom for eksempel rusbehandlingsinstitusjonen og sykehusinstitusjonen.

### Likevekts- og endringsprosesser

Likevekts- og endringsprosesser kan ses på som de prosesser som bidrar til en «normaltilstand» i et system. (Hutchinson & Oltedal 2006: 232-233) Hvor et system aldri befinner seg i ro, da systemene kan bli påvirket av elementer innen systemet og elementer utenfor systemet. Eksempel på dette kan være innen en rusbehandlingsinstitusjon, hvis rusbrukeren klager på sin behandling, og institusjonens regimer må justeres for at normaltilstanden skal opprettholdes. Disse prosessene består av tilbakemeldinger, som kan

bidra til en likevektstilstand eller en endring av systemet. (Ibid: 233) Hvor det blir betegnet å være to former for tilbakemeldinger; en avvikerkorrigerende tilbakemelding og en avvikerforsterkende tilbakemelding. Hvor den avvikerkorrigerende tilbakemeldingen innebærer når tilbakemeldingen er med på å opprettholde systemet, mens den avvikerkorrigerende er en tilbakemelding som er med på å bidra til at systemet endrer seg, hvor det kan utvikles nye normer, regler og en ny selvoppfattelse. (Ibid: 233-234)

### Sirkulær årsakstenkning

Den sirkulære årsakstenkning fremhever mangfoldigheten som skjer i et system og tydeliggjør at en hendelse kan ha mange årsaker i stede for bare en enkelt årsak. (Hutchinson & Oltedal 2006: 234) Hvor dette kan for eksempel være hvis en rusbruker klager på sin behandling, så kan det være ulike årsaker til at det rusbrukeren klager over har oppstått. Hvor det ikke nødvendigvis kun er en årsak til dette, men at det kan finnes flere årsaker. Hvor det for eksempel kan være økonomiske forklaringer på at rusbrukeren får endringer i sin behandling, som igjen kan være en politisk beslutning. Hvor det dermed er en sirkulær årsakstenkning, og ikke kun en kausaltenkning. (Ibid:234)

### Målsøkende atferd

En målsøkende atferd kan beskrives følgende; «fra en anden indfaldsvinkel kan vi beskrive mål ud fra, hvilken funktion, hvilke følger, hvilken effekt eller indvirkning en handling har på denne sociale helhed» (Hutchinson & Oltedal 2006: 235) Hvor dermed innen et system så finnes det en målsøkende atferd som ønsker å beskrive systemets funksjon til å utføre sitt mål. Hvor for eksempel innen for rusbehandlingssystemet, så er det et mål å forbedre livskvaliteten til rusbrukerne. Hvor dette mål må ses i lys av hvordan dette kan oppnås innen dette system. Hvor dermed den målsøkende atferden vil forsøke å oppnå dette. Hvor det blir beskrevet at innen et sosialt system er den målsøkende atferd følgende; «I et sosialt system er den målsøkende adfærd styret af bestræbelsen på at skabe eller opretholde mening.» (Ibid:235) Hvor dermed innen for hvert system er den målsøkende atferd å opprettholde sin mening, hvor denne meningen er grunnlaget for systemet. Hvor for eksempel en rusbehandlingsinstitusjons mening med å forbedre livskvaliteten til rusbrukerne er grunnleggende for at dette systemet eksisterer.

## Kapittel 5: Analyse

Jeg har oppdelt min analyse i tre, noe som jeg har beskrevet ytterligere i denne undersøkelses analystrategiavsnitt. Jeg starter min analyse med en tekstanalyse av Sundhedsstyrelsens veiledning; *Vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed* (2013) og deretter analyse av den sosiale praksis, hvor empiri hentet fra heroinklinikkene analyseres. Den tredje og siste del av min analyse, inneholder analyse av empiri hentet fra intervju med Jette Nyboe fra Socialstyrelsen. Hvor jeg i dette kapittel også henviser til definering av begrepene diskurs og diskursorden i denne undersøkelses begrepsavklaringskapittel, samt en ytterligere belysning i teorikapittelet.

### 5.1. Analyse 1, Tekstanalyse

#### Veiledningens tittel

Selve tittelen til veiledningen; *Veiledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed* (2013), finner jeg interessant å starte min tekstanalyse med. Dette fordi jeg anser tittelen for å være viktig i forbindelse med hvordan Sundhedsstyrelsen ønsker å presentere sin veiledning. Tittelen er som regel førsteinntrykket til leserne, og det danner dermed et bilde og en forestilling over hva dokumentet videre skal inneholde. Jeg finner det relevant å se på ordvalget i tittelen og dermed tittelens betydning for veiledningen.

I tittelen legger jeg merke til ordet *diacetylmorfin*, hvor diacetylmorfin er betegnelsen på heroin som står i en etterfølgende parentes. Diacetylmorfin er det farmakologiske navnet på heroin, noe som står ytterligere beskrevet i veiledningens avsnitt; «klinisk farmakologi» (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 5), som dermed setter heroinen innenfor en farmakologisk kontekst. Ved å sette parentes rundt ordet heroin, tolker jeg dette som en presisering for at det er diacetylmorfin som er betegnelsen Sundhedsstyrelsen primært ønsker å bruke i denne forbindelse, og dermed kan tolkes som hva som anses som korrekt innen veiledningens rammer. Jeg anser det farmakologiske navnet på heroinen å være et element innen den medisinske diskurs, hvor diacetylmorfinen blir ansett som medisin. Jeg betegner diacetylmorfinen (heroinen) for å være en medisin, da tittelen beskriver dokumentet for å være en veiledning i forbindelse med *ordinasjonen* av diacetylmorfinen ved opiatavhengighet. Jeg tolker dermed veiledningen for å inneholde beskrivelser av hvordan ordinasjonen av legemiddelet i behandlingen av mennesker som er opiatavhengige skal

utføres, hvor jeg anser ordet ordinasjon for å være et element innen en medisinsk diskurs. Det at Sundhedsstyrelsen setter selvet ordet heroin i en parentes, kan tolkes som at Sundhedsstyrelsen ønsker å gjøre tittelen og veiledningen lesbar for dem som ikke har kjennskap til det farmakologiske navnet på heroinen, dette ved å forklare hva ordet diacetylmorfin betyr. Samtidig tydeliggjøres det ved å sette heroin i parentes og ikke diacetylmorfin i parentes, at hovedmålgruppen for veiledningen befinner seg innen en medisinsk kontekst. Hadde det vært omvendt, hvor diacetylmorfin hadde stått i parentes, så ville den medisinske diskurs ikke være like fremtredende i tittelen.

### Aktør og målgruppen for veiledningen

Ved analyse av veiledningens innledende setning; «Med denne vejledning fastlægger Sundhedsstyrelsen retningslinjer for ordination af heroin som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug og om behandlingsansvarlige lægers ansvar for heroinbehandlingen.» (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 1), kan man ut i fra Faircloughs begrep; *genre*, betegne hvilken type dokument veiledningen er. En genre betegnes for å være et språkbruk som er forbundet med og konstituerer en del av en bestemt sosial praksis, som representerer en viss form for aktivitet (Fairclough 1992: 126) Jeg tolker dermed Sundhedsstyrelsens veiledning for å innebære en form for genre som kan betegnes for en retningslinjegenre. Da Sundhedsstyrelsen er det øverste organ innen sunnhetsområdet i Danmark, og dermed har myndigheten til å utgi retningslinjer for heroinbehandlingen, kan man ut i fra Fairclough definere veiledningen for å være en genre med en type stilart som både er formell og offisiell. (Ibid:127) Dette fordi retningslinjene representerer et offisielt organ som har den formelle myndigheten over innsatsen i heroinbehandlingen. Fairclough bruker begrepet *interaksjonell kontroll*, som er et begrep som beskriver forholdet mellom taler og mottaker i en tekst eller i en spesifikk genre. (Ibid: 152) Jeg tolker dermed Sundhedsstyrelsen for å betegne seg selv som en aktør i denne veiledning, hvor dette presiseres da Sundhedsstyrelsen bruker ordet *fastlægger* i ovenstående sitat. Hvor Sundhedsstyrelsen dermed tydeliggjør at det er dem som fastlegger retningslinjene i veiledningen. Ved en slik ordleggelse skapes det ingen tvil for leserne hvem som både er aktør i veiledningen og dermed også retningslinjenes aktør.

I det ovenstående sitat, blir det også avklart hvem mottakerne av veiledningen er. Hvor jeg avdekker dette med å legge merke til ord som *lægelig* og *læger*. Det at Sundhedsstyrelsen ordlegger seg med at veiledningen er ment som et ledd i den *legelige* behandlingen og rettet

mot de behandlingsansvarlige *legers* ansvar innen heroinbehandlingen, er dette med på å forsterke mitt førsteinntrykk av veiledningens tittel, da disse begrep som legelig og leger kan betegnes å være elementer innen en medisinsk diskurs. Hvor jeg finner betydningen av å la diacetylmorfin som fremtredende i tittelen som meningsfull i forhold til hvem målgruppen for veiledningen er, som da samsvarer med at diacetylmorfinen også betegnes for å være et element innen den medisinske diskurs.

### Målgruppen for behandlingsinnsatsen

Da jeg i ovenstående avsnitt har avdekket målgruppen for veiledningen, ønsker jeg nå å avdekke hvem selve målgruppen for behandlingen er. Altså hvem Sundhedsstyrelsen definerer som målgruppen for heroinbehandlingen som de behandlingsansvarlige leger skal behandle. Jeg finner måten Sundhedsstyrelsen ordlegger seg på i beskrivelsen av brukergruppen interessant, da jeg ut i fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv befinner språk og definering av fenomener betydningsfullt i avdekking av ulike diskurser. Jeg har funnet tre sitat som jeg finner relevante å belyse, hvor tre ulike betegnelser blir brukt. Betegnelsene er følgende; *personer for stofmisbrug*, *stofmisbruger* og *patient*.

Sitat 1; *Personer for stofmisbrug*; "(...)retningslinjer for ordination af heroin som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug og om behandlingsansvarlige lægers ansvar for heroinbehandlingen."(Sundhedsstyrelsen 9/2013:1)

Sitat 2; *Stofmisbruger*; "Den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere." (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 2)

Sitat 3; *Patienter*; "En kommune kan derfor ikke uden en lægefaglig vurdering foretage visitation af den enkelte patient, der formodes at have behov for abstinens- eller substitutionsbehandling." (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 2)

I første sitat, hvor brukergruppen blir betegnet å være *personer for stofmisbrug*, kan dette tolkes som at det er stoffet, altså rusmiddelet som betegner brukergruppen. Hvor det dermed kan tolkes som at det er brukernes rusbruk som er det dominerende i denne konteksten, og personene blir dermed definert som *personer for stoffmisbruk*. I det andre sitat blir brukergruppen definert for å være *stofmisbrugere*, hvor det her kan tolkes at betegnelsen har endret seg fra å være *personer for stoffmisbruk*, til å bli *stoffmisbrukere*, hvor dette kan tolkes

som at rusbruket har blitt en integrert del av definisjonen av brukerne. Man kan dermed si at brukergruppen dermed er internalisert i deres objektive tilstand. Hvor jeg betegner den objektive tilstanden for å være det å bruke rusmidler. I det tredje sitat, lyder definisjonen helt annerledes, hvor brukergruppen blir definert som *patienter*. Denne betegnelsen gir en annen betydning enn hva de andre to definisjonene gjør. Dette ved at denne definisjon ikke sier noe om forbindelsen mellom personene og rusmidlene. Denne definisjonen setter brukergruppen inn i en annen kontekst enn hva de andre definisjonene gjør, og jeg tolker denne kontekst for å representere en medisinsk diskurs. Hvor jeg betegner begrepet pasient som et element innen den medisinske diskurs. Jeg finner definisjonen pasienter fremtredende i veiledningen, da det ut i fra min analyse kan antas at begrepet pasienter er det begrep Sundhedsstyrelsen bruker hyppigst i denne veiledning. Hvor etter opptelling blir begrepet «patient» brukt 50 ganger, da ellers begrepet «personer for stofmisbrug» blir brukt 5 ganger, og begrepet «stofmisbrugere» 14 ganger. Jeg finner dermed en overrepresentasjon av begrepet pasient, og tolker dette for å være den fremtredende og primære definisjonen som Sundhedsstyrelsen bruker på brukergruppen i behandlingen.

I forbindelse med analyse av de tre ulike betegnelsene på brukergruppen i heroinbehandlingen, trekker jeg paralleller til Faircloughs begrep *etos*, hvor etos er en form for kroppsliggjøring av et fenomen, hvor fokuset ligger på hvordan sosiale identiteter konstrueres i teksten. (Fairclough 1992: 235) Jeg tolker dermed måten brukergruppen blir definert på å ha en sammenheng med hvilken kontekst de befinner seg i, hvor denne kontekst kan medføre en form for kroppsliggjøring. Jeg finner det at brukergruppen blir definert som pasienter interessant i denne forbindelse, da jeg tolker det å bli definert som pasient som en tilknytning til en relasjon til noen som kan betegne vedkommende som pasient. Hvor dermed en form for kroppsliggjøring oppstår når brukergruppen kommer i kontakt med profesjonelle som har myndigheten til å definere dem som pasienter. Da denne form for identitet som regel skapes innen en medisinsk kontekst, hvor den profesjonelle består av en lege eller en annen representant fra sunnhetsvesenet. Man kan dermed si at ved å kroppsliggjøre den sosiale identiteten fra brukere til pasienter, så omdannes brukergruppen automatisk å inngå i en medisinsk diskurs.

## Veiledningens oppbygning og intertekstualitet

I veiledningen blir det opptil flere ganger henvist til ulike lovverk og bekjentgjørelser, hvor jeg dermed tolker Sundhedsstyrelsen med slike henvisninger å presisere at deres retningslinjer er bygget opp av det aktuelle lovverket på området. Hvor jeg i denne forbindelse finner dette sitat relevant å belyse, da sitatet henviser til flere lover; ”De lovmæssige rammer for tilrettelæggelsen af behandlingen fremgår af sundhedsloven, autorisationsloven, Lov nr. 810 af 19. juli 2012 om social service (serviceloven), samt Lov nr. 930 af 19. september 2012 om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven).”

(Sundhedsstyrelsen 9/2013: 1) Med dette sitat tolker jeg Sundhedsstyrelsen ved å henviser til fire forskjellige lovverk (Sundhedsloven, Autorisationsloven, Serviceloven og Rettsikkerhedsloven), å presisere at deres retningslinjer både er bygd opp av og underlagt det eksisterende lovverket på området. Jeg anser ordleggelse som *de lovmæssige rammer* for å være elementer som inngår i den juridiske diskurs. Jeg anser dermed de lovmessige rammene å være ulike diskurstyper og genrer som inngår i den juridiske diskursorden. (Fairclough 1992: 125) Hvor Sundhedsloven, Autorisationsloven, Serviceloven og Rettsikkerhedsloven kan tolkes å representere fire forskjellige lovverk. Hvor disse lovverk kan tolkes å være genre i form av lovtekster, og innen hver lovtekst befinner det seg ulike diskurser som gjør at lovverkene atskiller seg fra hverandre. Samtidig kan man si at Sundhedsloven, Autorisationsloven, Serviceloven og Rettsikkerhedsloven inngår i den samme diskursorden, som jeg betegner for en juridisk diskursorden.

Ut i fra Faircloughs begrep, *intertekstualitet*, som inngår i analysen av den diskursive praksis, kan man anse henvisningen til lovverket som en form for intertekstualitet. Hvor intertekstualitet i denne sammenheng oppstår når veiledningen henviser og trekker på tidligere begivenheter i form av lovverk, hvor lovverket dermed får en historisk betydning for veiledningen.(Fairclough 1992: 232) Ved å henviser til lovverket og betegne dem som *de lovmæssige rammer* for behandlingen (se sitat ovenfor), tolker jeg det som en direkte kobling til noe som allerede er nedskrevet fra før, og jeg tolker dermed veiledningen for å settes inn i en historisk kontekst. Hvor jeg dermed betegner lovverket for noe av grunnlaget for rammene rundt produksjonen av veiledningen. Fairclough bruker også betegnelsen; *manifest intertekstualitet*, som beskrives å være; “Manifest intertextuality is the case where specific other texts are overtly drawn upon within a text, whereas interdiscursivity is a matter of how a discourse type is constitutes through a combination of elements of orders of discourse.”(Ibid:117-118) Jeg tolker dermed henvisningen til lovverket for å være en manifest



intertekstualitet, hvor det dermed er en åpenlys og direkte kobling mellom veiledningen og lovverket. Hvor denne åpne koblingen tolker jeg som en direkte henvisning til de tekstuelle linkene veiledningen bygges opp fra. (Ibid:232) Jeg plasserer de tekstuelle linkene å være elementer innen en juridisk diskurs.

Jeg finner også følgende sitat interessant å belyse i forbindelse med begrepet manifest intertekstualitet, hvor dette sitat belyser en annen tekstuell link som jeg tolker veiledningen å være bygget opp av. Sitatet lyder følgende; «Denne vejledning supplerer Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.» (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 1) Jeg tolker Sundhedsstyrelsen i dette sitat åpenlyst å henvise til deres egen veiledning; *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (2008). Ved å henvise til en annen eksisterende veiledning, tolker jeg dette som at Sundhedsstyrelsen ønsker å presisere at veiledningen bygger på en historisk kontekst. Da denne historiske konteksten danner grunnlaget for deres retningslinjer, som er fundamentert i deres allerede eksisterende veiledning angående den legelige behandling av brukerne av den andre eksisterende substitusjonsbehandling. Det at Sundhedsstyrelsen bruker begrep som *supplerer*, tolker jeg dermed Sundhedsstyrelsen å betegne veiledningen over heroinbehandlingen som et supplement for den allerede eksisterende veiledning over substitusjonsbehandlingen.

#### Interdiskursivitet og avdekking av diskurser i behandlingens innsatsområde

Fairclough bruker begrepet *interdiskursivitet* i forbindelse med å avdekke eksisterende diskurser i en tekst, hvilken type diskursene er og hvordan diskursene presenteres. (Fairclough 1992: 232) Interdiskursivitet beskrives å være en form for artikulering av forskjellige diskurser innenfor og på tvers av grensene mellom forskjellige diskursordener. (Jørgensen & Phillips 1999: 84) Jeg skal i dette avsnitt forsøke å avdekke hvilke diskurser og diskursordener som representeres i veiledningens beskrivelse av heroinbehandlingens innsatsområde ved hjelp av Faircloughs begrep, interdiskursivitet. Jeg finner følgende sitat relevant å belyse for å kunne avdekke to fremtredende diskurstyper i veiledningen; ”Den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings-og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Der skal således være sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte stofmisbrugers sociale problemer.” (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 2) I dette sitat tolker jeg veiledningen å belyse to

ulike diskurser, som kan betegnes å være en medisinsk diskurs og en sosialfaglig diskurs. Den medisinske diskurs blir belyst ved at behandlingen blir betegnet for å være en *lægelig* behandling og den sosialfaglige diskurs blir belyst ved å bruke begrep som *sociale problemer*. Jeg betegner dermed begrepene for å være elementer som inngår i to ulike diskurser, den sunnhetsfaglige- og den sosialfaglige diskurs. I dette sitat presiserer Sundhedsstyrelsen at det skal være en sammenheng mellom disse diskurser, hvor diskursene i denne sammenheng også kan tolkes å representere to ulike diskursordener. Jeg tolker den sunnhetsfaglige- og den sosialfaglige diskurs å representere to diskursordener fordi Sundhedsstyrelsen beskriver at den legelige behandling skal være en del av en *integreret* behandling innen den enkelte kommunes *samlende* behandlings- og omsorgstilbud for rusbrukerne. Hvor dette blir beskrevet å innebære en sammenheng mellom den legelige innsats og innsatsen rundt rusbrukernes sosiale problemer. Jeg tolker Sundhedsstyrelsen ved å ordlegge seg slik, for å presisere at det er to ulike innsatser som representerer to ulike felt, som jeg dermed betegner som to ulike diskursordener. Ved bruk av begrepet integrert tolker jeg det som at Sundhedsstyrelsen betegner den medisinske diskursorden og den sosialfaglige diskursorden som vesentlige i den helhetlige behandlingen rundt brukerne av heroinbehandlingen. Hvor det samtidig kan tolkes at den legelige behandlingen er hovedfokuset i sitatet, hvor det er denne innsats som blir beskrevet som utgangspunktet i innsatsen. Dette ved å bruke ord som *den lægelige behandling forudsættes* og ikke ord som den sosiale behandling forutsettes. Jeg tolker det dermed slik at det er den legelige behandlingen som er hovedfokuset, og dermed for å kunne få den beste effekt for rusbrukerne må den legelige behandlingen kombineres med en sosial behandling.

Viktigheten med en integrert behandling bestående av både en legelig behandling og en sosial behandling, vises også i følgende sitat;

*"Den sunnhetsfaglige behandling og sociale behandling, samt øvrige sociale støtte, (...) spiller en helt central rolle i forhold til de positive resultater, som kan opnås med denne behandlingsform. Resultaterne skyldes i højere grad den omfattende behandling og støtte, der knytter sig til behandlingen med diacetylmorfin, end lægemidlet i sig selv."*  
Sundhedsstyrelsen: 9/2013. s.2)

Jeg tolker viktigheten med en integrert behandling for å fremstå ved å se på Sundhedsstyrelsens sammensetning av vokabularet, hvor jeg finner følgende sammensetning interessant; *spiller en helt central rolle i forhold til de positive resultater*. Ved en slik sammensetning kan det tolkes som at ved fravær av enten den sunnhetsfaglige behandlingen, sosiale behandlingen eller den øvrige sosiale støtte, så kan ikke de positive resultater oppnås.

Ved en slik formulering og ordvalg tolker jeg det som at Sundhedsstyrelsen påpeker viktigheten med en kombinasjon av den medisinske innsats og den sosialfaglige innsats i heroinbehandlingen, hvor dermed disse to diskursordener må samarbeide rundt målgruppen og behandlingen. Diskursordenene må dermed samarbeide for å oppnå en samlet betydning for heroinbehandlingen som helhet.

Det ovenfor belyste sitat, kan også tolkes ut i fra Faircloughs begrep, *modalitet*. Hvor modalitet fokuserer på talerens grad av tilslutning til utsagnet (Fairclough 1992: 236) I denne forbindelse tolker jeg måten Sundhedsstyrelsen tilslutter seg utsagnet *spiller en helt central rolle* som en form for modalitet, da det blir konstatert at kombinasjonen med en sosialfaglig behandling og en medisinsk behandling er avgjørende for de positive resultatene ved behandlingen. Denne form for modalitet ut i fra Fairclough kan tolkes som en *sannhet*. Hvor sannhet er en modalitet hvor taleren, altså Sundhedsstyrelsen tilslutter seg fullstendig utsagnet. (Jørgensen & Phillips 1999: 96) Setningen henviser til en sannhet om at den sunnhetsfaglige-, sosiale behandlingen og den øvrige sosiale støtte spiller en sentral rolle til de positive resultater i behandlingen, hvor jeg dermed tolker dette som en form for sannhet. Hadde Sundhedsstyrelsen for eksempel ordlagt seg med ord som *kan*, eller *muligens* i forkant av «spiller en helt sentral rolle», ville det dermed oppstått en annen form for modalitet som kunne betegnes som en *tillatelse*. (Ibid: 96) Budskapet ville dermed ved bruk av modalitet som tillatelse, kunne medføre tvil hos mottakerne, noe det skapes mindre sannsynlighet for ved bruk av sannhet som modalitet.

Jeg finner det relevant å belyse nedenstående sitat i forbindelse med avdekking av flere diskurser i veiledningen. Sitatet lyder følgende; ”Den kliniske erfaring skal omfatte grundigt kendskab til substitutionsbehandling ved opioidafhængighed, somatisk og psykiatrisk komorbiditet ved stofmisbrug, samt erfaring med helhedsorienteret stofmisbrugsbehandling og snitfladen til den sociale behandlingsindsats.” (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 2) Jeg tolker dette sitat å beskrives hvilke kompetanser de behandlingsansvarlige leger påkreves å ha i behandlingen av rusbrukerne, hvor det henvises til den somatiske-, psykiske- og den sosiale innsats rundt brukerne i heroinbehandlingen. Hvor jeg dermed tolker dette sitat å belyse en diskurs som jeg betegner for en psykologisk diskurs, hvor denne diskurs blir belyst ved at Sundhedsstyrelsen bruker ord som *psykiatrisk komorbiditet*, noe som jeg anser som et element innen den psykologiske diskurs. Hvor den psykologiske diskurs blir betegnet å innebære en helhetsorientert innsats i samhandling med den medisinske- og den sosialfaglige diskurs. I det

samme sitat (som belyst ovenfor) finner jeg begrepet *helhedsorienteret* behandling interessant, da dette er et begrep som jeg kobler opp til det systemteoretiske perspektiv innen sosialt arbeid. Hvor jeg dermed tolker Sundhedsstyrelsen å inngå i en *helhetstankegang*, som innebærer å belyse mangfoldigheten i et menneskes tilværelse. (Hutchinson & Oltedal 2006: 231) Hvor begrepet helhetsorientert betegner en behandling i denne sammenheng, bestående av diskursene; den medisinske-, den sosialfaglige- og den psykologiske-diskurs. Ved at Sundhedsstyrelsen ordlegger seg med en helhetsorientert behandling trekker jeg også paralleller til *den sirkulære årsakstankegangen* innen det systemteoretiske perspektiv, hvor dermed hver faktor i rusbrukernes hverdag må ses i sammenheng med hverandre, og at de ulike barrierer påvirker den totale livssituasjon. (Ibid: 234) På den måte blir de ulike diskursene inkludert i en sirkulær årsakstankegang, hvor diskursene må ses i sammenheng med hverandre rundt problemløsningen i behandlingen.

Videre i veiledningen står det beskrevet i forbindelse med evaluering av behandlingen, at den behandlingsansvarlige lege skal innberette ulike faktorer rundt rusbrukerne til databasen *Statens Serum Institut for heroin og methadon* (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 5). Hvor faktorene blir kartlagt i denne database. De ulike faktorer som skal innberettes blir belyst i følgende sitat; ”Databasen omfatter spørsmål om stofmisbrug, risikoadfærd, forekomst af misbrugsrelaterede fysiske og psykiske sygdomme, selvvrudert helbredsopfattelse samt spørsmål om social belastning og kriminalitet”. (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 5) Jeg finner dette sitat interessant fordi jeg tolker sitatet å belyse ulike diskurser som skal kartlegges rundt de enkelte brukerne av heroinbehandlingen. Hvor jeg i dette utsagn anser ord som *risikoadfærd* som et element i en atferdsdiskurs. Hvor jeg derimot ikke anser den risikoatferds diskursen for å inngå i en spesifikk faglig innsats i behandlingen, dette fordi jeg ikke finner Sundhedsstyrelsen å beskriver ytterligere hva de betegner risikoatferd for å innebære i veiledningen. Hvor jeg dermed får vanskeligheter med å plassere den atferdsdiskursen innen en spesifikk faglig diskurs. I det ovenstående sitat belyses også de andre diskurser som jeg har avdekket i denne analyse, hvor den medisinske diskurs blir belyst ved bruk av begrepet *fysiske sykdommer* og den psykologiske diskurs ved bruk av begrepet *psykiske sykdommer*. Den sosialfaglige diskurs blir belyst ved bruk av begrep som *social belastning*. Hvor jeg også betegner *kriminalitet* for å være et element innen den sosialfaglige diskurs. Jeg har dermed avdekket fire ulike diskurser i dette sitat som er; den medisinske-, psykologiske-, sosiale- og risikoatferds-diskurs. Jeg tolker dermed Sundhedsstyrelsens intensjon med å vektlegge disse

faktorene, dermed også å tydeliggjøre hvilke diskurser som skal kartlegges og hva som er behandlingens innsatsområde.

### Herskende diskurser og kobling til sosial praksis

En herskende diskurs er en diskurs som anses å være dominerende innen en diskursorden eller et sosial felt, hvor en herskende diskurs kan defineres følgende; «en opfattelse, som deles af mange, og som der kan tages udgangspunkt i uden særlige argumenter» (Juul & Pedersen 2012: 189). Jeg ønsker i denne sammenheng å belyse hvilken potensiell diskurs som kan være herskende i Sundhedsstyrelsens veiledning og hvilken kobling denne har til den sosiale praksis. Jeg finner det relevant å belyse sitat som beskriver formålet med behandlingen, da formålet kan knyttes til den sosiale praksis. Hvor jeg derfor finner følgende sitat relevant å belyse, da dette sitat belyser behandlingens formål; ”Formålet med behandlingen er således i første omgang at forebygge en forværring af patienternes helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af patienternes livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt.” (Sundhedsstyrelsen 9/2013: 3) I dette sitat tolker jeg at helsetilstanden til rusbrukerne er den primære prioritet ved formålet i behandlingen, hvor livskvaliteten inklusivt den sosiale behandlingen kan sies å bli en sekundær prioritet. Hvor jeg dermed tolker den medisinske diskurs for å kunne være den primære prioritet i behandlingen. Dermed kan den medisinske diskurs anses som dominerende. I denne forbindelse legger jeg merke til hvordan Sundhedsstyrelsen ordlegger seg i sin setningsoppbyggelse ved å bruke begreper som *i første omgang og på længere sigt*. Hvor jeg ut i fra et slikt ordvalg, tolker helsetilstanden som en prioritet i behandlingen. Man kan dermed si at den medisinske diskurs og den sosialfaglige diskurs har ulike utgangspunkt i tilnærmingen til brukergruppen og behandlingsinnsatsen. I det ovenstående sitat tolker jeg Sundhedsstyrelsen å dele innsatsen rundt rusbrukerne i to deler, hvor innsatsen blir delt i en medisinsk oppfølging og en sosialfaglig oppfølging. Hvor jeg karakteriserer rusbrukernes helsetilstand å innebære i den medisinske oppfølging og den generelle livskvaliteten hvor det sosiale aspekt blir inkludert å inngå i den sosialfaglige oppfølging. Jeg tolker dette utsagn å sette de to ulike diskurser opp mot hverandre, da den ene innsatsen blir ansett å komme før den andre i behandlingen. Hvor dermed problemløsningen rundt brukergruppen kan tolkes å deles opp, hvor den primære innsatsen er det helsemessige aspekt som inngår i den medisinske diskurs, og den sekundære innsatsen er det resterende som inngår i den sosialfaglige diskurs.

## Delkonklusjon

Jeg har innledningsvis i denne tekstanalyse ved å analysere tekstens tittel og innledning avdekket aktøren og målgruppen for veiledningen, samt hvilken type tekst dokumentet er. Hvor jeg anser teksten for å være retningslinjer hvor Sundhedsstyrelsen er aktøren, og målgruppen for veiledningen å være de behandlingsansvarlige leger i heroinbehandlingen. Jeg har deretter avdekket hvilken målgruppe selve heroinbehandlingen er rettet mot, hvor jeg finner Sundhedsstyrelsen å betegne de heroinavhengige som pasienter som jeg anser som en fremtredende definering av brukergruppen i denne tekstanalyse. Jeg har deretter avdekket hvilke tekster veiledningen henviser til, dette for å avdekke hvilken historisk kontekst veiledningen befinner seg i og grunnlaget for produksjonen av veiledningen. Hvor jeg har ved bruk av Faircloughs begrep, intertekstualitet, har avdekket den juridiske diskursorden med det aktuelle lovverket på området. De aktuelle lovverkene i veiledningen er følgende; Sundhedsloven, Autorisationsloven, Serviceloven og Retssikkerhedsloven. Jeg har også avdekket at veiledningen supplerer en allerede eksisterende veiledning innen substitusjonsbehandlingen i Danmark; *Den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (2008). I etterfølgende avsnitt har jeg avdekket behandlingsinnsatsen ved å avdekke de ulike diskursene som blir italesatt i veiledningen ved hjelp av Faircloughs begrep, interdiskursivitet. Hvor jeg da har avdekket fire diskurser i forbindelse med den faglige innsatsen i behandlingen. Diskursene jeg har avdekket er følgende; den medisinske-, den sunnhetsfaglige-, den sosialfaglige og den psykologiske diskurs. Hvor jeg anser dem alle å inngå i en helhetsorientert innsats. Jeg finner Sundhedsstyrelsen å betegne den helhetsorienterte innsats i behandlingen for å være vesentlig for at behandlingen kan bli vellykket. Jeg tolker allikevel den medisinske- og den sosialfaglige diskurs å inneholde ulike posisjoner innen Sundhedsstyrelsens beskrivelse av behandlingsinnsatsen. Hvor jeg finner den medisinske innsats å være den primære prioritet og den sosialfaglige innsats å være den sekundære prioritet.

Jeg anser dermed den medisinske diskurs for å være herskende i denne tekstanalyse. Da den medisinske diskurs viser seg å være herskende i tittelen (diacetylmorfin), beskrivelsen av målgruppen av veiledningen (de behandlingsansvarlige leger), beskrivelse av målgruppen av behandlingen (pasienter) og den fremtredende diskurs i selve behandlingsinnsatsen (den sunnhetsfaglige innsats).

## 5.2 Analyse 2, Den sosiale praksis

I første del av analyse av den sosiale praksis, analyserer jeg forholdet mellom Sundhedsstyrelsens veiledning og heroinklinikkene. Hvor jeg da analyserer veiledningens betydning for den sosiale praksis med utgangspunkt i alle intervju som jeg har utført ved heroinklinikkene. Deretter avdekker jeg hvilke diskurser som finnes i den sosiale praksis, hvor jeg da tar utgangspunkt i personalet representert fra de to klinikkene jeg har intervjuet personalet ved i denne undersøkelse. I den siste del av analysen tar jeg utgangspunkt i ledelsen representert fra de to klinikker jeg har intervjuet ledelse ved i denne undersøkelse, og intervju med personalet representert fra en klinikk. Jeg prøver å avdekke en potensiell herskende diskurs i den sosiale praksis. Hvor jeg da forsøker å finne en sammenheng med den diskurs jeg anser som herskende i Sundhedsstyrelsens veiledning, noe jeg avdekket i den ovenstående tekstanalyse.

### Forholdet mellom Sundhedsstyrelsen og heroinklinikkene

I intervjuene med både ledelsen og personalet ved de tre heroinklinikker jeg har vært i kontakt med, finner jeg Sundhedsstyrelsens veiledning å ha en vesentlig betydning for heroinklinikkene. Den vesentlige betydning tolker jeg ut i fra mitt datamateriale å innebære en beskrivelse om at Sundhedsstyrelsens veiledning er selvfølgelige retningslinjer som heroinklinikkene følger. Retningslinjene har blitt nevnt både i forbindelse med beskrivelse av de daglige rutiner ved klinikkene, og i forbindelse med spørsmål som har vært direkte stilt inn til hvilke retningslinjer klinikkene forholder seg til. Jeg finner følgende sitat fra et intervju med en leder interessant å belyse, da jeg anser sitatet å belyse den selvfølgelighet som jeg tolker eksisterer ved heroinklinikkene; «*Ja, men man kan si kriterierne, dem følger vi jo selvfølgelig slavisk, for at overhodet blive inkludert i heroinbehandlingen.*» Dette sitat finner jeg relevant å belyse da lederen bruker begrep som *slavisk* når lederen beskriver hvordan klinikken følger kriteriene til Sundhedsstyrelsen. Da jeg tolker ordvalg som *selvfølgelig* i forkant av *slavisk* å være en presisering om at retningslinjene anses som selvfølgelige ved klinikken. Jeg legger merke til at informant beskriver klinikkens slaviske oppfølging av kriteriene for å være nødvendig for å *overhodet blive inkludert i heroinbehandlingen*. Jeg tolker denne formuleringen som en beskrivelse av at heroinklinikken er nødt til å følge kriteriene slavisk. Hvor jeg dermed trekker paralleller til det sosialkonstruktivistiske perspektiv, hvor Sundhedsstyrelsen dermed kan betegnes å befinne seg i en maktposisjon over heroinklinikkene. Da denne maktposisjon kan sies å innebære at Sundhedsstyrelsen har

makten til å definere kriteriene for heroinklinikkene. Innen et sosialkonstruktivistisk perspektiv blir denne form for makt betegnet å være en form for definisjonsmakt; «(...) magten til at definere, hvorledes vi skal se på og kategorisere de sociale og fysiske fænomener, der omgiver os?». ( Juul & Pedersen 2012: 191) Hvor man dermed kan påstå at Sundhedsstyrelsen ved sin posisjon i heroinbehandling, har makten til å definere behandlingsforløpet ved klinikkene. Posisjonen til Sundhedsstyrelsens retningslinjer blir også belyst i forhold til ansettelse av nyansatte ved klinikkene. Hvor følgende sitat fra intervju med leder ved en annen klinikk, beskriver retningslinjene for å være sentrale i oppstarten for nyansatte ved klinikken; «(.) så det er en del af vores introprogram, det er at man kommer til at kende retningslinjerne.» Jeg finner dette sitat relevant å belyse da sitatet belyser retningslinjene å være en inkluderende del av klinikkens introprogram. Da retningslinjene er inkludert i klinikkens introprogram tolker jeg dem dermed for å være sentrale ved klinikken. Jeg tolker retningslinjene for å være sentrale, da det vektlegges at personalgruppen fra oppstart ved klinikken skal kjenne til retningslinjene. Hvor det dermed kan tyde på at retningslinjene har en betydelig posisjon ved klinikken. Jeg tolker de to ovenfor belyste sitat hentet fra intervju med ledelsen fra to heroinklinikker, å belyse at Sundhedsstyrelsens retningslinjer anses å være sentrale ved klinikkene fra et ledelsesperspektiv.

For å kunne belyse ytterligere hvilken betydning Sundhedsstyrelsens veiledning har i den sosiale praksis, finner jeg det relevant å belyse personalets oppfattelse av betydningen av veiledningen. Jeg finner det nedenstående sitat hentet fra intervju med personalet ved en klinikk interessant å belyse, da sitatet belyser hvordan personalet ved klinikken beskriver retningslinjene å være selvfølgelige i behandlingen. Sitatet lyder følgende; «Altså den medicinske behandling er jo også, den er jo underlagt Sundhedsstyrelsens retningslinjer, og dem skal vi jo selvfølgelig også følge her.» Jeg tolker personalet i dette sitat å beskrive den medisinske behandlingen ved klinikken å være underlagt Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Hvor det presiseres i sitatet at retningslinjene *selvfølgelig* skal følges. Jeg tolker ordleggelsen av begrepet selvfølgelig, for å belyse at kriteriene til Sundhedsstyrelsen også er betydelige i den sosiale praksis fra personalets perspektiv. Jeg tolker Sundhedsstyrelsens definisjonsmakt også å eksistere fra personalgruppens perspektiv, hvor det kan vises med følgende sitat hentet fra intervju med personalet fra en annen klinikk. Hvor utsagnet er hentet fra et sitat som beskriver de daglige rutiner ved klinikkens utførelse av ordinasjonen av heroinen. Utsagnet er følgende; «(...)som Sundhedsstyrelsen også har pålagt os at have.» I denne uttalelse fra personalet, legger jeg merke til ordvalg som *pålagt*, da dette kan belyse hvilken posisjon



Sundhedsstyrelsen og Sundhedsstyrelsens retningslinjer har til den sosiale praksis. I de begge ovenstående belyste sitat hentet fra intervju med personalet, finner jeg ordbruk som *underlagt* og *pålagt* interessant. Da jeg tolker denne ordbruk som en beskrivelse og et uttrykk for at personalet blir nødt til å følge Sundhedsstyrelsens retningslinjer over den medisinske behandlingen ved heroinbehandlingen.

Jeg finner Sundhedsstyrelsens retningslinjer for å ha en samsvarende betydning mellom de ulike nivå ved heroinklinikkene. Da jeg tolker Sundhedsstyrelsens retningslinjer for å være sentral både fra et ledelsesnivå og fra personalgruppens perspektiv ved de heroinklinikker jeg har vært i kontakt med i denne undersøkelse. Hvor jeg dermed tolker Sundhedsstyrelsens veiledning for å ha en sannsynlig vesentlig betydning i den sosiale praksis.

#### Veiledningen som en kommunikativ begivenhet

Ut i fra Faircloughs forståelse er forholdet mellom en kommunikativ begivenhet og diskursordener dialektiske. (Jørgensen & Phillips 1999: 83) Jeg har i mitt metodeavsnitt definert Sundhedsstyrelsens veiledning som en kommunikativ begivenhet, hvor jeg i dette avsnitt skal belyse det eventuelle dialektiske forholdet mellom Sundhedsstyrelsens veiledning og den sosiale praksis ved heroinklinikkene. Jeg finner det nedenstående sitat hentet fra materialet fra intervju med en leder ved en klinikk, relevant å belyse, da sitatet belyser en tilbakemelding fra den sosiale praksis til Sundhedsstyrelsen. Sitatet lyder følgende; «*Ja, altså vi har vært med til, at evaluere den. For eksempel transport (...) At man vil give så dyrt tilbud, men lige det sidste for at alle på en måde kan få det, det var der ikke tænkt på. (...) så det var noget av det, vi meldte tilbage til Sundhedsstyrelsen, som vi faktisk også fik økonomi til.*» Dette sitat tolker jeg å belyse en utslagskraft som klinikkene får ved å delta i evalueringen av Sundhedsstyrelsens veiledning. Hvor jeg betegner klinikkens deltakelse i evalueringen av veiledningen, for å belyse den sosiale praksis mulighet for å gi tilbakemeldinger på hvordan Sundhedsstyrelsens veiledning i praksis utfolder seg. Jeg finner sitatet interessant, da lederen beskriver et forløp hvor de ved deres klinikk ga tilbakemelding om nødvendigheten med å bevilge økonomi til transport for de av rusbrukerne som har lang reisevei. Hvor Sundhedsstyrelsen ikke hadde tatt stilling til dette før det ble ytret fra klinikken. Dette belyser at heroinklinikkene har mulighet til å komme med ønsker og gi tilbakemeldinger til Sundhedsstyrelsen, hvor det også i dette sitat belyser at ønsket til klinikken ble innvilget. Jeg tolker dermed denne prosess ut i fra Faircloughs teori, at

heroinklinikkene dermed har en mulighet til å kunne påvirke den kommunikative begivenheten (Sundhedsstyrelsens veiledning). Denne mulighet for påvirkning, kan tolkes som om klinikkene befinner seg i et dialektisk forhold til Sundhedsstyrelsen. Hvor det dialektiske forholdet blir belyst når den heroinklinikkene har en mulighet for handling og påvirkning av den kommunikative begivenheten som veiledningen kan anses å være. (Fairclough 1992: 64) Hvor jeg trekker paralleller til hvordan Fairclough betegner sosial struktur og sosial praksis å inngå i et dialektisk forhold, da jeg anser den sosiale struktur for å være Sundhedsstyrelsens kriterier som er utfoldet i Sundhedsstyrelsens veiledning, og den sosiale praksis for å være heroinklinikkene. (Ibid:64)

Jeg finner også følgende sitat relevant å belyse i forhold til å analysere forholdet mellom Sundhedsstyrelsen og den sosiale praksis. Hvor følgende sitat er hentet fra intervju med leder ved en klinikk; «*Ja, også er der jo, i Sundheds- og ældre ministeriet en gang om året til sådan drøftelse alle klinikkledere og overlæger. Ja, og det er det, så lidt påvirkning har vi jo, men det er jo sådan der, det er jo lange processer, en tung organisation. Og selvfølgelig siger vi jo hvad vi tænker (...)*» Dette sitat tolker jeg som at klinikkene har en mulighet til å kunne påvirke Sundhedsstyrelsen, hvor det samtidig presiseres at Sundhedsstyrelsen er en *tung* organisasjon med *lange* prosesser. Denne ordleggelse og beskrivelse tolker jeg som et uttrykk for at det ikke nødvendigvis er en enkel prosess å få gjennomslag i møtet med Sundhedsstyrelsen. Hvor jeg allikevel anser forholdet deres for å være dialektisk da informant presiserer i sitatet at *selvfølgelig sier vi jo hvad vi tænker*, hvor jeg dermed tolker dette som en presisering for at den sosiale praksis har en mulighet for påvirkning til tross for de to diskursordeners forskjellige utgangspunkt.

Forholdet mellom Sundhedsstyrelsen og heroinklinikkene kan også belyses ut i fra et systemteoretisk perspektiv, hvor de ulike system (Sundhedsstyrelsen og heroinklinikkene) via tilbakemeldinger påvirker hverandre. Da tilbakemeldingene bidrar til enten en endring eller en opprettholdelse av den målsøkende atferden de ulike systemene har. (Hutchinson & Oltedal 2006: 233-235) Hvor de ulike diskursordener kan sies å ha ulike målsøkende atferd hvis de anser meningen med behandlingstilbudet forskjellig. Et eksempel på dette er som tidligere beskrevet den tilbakemeldingen Sundhedsstyrelsen fikk fra heroinklinikkene angående økonomisk tilskudd til transport. Hvor denne form for tilbakemelding kan betegnes som en avvikerforsterkende tilbakemelding, da denne tilbakemeldingen bidro til en forandring innen systemet (heroinbehandlingen). (Ibid:233-234). Da denne forandringen medførte at Sundhedsstyrelsen måtte endre på sin økonomiske fordeling, og innvilge mer penger til

behandlingen. Hvor jeg dermed tolker heroinklinikkene og Sundhedsstyrelsen for i denne sammenhengen å ha ulike målsøkende atferd i varetagelsen i behandlingsinnsatsen. Hvor dermed Sundhedsstyrelsen etter tilbakemelding fra heroinklinikkene, måtte forandre på sin målsøkende atferd for å opprettholde likevekten i heroinbehandlingen som et samlet felt. Dermed kan man si at det dialektiske forholdet kan påvirke de ulike systems målsøkende atferd, ut i fra de tilbakemeldingene de to systemer gir hverandre.

#### Avdekking av diskurser

I intervju med personalet ved en klinikk, finner jeg det nedenstående sitat interessant, da dette sitat belyser en umiddelbar beskrivelse av hva informanten betegner å inngå i begrepet helhetsorientert behandling. Sitatet lyder følgende; «*Altså jeg tenker jo så umiddelbart at vi både har den sosialfaglige del, og den sunnhetsfaglige del med her*». Jeg finner dette sitat å belyse hvilke diskurser som umiddelbart assosieres ved begrepet helhetsorientert behandling, hvor denne umiddelbare assosiasjon kan avdekkes ved analyse av ordvalget; *jeg tenker umiddelbart*. Denne formuleringen kan tolkes som en fremhevelse av den sosialfaglige- og den sunnhetsfaglige delen i behandlingen. Jeg tolker dermed de to diskurser for å være sentrale i den helhetsorienterte behandlingen, da de nevnes umiddelbart. Jeg betegner ord som *den sosialfaglige del* som et element innen den sosialfaglige diskurs, og ord som *den sunnhetsfaglige del* som et element innen den sunnhetsfaglige diskurs. I det andre intervju med personalet finner jeg det nedenstående sitat interessant, hvor dette sitat belyser en tredje diskurs i forbindelse med hva informantene forbinder med begrepet helhetsorientert behandling. Sitatet lyder følgende; «*Altså det somatiske, det er det psykososiale, det er kontakter, altså det er det hele vi kommer rundt faktisk*» Personalet i dette intervju bruker begrep som *somatiske-* og *psykososiale* i beskrivelsen av hva som forbindes med en helhetsorientert behandling. Jeg betegner ord som *det somatiske* å være et element innen den sunnhetsfaglige diskurs, og ord som *psykososial* å være et element som kan inngå både i en sosialfaglig diskurs og en psykologisk diskurs. Hvor ordet belyser sammensettingen av disse to begrep; psyko- og sosial. Jeg avdekker dermed en tredje form for diskurs innen den helhetsorienterte innsats, noe som jeg betegner for en psykologisk diskurs. Jeg har i dette avsnitt avdekket tre diskurser som personalet ved de klinikkene jeg har vært i kontakt med i denne undersøkelse, forbinder med begrepet helhetsorienterte innsats. Hvor diskursene kan sies å være; en sunnhetsfaglig-, en sosialfaglig- og en psykologisk diskurs.

For å kunne få et mer nyansert og bredere innblikk i hvordan de ulike diskursene samhandler med hverandre i praksis, og hvilken betydning diskursene har for den sosiale behandlingen, har jeg i dette avsnitt analysert dypere hva den helhetsorienterte behandlingen innebærer. Hvor jeg henviser til definisjon av begrepet sosial behandling i mitt begrepsavklaringskapittel i denne oppgave. Jeg har funnet den helhetsorienterte innsats relevant å undersøke i forhold til å avdekke behandlingens ulike innsatsområder og deres relasjon til hverandre. Hvor jeg nedenfor belyser et utsagn fra et intervju med personalet ved en klinikk som belyser ytterligere hva den helhetsorienterte behandlingen ved klinikken innebærer;

*I1: Men vores klienter, de kommer jo også med mange problematikker her, og jo mere de lærer os at kende, jo mere åbner de jo også op for de der ting der kan være, så er deres pension ikke gået ind og kan du hjælpe mig med det. Også prøver vi at hjælpe dem med at ringe lidt hist og pist og «Ei jeg har også en lejlighed, og det er altså ikke ret godt, jeg får ikke ryddet op» Ja, men hvad kan vi prøve at hjælpe dig med, på den ene eller andre facon. Og da synes jeg, at jo mere trykke de bliver, jo mere kommer de med det. Også kommer vi jo mere rundt om dem.»*

*I2: og man kan sige at det er også som jeg sagde at vi har jo meget godt styr på vores brugere, og vores brugere, altså vi kender dem jo godt jo, altså så vi kan jo, altså den helhedsindsatsen kan jo blive faktisk rigtig god»*

I dette utsagn, belyses det at brukergruppen består av en rekke problematikker, hvor personalet får mulighet til å avdekke disse problematikker i den tiden hvor de blir kjent med brukerne. Jeg tolker dette utsagn å beskrive de ulike problematikker å bestå av mye forskjellig. Dette ved at utsagnet beskriver personalet for å hjelpe rusbrukerne med å *ringe lidt hist og pist* og at de forsøker å hjelpe dem på *den ene eller andre facon*. Jeg tolker disse setningene for å beskrive at den helhetsorienterte innsats kan bestå av så mangt. Jeg legger merke til at både *bolig* og *økonomi* er to faktorer som blir italesatt. Dette ved ordvalg som; *pension* og *lejlighed*. Jeg finner også følgende sitat hentet fra samme intervju relevant å belyse i forhold til ytterligere beskrivelse av den helhetsorienterte innsats. Sitatet lyder følgende;

*«Det er jo en del af det at få dem gjort parate for at komme i bad, vaske tøj, spise ordentlig, altså genskabe lidt ting som for os er hverdag, men for dem er det jo et kæmpe arbejde, altså de vil arbejde for sig selv, det at handle ind og undgå at stjæle cykler fra gamle damer, altså det er mange ting de, altså som skal hænge sammen for at hverdagen bliver god i deres verden så»*

Med denne beskrivelsen av en helhetsorientert innsats belyses elementene; *hygiene, ernæring, husholdning, kriminalitet og arbeid*. Hvor jeg tolker ord som; *komme i bad* og *vaske tøj* å representere elementet hygiene og ord som *spise ordentlig* for å representere elementet ernæring. Hvor jeg deretter tolker hygiene og ernæring for å være elementer innen en sunnhetsfaglig diskurs. Jeg tolker ord som *handle ind* for å være et element innen

husholdning, ord som *stjæle sykler* for å representere elementet kriminalitet, og ord som *arbejde for sig selv* for å representere elementet arbeid. Hvor jeg deretter tolker elementene; husholdning, kriminalitet og arbeid for å være elementer innen den sosialfaglige diskurs. Jeg har dermed avdekket den sunnhetsfaglige- og den sosialfaglige diskurs å inngå i den helhetsorienterte behandlingen ved klinikken. Det følgende sitat hentet fra intervju ved en annen klinikk, belyser også hva den helhetsorienterte innsatsen innebærer; «*Og vi er de første brukerne kommer til, om det er med en forstuvet fod, en brækket fod, eller om det er - hvad som helst, større ting, familierelationer, manglende familierelationer, vi arbejder rigtigt meget rundt om den enkelte bruger*». Hvor jeg finner dette sitat relevant i forhold til å belyse at det å *arbejde rigtigt meget rundt om den enkelte bruger* også inkludere familierelasjonene til rusbrukerne. Jeg tolker dermed den helhetsorienterte innsats også å inkludere familierelasjonene til brukerne av heroinbehandlingen. Hvor jeg anser familierelasjoner for å både involvere en psykologisk diskurs og en sosialfaglig diskurs. Dette fordi at jeg antar at innsatsen rundt det å arbeide med familierelasjoner, kan medføre en form for terapeutisk tilnærming, hvor det dermed kan sies at den psykologiske diskurs fremtrer. Det vil også være en form for nettverkstankegang, noe som inngår i det systemteoretiske perspektiv innen sosialt arbeid. (Hutchinson & Oltedal 2006: 259) Hvor jeg dermed anser belysning av familierelasjoner å innebære den psykologiske diskurs og den sosialfaglige diskurs.

Ut i fra de ovenstående belyste sitat, tolker jeg dermed den sosialfaglige diskurs, den psykologiske diskurs og den sunnhetsfaglige diskurs for å være fremtredende i den helhetsorienterte innsatsen ved klinikkene. Noe som samsvarer med hva informantene umiddelbart svarte i beskrivelse av hva de forbinder med begrepet helhetsorientert behandling. Jeg trekker paralleller til det systemteoretiske perspektiv i forhold til den helhetsorienterte innsatsen ved heroinklinikkene. Da jeg betegner den helhetsorienterte innsats å inkludere helhetstankegangen i det systemteoretiske perspektiv. Hvor jeg trekker paralleller til hvordan helhetstankegangen inkluderer de ulike systemene som en helhet i belysning av et felt. (Hutchinson & Oltedal 2006: 231) Jeg anser dermed behandlingsinnsatsen ved heroinklinikkene å innebære et systemteoretisk perspektiv innen feltet sosialt arbeid, hvor de ulike innsatsene (den sunnhetsfaglige-, den sosialfaglige- og den psykologiske innsats) kan sies å inndra tre ulike felt innen behandlingen.

Jeg finner det relevant å belyse personalets beskrivelse av relasjonen mellom de profesjonelle og brukerne i behandlingstilbudet. Jeg anser beskrivelsen av denne relasjon relevant i den

forbindelse at jeg dermed avdekker en fjerde diskurs i behandlingssinnsatsen, som jeg betegner for å være den relasjonelle diskurs.

Den relasjonelle diskurs kan avdekkes i følgende utsagn hentet fra intervju med personalet ved en klinikk;

*I1: Også det der ved at vi lærer jo dem forholdsvis hurtig at kende når de kommer ind og er nye, fordi at de kommer hver dag, altså og nogen af dem, de fleste af dem kommer jo to gange om dagen. Så vi lærer dem forholdsvis hurtig at kende og kender deres måde at være i verden på. (...) Altså det er noget av det, jeg synes er anderledes her i heroinklinikken, frem for resten af huset. At da når man jo ikke nødvendigvis at se dem særlig meget.*

*I2: man får slett ikke den samme relationen.*

Jeg tolker dette utsagn å belyse hvilken posisjon de ansatte får til rusbrukerne ved hyppig kontakt med rusbrukerne, hvor jeg tolker utsagnet å beskrive at kontakten som dermed danner et utspring til en god relasjon. Dette ved at jeg tolker utsagnet å presisere at heroinklinikken oppnår en annen form for relasjon enn det resterende behandlingstilbud, dette ved at utsagnet belyser ordleggelse som; *det er noget af det jeg synes er annerledes her i heroinklinikken.* Hvor denne setning følges opp med etterfølgende beskrivelse av de andre tilbud; *man får slett ikke den samme relation.* Jeg tolker de to setningene å beskrive at ved heroinklinikken er det en hyppig kontakt med rusbrukerne, hvor denne kontakten medfører at en god relasjon oppstår mellom rusbrukerne og de profesjonelle. Jeg finner også utsagn hentet fra intervju med personalet fra annen klinikk å belyse den relasjonelle diskurs i behandlingen. Utsagnet lyder følgende; *«Ja, nogle ganger i weekenderne så er der tid til at, man kan henge lidt ud oppe i cafeen, bare at tulle rundt sammen med brugerne, fordi det skaber også en anden relation fremfor at vi bare ligesom står og udleverer mediciner til dem, ikke?»* Jeg tolker dette utsagn for en presisering at personalgruppen også i dette intervju vektlegger relasjonsarbeidet i arbeidet med brukergruppen for å være viktig. Da jeg legger merke til ordleggelse som; *at tulle rundt sammen med brugerne, fordi det skaber også en anden relation.* Hvor jeg tolker denne ordleggelse som en presisering at personalet prioriterer utspringet for at en god relasjon i kontakten med rusbrukerne som en del av deres prioritering i behandlingen, nettopp fordi når de har mulighet avsetter de tid til at denne relasjon skal utfoldes. Jeg tolker dermed de begge ovenstående sitat å beskrive at kontakten og relasjonen til brukerne anses som en viktig del av behandlingstilbudet.

Jeg har dermed avdekket følgende diskurser i den sosiale praksis; den sunnhetsfaglige-, den sosialfaglige-, den psykologiske- og den relasjonelle diskurs.

### Herskende diskurser i den sosiale praksis

Etter å ha avdekket hvilke diskurser som eksisterer ved heroinklinikkene, skal jeg nå i følgende avsnitt forsøke å avdekke om det eksisterer noen form for herskende diskurs i den sosiale praksis. Hvor jeg i dette avsnitt tar utgangspunkt i både intervju med personalet og ledelse ved heroinklinikkene. I intervju med personalet ved en klinikk, finner jeg følgende utsagn relevant å belyse som kan tolkes å belyse en herskende diskurs innen den sosiale praksis;

*«Det der kanskje hvor at jeg som sunnhetsfaglig personell synes at, jeg synes at den sunnhetsfaglige del, den nogle gange fylder meget i forhold til at det, altså jeg tænker nogle gange at når vi har siddet til et møde, så tænker jeg, hvor er det lige at, hvor er lige det bliver interessant hvis man er socialfaglig, altså der synes jeg nogle gange at vi fylder meget, og at det fylder meget den sunnhetsfaglige del af, den fylder meget den medisinske del av arbejdet. Hvor jeg tænker det kunne være rart hvis der, hvis vi kunne ha noget mere fokus på den socialfaglige del også. Altså også bruge vores socialfaglige kompetencer selv om vi er sunnhetsfagligt uddannede. Men, hverdagen bærer nok meget præg af det der ved at få dagen til at hænge sammen og få vores brugere til at være korrekt indstillet i deres medicinske behandling. Det fylder meget synes jeg.»*

I dette utsagn tolker jeg personalet å ytre et ønske om et mer fokus på den sosiale behandlingen, hvor jeg tolker at det sunnhetsfaglige perspektiv er fremtredende i behandlingen. Dette ved ordleggelse som; *at den sunnhetsfaglige del, den nogle gange fylder meget i forhold til at det, altså jeg tænker nogle gange at når vi har siddet til et møde, så tænker jeg, hvor er det lige at, hvor er lige det bliver interessant hvis man er socialfaglig.* Hvor jeg finner denne ordleggelse interessant i forhold til at informant presiserer i ovenstående utsagn at selv om vedkommende selv er utdannet sunnhetsfaglig personell, så legges det merke til at den medisinske del i behandlingen fyller mye. Jeg legger merke til at informant ordlegger seg med en beskrivelse av en undring om de sosialfaglige personell kan finne emnene relevante i enkelte fellesmøter ved klinikken. Hvor jeg tolker det som en beskrivelse av å være et fokus på den medisinske del av behandlingen i møtene. Deretter beskrives det i utsagnet at hverdagen ved klinikken bærer preg av det å få rusbrukerne til å være korrekt innstilt på deres medisinske behandling. Hvor dette belyses ved følgende ordleggelse; *hverdagen bærer nok meget præg af det der ved at få dagen til at hænge sammen og få vores brugere til at være korrekt indstillet i deres medicinske behandling.* Ut i fra denne

ordleggelse, tolker jeg dermed informant å beskrive at den medisinske delen i behandlingen er fremtredende i hverdagen ved klinikken. Hvor jeg dermed tolker dette for at det er muligheter for at den medisinske del er herskende i behandlingsforløpet. Hvis det viser seg at den medisinske oppfølging er herskende, antar jeg at det kan medføre at den medisinske diskurs er herskende i heroinbehandlingen. Jeg finner sannsynligheten for at den medisinske diskurs for å være herskende også i det nedenstående utsagn hentet fra intervju med en leder ved en heroinklinikk;

*«Ja, men det at den medisinske del, det er klart at det fyller meget hos os, ikke? Det er jo det, hele deres misbrug starter med, heroin, det er det, der er det attraktive stof, som bare har fordærvet så meget af deres liv, men selvfølgelig også være noget af det, de har været helt vilde med at tage, eller så havde de ikke. Så den medicin fylder jo meget i sær når man er ny, men efterhånden så er der jo rigtig mange, der får bolig, eller måske få ordnet boligen, så den er til at holde ud at være i, og noget med sundhedsstilstanden, typisk tænder, det er noget af det, som mange af vores også rigtig gerne vil have ordnet når de har været her nede, ikke? Og måske også få bygget relationen op til noget sådan familie, eller, men det er også, at det der med helhedsindsats er meget afhængig av den enkelte, ikke også?»*

Jeg finner dette utsagn relevant å belyse i to deler. Hvor jeg først legger merke til at det blir beskrevet at den medisinske del fyller mye i klinikken, som også beskrives å være en tendens fra rusbrukernes perspektiv. Hvor betydningen av den medisinske behandling blir beskrevet å være noe av det viktigste for rusbrukerne, i og med at det er deres heroinbruk de primært er i behandlingen for. Hvor dette presiseres ved at informant bruker begreper som at heroinen er *det attraktive stof* som de er *vilde med at tage*. Hvor dermed det attraktive stoff som i denne forbindelse er heroinen, kan anses å være rusbrukernes prioritet i behandlingsforløpet. Hvor jeg dermed anser heroinen for å inngå i den medisinske behandlingen i behandlingstilbudet. Det andre aspekt i dette utsagn finner jeg interessant hvor informant bruker begrepet *etterhånden*. Hvor det beskrives at etterhånden så er det mange som får ordnet bolig, sunnhetstilstand, tenner, familierelasjoner og den øvrige helhetsinnsatsen. Hvor ved bruk av begrepet etterhånden, tolker jeg de øvrige barrierene rundt brukergruppen å bli en sekundær prioritet i behandlingstilbudet. Med dette tolker jeg den medisinske delen for å være herskende, og hvor den medisinske oppfølgingen i behandlingen blir en førsteprioritet og de andre elementer som ligger i helhetsinnsatsen kan anses å være en sekundærprioritet. Hvor jeg dermed tolker det at det kan oppstå en sannsynlighet for at den sosiale behandlingen også blir en sekundærprioritet i behandlingen. Jeg finner følgende sitat relevant å belyse i denne forbindelse, hvor sitatet er hentet fra intervju ved personalet ved en klinikk; *«Men jeg tænker*



*jo også at det er altså noget af fundamentet for at blive klar til at kunne komme på arbejde, det er jo også at det er ens medicinske behandling, den fungerer som den skal, at man har den bolig der skal gøre at man kan møde frisk op til hvilket tilbud man nu end kommer ud i senere hen.»* Hvor dette sitat kan tolkes som at den medisinske del er en forutsetning for at rusbrukerne kan komme ut i arbeid. Hvor jeg legger merke til at informant ordlegger seg med at noe av *fundamentet* til å bli klar for å komme ut i arbeid, anses å være den medisinske behandlingen. Hvor jeg betegner ord som fundament å beskrive at medisinen utgjør en viktig faktor for at brukergruppen kan komme ut i arbeid. Jeg tolker det dermed for å være en sannsynlighet for at den medisinske behandling er en førsteprioritet i praksis, hvor stabiliseringen av medisinene blir førsteprioritet før de andre barrierene kan komme på plass.

I forbindelse med spørsmål inn til retningslinjer og Sundhedsstyrelsens veiledning, blir forholdet mellom den sosialfaglige oppfølging og den sunnhetsfaglige oppfølgingen også belyst. Hvor jeg finner dette sitat relevant å belyse i forbindelse med om det på et strukturelt nivå kan finnes en tendens i den sosiale praksis for en medisinsk herskende diskurs. Sitatet jeg belyser i denne sammenheng er hentet fra intervju med leder ved en klinikk, og lyder følgende; «(..) *men de skriver jo ikke så meget om den socialfaglige behandling. Eller jeg tror at der står noget med at man skal tilbyde det samme i den kommune den ligger i, som alle andre vil få hvis de har gået i en anden substitutionstilbud, og der er det jo altså de samme, de samme tilbud.»* Dette utsagn tolker jeg som en presisering av at den sosiale behandlingen ikke vektlegges på lik linje som den medisinske behandlingen fra et strukturelt nivå. Hvor utsagn som; *men de skriver jo ikke så meget om den socialfaglige behandling*, kan tyde på at den sosialfaglige behandlingen ikke er likestilt med den medisinske behandlingen, da i Sundhedsstyrelsens veiledning forekommer en mindre beskrivelse av den sosialfaglige innsats. Da Sundhedsstyrelsen ikke stadfester retningslinjer i forhold til hvordan å utføre den sosiale behandlingen, men kun retningslinjer for den medisinske oppfølgingen, kan dette bidra til en sannsynlighet for at formidlingen om den medisinske oppfølgingen blir forsterket i behandlingstilbudet. Jeg tolker dermed sannsynligheten for at den sosiale behandlingen får et mer utydelig budskap i behandlingen for å være til stede. Hvor jeg antar at dette kan medføre til at den sosialfaglige diskurs blir underliggende den medisinske diskurs, og dermed befinne seg i en undertrykt posisjon i behandlingsinnsatsen. Det kan dermed anses å være en sannsynlighet for at det kan oppstå en kamp mellom disse diskursene, hvor den sosialfaglige diskurs må kjempe for å oppnå en mindre klinisk tilnærming til rusbrukerne. (Juul & Pedersen 2012: 191)

Jeg finner beskrivelsen av en kamp angående en mindre klinisk tilværelse ved heroinbehandlingen for å eksistere i følgende sitat hentet fra intervju med en leder;

*I:«Så jeg synes også sådan når klinikken, nu har vi jo haft den i mange år, så prøver man jo også sådan hele tiden at arbejde på er der nogen ting vi kan gøre så det bliver mindre klinisk, altså, ikke også?»*

*E:ja*

*I:«Ikke at vi ikke overholder de ting vi gør, men er der nogle ting man kan gøre så det bliver mere, altså så værdig som muligt, ikke også?»*

Hvor jeg legger merke til ordleggelse som; *så prøver man jo også sådan hele tiden at arbejde på er det nogle ting vi kan gøre så det bliver mindre klinisk*. Da jeg tolker dette som en beskrivelse om at det hele tiden er et fokus ved klinikken om å få innsatsen mindre klinisk. Hvor jeg dermed tolker denne beskrivelse om å hele tiden arbeide mindre klinisk, for å kunne være en beskrivelse av en potensiell kamp mellom den sosialfaglige- og den medisinske diskurs i behandlingen.

### **Delkonklusjon**

Jeg har i den første delen av denne analysen avdekket forholdet mellom Sundhedsstyrelsens veiledning og heroinklinikkene. Hvor jeg ut i fra Faircloughs begreper har kommet frem til at den kommunikative begivenhet (veiledningen) og heroinklinikkene befinner seg i et dialektisk forhold. Hvor klinikkene har mulighet til å påvirke retningslinjene i form av tilbakemeldinger i deres evalueringsmøter sammen med Sundhedsstyrelsen. Hvor dette dialektiske forholdet også kan ses i sammenheng med det systemteoretiske perspektiv innen sosialt arbeid, hvor jeg finner heroinklinikkene og Sundhedsstyrelsen å gi hverandre tilbakemeldinger for å opprettholde likevekten i heroinbehandlingen som et helhetlig system. Jeg tolker veiledningen for å inngå en sentral posisjon ved klinikkene, da både ledelsen og personalet ved de klinikker jeg har vært i kontakt med uttrykker at veiledningen består av retningslinjer som klinikkene blir nødt til å følge i forhold til den medisinske behandlingen.

Jeg har avdekket de fremtredende diskurser ved heroinklinikkene, ved å ta utgangspunkt i informantenes beskrivelse av den helhetsorienterte innsatsen ved klinikkene. Jeg har dermed funnet den sunnhetsfaglige-, den sosialfaglige- og den psykologiske diskurs å inngå i den helhetsorienterte behandlingen. Jeg finner en tydelig sammenheng mellom den helhetsorienterte innsats ved klinikkene og det systemteoretiske perspektiv innen sosialt arbeid. Hvor det systemteoretiske perspektiv er fruktbart for å bidra til en fremheving av de

ulike innsatsene i behandlingstilbudet, noe som også kan anses som ulike system i behandlingstilbudet.

Jeg finner den helhetsorienterte innsats å innebære de samsvarende diskurser som Sundhedsstyrelsens veiledning; den sunnhetsfaglige, den sosialfaglige- og den psykologiske diskurs. Hvor jeg derimot avdekker en sentral diskurs i den sosiale praksis som ikke vektlegges i Sundhedsstyrelsens veiledning, og det er den relasjonelle diskurs. Hvor jeg finner en sammenheng med at den relasjonelle diskurs bidrar til at kontakten mellom de profesjonelle og brukerne blir god. Jeg finner personalet ved klinikkene å prioritere denne kontakten.

I den siste delen av analysen av den sosiale praksis har jeg forsøkt å avdekke om det eksisterer noen form for herskende diskurs ved klinikkene. Hvor jeg da tolker mitt materiale hentet fra de tre heroinklinikker som jeg har vært i kontakt med, å vise en tendens om at det er en herskende medisinsk diskurs i behandlingen. Jeg finner dermed en sannsynlighet for at den sosiale behandlingen kan befinne seg i en undertrykt posisjon, hvor dette kommer frem i ytringer om at den sosialfaglige innsats trenger mer plass i behandlingen og hvor behovet for å gjøre behandlingen mindre klinisk stadig er til stede. Dette tolker jeg å belyses både fra et strukturelt nivå (da det er manglende retningslinjer for den sosiale behandling), og i den sosiale praksis, da jeg tolker både ledelse og personalet ut i fra mine belyste sitat, om å ytre en tendens om at selve heroinen er hovedfokuset i behandlingen både fra rusbrukernes perspektiv og i behandlingsinnsatsen ved klinikkene.

### **5.3 Analyse 3, Socialstyrelsen**

I denne analyse skal jeg belyse Socialstyrelsens retningslinjer; *Nationale retningslinjer - for den sociale stofmisbrugsbehandling* (2016). Jeg analyserer formålet og intensjonen med retningslinjene i forhold til om det eksisterer et eventuelt behov om styrkelse av den sosiale behandlingen innen rusbehandlingen og heroinbehandlingen i Danmark. Hvor jeg tar utgangspunkt i sitater hentet fra materiale fra intervju med Jette Nyboe som representerer Socialstyrelsen i denne undersøkelse.

### Retningslinjenes formål

De nye retningslinjene til Socialstyrelsen; *Nationale retningslinjer - for den sociale stofmisbrugsbehandling* (2016), er ment for å være retningslinjer som skal bidra til felles rammer innen den sosiale rusbehandlingen i Danmark. Retningslinjene skal bidra til å styrke den sosiale innsatsen i behandlingen. I intervjuet med Jette Nyboe, har jeg funnet følgende sitat relevant til å kunne belyse formålet med retningslinjene; «*Ja, altså hele stofmisbrugspakken, det var at sikre et løft af den sociale stofmisbrugsbehandlingen, og det (...) besluttede man sig så, at man vil sikre gennem at lave nationale retningslinjer (...)*» I dette sitat presiseres det at retningslinjene er en del av de initiativer som inngår i Stofmisbrugspakken, og at retningslinjene dermed har som formål å sikre løftet av den sosiale innsatsen i rusbehandlingen i Danmark i samspill med de andre initiativer som Stofmisbrugspakken innebærer. Det at informant beskriver retningslinjene for å sikre løftet av den sosiale behandlingen, tolker jeg dermed retningslinjene for å være et dokument som er nødvendig for at løftet av den sosiale behandlingen kan finne sted. Det at retningslinjene er *nationale* retningslinjer vil dermed si at det er retningslinjer som er landsdekkende, hvor jeg dermed antar at alle kommuner blir oppfordret til å forholde seg til dokumentet. Det at informant bruker begrep som å *løfte* den sosiale behandlingen, tolker jeg det dermed som en sannsynlighet for at den eksisterende sosiale behandlingen ikke er tilstrekkelig, og at det dermed er nødvendig å utforme retningslinjer som kan bidra til å styrke denne innsatsen nasjonalt.

### Behov for en styrket sosial behandling

Jette Nyboe beskriver i intervjuet at det i årevis har eksistert retningslinjer som dekker de sunnhetsmessige problematikker, men at det til nå har manglet innen den sosiale behandlingen. Hvor denne beskrivelse belyses ved følgende sitat; «*(...)indenfor sundhedsområdet har man jo i årevis haft kliniske retningslinjer, og inden for dette, og det hele område, men det er jo helt nyt at vi har begynt på det indenfor det sociale område*». Jeg tolker dette utsagn for å beskrive at det i årevis har eksistert kliniske retningslinjer innenfor sunnhetsområdet, men at det er helt nytt at det har blitt utarbeidet retningslinjer innenfor det sosialfaglige området. Ved å sammenligne disse to områder, tolker jeg det dermed som at det kan eksistere en form for herskende diskurs innen området. (Juil & Pedersen 2012: 189) Da jeg antar den herskende diskurs for å være den sunnhetsfaglige diskurs, da det fra et strukturelt nivå eksistere retningslinjer på feltet, noe som det tidligere ikke har gjort innen det

sosialfaglige felt. Hvor dermed retningslinjene på feltet kan illustrere en sannsynlig dominerende prioritering av den sunnhetsfaglige innsatsen.

Videre beskriver Jette Nyboe at Socialstyrelsens retningslinjer er oppbygget annerledes enn hva Sunnhetsområdets retningslinjer ofte er;

*«(...) vi bygger vores retningslinjer op noget anderledes end hvad de gør inden for sundhedsområdet. (...)der har vi ikke den samme mulighed indenfor socialområdet, det er sådan ikke den samme forskning indenfor området, og at arbejde indenfor sociale problemer er altså anderledes end at arbejde med sundhedsproblemer, kan jeg konstatere.»*

Dette sitat tolker jeg å belyse at det ikke finnes samme muligheter innen forskning på sosialområdet som det gjør ved sunnhetsområdet. Det blir beskrevet at det å arbeide med sosiale problemer er annerledes enn det å arbeide med sunnhetsfaglige problemer, hvor jeg dermed tolker at sosialområdet stiller seg i en annen posisjon enn hva sunnhetsområdet gjør i denne sammenheng. Denne forskjellige posisjoneringsen av de to fagfelt kan bistå til at den sunnhetsfaglige diskurs er herskende innen rusbehandlingen i Danmark. Hvor dermed den sosialfaglige innsats stiller seg svakere enn den sunnhetsfaglige innsats, hvor dermed behov for en styrkning av den sosiale innsats kan sies å eksistere.

På spørsmål om det er et behov for disse retningslinjene i rusbehandlingen, fikk jeg følgende svar; « Ja, det mener jeg absolut at det er, at kommunerne har et behov for at have nogle fælles retningslinjer, som de kan basere deres kvalitetsudvikling på bakgrund af, ikke? Det er det helt sikkert. De har været efterlyst, og jeg synes også tilbakemeldingerne har været: «Ej hvor var det godt det endelig kom», ikke?» Dette sitat tolker jeg for å belyse at kommunene har etterspurt retningslinjene, og har gitt positiv tilbakemelding til Socialstyrelsen etter at retningslinjene ble publisert. Det kan dermed tolkes å eksistere et behov for retningslinjene. Ut i fra et kritisk diskursanalytisk perspektiv, kan man i denne sammenheng tolke dette sitat for å beskrive en prosess som har foregått i et dialektisk forhold mellom Socialstyrelsen og kommunene. (Jørgensen & Phillips, 1999: 74) Det dialektiske forholdet vises ved at kommunenes etterlysning, muligens har hatt en betydning for at Socialstyrelsen har utarbeidet retningslinjene. Hvor Socialstyrelsen også i etterkant av utarbeidelse av retningslinjene, får tilbakemelding fra kommunene. Man kan dermed ut i fra Faircloughs sine begreper, anse de nye retningslinjene til Socialstyrelsen for å være en kommunikativ begivenhet, som både blir

konsumert og konsumeres av forholdet mellom Socialstyrelsen og den sosiale praksis.  
(Ibid:79-80)

Retningslinjene kan også anses å inngå et dialektisk forhold til Sundhedsstyrelsen, da jeg finner det følgende sitat relevant å belyse i denne sammenheng; «(...) *Stofmisbrugsområdet har jo både erfaringer på sundhedsloven og sociallovgivning, derfor er det vigtigt, at de to lovgivninger bliver koordinert når man udvikler retningslinjer*» Sitatet beskriver at rusbehandlingsområdet er forankret lovmessig i både Sundhedsloven og Sociallovgivningen. Hvor jeg dermed tolker rusbehandlingen å innebære en koordinering mellom to felt innenfor den juridiske diskursorden. Jeg tolker inndragelse av Sundhedsloven for å representere Sundhedsstyrelsen, og Sociallovgivningen for å representere Socialstyrelsen. Jeg tolker sitatet å beskrive at retningslinjene blir nødt til å forholde seg til både Sundhedsloven og Sociallovgivningen, som dermed kan tolkes som at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen må inngå i et dialektisk forhold for at lovverkene kan koordineres i retningslinjene.

#### Koordineringen mellom det sunnhetsfaglige- og det sosialfaglige felt

Da jeg i ovenstående avsnitt belyste at Socialstyrelsens retningslinjer består av erfaringer på rusområdet både fra Sundhedsloven og Sociallovgivningen, anser jeg det dermed viktig at koordineringen mellom de to felter er sentralt i behandlingstilbudene. Koordineringen av samarbeidet mellom sunnhetsområdet og sosialområdet, belyses i nedenstående utsagn. Hvor jeg i utsagnet spør inn til Socialstyrelsens retningslinjers betydning for den sosialfaglige innsatsen ved rusbehandlingen. Utsagnet lyder følgende;

*E: Men helt konkret, tror du at retningslinjene vil være med å fremheve den sosialfaglige innsatsen?*

*J: Ja, fordi de har fokus på den sosialfaglige innsats, både, altså hele den sociale innsats, det er og retningslinjer fra social stofmisbrugsbehandling, ikke for lægelig stofmisbrugsbehandling.*

*E: ja*

*J: Men der er jo retningslinjer, som forholder sig til samarbejdet mellem den sosialfaglige innsats og den sunhedsfaglige innsats. Og det er jo blandt andet også der, vi har Sundhedsstyrelsen med, hele vejen igennem, ikke?*

I dette utsagn tolker jeg informant for å først beskrive formålet med retningslinjene for å primært være rettet mot den sosiale innsatsen. Hvor jeg tolker informant etterfølgende å beskrive at retningslinjene forholder seg til *samarbejdet* mellom den sosialfaglige innsats og

den sunnhetsfaglige innsats på området. Jeg tolker utsagnet for å belyse samarbeidet mellom to diskursordener; Sosialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Dette fordi i den siste setning i utsagnet ordlegger informant seg med at *blandt andet også der har vi Sundhedsstyrelsen med hele vejen igennem*. Hvor jeg dermed tolker dette for en belysning om at Sosialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen befinner seg i et dialektisk forhold til hverandre, hvor de sammen samarbeider om å bidra til en helhetsorientert rusbehandling. (Jørgensen & Phillips 1999:74)

Jeg finner det interessant at Jette Nyboe beskriver i intervjuet at Sosialstyrelsen har blitt kritisert får å utarbeide retningslinjene kun bestående av en sosialfaglig innsats. Hvor det belyses en etterlysning om retningslinjer bestående av både en sunnhetsfaglig innsats og en sosialfaglig innsats. Hvor dette kan belyses ved følgende utsagn fra intervjuet;

*«Altså man kan sige at et av kritikpunkterne vi har fået fra helt fra da initiativet blev præsenteret i sin tid var, at hvorfor laver man nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandlingen i stedet for at lave nationale retningslinjer for stofmisbrugsbehandlingen, altså både den sundhedsfaglige og den socialfaglige del. Og det kan man da ha evigt ret i, at hvorfor er det lige man laver retningslinjer for hvert sit område bare fordi vi er forankrede i to forskellige lovgivninger, ude i praksis arbejder det sammen, ikke?»*

I utsagnet finner jeg det interessant at informant sier seg enig i den kritikken Sosialstyrelsen har fått, og beskriver feltet for å være forankret i to forskjellige lovgivninger, men at i praksis arbeider feltene sammen. Jeg tolker dermed beskrivelsen av at området er forankret i to forskjellige lovgivninger som en potensiell forklaring på en hindring av en koordinering av felles retningslinjer på området. Hvor jeg finner dette interessant da informant henviser til at denne koordineringen utføres i praksis, hvor det beskrives at *ude i praksis arbejder det sammen*. Hvor jeg dermed tolker denne beskrivelse for å presiserer at rusområdet er sammensatt av både en sosial- og en sunnhetsfaglig innsats ute i praksis, og at det dermed burde være et potensiale for at de to områder kan samarbeide om felles retningslinjer som dekker feltet som en helhet fra et strukturelt nivå også.

### En potensiell diskursiv kamp

Det presiseres videre i intervjuet at man uansett blir nødt til å sikre at det sunnhetsfaglige- og det sosialfaglige området samarbeider. Jeg finner følgende utsagn relevant for å belyse denne nødvendigheten; *«Det vi da så kan gøre det er at sikre, at de retningslinjer vi laver, både på sundhedsfagområdet og socialområdet, at de ikke klasjer mod hinanden, men at det samarbejder, og at vi laver retningslinjer for sikring af samarbejdet i-mellem de to områder.»* Med denne ordleggelsen tolker jeg det som en viktighet at områdene samarbeider, og at

Socialstyrelsens retningslinjer er med på å sikre dette samarbeidet. I utsagnet, legger jeg merke til ord som *klasj*, hvor jeg tolker informant for å beskrive at retningslinjene bidrar til at dette *klasj* ikke skal oppstå. Jeg tolker dermed utsagnet å belyse en potensiell sannsynlighet for at det kan oppstå klasj mellom sunnhetsområdet og sosialområdet, hvis ikke samarbeidet dem i mellom blir sikret. Dette kan tolkes ut i fra et kritisk diskursivt perspektiv, hvor et *klasj* dermed kan belyse en sannsynlighet for at det kan oppstå diskursive kamper mellom de to diskursordenene. Hvor man dermed kan tolke de to diskursordene å representere to ulike ideologier, hvor disse ideologiene kan sies å representere en sunnhetsfaglig ideologi og en sosialfaglig ideologi. Hvor jeg betegner disse fagfelt for å representere to ideologier ut i fra Fairclough definering av ideologier. Hvor Fairclough beskriver ideologier for å være; «(...)to be significations/constructions of reality (the physical world, social relations, social identities), which are built into various dimensions of the forms/meanings of discursive practices, and which contribute to the production, reproduction or transformation of relations of domination” (Fairclough 1992: 87) Jeg finner det relevant å belyse den sunnhetsfaglige diskurs og den sosialfaglige diskurs som potensielle ideologier, da jeg antar at diskursenes posisjon i den sosiale strukturen de inngår i (rusbehandlingen), kan ha en sammenheng med hvilken posisjon ideologiene har i samfunnet generelt. Da jeg tolker Socialstyrelsen for å beskrive at det kan oppstå en form for klasj mellom områdene, trekker jeg paralleller til de forandringsprosessene Fairclough beskriver å oppstå i en hegemonisk kamp. Hvor innen en hegemonisk kam, kjemper de ulike ideologier for å beholde eller styrke sin plass i den sosiale struktur. (Fairclough 2008: 122) Hvor den forandringsprosess som kan oppstå i kampen, kan bidra til en reproduksjon eller en transformasjon av diskursene i den diskursorden ideologiene inngår i. (Fairclough 1992: 87)

Hvor jeg dermed tolker at en form for hegemonisk kamp, kan oppstå dersom forholdet mellom den sosialfaglige ideologi og den sunnhetsfaglige ideologi, oppleves å *klasje* innen rusbehandlingen. Hvor dermed et potensielt klasj, kan medføre at diskursene må kjempe for sin eksistens. Utfallet av denne kampen kan enten medføre til forandring i diskursordenen (rusbehandlingen) eller en opprettholdelse av hva den eksisterende diskursordenen. Skjer det en forandring kan det sies å ha skjedd en transformasjon i diskursordenen. (Fairclough 1992:87) Jeg tolker det dermed slik at et potensielt klasj mellom det sosialfaglige- og det sunnhetsfaglige området, kan bidra til en kamp mellom disse områdene, hvor det sosialfaglige- og det sunnhetsfaglige området må kjempe for å beholde sin eksistens innen den samlede diskursorden som de tilhører.



## Retningslinjene og heroinbehandlingen

På spørsmål i forhold til hva Jette Nyboe tenker i forhold til retningslinjenes relevans for heroinbehandlingen i Danmark, finner jeg følgende utsagn interessant som belyser den potensielle påvirkningen retningslinjene kan ha for heroinklinikkene og heroinbehandlingen;

*(..)man kan sige sådan som jeg har læst mig frem til så viser det sig jo, at de mennesker, der er i heroinbehandling efter en længre periode, så restituerer de sig og faktisk så meget at de begynder at have kræfter til andet end bare at få overleve fra dag til dag, og da er det utrolig vigtigt, at man setter ind med en helhedsorienteret indsats der forholder sig til (..)*

I dette utsagn tolker jeg informant for å betegne brukergruppen av heroinbehandlingen å ha bruk for en helhetsorientert innsats. Jeg tolker viktigheten med den helhetsorienterte innsats å presiseres, ved bruk av ord som; *utrolig viktig* i beskrivelsen av innsatsen. Videre i intervjuet fortsetter informant å beskrive at den helhetsorienterte innsatsen kan ha en sammenheng med de nye retningslinjene til Socialstyrelsen, noe som jeg finner beskrivende i følgende utsagn; «(..)og da kan man helt sikkert gå ind at arbejde med de nationale retningslinjerne i forhold til at netop at se på hvad er det man skal sette ind, ikke?» Jeg tolker dermed Socialstyrelsens nasjonale retningslinjene for å kunne ha en potensiell påvirkning for den helhetsorienterte innsatsen ved heroinklinikkene. Dette ved at jeg tolker utsagnet å belyse at retningslinjene kan bidra til å tydeliggjøre og guide heroinklinikkene til hva som kan igangsettes i behandlingen. Hvor jeg dermed tolker retningslinjene for potensielt å kunne ha en betydning for heroinbehandlingen når de blir implementert ved behandlingsinstitusjonene.

### **Delkonklusjon**

I denne analyse har jeg avdekket formålet med Socialstyrelsens retningslinjer; *Nasjonale retningslinjer - for den sociale stofmisbrugsbehandling (2016)*. Hvor jeg finner formålet å være et bidrag til å styrke den sosiale innsatsen i rusbehandlingen i Danmark.

Jeg tolker informant, Jette Nyboe, å beskrive retningslinjene for å være nødvendig for at posisjonen til den sosialfaglige innsats i behandlingen kan styrkes. Og at Socialstyrelsens retningslinjer kan bidra til et fellesdokument for kommunene, hvor dokumentet kan bidra til at kommunene får et felles utgangspunkt for utførelse av den sosiale behandlingen i praksis. Dermed tolker jeg retningslinjene for å være et dokument som kan medføre til en styrket helhetlig sosial behandling innen rusbehandlingen i Danmark.

I min analyse belyses det at det tidligere ikke har eksistert retningslinjer over den sosiale rusbehandlingen i Danmark. Hvor det derimot belyses at det har eksistert retningslinjer over den sunnhetsfaglige innsatsen på området i årevis. Dette kan tyde på en tendens for at sunnhetsområdet er dominerende innen rusbehandlingen i Danmark. Hvor jeg dermed kommer med en påstand om at det kan være en sannsynlighet for at den sunnhetsfaglige diskurs er dominerende ved heroinbehandlingen også.

Jette Nyboe beskriver at viktigheten med en koordinering av den sosialfaglige innsats og den sunnhetsfaglige innsats anses som betydelig for at det ikke skal oppstå klasj mellom disse områdene. Jeg anser beskrivelse av et potensielt klasj for å kunne være en sannsynlighet for konflikt mellom områdene. Hvor dermed koordineringen mellom områdene er viktig for at samarbeidet mellom områdene skal fungere optimalt. Da jeg ovenfor beskrev at jeg har funnet en sannsynlig tendens om en sunnhetsfaglig dominans innen rusbehandlingen, anser jeg det dermed sannsynlig for at den sosialfaglige innsats kan inngå i en underdanig posisjon. Hvor det dermed kan antas at behovet for en styrkning av den sosiale behandlingen er nødvendig i rusbehandlingsinnsatsen.

## **Kapittel 6, KONKLUSJON**

I denne undersøkelse har jeg belyst mitt problemfelt og besvart min problemformulering ut i fra de tre ovenstående analysene; 1)tekstanalyse av Sundhedsstyrelsens veiledning; *Vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed* (2013), 2)analyse av materialet fra intervju ved heroinklinikkene og 3)analyse av materialet fra intervju ved Socialstyrelsen, Jette Nyboe. Jeg skal i denne undersøkelses konklusjon trekke paralleller mellom de tre ovenstående analyser. Hvor jeg dermed avdekker en sannsynlig sammenheng mellom tendensene jeg har funnet i mine delkonklusjoner, til å kunne finne en samlet sannsynlig tendens over mitt undersøkelsesfelt.

### Avdekking av de faglige diskursene i heroinbehandlingen

Jeg har i min tekstanalyse (1) avdekket fem diskurser, som jeg anser å være fem faglige diskurser i veiledningen. Diskursene som jeg har avdekket er følgende; den medisinske-, den sunnhetsfaglige-, den sosialfaglige-, den psykologiske diskurs og den juridiske diskurs. Hvor jeg har funnet en tendens for at den medisinske diskurs er herskende i dokumentet. Denne tendens finner jeg etter å ha funnet den medisinske diskurs for dominerende i forhold til hvordan Sundhedsstyrelsen vektlegger veiledningens budskap. Hvor denne dominerende tendens kan sies å være i veiledningens tittel (diacetylmorfin), veiledningens målgruppe (behandlingsansvarlige leger), veiledningens beskrivelse av målgruppen for behandlingen (pasienter) og beskrivelsen av selve behandlingsinnsatsen (den sunnhetsfaglige innsatsen). Hvor jeg ved å ha avdekket den medisinske diskurs for å være herskende, har jeg dermed funnet den sosialfaglige diskurs for å være en sekundær prioritet i teksten. Dette da veiledningen presiserer at det skal være en sammenheng mellom den sunnhetsfaglige oppfølging (som inkluderer den medisinske diskurs) og den sosiale oppfølging i det samlede behandlingstilbudet.

I min analyse av den sosiale praksis (2) har jeg avdekket følgende faglige diskurser; den medisinske-, den sunnhetsfaglige-, den sosialfaglige- og den psykologiske diskurs. Hvor jeg finner disse diskursene å samsvare med de faglige diskursene som Sundhedsstyrelsen beskriver i heroinbehandlingens behandlingsinnsats. Hvor jeg dermed ut i fra Faircloughs kritiske diskursanalyse kan si at disse diskursene i Sundhedsstyrelsens veiledning reproduseres i den sosiale praksis. ( Fairclough 1992: 237) Jeg har avdekket en diskurs i den sosiale praksis som jeg ikke har funnet å eksistere i Sundhedsstyrelsens veiledning, og det er den relasjonelle diskurs. Hvor jeg dermed finner den sosiale praksis å supplere de diskursene som samsvarer med Sundhedsstyrelsens veiledning, med en ekstra diskurs. Jeg har problemer med å definere den relasjonelle diskurs som en selvstendig faglig diskurs, da jeg betegner den relasjonelle diskurs for å potensielt sett kunne inngå i de alle ulike faglige diskursene i behandlingsinnsatsen. Dette da jeg anser den relasjonelle diskurs som et redskap de profesjonelle bruker i møtet med brukergruppen i heroinbehandlingen.

Jeg har i analyse av den sosiale praksis funnet en sannsynlighet for at den medisinske diskurs ved heroinklinikene kan være herskende. Denne sannsynlighet avdekker jeg til tross for at personalets fremhevning av viktigheten med en helhetsorientert behandling, bestående av alle innsatsområder rundt brukergruppen er fremtredende i mitt datamateriale. Jeg finner den

medisinske diskurs fremtredende i forhold til hvordan de profesjonelle opplever prioriteten til brukergruppen, og beskrivelsen av at den medisinske stabiliseringen som regel er utgangspunktet for at den resterende behandlingen kan utføres.

Jeg har i min analyse av heroinklinikkene (2), konkludert med at retningslinjene til Sundhedsstyrelsen spiller en betydelig rolle for den sosiale praksis. Hvor jeg dermed finner retningslinjene til Sundhedsstyrelsen både å bli beskrevet som pålagte retningslinjer, og at klinikkene er underlagt dem. Jeg finner dermed Sundhedsstyrelsen for å ha den overordnede definisjonsmakten i heroinbehandling, hvor dermed den juridiske diskurs også fremtrer i den sosiale praksis. Den juridiske diskurs avspeiler jeg i forhold til at de retningslinjene Sundhedsstyrelsen pålegger klinikkene å følge, er bygget opp på det aktuelle lovverket i heroinbehandling.

Jeg oppfører min avdekking av de ulike diskurser i Sundhedsstyrelsens veiledning, samt den sosiale praksis, ved heroinklinikkene, i følgende modell:

SUNDHEDSSTYRELSEN	HEROINKLINIKKENE
Medisinsk diskurs	Medisinsk diskurs
Sunnhetsfaglig diskurs	Sunnhetsfaglig diskurs
Sosialfaglig diskurs	Sosialfaglig diskurs
Psykologisk diskurs	Psykologisk diskurs
Juridisk diskurs	Juridisk diskurs
	<b>Relasjonell diskurs</b>
Herskende diskurs: Den medisinske diskurs	Herskende diskurs: Den medisinske diskurs

Denne modell viser at den medisinske-, den sunnhetsfaglige-, den sosialfaglige- den psykologiske diskurs og den juridiske diskurs eksisterer i begge diskursordener. Hvor den relasjonelle diskurs belyses i modellen for kun å eksistere ved heroinklinikkene. I de to nederste kolonnene belyser jeg hvilken diskurs som jeg anser som dominerende i både Sundhedsstyrelsens veiledning og i den sosiale praksis. Hvor jeg anser den medisinske diskurs for å være herskende i begge diskursordener.

## Diskursenes betydning for den sosiale behandling

Hvordan de ovenfor belyste diskursene potensielt sett påvirker den sosiale behandlingen i praksis, har jeg avdekket med å fokusere på den helhetsorienterte innsatsen i behandlingen. Hvor jeg finner den helhetsorienterte innsatsen å inngå både i Sundhedsstyrelsens veiledning og i den sosiale praksis. Jeg betegner følgende faglige diskurser å inngå i heroinbehandlingens helhetsorienterte innsats: den medisinske-, den sunnhetsfaglige-, den sosialfaglige- og den psykologiske diskurs.

Innenfor hvilke faglige diskurser som jeg anser å inngå i den helhetsorienterte diskurs, betegner jeg den sosiale behandlingen ved heroinklinikkene å inngå i den helhetsorienterte innsatsen ved klinikkene. Hvor jeg i min analyse av den sosiale praksis (2), har funnet en sannsynlig tendens for at den helhetsorienterte innsats kan bidra til å inkludere den sosiale behandlingen ved klinikkene. Jeg påstår dermed at selv om det muligens eksisterer en herskende medisinsk diskurs i heroinbehandling, så bidrar den helhetsorienterte innsatsen til at den sosiale behandlingen får sitt utspring.

Jeg har også avdekket en sannsynlighet i analyse av den sosiale praksis (2), at den relasjonelle diskurs er avgjørende for at den helhetsorienterte innsatsen i behandlingen kan bli optimal. Dette da jeg tolker personalet å beskrive betydningen av en god relasjon for vesentlig for å kunne avdekke de ulike barrierene brukergruppen i behandlingen har. Hvor jeg dermed påstår at den relasjonelle diskurs bidrar til at den helhetsorienterte innsats får sitt utspring. Og dermed bidrar den helhetsorienterte innsats til at den sosiale behandlingen blir ivaretatt. Jeg oppfører dermed forholdet mellom den relasjonelle diskurs, den helhetsorienterte innsats og den sosiale behandling følgende;

Den relasjonelle diskurs → den helhetsorienterte innsats → den sosiale behandling

## Forholdet mellom den sunnhetsfaglige diskurs og den sosialfaglige diskurs

I analyse av intervju med Socialstyrelsen (3), har jeg konkludert med at det sannsynligvis kan eksistere en tendens for en dominerende sunnhetsfaglig innsats innen rusbehandling i

Danmark. Hvor jeg dermed finner sannsynligheten for at den dominerende sunnhetsfaglige innsats, kan ha en påvirkning på den sosialfaglige innsats. Jeg betegner dermed den sosialfaglige innsats for å sannsynligvis befinne seg i en undertrykt posisjon innen behandlingen. Hvor jeg dermed ut i fra Faircloughs kritiske diskursanalyse finner en potensiell sannsynlighet for at det kan oppstå en kamp mellom den sunnhetsfaglige- og den sosialfaglige innsatsen. Jeg betegner Socialstyrelsens retningslinjer for den sosiale behandlingen; *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandlingen* (2016) for å være et bud på å styrke den sosialfaglige posisjon i dagens rusbehandling. Hvor jeg dermed antyder at Socialstyrelsens retningslinjer kan endre på den sosialfaglige posisjon i rusbehandlingen, hvis retningslinjene fører til at diskursordenen de inngår i (rusbehandlingsinstitusjonene) forandrer deres behandlingsinnsats i praksis. Hvor dermed de nye retningslinjene til Socialstyrelsen kan bidra til en transformasjon av den eksisterende behandlingsinnsats. Da jeg anser Socialstyrelsens retningslinjer for sannsynligvis å ha en betydning for den sosiale behandlingen i rusbehandlingen i Danmark, anser jeg retningslinjene også for å kunne ha en potensiell betydning for heroinbehandlingen og heroinbehandlingens sosiale behandling.

#### Oppsummering konklusjon

Jeg konkluderer dermed i denne undersøkelse at det sannsynligvis kan vise seg å være en tendens til en herskende medisinsk- og en sunnhetsfaglig diskurs i heroinbehandlingens samlede felt. Hvor jeg finner denne sannsynlige dominans å eksistere på to ulike nivå i min undersøkelse. Nivåene jeg avdekker er; den sosiale praksis (heroinklinikkene) og det overordnede nivå (Sundhedsstyrelsens veiledning). Jeg antyder at Sundhedsstyrelsens definisjonsmakt i heroinbehandling, kan ha en betydning for den faglige innsatsen ved heroinklinikkene. Hvor jeg i min undersøkelse dermed antyder at Sundhedsstyrelsens veiledning kan ha en påvirkning for den sannsynlige dominerende medisinske diskurs i praksis.

Jeg anser også en potensiell dominans for den sunnhetsfaglige diskurs å eksistere i heroinbehandlingens samlede felt. Da i intervju med Socialstyrelsen, påpekes at det ikke tidligere har eksistert retningslinjer over den sosiale innsats innen rusbehandlingen i Danmark. Hvor retningslinjer innen sunnhetsområdet, har eksistert i årevis. Dette kan gjenspeile at det heller ikke eksisterer noen konkrete retningslinjer for den sosiale

behandlingen ved heroinklinikkene. Hvor jeg dermed antar at den sunnhetsfaglige diskurs kan sies å være dominerende i heroinbehandlingens samlede felt.

### Validitet og generalisering

Jeg trekker paralleller mellom mine funn og beskrivelsen av de ulike diskurser innen det sosial faglige felt som Healy (2009) belyser. Hvor den biomedisinske diskurs anses som en dominerende diskurs på feltet, hvor dette kan samsvare med at den medisinske- og den sunnhetsfaglige diskurs også anses som dominerende i min undersøkelse. Hvor dermed koblingen mellom de ulike diskurser og Healys beskrivelse kan være med å understøtte at mine funn kan ha en sannsynlig substans virkeligheten. Jeg finner mine funn også samsvarende i forhold til at det viser seg å være en potensiell medikalisering i substitusjonsbehandlingen (Asmussen, Bjerger & Houborg 2012), hvor denne tendens til medikalisering kan styrke min påstand om at den medisinske- og den sunnhetsfaglige diskurs er herskende i heroinbehandling. Jeg finner dog ikke mine resultater dekkende til å kunne generalisere en tendens på hele området, da jeg ikke har vært i kontakt med alle heroinklinikkene i Danmark. Hvor dermed mine funn kun er potensielt gjeldende for de klinikker som jeg har vært i kontakt med.

Jeg anser mine funn i min undersøkelse for å ha sine svakheter i form av at jeg ikke har intervjuet representanter fra ledelse og personal ved alle klinikker. Hvor mine funn i denne undersøkelse, dermed ikke nødvendigvis er dekkende for alle klinikkene i min undersøkelse. Hvor mine resultater ville være mer dekkende om jeg hadde empiri fra ledelse og personalgruppe fra alle tre klinikkene. Da jeg heller ikke har hatt et ønske om å sammenligne de klinikker jeg har vært i kontakt med i denne undersøkelse, er det dermed også vanskelig å kunne komme med en konklusjon som er dekkende for alle klinikkene. Hvor det dermed kan i virkeligheten eksistere forskjeller mellom klinikkene, og de ulike faglige diskursene og innsatsene kan utarte seg forskjellig fra klinikk til klinikk.

Da min undersøkelse er en kvalitativ undersøkelse, vil det dermed si at mine funn også er avgjørende i forhold til hvilke informanter jeg har hatt. Hvor dermed den viten som jeg har fått i min undersøkelse potensielt sett kunne hatt medført andre resultater om det hadde vært andre informanter som jeg hadde vært i kontakt med. Dermed kan jeg ikke med sikkerhet si at den viten jeg har fått i møte med mine informanter representere feltet som helhet.

## Kapittel 7, PERSPEKTIVERING

I denne undersøkelses perspektivering, har jeg valgt å fokusere på to ulike innfallsvinkler. Hvor jeg i den første delen av perspektiveringen belyser Foucaults begrep; *biomakt*, da jeg finner dette begrep relevant til å kunne forklare den potensielle tendensen til en dominerende medisinsk- og sunnhetsfaglig innsats i heroinbehandlingen. Deretter belyser jeg den *bio-psyko-sosiale-modell*, som jeg har funnet relevant å inndra for å belyse en modell som potensielt sett kan bistå til at den faglige innsatsen i heroinbehandlingen blir mer likeverdig. Hvor jeg i dette kapittel først kort redegjør for den faglige innsats utvikling på området, deretter redegjørelse for biomakt og biomaktenes relevans for mitt undersøkelsesfelt. Hvor jeg til sist redegjør for den bio-psyko-sosiale-modell og relevansen for å inndra denne modell i forhold til belysning av mitt problemfelt.

### Et skifte innen rusbehandlingsområdet

I boken, *Socialt arbejde - teorier og perspektiver* (2013), belyses det at rusområdet i Danmark fra starten av har vært preget av en sosialfaglig innsats. Hvor det fra 1980-tallet skjedde en økning av den medisinske forståelse, etter at første påpekte HIV-smitte relatert til rusbruk ble påfunnet. (Ege i Guldanger & Skytte 2013: 434-439) Hvor den medisinske innsats dermed ble mer fremtredende og skadereduserende tiltak som metadonbehandling ble ansett som en motpol fra den tidligere sosialfaglige innsatsen som var dominerende på området. (Ibid: 434-439) Denne utviklingen fra en sosialfaglig preget rusbehandling, til en mer medisinsk orientert rusbehandling har bidratt til at flere medisinske begrep har blitt sentrale innen dagens rusbehandlingen i Danmark. Følgende sitat belyser dette; "En række begreber hentet fra Sundhedsvæsenet blev centrale i stofmisbrugsbehandlingen i perioden efter år 2000 – evidens, forandringsteori, monitorering, kvalitetssikring og – udvikling" (Ibid: 438) Med dette trekker jeg paralleller til hva jeg innledningsvis i denne undersøkelse belyste, at det er tendens til en økt medikalisering i dagens rusbehandling. Artikkelen *Substitutionsbehandling i Danmark* (2012) illustreres at det har forekommet et faglig skifte i innsatsen, noe som belyses med følgende sitat fra artikkelen; «Et væsentligt skift, som flere interessenter fremhæver, er en forandring fra, at substitutionsbehandling primært har været præget af socialfaglig tænkning og tilgange, til at en mere medicinsk tænkning og lægefaglig tilgang er kommet i fokus.» (Asmussen, Bjerger & Houborg 2012: 106) Hvor dette skifte begrunnes i artikkelen med fire følgende faktorer; krav om evidensbasert behandling og kvalitetssikring, profesjonalisering av



den medisinske del av substitusjonsbehandlingen, økt fokus på dobbeltdiagnose og implementeringen av de forskjellige substitusjonsmedisinene utover metadon. (Ibid:106-108)

### Biomakt

I lys av den ovenstående beskrevne utviklingen innen rusområdet i Danmark, finner jeg Foucault sitt begrep; *biomakt*, relevant å belyse. Biomakt blir beskrevet å være; «Bio-magt er en magt, der søger at lede befolkningen med henblik på at fremme sundhed, livskvalitet og sikkerhed du fra en «intention» om dermed at skabe nyttige og produktive samfundsmedlemmer» (Elm, Jarvinen & Mortensen 2005: 14) Hvor jeg tolker denne beskrivelsen av biomakt for å være en form for makt hvor myndighetene prøver å styre befolkningen til å oppnå best mulig sunnhet og livskvalitet, med henblikk på at befolkningen skal bli nyttige og produktive borgere i samfunnet. Med dette kan biomakt anses for å være en form for makt som har en intensjon om å gjøre borgerne mest mulig preparatet til å kunne ta vare på samfunnet ved å selv å ha en god sunnhet og livskvalitet.

Jeg finner biomakt relevant å belyse for å kunne forklare tendensen av en medikalisering i dagens rusbehandling. Hvor jeg dermed finner den økte medikaliseringen å kunne presentere en form for biomakt, da medisiner ofte blir forbundet med individers sunnhetstilstand. Hvor dermed bruk av medisiner i rusbehandlingen kan få en økt sannsynlighet for at rusbrukerne kan bli friske. Med henblikk på at den økte sannsynligheten for at rusbrukerne kan betegnes for friske mennesker, kan dermed også sannsynligheten for at rusbrukerne blir nyttige og produktive samfunnsborgere øke. Jeg finner dermed biomakt relevant for å kunne forklare hvorfor det eventuelt eksisterer en tendens om en dominerende medisinsk- og sunnhetsfaglig innsats i heroinbehandlingen. Hvor dermed en form for biomakt kan øke sannsynligheten for at også brukerne av heroinbehandlingen kan bli nyttige og produktive samfunnsborgere.

### Den bio-psyko-sosiale modell

I min undersøkelse har jeg som tidligere beskrevet funnet en tendens for at den sosiale behandlingen i heroinbehandlingen kan befinne seg i en posisjon hvor den kan anses å være en sekundærprioritet i behandlingen, og dermed underlagt den medisinske innsatsen i behandlingen. Jeg finner det dermed relevant å belyse den bio-psyko-sosiale-modell i denne undersøkelses perspektivering, da jeg anser modellen for å ha en potensiell mulighet for å kunne styrke integreringen av den sunnhetsfaglige- og den sosialfaglige samlede innsats på

området. Hvor jeg anser en bedre integrering av disse områdene for å potensielt kunne bidra til at den sosiale behandlingen befinner seg i en mer likeverdig posisjon i behandlingen.

Det beskrives i artikkelen *Psykiatri & psykososial rehabilitering* (2010) at den bio-psyko-sosiale modell, er en modell som kan sies å bestå av elementer fra både en medisinsk forståelse og en sosial forståelse i møte med brukerne. (Epløv m.fl. 2010: 32) Hvor den medisinske forståelse er hentet fra den medisinske modell som har en forståelses grunnlag i møte med problemene til brukerne innen en medisinsk kontekst, hvor problemene anses å være en sykdom, skade eller en medfødt tilstand. Den sosiale forståelse er hentet fra den sosiale modellen, hvor den sosiale modell fokuserer på at problemet rundt brukerne er samfunnsskapt, og årsaken til problemene til brukerne blir flyttet vekk fra enkeltmennesket, og ansvaret for problemene blir liggende til samfunnet. (Ibid: 31-32) Den bio-psyko-sosiale modell er en modell som fokuserer både på de medisinske, sosiale og de psykiske forholdene rundt brukerne. Hvor denne modell beskrives å være utviklet fordi den medisinske- og den sosiale modell anses å ikke være tilstrekkelig. (Ibid: 32) Den bio-psyko-sosiale modell beskrives å ha følgende fokus; «(...)både på individet og samfundet, men som noget lige så vigtigt på relationerne mellem individ og samfund» (Ibid:32) Hvor jeg dermed anser den bio-psyko-sosiale modellen har et mer dekkende fokus i møtet med brukerne, hvor dermed flere faktorer inkluderes og ikke deles opp i separate innsatsområder. Jeg betegner dermed den bio-psyko-sosiale modellen for å være en modell som potensielt sett både inkluderer den sunnhetsfaglige- og den sosialfaglige innsats innen heroinbehandlingen.

Da det viser seg i min analyse av intervjuet med Socialstyrelsen, at Socialstyrelsen har blitt kritisert i forhold til at deres nye retningslinjer over den sosiale rusbehandlingen, ikke inkluderer den sunnhetsfaglige delen ved behandlingen. Jeg anser dermed Socialstyrelsen å befinner seg innen en forståelsesramme som kan sies å inngå i en sosial modell. Hvor jeg anser Sundhedsstyrelsen å befinne seg innen en forståelsesramme som kan sies å inngå i den medisinske modell. Det vil dermed si at rusområdet på den måten deles opp bestående av to ulike forståelsesrammer.

Jeg finner Peter Eges artikkel; *Mens vi venter...* (2015) relevant å belyse i forbindelse med at rusbehandlingen kan sies å representere to forskjellige forståelsesområder. Hvor jeg finner følgende sitat relevant å belyse i denne sammenheng; ”Man vælger at betragte den sociale og den sundhedsfaglige behandling som adskilte størrelser, selv om den afgørende forudsætning for, at der kan ske fremskridt på vores område, er, at den sociale og den sundhedsfaglige

indsats integreres.” (Ege 2015: 61) Dette sitat belyser at sunnhetsområdet og sosialområdet befinner seg i to atskilte innsatser, og at det finnes et behov for at disse innsatsene integreres bedre. Hvor dermed Peter Ege kritiserer i samme artikkel de nye retningslinjene til Sosialstyrelsen for å kun dekke den sosiale behandlingen, og ikke feltet som en helhet. Hvor denne kritikk belyses med følgende sitat hentet fra artikkelen; ”Det er gått op for mange kommuner, men åbenbart ikke for ministerier og styrelser, selvom vi er mange, der gennem årene har efterlyst en samlet vejledning.” (Ibid:61) Hvor jeg dermed tolker ut i fra de to overstående sitater at Ege, både presiserer at det etterlyses en bedre faglig integrering i rusbehandlingen, og en etterspørsel om en samlet veiledning bestående av den sosialfaglige- og den sunnhetsfaglige innsatsen i behandlingen.

Jeg finner også Peter Ege å presisere i boken, *Socialt arbejde- teorier og perspektiver* (2013) at det er nødvendig med en integrert forskningsinnsats innen rusfeltet i Danmark. Hvor dette belyses i følgende sitat; ”Et afgørende forhold er fraværet af en samlet, systematisk forskningsindsats fra dag et. Meget kunne være vundet, hvis nogle få procent af de midler, der blev afsat til behandlings- og kontrolindsatsen, var blevet anvendt til et forsknings- og videnscenter.” (Ege i Guldanger & Skytte 2013: 440) Jeg tolker dette sitat for å innebære en kritikk på at det mangler en samlet, systematisk forskningsinnsats på området bestående av en sunnhetsfaglig- og en sosialfaglig forskningsinnsats.

Jeg har funnet det relevant å inndra Peter Eges kritikk innen rusbehandlingsinnsatsen i forbindelse med belysning av den bio-psyko-sosiale-modellen. Dette fordi jeg mener den kritikken som finnes på området er relevant for å bidra til en mer samlet innsats rundt brukerne i heroinbehandlingen. Hvor dermed en bedre samlet innsats, også kan medføre en bedre sosial behandling i behandlingsforløpet. Hvor jeg dermed med å belyse den bio-psyko-sosiale-modell i denne perspektivering, belyser en modell som potensielt sett kan bistå til en forbedring både i behandlingsinnsatsen i heroinbehandlingen, og innen forskningsinnsatsen på området. Hvor det dermed kan gi et grunnlag for at den sosiale behandlingen og den sosialfaglige posisjon kan bli mer likevektig i forhold til den medisinske behandling og den sunnhetsfaglige posisjon i dagens heroinbehandling.

## **Kapittel 8, METODEKRITIKK**

### **INFORMANTER**

Jeg hadde i forkant av min undersøkelse, et ønske om å intervju representant fra ledelse og fagpersonell ved hver klinikk jeg kontaktet. Hvor jeg anser det for en svakhet at jeg kun har lykket med dette ved en klinikk i min undersøkelse. Jeg hadde også et ønske om å utføre intervju med personalet bestående av ulike faggrupper, hvor jeg ved et av mine intervju ikke har lykket med dette, hvor det ved det intervju, kun er representanter fra sunnhetsområdet til stede.

### **SUNDHEDSSTYRELSEN**

Det kunne være nyttig å intervju representanter fra Sundhedsstyrelsen som et supplement til min tekstanalyse. Hvor jeg dermed kontakten Sundhedsstyrelsen med forespørsel om intervju, da dette ikke var mulig, ble også intervju med Sundhedsstyrelsen utelukket.

### **HEROINBEHANDLINGEN SOM FELT**

Da jeg kun har innhentet empiri fra tre av fem heroinklinikker i Danmark, kan jeg dermed ikke si å ha dekket feltet helhetlig. Det ville derfor være mer dekkende om jeg hadde kontaktet dem alle.

### **OBSERVASJON**

Det ville også være en fordel om jeg hadde utført observasjon ved klinikkene, da dette kunne gitt meg et innblikk i hvordan behandlingen utføres i praksis. Jeg ville da fått et bedre innblikk i hvilke faglige diskurser, og hvilken faglig innsats som dominerer i den sosiale praksis.

### **BRUKERGRUPPEN**

Da jeg i min undersøkelse ikke har funnet det relevant å belyse mitt problemfelt ut fra brukernes perspektiv, har jeg dermed bevisst valgt å ikke intervju representanter fra brukerne av heroinbehandling. Jeg ser i ettertid at det kunne være interessant å få et annet syn på problematikken, hvis jeg hadde utført intervju med brukerne. Hvor jeg dermed kunne avdekket hvordan de ulike faglige diskurser og innsatser fungerer i møtet med brukerne og hvordan brukerne av tilbudet opplever innsatsen.

### **UTFØRELSE AV INTERVJU**

Etter utførelse av mitt første intervju i denne undersøkelse, lærte jeg meg å stille mer åpne spørsmål. Hvor jeg fant min intervjuguide noe styrende i forhold til min

undersøkelsesinteresse. Jeg valgte dermed å justere noen spørsmål i intervjuguidene ved utførelse av de resterende intervju.

#### FAIRCLOUGHS TRE-DIMENSJONALE MODELL

Bruk av Norman Faircloughs tre-dimensjonale modell, er i denne undersøkelse basert på min tolkning av modellen, hvor jeg har utført modellen etter hvordan jeg har forstått metoden basert på mitt undersøkelsesfelt. Det vil dermed være andre måter å bruke denne modellen. Jeg har for eksempel i utførelse av analyse av den sosiale praksis tatt utgangspunkt i empiri fra heroinklinikkene, hvor man i analysen kunne hatt et mer fokus på de «ikke-diskursive» praksiser, noe som kan utfolde seg i analyse av en mer teoretisk analyse for å kunne forklare relasjonene mellom diskursene og en potensiell diskursiv forandring i den sosiale praksis. (Jørgensen & Phillips 1999: 98) Jeg har funnet inndragelse av empiri fra heroinklinikkene i analyse av den sosiale praksis hensiktsmessig i forhold til å belyse mitt undersøkelsesfelt.

## 10, LITTERATURLISTE

Asmussen, V. & Johncke (2004) *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik?* Aarhus. Aarhus Universitetsforlag.

Brinkmann, S. (2014) *Det kvalitative interview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkman, S. & Kvale, S. (2009) *InterView. Introduktion til et håndværk*. 2.udgave  
København: Hans Reitzels Forlag.

Dreyer, A.H. i Juul, S. & Pedersen, K. B. (2012) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. En indføring*. København; Hans Reitzels Forlag.

Ege i Guldanger, J. & Skytte, M. (2013) *Socialt arbejde. Teorier og perspektiver*. København: Akademisk Forlag.

Elm, J., Jarvinen, M., & Mortensen, N. (2005) *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Epløv, L.F., Korsbæk, L., Petersen, L. & Olander, M. (2010): *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering*. Munksgaard, København. s.19-55.

Fairclough, N. (1992) *Discourse and Social Change*. Cambridge. Polity Press.

Fairclough, N. (2008) *Kritisk diskursanalyse*. (E.Halskov Jensen, Red.) København: Hans Reitzels Forlag.

Healy, K. (2009) *Socialt arbejde i teori og kontekst. En grundbog*. København: Akademisk Forlag.

Hutchinson, G.S., & Oltedal, S. (2006) *Modeller i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. & Pedersen, K. B (2012) *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori. En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

Svensson, B. (2005) *Heroinmisbrug*. Lund: Studentlitteratur

### Rapporter:

Johansen, S. Katrine (2013); *"Heroinbehandling i Danmark – en undersøgelse af brugere og behandling"* København: KABS Viden.

Center for Socialfaglig Udvikling, 2012: *"Evaluering af Herointilbuddet i Aarhus Kommune. Psykosocial behandling og lægeordineret heroin til svært belastede stofmisbrugere."*

SFI- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2009: *"Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Hovedrapport."*

Socialstyrelsen, 2016: *"Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling"*

Sundhedsstyrelsen, 2008: *"Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling"*

Sundhedsstyrelsen, 8/2013: *"Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010-2012."*

Sundhedsstyrelsen, 9/2013: *"Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed"*

### Artikler:

Asmussen Frank, Vibeke, Bjerger, Bagga & Houbourg, Esben 2012: "Substitutionsbehandling i Danmark" *STOF*, nr.20

Birk, Kirstine & Johansen Schepelern, Katrine 2011: "Social behandling og heroin" *STOF*, nr.18

Ege, Peter 2015: "Mens vi venter..." *STOF*, nr.25

Johansen Schepelern, Katrine 2011: "Brugerperspektiver på heroinbehandling – de første resultater" *STOF*, nr. 16

Internetsider:

Sundhedsstyrelsen:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os>

Socialstyrelsen:

<http://socialstyrelsen.dk/om-os/>

<http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/nationale-retningslinjer-for-den-sociale-stofmisbrugsbehandling>

Valmuen, København:

<http://cfrp.kk.dk/indhold/valmuen-1>

KontaktHuset, Aarhus:

<https://www.aarhus.dk/da/borger/Handicap-og-socialpsykiatri/Psykisk-saarbare-og-udsatte-voksne/Stofmisbrugsbehandling/KontaktHuset.aspx>

Klinikk ved Odense:

<http://stofbehandling.dk/topmenu/borger%20i%20behandling/bbehandlingstilbud>