

# **Forestillinger om borgere i ambulant alkoholbehandling**

**- En kvalitativ undersøgelse set ud fra professionelle og lederes perspektiv**

**Oddný María Oddsdóttir (20182127)**

**Stine Forsberg Jørgensen (20180862)**

**Speciale i kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Juni 2020**

**Institut for Sociologi og Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet, Aalborg**

**Vejleder: Kirsten Mejlvig, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde**

**Antal anslag: 191.445**

### ***Tro og love erklæring***

”Det erklæres herved på tro og love, at undertegnede egenhændigt og selvstændigt har udformet denne rapport. Alle citater i teksten er markeret som sådanne, og rapporten eller væsentlige dele af den har ikke tidligere været fremlagt i anden bedømmelsessammenhæng.”



Oddný María Oddsdótti



Stine Forsberg Jørgensen

## ABSTRACT

Surveys and media debates about outpatient alcohol treatment in Denmark, have lately criticized the field for failing to reach out and attract the citizens in need of alcohol treatment and also for varying too much in the quality of the treatment amongst the different municipalities who offer outpatient alcohol treatments. From knowledge about how the perceptions of certain groups in society can influence the way their problems are treated, it is the aim of this thesis to examine the perceptions of the professionals and their managers in this field, about the citizens who receive alcohol treatment. In continuation of this the aim of the thesis is also to examine the possibilities and barriers that these perceptions can create. The goal of the thesis is to contribute to qualify social work as a science area. To examine this field, six qualitative telephone interviews were conducted with respectively four professionals and two managers from two case studies based in alcohol treatment facilities in two different municipalities. The interviews with the professionals were conducted with the purpose of gaining insight of their understanding of the citizen's situation and social problem. To analyse this, perspectives from Erving Goffman and Howard S. Becker's labeling theories were selected, as well as other theories to offer a nuance of this understanding. Furthermore the interviews with the professionals were conducted with the purpose of gaining insight of what expectations the alcohol treatment in practice puts on the citizens. To analyse this, among others, perspectives from social learning theory's task-oriented approach developed by William J. Reid and Laura Epstein were selected, as well as Talcott Parsons systematic theory of social systems. By analysing the understandings and expectations, it is the aim that these elements will provide insight of the perceptions that the professionals have of the citizens. The interviews with the managers were conducted with the purpose of gaining insight of how the managers perceive the citizens and therefore examine the organizational influence of the professionals' perceptions of the citizens. To analyse this, Peter Høilund and Søren Juul's theory of judgement in social work were selected as well as theoretical concepts of organizational management and control. The above-mentioned theories were used and interpreted in a way argued sensible to analyse this field as a result of the hermeneutic approach of this thesis. This also means that each chapter and section will constitute as an expansion of former and existing

understandings. The thesis found that the perceptions of the professionals were based on a social judgement that was greatly influenced by the institutional judgement. In continuation of this it found that the professionals on one hand understood the citizens' alcohol abuse as a discredited attribute and therefore as a social deviation with the perspective from the labeling theories. On the other hand it found that the professionals understood the citizens as fellow citizens and as equal with the perspective from other theories. It also found that the professionals perceived the citizens' alcohol abuse as a learned unsuitable behaviour used to deal with difficult situations, and as such the alcohol treatment was to focus on teaching the citizens a new behaviour by focusing on the citizens' resources and environment. Further, it found that the professionals perceived the citizens to be divided into two groups in which the first group consisted of citizens who were resourceful and the other of citizens who lack certain resources. The way the citizens were perceived contained both possibilities and barriers for their process in the treatment for both groups of citizens. Lastly, the thesis perspectives on how valuable knowledge about the influence of the perception of these citizens could have been achieved had there been conducted interviews with the citizens themselves.



## FORORD

Dette speciale har på mange måder mindet om et stormfuldt og kærligt forhold. I starten går man i 'lykkefasen', og tænker at det giver mening. Hvorfor fandt vi ikke hinanden noget før? Men efter noget tid, når forelskelsen har fortaget sig, så begynder tvivlen at komme. Tvivlen om det nu var det rigtige, og tvivlen om man nu er god nok, hvortil man begynder at skue til andre par. Hvordan mon de har det, og gennemgår de det samme som en selv? Og før eller siden så rammes man af dårlig samvittighed, når man laver andre ting, som man ikke burde, som i nutidens studiejargon kaldes for *overspringshandlinger*. Den dårlige samvittighed fylder én op, og langsomt kommer frygten stigende. Frygten for at skuffe den anden, og for at miste, men ikke mindst frygten for at skuffe sig selv, og ikke leve op til de standarder, man havde forestillet sig om sig selv. Så kommer alle valgene og de dertilhørende diskussioner om, hvorvidt man burde gå den ene eller den anden vej. Hvortil man sidst, forhåbentlig, erkender, at man har gjort det bedste, man kunne, og man fra nu af ikke kan adskilles igen, og man vil altid være en del af hinanden. Uagtet hvordan det ender.

Alle der har været i et parforhold kan højst sandsynlig nikke genkendende til, at der ofte er én eller flere personer, der altid er der, til at støtte og bakke op om én. Som kommer med input, når det hele ser lidt sort ud, og man er bange for, om forholdet kan køre videre. Denne person har for os været vores vejleder Kirsten Mejlvig. Til dig skylder vi et tak for dine mange samtaler, tak for din altid kritiske konstruktive feedback, tak for din fleksibilitet, tak for dine mange spørgsmål og tak for at presse os til det bedre. Tak! Vi kunne ikke bede om mere.

Derudover skylder vi et stort tak til de seks informanter, der deltog i de telefoniske interview. Uden jer var dette speciale ikke muligt.

Vi skylder ligeledes os selv et stort tak. Tak for vores forståelighed og rummelighed med hinanden. Tak for vores tillid til at kunne give kritik, tak for at give hinanden plads, og ikke mindst tak fordi vi har givet os selv lov til at snakke om alt muligt andet end specialet.

Tak til dem der har læst og givet feedback på specialet undervejs. Og slutvis skylder vi et stort tak til vores kærester, barn, familie, veninder og venner for jeres tålmodighed og accept af manglende nærvær fra os, navnlig i den sidste tid. Tak!

God læselyst!

Oddný og Stine  
Århus, juni 2020

# INDHOLDSFORTEGNELS

|                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. INDLEDNING .....</b>                                              | <b>1</b>   |
| <b>2. PROBLEMFELT .....</b>                                             | <b>3</b>   |
| 2.1. ALKOHOLFORBRUGET I DANMARK .....                                   | 4          |
| 2.2. HVORDAN BETRAGTES BORGERE MED ET PROBLEMATISK ALKOHOLFORBRUG ..... | 7          |
| 2.3. DEN INSTITUTIONELLE KLIENTGØRELSE SOM PERSPEKTIV .....             | 12         |
| 2.4. PROBLEMSTILLING .....                                              | 14         |
| <b>3. METODISKE REFLEKSIONER .....</b>                                  | <b>17</b>  |
| 3.1. SPECIALETS DATAINDSAMLINGSMETODE .....                             | 19         |
| 3.2. SPECIALETS DATAINDSAMLINGSMETODE .....                             | 23         |
| 3.3. SPECIALETS DATABEHANDLINGSMETODE .....                             | 34         |
| 3.4. DEN UDVALGTE ANALYSESTRATEGI .....                                 | 35         |
| <b>4. ANALYSE OG DISKUSSION .....</b>                                   | <b>36</b>  |
| 4.1. FØRSTE DEL: MØDET MED BORGERNE .....                               | 37         |
| 4.2. BORGERNE SOM SOCIALE AFVIGERE .....                                | 38         |
| 4.3. SPROGBRUGENS BETYDNING .....                                       | 46         |
| 4.4. DE SOCIALFAGLIGE METODER .....                                     | 50         |
| 4.5. ANDEN DEL: DET ORGANISATORISKE PERSPEKTIV .....                    | 63         |
| 4.6. DE PROFESSIONELLES SOCIALE DØMMEKRAFT .....                        | 64         |
| 4.7. ORGANISATORISK STYRING OG KONTROL .....                            | 71         |
| <b>5. KONKLUSION .....</b>                                              | <b>76</b>  |
| <b>6. SOCIALFAGLIGE LØSNINGER .....</b>                                 | <b>80</b>  |
| <b>7. PERSPEKTIVERING .....</b>                                         | <b>82</b>  |
| <b>8. REFERNCELISTE .....</b>                                           | <b>84</b>  |
| <b>BILAGSFORTEGNELSE .....</b>                                          | <b>97</b>  |
| <b>BILAG 1: INTERVIEWGUIDE TIL DE PROFESSIONELLE .....</b>              | <b>98</b>  |
| <b>BILAG 2: INTERVIEWGUIDE TIL LEDERNE .....</b>                        | <b>104</b> |
| <b>BILAG 3: DATABEHANDLING AF DE PROFESSIONELLES INTERVIEWS .....</b>   | <b>110</b> |
| <b>BILAG 4: DATABEHANDLING AF LEDERNES INTERVIEWS .....</b>             | <b>112</b> |

1.

INDLEDNING

## INDLEDNING

Den kommunale alkoholbehandling har i det sidste år været udsat for kritik bl.a. ift. forskelle i behandlernes uddannelsesniveau og et for lille fokus på at opspore de borgere, der er i målgruppen for behandlingen. Samtidig er der ca. 700.000 mennesker med en alkoholafhængighed eller et skadeligt forbrug af alkohol i Danmark, som estimeres til at have et behov for alkoholbehandling. Det har derfor vakt vores interesse, at se nærmere på alkoholbehandling som en social indsats. Ydermere har der i forskningen været fokus på, at der kan opstå forskelsbehandling og unuancerede forståelser om den bedste behandling for borgere med rusmiddelproblemer, bl.a. på baggrund af professionelles forestillinger. Vi vil derfor i dette speciale undersøge, hvilke forestillinger professionelle og deres ledere har om borgere i ambulant alkoholbehandling, samt hvilke muligheder og barrierer disse forestillinger kan skabe i behandlingen. Til at undersøge disse forestillinger, vil der blive foretaget fire individuelle kvalitative interviews med professionelle fra to ambulante alkoholbehandlingstilbud samt to interviews med deres ledere. Specialet udføres med en filosofisk hermeneutisk tilgang, hvilket betyder, at vores fund bliver et resultat af vores fortolkningsproces. Fortolkningerne i specialet vil bære præg af bl.a. den interaktionistiske afvigelsesociologi af Erving Goffman og Howard S. Beckers stemplingsteorier, perspektiver fra socialt arbejde, Peter Høilund og Søren Juuls kritisk teori om dømmekraft samt organisationsteori om styringsredskaber.

# 2.

PROBLEM-  
FELT

## 2.1. ALKOHOLFORBRUGET I DANMARK

De danske unge og voksne fører betydeligt over andre EU-lande, når det kommer til lejlighedsdrikkeri, dvs. når der drikkes mere end fem genstande på én gang. Til trods for, at alkoholindtaget er reduceret, er der stadigvæk 37 % af den danske befolkning, der drikker over fem genstande på én gang, hvorimod gennemsnittet for de andre EU-lande ligger på 20 % (OECD, 2018: 116; Pedersen, 2020a). Disse tal kommer ikke bag på danske alkohol- og sundhedsforskere, som længe har påpeget de usunde vaner, der især tager form i ungdomsårene (Tolstrup et al., 2019: 20). Siden 1990 har Sundhedsstyrelsen via oplysningskampagner haft fokus på danskernes alkoholvaner og er kommet med en række alkohol anbefalinger. I dag advokere anbefalingerne om en lavrisikogrænse på syv og 14 genstande for hhv. kvinder og mænd samt en højrisikogrænse på 14 og 21 genstande for hhv. kvinder og mænd. Lav- og højrisikogrænserne indikere, hvornår man er i lav - eller høj risiko for at alkoholindtagelsen er sundhedsskadelig (Sundhedsstyrelsen, 2018a: 15). I Danmark er der ca. 840.000 personer, som har et storforbrug af alkohol. 585.000 personer har et skadeligt forbrug af alkohol, og 140.000 personer er alkoholafhængige. Tallene er fra Den Nationale Sundhedsprofil 2008, som specialet er nødsaget til at arbejde ud fra dette estimeret tal, da der ikke været undersøgelser siden om danskernes alkoholforbrug. Det forventes, at der i 2021 bliver offentliggjort et nyt estimat af danskernes alkoholforbrug. Tallene estimeres dog for at være enten tilsvarende eller højere (Alkohol & Samfund, 2019; Sundhedsstyrelsen, 2019b: 6; Sundhedsstyrelsen, 2019c: 4). Overgangen fra at have et almindeligt alkoholforbrug til et problematisk alkoholforbrug kan være glidende. Et alkoholforbrug kan defineres som et misbrug, hvis det forårsager somatiske, sociale, psykiske og arbejdsmæssige problemer. Inden for psykiatrien findes der både en definition af alkoholmisbrug og diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed og skadeligt forbrug (Nielsen & Becker, 2017: 254). Ydermere er der defineret diagnostiske kriterier for personer med et stort forbrug. WHO ICD-10 inddeler udslagene af forbruget i "*psykiske lidelser*" og "*adfærdsmæssige forstyrrelser*". Brugen af alkohol bliver yderligere inddelt i grupperne: *Alkoholafhængighed* og *skadeligt forbrug*. Som nævnt, er der ca. 140.000 personer, der har en alkoholafhængighed, hvilket henviser til en syndrom-diagnose, hvor personen skal opfylde mindst tre ud af seks standardiserede kriterier

(Ege, 2017: 451). Kriterierne for alkoholafhængighed (ICD-10 F10.2) er: 1) *Trang/'craving'*, 2) *Kontroltab over forbruget*, 3) *Abstinenssymptomer*, 4) *Toleransudvikling*, 5) *Dominerende med hensyn til prioritering og tidsforbrug*, 6) *Fortsat brug på trods af kendskab til skadevirkning* (Nielsen & Becker, 2017: 254). Herudover var der, som nævnt, ca. 585.000 personer, der estimeres til at have et skadeligt forbrug (ICD-10 F10.1), som er en diagnose hvor kriterierne er, at skaden skal være fysisk eller psykisk, den er påviselig og har en varighed af mindst en måned eller har været gentaget inden for et år (op.cit.). De nævnte 840.000 personer med et alkoholstorforbrug, dækker over, at deres forbrug overstiger Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, men hvor forbruget ikke kan opfylde diagnosekriterierne for skadeligt forbrug eller afhængighed (op.cit.).

Antallet af personer der har været indskrevet i en offentligt finansieret ambulant alkoholbehandling, har siden 2008 været stigende. Fra 2008-2018 steg indskrivningerne fra 12.306 til 17.583 (stigning på 5.277) (Sundhedsstyrelsen, 2019a: 6). Selvom antallet af indskrevne personer i alkoholbehandling er steget de sidste 10 år, er det stadig en lille procentdel af målgruppen for alkoholbehandling, som ved et min. er de 140.000 personer, der estimeres til at være alkoholafhængige. Ud af de 585.000 personer med et skadeligt forbrug af alkohol, estimeres det ligeledes at en andel af disse personer har behov for konsultationer i et alkoholbehandlingstilbud (Sundhedsstyrelsen, 2018a: 117). Ydermere ønsker 33,4 % af de 840.000 personer med et storforbrug, at nedsætte deres alkoholforbrug (Jensen et al., 2018: 7). De 17.583 personer der i 2018 modtog alkoholbehandling, er dermed en meget lav andel af de danskere, der både har et behov for alkoholbehandling, og af dem der ønsker at nedsætte sit forbrug.

Jf. Sundhedsloven § 141 stk. 2 er alle borgere med ønske om alkoholbehandling garanteret behandling, som skal iværksættes indenfor 14 dage jf. Sundhedsloven §141 stk. 2. Behandlingen kan være alt lige fra gruppebehandling, ambulant behandling, medicinsk behandling til dagbehandling eller en kombination af disse. Personer der er indskrevet i alkoholbehandling, har i gennemsnit drukket mere end 20 genstande om dagen i 10 år, før de starter i behandling (Sundhedsstyrelsen, 2018a: 19). Derudover er det over 50 % af dem, som er gengangere, dvs. de har forsøgt sig med

alkoholbehandling tidligere. Denne fordeling har været gældende i mere end et årti (Ibid.: 6; Sundhedsstyrelsen, 2019c: 4, 11). På trods af en stigning på 5.277 personer, der er indskrevet i alkoholbehandling fra 2008 til 2018, er der kun sket en stigning fra 7.005-7040 afsluttede i denne årrække (Sundhedsstyrelsen, 2019a: 9-10). Ud af de 7.040 afsluttede i 2018, var det kun 2.435 af dem, som var færdigbehandlet (Ibid.: 9 ; Sundhedsstyrelsen, 2019c: 11).

### ***Den danske alkoholkultur***

I Danmark har alkohol altid været forbundet med et nydelsesmiddel, som ses overalt i vores kultur, identitet og hverdagsliv. Kulturen omkring alkohol er relevant at inddrage i dette speciale, fordi det belyser, danskernes forestillinger om alkohol. Kulturen omkring alkohol i Danmark reflekterer til en vis grad en beruselseskultur, som adskiller sig fra f.eks. de Sydeuropæiske lande, hvor det er mere almindeligt at drikke alkohol ved flere lejligheder, men ikke med det formål at blive beruset (Tolstrup et al., 2019: 67). Alkohol bliver ofte opfattet som en del af det ”(...) *gode liv og et nydelsesmiddel, måske endog forbundet med en vis luksus og oplevelse af frihed, livsglæde og overskud*” (Nielsen, 2014: 477). Derudover kan alkohol fungere som en egenskab, der samler fællesskaber, og hvor beruselsen kan skabe en følelse af glæde og færre bekymringer (Ibid.: 477; Breumlund & Hansen, 2010: 19, 28). Alkoholen har en symbolsk betydning i form af enten fejring af en begivenhed eller som en integreret del af et fællesskab kan medfører, at det gør det svært, at sige “*nej tak*” til alkoholen, med mindre at afvisningen medfølger en god og legitim undskyldning som f.eks. graviditet. Afslaget til alkohol kan fremstå som en afvisning på fællesskabet eller det, der skal fejres. Dermed er alkoholindtagelsen underlagt nogle sociale normer for, hvornår og hvem der ‘skal/må’ drikke (Elmeland, 2015: 39).

Danskerne har været kendt for at have en liberal holdning til og håndtering af alkohol (Ibid.: 34), men i løbet af de seneste årtier har Danmark bevæget sig i retning af en mere restriktiv alkoholpolitik. Den restriktive retning har primært været baseret på forebyggende instrumenter såsom, de tidligere nævnte oplysnings-og informationskampagner fra Sundhedsstyrelsen, som er rettet mod den almene



befolkning. I takt med et øget fokus på alkohol, har danskernes holdning til alkoholpolitiske spørgsmål på nogle områder også ændret sig. Bl.a. ses der en øget restriktivitet, når det drejer sig om alkoholindtagelse ift. bestemte grupper af mennesker såsom de gravide og de unge. Derudover ses der ligeledes en øget restriktivitet og opfattelse af acceptabel adfærd omkring den fysiske kontekst af alkoholindtagelsen f.eks., hvis den finder sted på arbejdspladsen eller i trafikken (Ibid: 37-38). Før i tiden var alkohol en naturlig del af arbejdslivet, hvor det var almindeligt med en fyraftensøl, en øl til møderne eller til frokosten, men i dag forekommer alkohol sjældent i arbejdsmæssige sammenhænge (Breumlund & Hansen, 2010: 29). Der hersker dog stadig en liberal holdning til alkohol i forbindelse med tilgængelighed og prisniveau, og ofte omhandler den politiske diskussion om alkohol de økonomiske aspekter frem for sundhedsmæssige aspekter. Denne liberale holdning kan ligeledes ses i danskernes holdning til, at det er en privatsag, hvor meget den enkelte vil drikke. Det bliver dermed ikke samfundets ansvar at skabe nogle strukturelle rammer for mængden af indtagelsen samt muligheden for anskaffelsen af alkohol (Nissen, 2017). Generelt bliver alkoholforbruget anskuet ud fra et moralsk perspektiv frem for et politisk perspektiv, hvor selvdisciplin og selvkontrol er en af de vigtigste faktorer eller dyder. Her sætter danskerne ikke spørgsmålstejn ved håndteringen af selvdisciplinen (Elmeland, 2015: 38).

## **2.2. HVORDAN BETRAGTES BORGERE MED ET PROBLEMATISK ALKOHOLFORBRUG**

For at forstå, hvordan personer med et alkoholproblem bliver betragtet, og hvilke forestillinger der eksisterer om gruppen, kan der eksempelvis ses på mediernes fremstilling af denne gruppe. Mediehistorier er vigtige elementer i fremstillingen af en bestemt borgergruppe. Derudover spiller mediernes fremstilling ligeledes en vigtig rolle for, hvordan en befolknings meningsdannelse er om en bestemt gruppe eller område (Larsen, 2015: 8, 10). Selvom de professionelle har langt mere erfaring med gruppen, er det muligt, at mediefremstillingen har en betydning for det sociale arbejde, og kan sætte nogle standarder for, hvordan borgerne skal håndteres og

forstås. Dermed kan mediefremstillingerne have en påvirkning på de professionelle arbejde i praksis (Ibid.: 17).

### ***Mediernes fremstilling af borgergruppen***

I januar-maj 2020 søgte vi på Infomedia med søgeordene: ‘alkoholiker’, ‘alkoholmisbrug’, ‘alkohol konsekvenser’, ‘misbrug’, ‘alkohol’ og ‘alkoholproblem’, hertil kom der en række forskellige artikler, som bl.a. omhandler målgruppen. Vi søgte i omnibus- og lokalaviserne, herunder bl.a. Altinget, DR og Information. Artiklerne kan deles op i to overordnede kategorier: *Professionelle udtalelser om alkohol og personlige fortællinger*. Artiklerne om de professionelle udtalelser, er præget af en fælles forståelse om, at alkohol anses for værende et samfundsproblem, hvor eksempelvis fagfolk udtaler sig om problemets omfang. Til disse udtalelser implicerer de forslag til samfundsændringer, som vil kunne imødekomme problemet. F.eks. peger Lægeforeningen på to konkrete forslag 1) aldersgrænsen for at købe alkohol skal hæves til 18 år, og 2) indførsel af højere minimumspriser på alkohol (Rudkjøbing, 2020). Artiklerne med de personlige fortællinger, er præget af fortællinger fra personer, der har erfaring med et problematisk alkoholforbrug. I artiklerne var det tydeligt, at de brugte betegnelserne ‘alkoholiker’ og ‘misbruger’ for at omtale personer med et problematisk alkoholforbrug. En af fortællingerne var om den ‘den funktionelle alkoholiker’, som bliver beskrevet som en person, der formår at gemme sit alkoholproblem for omverden, fordi de både passer job, familie og hjem (Pedersen, 2020b). Ydermere gik det igen i mange af artiklerne, at de var bange for, at blive stemplet, som ‘manden på bænken’, hvis de søgte behandling. ‘Manden på bænken’ blev udtrykt, som en person der er socialt udsat, er synlig med sit alkoholproblem, og udviser manglende ressourcer til at stoppe (Ibid.). I artiklerne er der også fokus på de mange børn og familiemedlemmer, der lider på grund af forældrenes problematiske alkoholforbrug (Pauli, 2020). Endvidere pegede artiklerne også på, at skammen over forbruget, var én af årsagerne til, at folk venter i flere år på at bede om hjælp og gå i behandling (Andresen, 2020). Slutvis pegede nogle af de personlige fortællinger på nogle af de forskellige årsager der var til deres alkoholproblem. Bl.a. pegede de på at forbruget var startet i en tidlig alder, hvor nogle af artiklerne påpeger den danske alkoholkultur, som en kultur, hvor man fra en tidlig alder opfordres til at drikke alkohol (Alvi & Rasmussen, 2020; Rudkjøbing,

2020). Andre pegede på, at de havde/ har udviklet et problematisk alkoholforbrug for at fjerne deres bekymringer og tankemylder (Haaning, 2020).

### ***Kritik af alkoholbehandlingen***

Sundhedseksperterne Ulrik Becker og Anders Blædel Gottlieb Hansen kritiserer kvaliteten af den danske alkoholbehandling i en artikel i Altinget. Bl.a. påpeger de det store opsporingsgab, der er mellem borgere der estimeres til at have behov for behandling ift. de borgere der er i behandling. Derudover kritiserer de også den sundhedsfaglige kommunale forskel i behandlingen. F.eks. er det under 50% af kommunerne, der har ansat en læge i behandlingstilbuddet, på trods af kravet fra Sundhedsstyrelsen om, at borgerne skal tilses af en læge inden behandlingen påbegyndes. Forskellen var bl.a. begrundet ved at nogle af kommunerne var meget små og havde ikke ressourcerne til at ansætte fagprofessionelle og læger. Borgere i alkoholbehandling får derfor ikke samme kvalitet som i resten af sundhedssektoren: *“Det er uacceptabelt, at patienter med alkoholproblemer ikke sidestilles med andre patienter i det danske sundhedsvæsen”* (Becker & Hansen, 2019). De peger dog også på, at man i dag ved rigtig meget om, hvad der i alkoholbehandlingen er evidens for at virke, bl.a. kognitiv adfærdsterapi. Den korte rådgivning i form af den motiverende samtale, har derimod en ringe effekt på borgere med skadeligt forbrug eller alkoholafhængighed (op.cit.). Alkoholforsker Anette Søgaard Nielsen og sundhedsordfører i Enhedslisten Peder Hvelplund kritiserer serviceniveauet af alkoholbehandlingen, med udgangspunkt i fundene fra Sundhedsstyrelsens servicetjekrapport, idet kommunerne selv fastlægger niveauet i behandlingen. Der kan derfor være svingende kvalitet af behandlingen i kommunerne som ifølge artikels kritik skal underlægges en national kvalitetsstandard for alkoholbehandling (Tarpgaard, 2020, Sundhedsstyrelsen, 2019c).

### ***Forskningsverdenens fremstilling af borgergruppen***

Ligesom at medieverdenen fremstiller forskellige forståelser af borgerne, formoder vi at forskningsverden også fremstiller forskellige forståelser af gruppen. Hvorfor vi finder det relevant at inddrage, for også at indfange, hvilke forståelser, der eksisterer i forskningen. Af forskning har vi bl.a. læst Ph.d-afhandlinger og større videnskabelige rapporter bestående af både kvalitative- og kvantitative studier og

temarapporter der har opsummeret eksisterende forskning om unges alkoholforbrug. I forskningsverdenen har der generelt været fokus på unges forbrug af alkohol (Tolstrup et al, 2019; Jensen, 2019), borgere med dobbeltdiagnoser (Johansen & Børsting-Andersen, 2015; Fonsmark: 2019; Pilegaard, 2019). I mere end ét årti, har det ligeledes, været fremhævet, at socialt udsatte borgere eller ‘manden på bænken’ kun udgør en lille del af borgere med problematisk alkoholforbrug (Järvinen, 2004: 30; Breumlund & Hansen, 2010: 7; Morck et al, 2020: 1). Det eksplicitte fokus på at fremhæve denne lille borgergruppe, er baseret på, at forskerne hævder, at der hersker en udifferentieret opfattelse af, hvem denne gruppe er. Forskningen beskriver derimod en heterogen gruppe af borgere, som består af et tværsnit af demografiske indikatorer både ift. samfundsøkonomisk socialt lag, geografisk placering, alder og køn (Breumlund & Hansen, 2010: 7; Sundhedsstyrelsen, 2019a; Sundhedsstyrelsen, 2019b). Der har i forskningen ligeledes været fokus på, hvordan sundhedspersonalet oplever gruppen, og hvordan gruppen oplever behandlingen i sundhedsvæsenet. Her er det bl.a. blevet fremhævet, at sundhedspersonalet finder gruppen som værende udfordrende og vanskelig at behandle, samt at sundhedspersonalet mangler viden om, hvordan denne gruppe bedst bliver behandlet (Hoffmann, 2007; Cund, 2013; Neville & Roan, 2014). Sundhedspersonalets holdninger er både baseret på private holdninger til gruppen samt erfarede oplevelser. Borgergruppen derimod oplever en følelse af stigmatisering i mødet med sundhedsvæsenet (Järvinen, 1998; Storti, 2002; Kappel, 2015). Tilbage i 2015 lavede Nanna Kappel en kvalitativ undersøgelse med fokus både sundhedspersonale og patienter, hvor hun bl.a. fandt ud af at der foregik en stigmatisering, som blev gradueret afhængigt af, hvordan sundhedspersonalet vurderet borgernes sociale position bl.a. med udgangspunkt i erhverv, uddannelse, hygiejnemæssig udseende samt om de havde nogle andre socialt udsathedder (Kappel, 2015; 51,53). I forbindelse med denne stigmatisering opstod der en forskelsbehandling af borgerne, ift. hvilke borgere sundhedspersonalet vurderede havde bedst succes med behandlingen. Stigmatiseringen hang bl.a. sammen med en moralsk anfægtelse, hvor patienterne blev vurderet til selv at være ‘skyld’ i deres anliggende. Ydermere påpegede hun en selvstigmatisering, der foregik blandt borgere med alkoholproblemer, som bl.a. havde aspekter af skyld og skam, som muligvis er én af årsagerne til, at de sjældent kontakter sygehusvæsenet (Ibid.: 53). Derudover fremhævede hun, hvordan nedsættende ord eller bemærkninger fra de

sundhedsprofessionelle ofte havde store konsekvenser for patienterne, idet at de føler sig uønskede, foragtede og en følelse af ikke at blive taget alvorligt (Ibid.: 54-55). I 2016 lavede SFI<sup>1</sup> en undersøgelse baseret på kvalitative spørgeskema og interviews samt etnografisk feltarbejde om socialt udsattes erfaringer med ambulant alkoholbehandling. Hertil konkludere de, at borgerne oplever behandlingen forskelligt. Bl.a. var der ca. 50% af borgere der oplevede behandlingen som positiv. Hvorimod de sidste ca. 50% andre borgere oplevede behandlingen som negativt, da behandlingen ikke kom nok i dybden med hverken alkohol- eller personlige problemer, herunder ensomhed og isolation (Andersen et al., 2016: 12, 96-97). I en fænomenologisk undersøgelse baseret på dybdegående interviews med borgere med alkoholproblematikker, blev alkoholafhængigheden forbundet med:

- tab af kontrol,
- skyld og skam. Skylden og skammen kobles til borgernes egen morale og viljestyrke,
- følelsen af at være anderledes, en dårlig person samt at være utilstrækkelig,
- en tilflugt fra ubehagelige følelser,
- oplevelsen af et mentalt og fysisk sammenbrud,
- samt en langvarig kamp om at blive clean (Morck et al, 2020: 1-ff).

Slutvis vil vi inddrage forskning baseret på to sociologiske undersøgelser, med data fra dokumentanalyse samt interviews af behandlere i behandlingssystemerne og en etnografiske feltundersøgelse af to forskellige behandlingstilbud. Forskningen pegede på at der i socialt er en tendens til at aktivere borgerne til den løsning, som velfærdsstaten skal tilbyde, således at de bliver medejere og motiveret for de tiltag, der igangsættes. Det kan argumenteres for at denne tilgang bygger på socialt arbejdes rationale om, at borgerne skal have hjælp til selvhjælp og en opfattelse af, at der er visse egenskaber, der udgør "*den gode klient*" (Nielsen & Houborg, 2014: 195-196). Disse egenskaber inkluderer at borgerne er 1) oplyst om de muligheder og begrænsninger der er i systemet, 2) motiveret for forandring og 3) borgeren skal kunne forstå sin situation, og hvilke handlinger der er nødvendige for at ændre den (op.cit.). Indenfor det sociale arbejde på misbrugsbehandlingsområdet, bliver

---

<sup>1</sup> Nuværende VIVE

rationalet om den ansvarlige og reflekterende borger i særdeleshed udfordret. Udfordringen kommer af, at forståelsen af borgernes afhængighedsproblem, baseres på et '*kontroltab*', hvor borgerne bruger et rusmiddel på trods af kendskabet til de negative konsekvenser. Dermed opstår der en diskrepans, fordi kontroltabet modsiger forventningen om at borgeren skal være reflekterende (op.cit.).

### 2.3. DEN INSTITUTIONELLE KLIENTGØRELSE SOM PERSPEKTIV

Navnligt misbrugsbehandlingsområdet har været udsat for massiv kritik af, at de klientiserer deres borgere i behandlingen, hvorfor det bliver relevant at udfolde perspektivet (Järvinen, 2012: 30). Klientgørelsesperspektivet er overordnet ét perspektiv ud af mange i sociologien. I perspektivet bliver borgernes udfordringer og livssituationer omsat til et institutionelt 'systemsprog', som kunne tilpasses til de institutionelle rammer af forståelser og hjælpemuligheder, som institutionen råder over (Järvinen & Mik-Meyer, 2004: 10). Perspektivet kritiserer bl.a., hvordan borgere med alkoholproblemer, bliver placeret i en problemidentitet, såsom 'socialt udstødte' og 'misbrugere'. Problemidentiteterne signalerer, at disse personer befinder sig i en livssituation, som ikke stemmer overens med de dominerende normer (Ibid.: 12). Problemidentiteterne bliver skabt i de velfærdsinstitutioner, som har "*(...) til formål at hjælpe, behandle og yde omsorg til borgerne*" (Ibid.: 13), og der eksisterer en forventning om, at borgerne påtager sig denne problemidentitet (op.cit.). Problemidentiteterne bygger på forestillinger, der omfatter forudbestemte institutionelle kategori forståelser om, hvordan borgernes problemer kan forklares, hvordan borgerne selv burde forholde sig til problemerne samt løsningen af dem, hvormed borgerne bliver klientgjorte (Ibid.: 14). Ydermere peger perspektivet på at meget af det sociale arbejde, handler om at diagnosticere og standardisere borgernes problemer, så de bliver omstillet til en borger, der er hjælpeberettiget. Derved bliver borgerne, og deres problemer ændret således, at det kan tilpasses den specifikke institutions rutiner, problemkategorier og regler (Ibid.: 15-16). Borgerne forventer dog ikke, at de skal mødes og placeres i en kategori, som kan være bestemt af en standardiseret institutionel problemforståelse. De forventer derimod ofte, at

socialarbejderen er neutral, og møder borgeren i øjenhøjde ift. deres situation (Järvinen, 2004: 34-35). Hvis borgerens ønsker, mål og behov er anderledes end de løsningsmodeller som institutionen kan tilbyde, bliver borgeren ofte opfattet som en fastlåst, svag, tung og usamarbejdsvillig borger (Järvinen & Mik-Meyer, 2004: 19).

### ***Ny tilgang på misbrugsbehandlingsområdet***

Inden for misbrugsbehandlingsområdet i Danmark er der sket en forandring ift. tilgangen til borgerne, samt metoderne til at arbejde med borgernes problemer. Forandringen har betydet, at behandlingsområdets tilgang har flyttet sig fra '*den traditionelle tilgang*', hvor det var de professionelle, der vidste bedst og over til en nyere tilgang, som handler om borgernes egen selvstyring. I den nye tilgang skal den professionelle være en facilitator for den forandring og de målsætninger, som borgerne ønsker at opnå. Målet med denne tilgang er, at borgerne skal gøres mere selvstændig og ansvarlig, og dette skal gøres uden kategoriseringer, fordi de skal afstigmatisere borgergruppen (Järvinen, 2012: 29-30). Med den nye tilgang på behandlingsområdet er det almindeligt, at behandlerne arbejder løsningsfokuseret og systematisk med borgernes problemer, og benytter kognitive metoder til behandlingen. Behandlerne har fokus på at anerkende borgerne og finde frem til deres ressourcer, motivation og viljestyrke for at gennemgå en forandring. Behandlerne er dermed gået fra at have en patroniserende hjælper-rolle over til en facilitator-rolle, som har fokus på at se borgerne som rationelle aktører i et ligeværdigt møde med behandleren. Borgerne skal i den sammenhæng mødes med værdineutralitet frem for moralisme (Ibid.: 33-34). Borgergruppe omtales derfor ikke længere som '*misbrugere*', idet ordet kan være stigmatiserende, og skaber en '*misbruger-identitet*'. Problem-identiteter, som en misbruger-identitet, var noget af det den traditionelle tilgang blev kritiseret for, fordi det betød at borgeren måtte acceptere sit tildelte stigma for at få sin velfærdsydelse. I den nye tilgang skal behandlerne være værdineutrale, som betyder at, hvis borgeren f.eks. ønsker at reducere sit forbrug frem for ædruelighed, så er det målet i behandlingen (Ibid.: 34-ff). Selvom der er fordele ved at behandle borgerne som rationelle aktører, som er ekspert i eget liv, har den nye tilgang også vist sig at give nogle udfordringer i praksis. F.eks. er det uforligneligt at have en forståelse af borgeren, som en der er afhængig og dermed underlagt et behov som de ikke kan styre, samtidigt med at behandleren skal

behandle borgeren som en handlende aftalepartner. Der er derfor en konflikt mellem de to forskellige opfattelser (Ibid.: 42-43). En anden udfordring ved den nye tilgang er, at den ikke erkender den skjulte professionalisme som finder sted i behandlingen. Der er udtalte forestillinger om, hvad der er bedst for borgerne, som behandleren holder for sig selv, men alligevel agere efter (Ibid.: 43-ff). Den tredje udfordring er, at på trods af et ønske om at gå efter borgernes ønsker ift. tilbud, så er der grænser for, hvad der kan lade sig gøre pga. institutionens økonomiske ressourcer. I nogle tilfælde sker der derfor det, at behandlerne tildeler indsatser efter deres vurdering af borgernes ressourcer. Dvs. at der i nogle tilfælde bliver tildelt de mest omfattende indsatser til de mere ressourcestærke borgere fordi, behandlerne har en formodning om, at disse vil have større chance for succes (Ibid.: 46-48).

## 2.4. PROBLEMSTILLING

Som beskrevet i ovenstående problemfelt, har alkoholbehandlingsområdet i de senere år gennemgået en forandring af behandlingsmetoder og været udsat for kritik bl.a. ift. kvaliteten af de offentlige finansieret ambulante alkoholbehandlingstilbud. Det ambulante alkoholbehandlingsområde har derfor vakt vores interesse i at undersøge dette felt nærmere, for at kvalificere det sociale arbejde i praksis. Derudover er vi ligeledes blevet gjort opmærksomme på, hvordan bestemte forestillinger har skabt udfordringer overfor borgerne. Disse udfordringer omfatter bl.a. en forskelsbehandling af borgerne, og hvordan bl.a. institutionelle forestillinger kan fordre bestemte måder at anskue borgernes problemer samt løsningerne heraf, og dermed udelukker andre måder at løse problemerne på. Vi finder det derfor relevant at undersøge, hvilke forestillinger der eksisterer om borgerne i ambulant alkoholbehandling både blandt de professionelle og organisatorisk, da forestillingerne kan have betydning for behandlingen. Derudover er vi, gennem vores litteratursøgning, blevet gjort bevidste om, at der ift. rusmiddelsborgere ofte kan opstå en diskrepans mellem måden, hvorpå borgerne bliver beskrevet og forstået, og til de forventninger som den sociale indsatser stiller til borgerne. Vi vil derfor også undersøge relationen mellem de professionelles problemforståelser, beskrivelser og forventninger, som skal hjælpe os med at indfange forestillinger, der er om



borgergruppen. Herunder vil vi ligeledes undersøge nærmere, hvad der evt. sker med de borgere, hvor denne diskrepans opstår. Dette leder os derfor frem til følgende problemformulering:

**Hvilke forestillinger om borgergruppens situation har hhv. professionelle og deres ledere indenfor ambulant alkoholbehandling? Hvilke muligheder og barrierer kan disse forestillinger skabe i behandlingen?**

Til besvarelsen af ovenstående problemformulering vil analysen blive operationaliseret i følgende fokuspunkter:

- *Første:* Hvordan beskriver de professionelle borgerne, og herunder hvordan definerer de borgernes sociale problem?
- *Anden:* Hvilke socialfaglige metoder arbejder de professionelle ud fra?
- *Tredje:* Hvordan er de professionelles sociale dømmekraft?
- *Fjerde:* Hvordan bliver de professionelle rent organisatorisk styret og kontrolleret?

Overordnet kan socialt arbejde karakteriseres ved at bestå af sociale indsatser, der iværksættes overfor sociale problemer, for at alle borgere har mulighed for at deltage i samfundslivet. Derudover sikrer det også samfundskravene om at f.eks. alle borgere opfører sig i overensstemmelse med loven og følger de samfundsmæssige normative forventninger (Skytte, 2013: 11, 21). Socialt arbejdes funktioner, kan betragtes som sociale problemer (Uggerhøj, 2008: 37, 41), og forståelsen af, hvad sociale problemer består af, er en afgørende faktor for, at det er muligt at forebygge, planlægge eller mindske disse problemer, og er bl.a. med til at definere omfanget af problemet (Ejrnæs & Monrad, 2013: 51-52). Det kan dog være forskelligt fra organisation til organisation, hvordan det sociale problem bliver defineret, og dermed og hvordan det skal løses (Uggerhøj, 2008: 37, 41). Vi ønsker derfor at få en nuanceret forståelse af, hvilke forestillinger de professionelle har, ved at undersøge vores første fokuspunkt, "hvordan de definerer borgernes sociale problem", nærmere. Forforståelsen om at

borgerne er blevet defineret som nogle, der har et socialt problem, er er forankret i den forforståelse om, at der bliver tilbudt en social indsats, ambulante alkoholbehandling. Hvor denne sociale indsats er sat i verden for at afhjælpe dette problem. De socialfaglige metoder, som en organisation tillægger sig, har også indflydelse på, hvordan praksis kommer til at foregå, samt hvilken forståelse af det sociale problem, der vil være dominerende i organisationen (Ibid.: 48). Vi ønsker derfor at undersøge vores andet fokuspunkt vedr. de socialfaglige metoder, for at få en forståelse af, hvordan alkoholbehandlingen bliver udført i praksis, herunder hvad de forventer af borgerne samt hvilke forestillinger de socialfaglige metoder fordre. Det sociale arbejde bliver udført i mange kontekster og af forskellige aktører, hvor f.eks. én af aktørerne er de professionelle, der befinder sig i frontlinjen og udfører det sociale arbejde (Henriksen, 2014). Som fremhævet i vores problemformuleringen inddrager vi ligeledes de professionelles ledere. Vi inddrager lederne ud fra en forståelse om, at lederne ligeledes er med til at påvirke det sociale arbejde i praksis. Jf. Lars Uggerhøj har de bl.a. indflydelse via socialiseringen af de ansatte og styringen af, hvilke former for praksis, som organisationen skal arbejde ud fra (Uggerhøj, 2008: 46). I dette speciale betragter vi både de professionelle og lederne som aktører, der begge har en betydning for, hvordan det sociale arbejde i praksis tager sig ud. Endvidere inddrager vi lederne, da vi har en forforståelse om, at de kan være garant for en institutionel forståelse, som påvirker de professionelles forestillinger. Dermed inddrager vi vores tredje fokuspunkt vedr. dømmekraft ud fra en forståelse fra Peter Høilund og Søren Juuls normative kernebegreber om, hvordan socialarbejdere i praksis handler, og dømmer. Jf. Høilund og Juul, er det nødvendigt at forstå dømmekraften, for at forstå organisationens måde at handle på i praksis (Høilund & Juul, 2009: 9, 70-71). Slutvis inddrager vi vores fjerde fokuspunkt omkring kontrol og styring, for at få en forståelse af ledernes styringsredskaber i en organisatorisk kontekst. De sidste to fokuspunkter skal derfor hjælpe os med at forstå den organisatoriske indvirkning af de professionelles forestillinger om borgerne.

# 3.

METODISKE

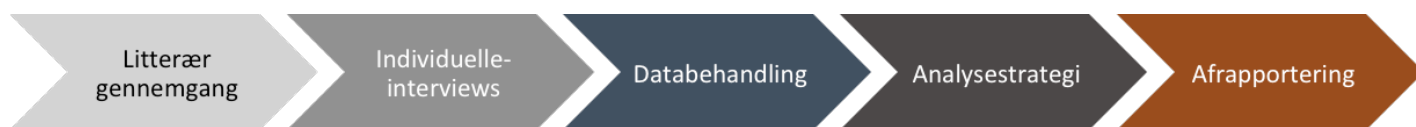
REFLEKSIONER

## METODISKE REFLEKSIONER

I dette speciale undersøger vi de forestillinger, der eksisterer om borgerne i alkoholbehandling, set ud fra hhv. de professionelles- og deres respektive ledes perspektiv ud fra to casestudier. I forsøget på at skabe transparens og klarhed i vores undersøgelse, vil nærværende kapitel tydeliggøre og begrunde vores metodiske valg i hele dataindsamlingsprocessen. Transparensen i et speciale giver læseren mulighed for at lave sine egne fortolkninger, men også mulighed for at vurdere de ekspliciterede fortolkninger i specialet, samt niveauerne for validitet, pålidelighed og generaliserbarhed, og udgør bl.a. kvalitetskriterierne for en undersøgelse (Monrad & Olesen, 2018: 299). Validiteten, eller gyldigheden, i en undersøgelse handler om, hvorvidt der er overensstemmelse mellem det indsamlede data og det undersøgte fænomen. Herunder om man har forstået informanterne korrekt, og om man har valgt de rigtige teorier til at belyse ens problemstilling. Pålideligheden omhandler, hvorvidt undersøgelsen er systematisk, grundig og præcis. Herunder om informanterne kan svare på ens spørgsmål, og om spørgsmålene har været præcise (Ibid.: 299-ff). Generaliserbarhed henviser til hvorvidt ens undersøgelse kan overføres til andre kontekster (Ibid.: 306).

I kapitlets følgende afsnit vil vi begrunde og tydeliggøre specialets videnskabsteoretiske ståsted, de udvalgte cases, dataindsamlingsmetoden, databehandlingen samt analysestrategien. I forlængelse heraf, vil vi reflektere over de metodiske valgs indvirkning på specialet. Idet specialets genstandsfelt har til sigte at undersøge de professionelle og ledernes subjektive oplevelser og erfaringsverdener, taler dette speciale sig ind i den kvalitative forskningstradition. Ydermere repræsenterer dette speciale *den forstående* forskningstype, idet vi søger at forstå og fortolke, hvordan de to aktørgruppers forestillinger om borgergruppen er (det undersøgte fænomen) (Launsø et al., 2011: 23). Afdækningen er fundet sted i perioden januar - juni 2020 og består af fem hovedelementer:

**Figur 1** Aktiviteter i specialets afdækning



*Kilde: Eget arbejde*

### 3.1. SPECIALETS DATAINDSAMLINGSMETODE

I dette speciale ønsker vi at undersøge, hvilke forestillinger de professionelle og deres ledere har om borgernes situation i alkoholbehandling, samt hvilke muligheder og barrierer, som disse forestillinger fordre. Med denne erkendelsesinteresse finder vi det relevant at søge indsigt i aktørgruppernes subjektive holdninger, oplevelser og erfaringer, for efterfølgende at fortolke dem. Dermed søger vi at tilvejebringe viden, som læner sig op ad den filosofiske hermeneutik, som er en fortolkningstradition der forsøger at nærme sig menneskers subjektive erfaringsverden, den sociale verden, gennem et fortolkningsarbejde (Juul & Pedersen, 2012a: 17). Den filosofiske hermeneutiske tilgang antager, at for at forstå og fortolke menneskers handlinger, skal man som forsker undersøge bag om menneskers handlinger, idet svaret ikke ligger frit tilgængeligt for os (Juul, 2012: 107). Denne videnskabsteoretiske tilgang har derfor hjulpet os til at forstå det, som skjulte sig aktørgruppernes fortællinger om behandlingsarbejdet og borgergruppen.

#### ***Filosofisk hermeneutik***

Hermeneutikkens ontologiske ståsted foreskriver, at den principielt er forskellig fra naturen, idet virkeligheden og den sociale verden ikke eksisterer i en form, som vi kan indfange blot ved at gå ud og kigge på den (Ibid.: 110). Vi erkender derfor, at det kun er de professionelle og deres ledere, som kan give os indsigt i deres sociale verdener, ift. hvilke forestillinger de har om borgerne. Denne erkendelse læner sig op ad hermeneutikkens epistemologiske ståsted, hvor den sociale verden og virkelighed må erkendes via et fortolknings- og forståelsesarbejde. Dette fordi viden hverken kan være objektiv eller sikker i hermeneutikken, som f.eks. positivismen foreskriver, men den skabes via en gensidige påvirkning mellem del- og helhedsforståelse (Ibid.: 111, 145). Endvidere kan viden ikke være sikker eller objektiv, idet mennesker er

komplekse, og kan ændrer sig over tid, dvs. at viden er kontekstuel, og vil derfor altid være op til diskussion. Det er derfor ligeledes vigtig, at de fortolkninger og forståelser som foretages er kohærent - altså at der kan tilvejebringes logiske sammenhænge (Ibid.: 110, 134; Juul & Pedersen, 2012b: 404; Kvale & Brinkmann, 2015: 84). Det betyder for dette speciale, at vi hverken forsøger at påvise, at vores informanters udtalelser eller vores fortolkninger akkorderer med den virkelige sociale verden. Det betyder ligeledes, at vi i specialets konklusion ikke vil konkludere på endegyldige sandheder om, hvilke forestillinger der eksisterer om borgergruppen. Det er på baggrund af, at vi erkender, at vores resultater fra analysen kunne have været anderledes, hvis vi havde interviewet andre informanter fra samme ambulante alkoholbehandlingstilbud eller, hvis vi havde interviewet de samme informanter om seks måneder, et eller ti år. Vi forstår derfor forestillingerne om borgergruppen, som nogle der er kontekstafhængige, og at disse forestillinger ligeledes er 'påvirket' af, hvilke forforståelser vi som forskere har medbragt i undersøgelsen. At man som forsker medbringer sine forforståelser, er ifølge den filosofiske hermeneutik ikke en ulempe, da man forsker altid medbringer sine forforståelser som en aktiv del af det, som man fortolker og undersøger (Juul, 2012: 121). Hvis man som forsker ikke aktivt bruger sine forforståelser, vil det ikke være muligt at opstille og forstå problemstillinger, herunder at kunne udforme og stille relevante spørgsmål til informanterne (Ibid.: 122). Derfor erkender den filosofiske hermeneutik, at man som forsker er en del af den sociale verden, som man undersøger, og man kan hverken træde ind eller ud af den (Ibid.: 122-124). Udover at forforståelserne er nødvendige for, at vi kan opstille en konkret problemstilling og stille relevante spørgsmål, er forforståelserne ligeledes vigtige, da vi som individer, både os som forskere og vores informanter, altid oplever sociale fænomener med en forforståelse, som går forud for vores forståelse. Disse forforståelser er dannet på baggrund af de erfaringer og oplevelser, vi tidligere har gjort os, og gør at vi individer er fordomsfulde (Berg-Sørensen, 2010: 149, 152). Når vi som individer derfor møder fænomener, søger vi altid at finde mening med dem via fortolkning, som er baseret på vores forforståelser og fordomme (Juul, 2012.: 153). Det betyder ligeledes, at når vi forsøger at forstå vores informanter, gør vi det ligeledes på baggrund af, hvad vi i forvejen har erfaret, og dermed bringer vi aktivt vores forforståelser med i spil. Vi vil derfor i dette afsnit

fremlægge dele af vores forforståelser i et forsøg på at højne validiteten, gennemsigtigheden i specialet.

### ***Vores forforståelser***

Vores forforståelser kom bl.a. til udtryk ved den spæde start af specialeprocessen, hvor vi diskuterede, hvilket felt og emne, vi fandt relevant at undersøge. Disse overvejelser var bl.a. baseret på erhvervs- og praktik erfaring i en SSP afdeling, hvor vi var blevet bekendte med, at deres målgruppen blev omtalt og forstået på en bestemt måde. Ud fra denne forståelse, startede vores erkendelsesinteresse, om at undersøge nærmere, hvilke forestillinger, der eksisterer om en borgergruppen inden for et givent felt. At valget om at undersøge, hvilke forestillinger der eksisterer om borgere i ambulante alkoholbehandlingstilbud, er baseret på personlige og familiemæssige erfaringer med alkoholbehandling. Disse erfaringer gav os en forforståelse om, at der i nogle alkoholbehandlingstilbud, herskede en forståelse om at alkoholproblematikken bundede i en kropslig afhængighed. Udover de personlige og familiemæssige erfaringer, var vi, fra vores deltagelse i faget *rehabiliterende indsatser i tid og rum*, blevet gjort opmærksom på, at alkoholproblemer kunne være et symptom på andre problemer. Dette gjorde, at vi blev nysgerrige på, at undersøge nærmere, hvad det er for nogle forestillinger, der eksisterer om alkoholproblematikken. Som beskrevet i foregående kapitel, kan der opstå en diskrepans mellem hvordan borgerne bliver beskrevet i relationen til, hvilke forventninger der er til borgerne. Dette perspektiv gjorde, at vi i vores interviewguide, og i vores interviews havde vores blik rettet mod dette paradoks. Udover dette paradoks, blev vi ligeledes bekendt med, via vores litteratursøgning som er beskrevet i vores problemfelt, at der kan opstå en forskelsbehandling af borgere med alkoholafhængighed i det sundhedsfaglige arbejde. Vores forforståelser dannede bl.a. udgangspunkt for mødet med det sociale felt, f.eks. at der i alkoholbehandlingskonteksten kan opstå nogle udfordringer i mødet mellem de professionelle og borgerne. Forforståelserne har derfor været vores forståelseshorisont, hvilket kan forstås som den bagage som forskeren medbringer i sin undersøgelse (Juul, 2012: 108). Udover, at forskeren medbringer sine forforståelser i undersøgelsen, er det ligeledes vigtig at forskeren er villig til at tilegne sig nye forståelseserfaringer (Ibid.: 129). Det bliver konkret for nærværende speciale,

at vi gik ind til dette speciale med en bestemt forforståelse om, hvilke forestillinger aktørgrupperne havde om borgergruppen. Undervejs i vores litteratursøgning blev forforståelserne udfordret med vores ny erhvervede viden. Vores nye forforståelse vi fik blev igen udfordret ifm. empiriindsamlingen og gennem analyse- samt diskussionsarbejdet. At vi hele tiden har forsøgt at udfordre vores forforståelser, har bl.a. i analysen betydet, at vi f.eks. ofte har forsøgt at forstå det vi lige har analyseret endnu mere nuanceret, både i form af nye analytiske perspektiver, men også i form af diskussioner af vores resultater. Det betyder også, at vi principielt aldrig kan blive færdig med analysen, da vi altid har mulighed for udfordre vores nye forforståelser yderligere. Dog er vi grundet de formelle krav om det maksimale antal anslag nødsaget til at stoppe et sted. Slutvis har omdrejningspunktet om nogle konkrete forforståelser indvirkning på, hvad man som forsker spørger ind til, samt hvilke teoretiske perspektiver og empiri, som bliver værdifuldt (Juul, 2012: 129). I refleksionerne over vores projekt, havde det en indvirkning på, hvad vi i vores interviewguide har spurgt ind til, men også hvilke teoretiske perspektiver og hvilke dele af vores indsamlede empiri, vi finder relevant at gå i dybden med i vores analyse. Disse forforståelser, både teoretiske og erfaringsmæssige, gjorde at vi havde mulighed for at identificere elementer, som kunne hjælpe os med at forstå aktørgruppernes forestillinger om borgergruppen. Dermed har vores forforståelser været en forudsætning for, hvordan vi mødte og forstod feltet, herunder vores informanter. Arbejdet med forforståelserne har derfor haft en strukturel funktion i vores analyse, idet de hjalp os med at have overblik over vores empiri og teori. Efterfølgende har vi reflekteret over, hvad vi med det hermeneutiske ståsted ikke har haft blik for. F.eks. har vi ikke i stor grad sat spørgsmålstejn ved den ny erhvervede viden, som vi f.eks. vil have gjort, hvis vi arbejdede ud fra socialkonstruktivismen. Socialkonstruktivismen som videnskabsteoretisk ståsted sætter nemlig spørgsmålstejn og forsøger at forstå, hvordan ens viden er konstrueret (Pedersen, 2012: 187). Med et socialkonstruktivistisk blik havde vi gået i dybden med, hvordan aktørgruppernes forestillinger er blevet konstrueret.

Ud fra tidligere erfaringer med at arbejde hermeneutisk, har vi oplevet, at det nogle gange kan være svært at udvælge, hvilke forforståelser vi skal forfølge. Vi valgte derfor at foretage individuelle semistrukturerede interviews, hvor vi netop havde



mulighed for at efterfølge informanternes udtalelser ift., hvad der rørte sig hos dem og deres arbejde. På den måde muliggjorde vi en åbenhed angående, de forforståelser og fordomme som var nyttige, og hvilke der var mindre nyttige at udfordre.

### 3.2. SPECIALETS DATAINDSAMLINGSMETODE

Som tidligere beskrevet valgte vi, i nærværende speciale, en metode inden for den kvalitative forskningstradition, idet metoden er velegnet, når genstandsfeltet for undersøgelsen omhandler “(...) *hvordan noget gøres, siges, opleves, fremtræder eller udvikles* (...) *man er fx optaget af* (...) *forstå, fortolke* (...) *den menneskelige erfarings kvaliteter*” (Brinkmann & Tanggaard, 2010: 17). Denne tilgang valgte vi, sammen med vores videnskabsteoretiske ståsted, filosofisk hermeneutik, idet vi forsøger at forstå og fortolke informanternes forestillinger om borgernes situation. Som beskrevet i kapitel to, *Problemfelt*, har vores problemformulering og de fire tilhørende fokuspunkter, været styrende for den empiriske undersøgelses hovedfokus, dog med åbenheden for, hvad vi kunne finde relevant, for at opnå en nuanceret forståelse af vores problemstilling. Vi har rent metodisk foretaget to kvalitative casestudier, hvor vi foretog fire individuelle telefoniske interviews med professionelle fra hhv. case a og case b (to professionelle fra hver case), samt to individuelle interview med deres respektive ledere. Vi havde dog planlagt og forberedt, at foretage to fokusgruppeinterviews med fire-fem professionelle fra hver case. Dog var vi nødsaget til at sadle om rent metodisk, grundet Covid-19 tilstanden i Danmark i marts-maj 2020, hvor bl.a. offentlige institutioner var lukkede, og dermed var det ikke muligt at afvikle fokusgruppeinterviews som planlagt. Vi har dog valgt at inddrage vores refleksioner<sup>2</sup> om, hvorfor vi i første omgang anså fokusgruppeinterview, for at være en anvendelig metode til at indfange forståelser om vores problemstilling.

#### ***Casestudie: To ambulante alkoholbehandlingstilbud***

Nærværendes speciales problemformulering fremstår som et åbent spørgsmål, der ikke indbefatter en velbegrundet hypotese om, hvilke forestillinger de to

---

<sup>2</sup> Se side 31-33

aktørgrupper har om borgergruppen. Dermed kan vores forskningsdesign og tilgang placeres i den eksplorative tradition. Den eksplorative tradition, kan være belejlig, til at udfordre et socialt fænomen i sin kontekst, således at det vil give os nye indsigter og viden herom (Olsen & Pedersen, 2015: 328). Intentionen med dette speciale er dermed, at forstå aktørgruppernes forestillinger, og hvordan disse forestillinger er i relation til vores teoretiske og videnskabelige perspektiver. Udover at dette speciale indskrives sig i den eksplorative tradition, placeres det ligeledes inden for det kvalitative casestudie. Det kvalitative casestudie er relevant, og velegnet når forskeren har en forforståelse om, at der er en forbindelse mellem det sociale fænomen og dets sociale kontekst, som fænomenet optræder i. Dermed er analyser og konklusioner fra det kvalitative casestudie baseret på empirisk materiale som er indfanget i fænomenets sociale kontekst (Antoft & Salomonsen, 2007: 32). Ydermere er kvalitative casestudier ligeledes relevant, når det sociale fænomen, der ønskes undersøgt ikke er let at afgrænse (Flyvbjerg, 2010: 464). Derfor er casestudiet relevant for vores undersøgelse, idet vi vil forsøge at forstå og fortolke, den sociale kontekst (alkoholbehandlingen) i relation til det sociale fænomen (forestillingerne).

Casestudie, som en kvalitativ tilgang, er dog blevet anfægtet på nogle kritikpunkter, bl.a. for at forskningen ikke er generaliserbar, og dermed ikke kan overføres til andre cases, som kan bidrage til udvikling i videnskaben. Hertil modsvarer Bent Flyvbjerg at generaliserbarhed i casestudier afhænger af udvælgelsesstrategien (Ibid. 465, 469). I specialets kapitel 6, *Relevansen for socialt arbejde*, har vi ekspliciteret, hvordan vores undersøgelse, kan være med til at kvalificere det sociale arbejde i praksis. At specialet er baseret på to cases frem for én, er bl.a. baseret på muligheden for en tilfredsstillende og fyldestgørende mængde af data. Vores kriterier for udvælgelsen af behandlingstilbuddene var, at de skulle være offentlige og at de som min. behandlede borgere med alkoholproblemer. Denne udvælgelsesstrategi kan jf. Flyvbjerg blive kaldt for den '*informationsorienteret udvælgelse*'. I denne udvælgelsesstrategi bliver casen/casene valgt på baggrund af, at man har en formodning om, at disse cases kan give den viden, som er nødvendige for at belyse problemstillingen (Ibid.: 475). Det viste sig dog, at de kontaktede ambulante alkoholbehandlingstilbud kun havde ressourcer til at stille et begrænset antal professionelle til rådighed. Derfor valgte vi at

inddrage to ambulante alkoholbehandlingstilbud, og på den måde, have flere informanter i spil. Når der bringes to cases i spil, er der mulighed for at udfordre ny viden og forståelse, som man har tilegnet sig fra den ene case til den anden fordi det enten kan “(...) *uddybe, modsige eller skabe kontrast til den første case*” (Frederiksen, 2018: 102). Efter udarbejdelsen af analysen, blev det tydeligt for os, at vores to cases hovedsageligt har suppleret hinanden, hvorfor vi i vores konklusion også konkludere, at det kunne tyde på, at der er en bred konsensus på tværs af de to cases.

### ***Beskrivelse af case A***

Vores case A er et rusmiddelcenter med ca. 25 ansatte alkohol- og stofbehandlere i en kommune med lige knap 100.000 indbyggere. De professionelle varetager både behandlingsopgaver med borgere med en alkohol- og stofproblematik. De professionelle består både af socialrådgivere, sygeplejersker, pædagoger og psykologer. Ud over den almindelige behandling tilbyder de også hjemmebehandling til udvalgte borgere, hvor de vurderer, at behandling ikke kan foregå på rusmiddelcenteret pga. borgerens ressourcemangel. For at modtage denne form for behandling, skal borgerne via deres sagsbehandlere visiteres til hjemmebehandling.

### ***Beskrivelse af case B***

Vores case B er et alkoholbehandlingstilbud med ca. fem ansatte alkoholbehandlere, børne-familierådgivere, sygeplejersker og læger. De to sidstnævnte faggrupper inddrages i alkoholbehandlingen med et fokus på de sundhedsmæssige forhold, der kan være relevante ved et længerevarende problematisk alkoholforbrug. Af alkoholbehandlerne er deres faglige baggrund overvejende fra socialrådgiverfaget samt et mindre antal pædagoguddannede. Behandlingstilbuddet tilbydes i en kommune med lige knap 100.000 indbyggere og de professionelle varetager udelukkende behandlingsopgaver med borgere som søger hjælp til alkoholforbrug. De borgere som behandlingstilbuddet vurderer har særlige behov, får tilbudt et såkaldt flexforløb, hvor der som eksempel ikke er krav om ædruelighed under behandlingsforløbet, som der er ved det almindelige forløb.

Gældende for begge cases er, at de i behandlingstilbuddene arbejder med den motiverende samtale (MI), som en del af det indledende motiverende forløb, inden selve alkoholbehandlingen går i gang. Til selve alkoholbehandlingen benytter de kognitiv adfærdsterapi. MI og kognitiv adfærdsterapi vil blive beskrevet i næstkommende kapitel, *Analyse og diskussion*, på side 53-ff og 55. Begge behandlingstilbud tilbyder et behandlingsforløb, som kan være en kombination af individuelle samtaler med en behandler og/eller et gruppeforløb, hvor borgerne kommer gennem forskellige faser af behandlingen. I forlængelse heraf tilbyder begge behandlingstilbud også et undervisningsforløb, hvor borgerne, og deres pårørende, har mulighed for at få informationer om bl.a. behandlingen, samt hvordan behandlingstilbuddet forstår alkoholafhængighed og et problematisk forbrug af alkohol. Slutvis har alle de professionelle i de to cases som min. modtaget efteruddannelse og kurser i MI og *kognitiv adfærdsterapi*, som har været et krav for en ansættelse på behandlingstilbuddet. Nogle af dem har også andre fagrelevante kurser og diplomuddannelser, som de har taget på eget initiativ. Ved begge behandlingstilbud kunne borgerne henvende sig direkte, enten telefonisk eller ved fremmøde, hvor der bliver afholdt en indledende samtale om alkoholforbruget. Derefter bliver "sagen" tildelt en alkoholbehandler, som tilrettelægger behandlingsforløbet sammen med borgeren.

### ***Gatekeeper***

Da vi fik kontakt til de to behandlingstilbud, fik vi etableret to opstartsmøder med lederne, både for at forventningsafstemme og for at afklare opklarende spørgsmål. De to ledere som udgjorde vores leder informanter var ligeledes vores gatekeepers, og dermed dem som har udvalgte vores professionelle informanterne. Gatekeeperne er dem, som muliggør specialets gennemførsel, idet de giver adgangen til det undersøgte felt. Eftersom det er gatekeeperne, som åbner adgangen til feltet, kan det være relevant og nødvendigt rent metodisk at reflektere over selektionsprocessen af vores informanter. Jf. Merete Monrad kan en gatekeeper bevidst eller ubevidst have en bestemt forståelse af, hvilke personer der vil være bedst egnet til, at kunne afdække de karakteristiske forestillinger, der kan være om feltet (Monrad, 2018: 133). Som nævnt er dette blot metodiske overvejelser, hvormed vi ikke har kendskab til, om

samtligge professionelle fra de to behandlingstilbud er blevet adspurgt om deltagelse. Hertil er det også muligt, at der er fundet en bevidst selektionsproces sted, hvorved de to ledere kun har adspurgt de deltagende informanter. Vi havde dog opstillet to krav til vores gatekeepere om informanterne 1) de skulle have lyst til at deltage og ikke føle sig tvunget og 2) de skulle udføre alkoholbehandling i deres daglige arbejde. Vores krav til at informanterne skulle arbejde med alkoholbehandling i dagligdagen, var for at sikre pålidelighed, ved at vi var sikre på, at vores informanter var i stand til at svare på vores spørgsmål om borgerne. Som vi beskrev på side 18, så afhænger pålideligheden bl.a. af, hvorvidt ens informanter er i stand til at svare på spørgsmålene.

### ***Individuelle kvalitative interviews***

Idet specialet har til formål at indfange forestillinger om borgergruppen, valgte vi at benytte os af en metode, som kan fremvise “(...) *socialt forhandlede kontekstuel baserede svar*”, hvilket de kvalitative interviews kan (Tanggaard & Brinkmann, 2010: 53). Selvom et kvalitativ interview ikke kan rekonstruere de præcise forestillinger, som informanterne møder borgerne med, giver det mulighed for at indfange de komplekse forståelser, der er af forestillingerne om borgergruppen. Ydermere er individuelle kvalitative interviews velegnede til at give en dybdegående forståelse for undersøgelsesgenstanden. Det individuelle interview er et forskningsmæssigt værktøj, som er ideel til at opnå viden og indsigt i individers holdninger, oplevelser, daglige livsverden samt meninger - dvs. indsigt i individers sociale verdener (Weiss, 1994: 1, Ibid.: 31). Interviewene gør det dermed muligt for os at opnå indsigt i vores informanternes holdninger og oplevelser, som indgår i deres daglige arbejde. Som tidligere beskrevet foretog vi fire individuelle interviews med professionelle fra to forskellige behandlingstilbud samt to individuelle interviews med deres ledere. Vi valgte at foretage interviews med de professionelle, da de møder borgerne i deres daglige arbejde, og dermed har direkte indflydelse på behandlingen i praksis. Derudover valgte vi at inddrage ledernes perspektiver i individuelle interviews, da vi havde en forforståelse om, at lederne var garant for at repræsentere den institutionelle forståelse. Idet vi inddrog de to aktørgrupper har vi fået en mere

nuanceret forståelse af specialets problemstilling, da vi har fået indsigt i både de professionelle og ledernes sociale verdener.

I et kvalitativt interview kan forskeren fremgå rollen som 'den naive forsker' eller at være 'bevidst naive', hvilket gør at interviewereren tilgår interviewet med et åbent sind, og lader informanterne vide, at de er eksperterne, og at interviewereren er den uvidende (Tanggaard & Brinkmann, 2010: 37). At være 'bevidst naive', gør det ligeledes nemmere for forskeren at tilvejebringe de implicite selvfølgeligheder, som ens informanter udtrykker (op.cit.). Dette gjorde vi rent praktisk ved, at vi spurgte uddybende ind til deres udtalelser, og andre gange uddybede de selv deres svar. F.eks. bad vi informanterne om at uddybe deres metoder og tilgange (MI og kognitive adfærdsterapi), for at vi fik indsigt i, hvordan de forstod disse tilgange, og hvordan de arbejdede med dem. Eller da de f.eks. brugte begrebet '*udsat borger*', fik vi dem til at uddybe, hvad de mente med det. Her fik vi bl.a. en forståelse for, at begrebet henviste til nogen, der var økonomisk udfordret, manglede arbejde, havde psykiske problemer og manglede socialt netværk. Vi reflekterede også over hvordan vi kunne være "bevidst naive" uden at give vores informanter et indtryk af at vi var inkompetente, og dermed spildte deres tid. Derfor sørgede vi for at informere dem i en briefing forud for interviewet, at fordi vi ville forstå dem korrekt ville vi muligvis stille 'dumme' spørgsmål, idet vi ikke havde arbejdet inden for behandlingsområdet.

### ***Det semistrukturerede interview***

Interviewene var struktureret som et *semistruktureret interview*. Vi valgte at strukturere vores interviews ud fra denne metode, idet vi ønskede at få afdækket bestemte vinkler på specialets problemstilling. Rent metodisk er et semistruktureret interview kendetegnet ved, at det er planlagt men dog med mulighed for fleksibilitet, som gør at der er mulighed for at få indsigt i relevante vinkler, som man ikke havde forudset (Kvale & Brinkmann, 2015: 151). Dvs. at det semistrukturerede interview rummer muligheden for forandring i både formuleringerne af spørgsmålene, rækkefølgen af spørgsmålene, samt mulighed for, at få uddybet særlige udtalelser som informanterne bringer på banen (op.cit.). Dette kom bl.a. til udtryk ved, at vi

ikke havde forudset eller læst os til, at en af udfordringerne for de professionelle i alkoholbehandlingen kunne være det tværsektorielle arbejde i form af et koordineringsarbejde. Hvis vi havde haft kendskab til denne udfordring, kunne det have forandret vores problemformulerings fokus, ved f.eks. også at undersøge én af deres samarbejdsrelationers forestillinger om borgerne.

### ***Interviewguide***

Som tidligere beskrevet, havde vi udarbejdet interviewguides på baggrund af vores forforståelser, som var forankret i den viden vi havde erhvervet os da vi udarbejdede vores problemfelt. Rent praktisk udarbejdede vi to interviewguides: Én til de professionelle og én til lederne (se bilag 1 og 2). Interviewguidene var næsten identiske, således at besvarelsene kunne sammenlignes, og kunne besvare problemformuleringen. De var dog tilpasset de to aktørgruppers daglige arbejde. Selvom vi havde udarbejdet en interviewguide, forhindrede det os ikke i, at forfølge en udtalelse, som informanterne frembragte under interviewene. Derimod hjalp interviewguidene os til, at sikre at vores problemstilling blev besvaret på trods af, at vi forfulgte informanternes historier og perspektiver. Dermed var vores interviewguides som en hjælpende struktur.

Vores strukturelle opbygning af interviewguidene var opdelt i *forskningsspørgsmål* og *interviewspørgsmål*. Forskningsspørgsmålene fremgår som de sammenhænge og sociale fænomener, som er direkte forbundet med problemstillingen. Idet et forskningsspørgsmål næsten altid fremgår som abstrakte spørgsmål, og dermed vanskelige for ens informanter at svare på, omformes disse til interviewspørgsmål. Interviewspørgsmål fremgår som mere belejlige at svare på samt at forstå. Interviewspørgsmål har til formål at kunne lave beskrivelser og udsagn, som kan besvare ens forskningsspørgsmål (Tanggaard & Brinkmann, 2010: 40; Kvale & Brinkmann, 2015: 186-187). Det betød derfor, at vi kunne sikre at vi indsamlede viden om vores forskningsspørgsmål.

## ***Udførelsen af interviewene***

Interviewene fandt sted i løbet af 1,5 uge, hvor vi havde mulighed for løbende at redigere i vores interviewguide, da vi fandt ud af, at nogle af spørgsmålene var malplaceret eller misvisende. At vi rettede vores interviewspørgsmål løbene var for at sikre pålidelighed i specialet, så der ikke var upræcise spørgsmål, som informanterne ikke forstod. De gange, hvor vi oplevede at informanterne ikke forstod vores spørgsmål i interviewene, forsøgte vi at omformulere dem, således at næste informant fik stillet et mere præcist spørgsmål, for netop at sikre pålideligheden. F.eks. oplevede vi, at da vi bad vores informanter beskrive, hvilke forskellige karakteristika der karakteriserede deres borgere, misforstod informanterne det ofte, hvormed vi benyttede nogle af underspørgsmålene<sup>3</sup>, vi havde lavet til at kunne uddybe spørgsmålene. Derudover forsøgte vi at styrke pålideligheden i undersøgelsen, ved at undgå at stille ledende spørgsmål under vores interview. Det kan også mindske risiko for misforståelser at formulere korte og præcise spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015: 189). For at sikre validiteten ift. om vi forstod det, vores informanter sagde, var vi opmærksomme på, stille opfølgende spørgsmål til informanterne. Opfølgende spørgsmål i interviewene har til formål at få informanterne til at uddybe det, der bliver beskrevet, så det undgås at tingene bliver implicit (Tinggaard & Brinkmann, 2010: 41-42). Vi oplevede dog qua vores manglende erfaring med interviews, at det ikke altid lykkes os at efterleve ambitionen om at stille opfølgende spørgsmål.

Som det fremgår i problemstillingen, problemformuleringen og i nærværende kapitel omtaler vi socialarbejderne som 'de professionelle' og 'socialarbejderen', men i de individuelle interviews brugte vi ordet '*behandler*' i stedet for, idet vi havde iagttaget under vores opstartsmøder og mails med lederne, at de selv brugte ordet behandler. Navnlig i case b, differentierede lederen bl.a. mellem behandlere og sygeplejersker. I forsøget på at have samme forståelse for begreberne, brugte vi aktivt de begreber, som vi iagttog vores informanter brugte. Dette var ligeledes gældende for måden, hvorpå de omtalte deres målgruppe; nemlig som 'borgere'.

---

<sup>3</sup> Se bilag 1 og 2, for underspørgsmål



### ***Telefonisk interview***

Som tidligere nævnt indsamlede vi vores empiri under Covid-19 tilstanden i Danmark. Som beskrevet, var dette årsagen til, at vi ikke foretog fokusgruppeinterviews, men det var også årsagen til, at vi var nødsaget til at foretage interviewene telefonisk. Telefonisk interview har den metodiske fordel, at informanter ofte fortæller mere detaljeret, idet de kan sidde i hjemlige omgivelser, og derfor åbner mere op (Danneris & Mølholt, 2018: 375). Vores informanter, var pga. Covid-19, nødsaget til at arbejde hjemmefra, hvorfor de under vores interview ofte sad uforstyrret derhjemme. Det kan derfor diskuteres, om vores informanter åbnede mere op i interviewene, fordi de kunne sidde i hjemlige omgivelser. Der er dog også den metodiske ulempe, at den interpersonelle interaktion ikke er til stede, hvorved det ikke er muligt for interviewer, hverken at læse kropssprog eller mimik (Danneris & Mølholt, 2018: 375). Vi var begge skeptiske i starten overfor et telefonisk interview, primært fordi vi aldrig havde foretaget det før, samt var frustrerede over, at det ikke længere var en realitet at lave fokusgruppeinterviews. Vi blev dog begge positivt overraskede over det telefoniske interviews, selvom vi oplevede at komme til at afbryde informanterne, fordi vi ikke kunne aflæse informanternes kropssprog, og se om de var færdige med deres pointe eller ej. Vi oplevede dog begge, at det var mere upersonligt, idet vi hverken havde øjenkontakt eller kunne give de anerkendende nik undervejs, som vi normalt ville bruge som teknik, for at vise interesse for det, som informanterne fortalte. Derudover blev det også tydeligt for os, da vi senere transskriberede interviewene, at vi ofte stillede to spørgsmål i et, hvis vi var bange for, at de ikke forstod spørgsmålet. Det kunne vi have undgået ved face-to-face interview, fordi vi ville have haft mulighed for at aflæse på informanterne, om de havde forstået spørgsmålet.

### ***Refleksioner over fokusgruppeinterview***

Som tidligere nævnt, havde vi forberedt at foretage to fokusgruppeinterview med hhv. fire professionelle fra case a og fem professionelle fra case b, men grundet Covid-19 tilstanden, var vi nødsaget til at aflyse dem, og foretage de ovenfor beskrevet telefoniske interviews. Vi finder det dog relevant at beskrive og reflekterer over, hvorfor vi fandt fokusgruppeinterviewet egnet til nærværende speciale. Én af

styrkerne ved et fokusgruppeinterview er selve dynamikken og interaktionen, som foregår mellem informanterne. Dette giver et potentiale til at få andre vinkler med ind i et individuelt interview, idet informanterne har mulighed for at kommentere og spørge ind til de andres svar og udtalelser, som de gør på baggrund af deres egne erfaringer med feltet som ud fra en “(...) *kontekstuel forforståelse*” (Halkier, 2010: 123; Andersen & Bloksgaard, 2010). Derudover er fokusgruppeinterviewet ligeledes velegnet til at indfange de sociale og normative processer, der eksisterer i feltet, da det netop kan fremhæve de normative forhandlinger, der finder sted i et felt (Halkier, 2010: 123). Det kan reflekteres, om hvorvidt fokusgruppeinterviewet havde været mere hensigtsmæssig til at give os en forståelse af, hvilke forestillinger der er socialt acceptabelt at have i de to cases, herunder de sociale og normative processer. Bl.a. blev vi, ifm. indsamlingen og kodningen af vores empiri, opmærksomme på at næsten alle de professionelle brugte begreberne ‘alkoholiker’ eller ‘misbruger’ samt at de alle inddelte borgerne i grupper<sup>4</sup>. Hvis vi havde foretaget fokusgruppeinterview, havde vi haft mulighed for at iagttage, hvordan de professionelle responderede på disse forestillinger, og evt. havde lavet forhandlinger om, hvorvidt disse forestillinger var acceptable. Omvendt har de individuelle interviews, jf. Morten Frederiksen, den fordel, at det er en mere personligt, fortrolig og dybdegående dataindsamlingsmetode (Frederiksen, 2018: 91). Vi vurderer derfor, at metoden har været valid til at belyse vores problemstilling. Det kan derfor diskuteres, om de ikke på samme måde, har skulle stå til ansvar overfor deres kollegerne, som de skulle ved f.eks. et fokusgruppeinterview, fordi der skal de forhandle deres holdninger. Dermed har vi muligvis har fået en dybere forståelse af deres forestillinger ved den valgte interviewmetode.

Derudover var vi bevidste om, at det vi får indsigt i, både ved de individuelle interviews men også fokusgruppeinterview, jf. Morten Ejrnæs, er informanternes holdninger og opfattelser af, hvad der sker eller bør ske i praksis, og ikke hvad der rent faktisk sker i praksis (Ejrnæs, 2006: 30). Dvs. at vores konklusion heller ikke konkluderer på, hvordan de rent faktisk handler i mødet med borgerne, men vi

---

<sup>4</sup> Begge elementer vil blive uddybet i kapitel 4. Analyse og diskussion

konkludere dog på de professionelle og ledernes holdninger eller deres tendenser til handlinger i mødet med borgerne. For at vi vil kunne få et indblik i, hvad der rent faktisk sker i møderne, ville observationstudie havde været relevant for os. I starten af specialeprocessen havde vi tiltænkt at foretage et observationsstudie af f.eks. behandlingstilbuddenes interne møder med sagssparring, for på den måde at få indblik i deres forestillinger om borgerne. Det var dog ikke muligt at foretage observationsstudier til sådan et sparringsmøde grundet de professionelles og ledernes tavshedspligt. Lederne vurderede, at det var for risikabelt at lade os deltage og overhører deres sparringsmøder, også selvom de professionelle ville forsøge at efterstræbe deres borgeres anonymitet.

### ***Etiske overvejelser***

Bestræbelsen på informanternes anonymitet har været højt prioriteret fra vores side, hvorfor navne, de ambulante alkoholbehandlingstilbud og andre kendetegn ikke vil blive nævnt. Vi har valgt at give de to cases og informanterne pseudonymerne case A og B, hvortil de professionelle og deres respektive ledere hedder hhv. *A1, A2, B1 og B2, leder A og leder B*. Vi har valgt at anonymisere de professionelle og lederne, som har deltaget, for at undgå, at deres deltagelse får negative arbejdsmæssige eller personlige virkninger. Dog er vi bevidste om, at lederne har kendskab til, hvem af deres medarbejderne der har deltaget. Vi valgte at anonymisere de to behandlingstilbud, for ikke at fremstille dem, som dermed kunne føre til at vores informanter blev mere genkendelige. Ydermere gjorde vi det tydeligt for informanterne, at de havde mulighed for at sige fra, hvis der var et spørgsmål eller emne, de ikke havde lyst til at besvare. Efter interviewene, holdte vi en debriefing, hvor vi oplyste deres mulighed for at trække udtalelser tilbage. Ingen af dele blev dog ikke aktuelle. Inden interviewene havde vi fået vores informanter til at underskrive en samtykkeerklæring. I samtykkeerklæringen var der ligeledes oplyst om at den indsamlede data ville blive behandlet jf. databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 1, litra a og artikel 9, stk. 2, litra a. Informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser for informanterne ved deltagelse samt forskernes rolle (Brinkmann, 2010: 443-444) er bl.a. nogle af de etiske overvejelser, som vi havde reflekteret over ifm. etisk at håndtere både informanterne og den empiriske data.

### 3.3. SPECIALETS DATABEHANDLINGSMETODE

Rent praktisk havde vi, med tilladelse fra informanterne, optaget alle interviewene som lydfiler på vores mobiltelefoner for efterfølgende at transskribere dem. Idet vi begge transskriberede de seks interviews, havde vi opstillet en transskriberingsnøgle (se Bilag 5) så vi havde et fælles udgangspunkt, og for at sikre ensartethed i transskriptionerne. Dermed sikrede vi pålideligheden fordi vi kodede vores data systematisk. Overordnet set transskriberede vi det, som vi eller informanterne sagde, dog nedskrev vi ikke, hvis én af os ledte efter et ord, eller rettede sig selv ved grammatisk forkert udtale. Dette gjorde vi for at transformere interviewet “(...) *til en mere formel, skriftsproglig stil*” (Kvale & Brinkmann, 2015: 239). Vi er dog bevidste om, at vi dermed dekonstruere gengivelserne, til fordel for at vi, i databehandlingen, nemmere kan foretage vores tematisering som første skridt mod vores endelige analyse. Til behandlingen af vores data benyttede vi os af de samme principper, som gælder i databehandlingsprogrammet NVivo, men dog i et andet program. Vi valgte at bruge de samme principper for opstillingen som i NVivo, da vi beggede havde arbejdet med NVivo før, og generelt er NVivo belejligt til at rette temaerne, slå temaerne sammen samt slette temaerne (Binderkrantz & Andersen, 2011: 9), hvilket vi ligeledes gjorde undervejs. Denne kodning hjalp os til at skabe struktur og sammenhæng i vores datasæt, så vi dermed fik et overblik over, hvilke teoretiske perspektiver, vi vil analysere vores fire fokuspunkter med. Årsagen til at vi ikke benyttede selve NVivo programmet var grundet tekniske udfordringer, hvor det ikke var muligt for os, at arbejde i NVivo på to forskellige computere. Vi brugte i stedet Google Docs, hvor vi oprettede temaer, undertemaer, og underundertemaer, ud fra det der både udsprang fra vores forskningsspørgsmål (se afsnit om *interviewguide*), samt hvad vi fandt styrende fra vores indsamlede empiri<sup>5</sup>. Helt konkret lavede vi to dokumenter med databehandling, ét med de professionelles citater og ét med lederne citater. Vi kodede deres empiri i tre temaer: *Problemforståelse*, *Alkoholbehandling og Beskrivelse af målgruppen*, og de samme temaer optrådte i vores empiri fra lederne, samt endnu et tema: *Organisatorisk styring*.

---

<sup>5</sup> Se bilag 3 og 4 for kodning i temaerne

### 3.4. DEN UDVALGTE ANALYSESTRATEGI

En analysestrategi har til formål at explicitere og operationalisere ens grundlæggende tilgang og forudsætninger for analysen, dvs. de metodiske valg, som man foretager sig ift. hvad fokus i analysen er, herunder hvordan man i praksis vil analysere (Järvinen & Mik-Meyer: 2017: 9). Som tidligere beskrevet forsøger vi at forstå forestillingerne om borgerne, hvorfor vi har anvendt en forståelsesorienteret analysestrategi, herunder den hermeneutiske analysestrategi. I en hermeneutisk analyse har forskeren fokus på at forsøge at fortolke og forstå ens informanter, og dermed forstå meningen bag menneskers handlinger (Olesen, 2018: 160-161). Det betød, at vi forsøgte at forstå meningen bag vores informanternes udtalelser, for at komme nærmere en forståelse af, hvilke muligheder og barrierer deres forestillinger kan skabe i alkoholbehandlingen. Når vi som akademikere forsøger at fortolke vores informanter, gør vi det mere systematisk end, hvad der normalt gøres i hverdagen, men det er for at vi kan få et overblik over de præmisser der er for vores fortolkninger. Vi har i forlængelse af den hermeneutiske analysestrategi anvendt Steinar Kvaales forskningsniveauer: *Selvforståelse*, *kritisk commonsense forståelse* og *teoretisk forståelse* (Kvale & Brinkmann, 2015: 279-ff). Selvforståelsesniveauet fremstår i analysen ved citater fra vores transskriberede interview. At vi fremhæver disse citater gør ligeledes, at vi skaber transparens i specialet, så læseren har mulighed for at vurdere om, der er kohærens i vores analyser (op.cit.). *Kritisk commonsense forståelse* kommer til udtryk i en analyse, når forskeren inddrager almene forståelser i analysen, for at række ud over informanternes selvforståelse (op.cit.). Denne forståelse vil dog kun være repræsenteret få gange i analysen. Den, *teoretisk forståelse*, udspiller sig i en analyse, når forskeren inddrager teoretiske perspektiver til at forstå informanternes *selvforståelse* og den *kritisk commonsense forståelse* (op.cit.). Dette forståelsesniveau kommer i spil i vores analyse, når vi inddrager teoretiske perspektiver og teorier i både vores analyse og i vores diskussioner til at forstå de frembragte citater eller almene forståelser. Da vores analyse er baseret på en hermeneutisk analyse, er det ligeledes værd at bemærke, at vi aktivt har vores forforståelser med i analysen, hvilket ligeledes har en indvirkning på, de forskellige fokuspunkter, som vi har fremhævet og gået i dybden med i analysen.

# 4.

ANALYSE OG  
DISKUSSION

## ANALYSE OG DISKUSSION

Med afsæt i vores genstandsfelt om, at de forestillinger som de professionelle og lederne har om borgergruppen påvirker alkoholbehandlingen i praksis, vil vi i denne analyse undersøge specialiets problemformulering: *Hvilke forestillinger om brugergruppens situation har hhv. behandlere og deres ledere indenfor ambulant alkoholbehandling? Hvilke muligheder og barrierer kan disse forestillinger skabe i behandlingen?* Kapitlets opbygning er en vekselvirkning mellem teori, indsamlet empiri, analyse og diskussioner. Samtidig er kapitlet delt op i to dele: *Mødet med borgerne* og *det organisatoriske perspektiv*. I den første del inddrager vi kun de professionelles selvforståelse, og i del to inddrager både de professionelles og ledernes selvforståelse. Til at undersøge de to dele af analysen, vil vi tage udgangspunkt i vores fire fokuspunkter, som vi præsenterede i kapitel 2, *Problemfelt*, samt vores kodede temaer fra den indsamlede empiri, som vi beskrev i kapitel 3, *Metodiske refleksioner*. Vi vil løbende præsentere fokuspunkterne og de kodede temaer, i de afsnit de anvendes.

### 4.1. FØRSTE DEL: MØDET MED BORGERNE

I første del af analysen vil vi gå i dybden med den del af problemformuleringen<sup>6</sup>, der handler om de professionelles forestillinger om borgerne, hvorfor vi undersøger *Mødet med borgerne*. Til dette vil vi inddrage vores to første fokuspunkter, som blev præsenteret i problemstillingen: *1) Hvordan beskriver de professionelle borgerne, og herunder hvordan definerer de borgernes sociale problem?* Som vi beskrev i problemstillingen inddrager vi dette fokuspunkt, pga. vores forforståelse om at borgere, der får tildelt en social indsats, altid er blevet defineret til at have et socialt problem. På baggrund af det, vil vi forsøge at forstå, hvordan de definerer borgernes sociale problem. For at forstå dette inddrager vi vores kodede temaer<sup>7</sup> et og tre: *problemforståelse og beskrivelse af målgruppen*. *2) Hvilke socialfaglige metoder*

---

<sup>6</sup> Se problemformulering på side 15

<sup>7</sup> Som både udsprang fra vores forskningsspørgsmål, samt hvad vi fandt styrende fra vores indsamlede empiri.

*arbejder de professionelle ud fra?* Som vi beskrev i problemstillingen, inddrager vi det andet fokuspunkt, pga. vores for forståelse om, at den måde som den sociale indsats arbejder med borgergruppen på, samtidigt kan sige noget om, hvad der forventes af borgerne. Til dette afsnit vil vi benytte vores andet kodede tema om *alkoholbehandling*.

## 4.2. BORGERNE SOM SOCIALE AFVIGERE

I nærværende afsnit vil vi undersøge vores første fokuspunkt om, hvordan de professionelle definerer borgernes sociale problem ud fra vores tema *problemforståelse*. For at forstå aktørernes, de professionelles og ledernes, forestillinger om borgerne, vil bruge dele af Erving Goffmans stigmatteori og dele af Howard S. Beckers outsider perspektiv som teoretiske forståelser. Både Goffman og Becker tilhører afvigersociologien og den interaktionistiske sociologi. Afvigersociologien fokuserer på “(...) *sociale problemer som afvigelser eller forstyrrelser af den sociale orden*” (Ejrnæs & Monrad, 2013: 56). Forstyrrelser eller afvigelserne kan være i form af, at nogen, bryder de accepterede normer og regler i samfundet, og dermed er der nogle specifikke grænser mellem, hvad der er socialt acceptabelt og hvad der ikke er (op.cit.). Når individet bryder de socialt accepterede normer og regler, og dermed fremstår som afviger, afstedkommer dette reaktioner fra omgivelserne, hvor afvigeren enten bliver udsat for formelle eller uformelle sanktioner. Sanktionerne kan have en sådan karakter, at de forhindrer, kontrollerer eller korrigerer den afvigende adfærd og begrænser individets udfoldelsesmuligheder (Ejrnæs, 2008: 226). De interaktionistiske teorier har interesse for, hvordan individer gennem sociale forhandlingsprocesser skaber forståelse og mening (Levin & Trost, 2015: 92). I interaktionismen er fokus rettet mod mikro-niveauet og forhandlingsprocesserne mellem individerne, og dermed ikke på makrostrukturer (Hutchinson & Olte dal, 2006: 135-136).

### **Stigma**

I nedenstående har vi tydeliggjort centrale dele af Goffmans stigmatteori i form af analytiske begreber, som er relevante ift. ovennævnte tema. Jf. Goffman danner vi kategorier og forståelser i hverdagslivets interaktioner med andre mennesker: ”Når



vi således står over for et fremmed menneske, vil vi sandsynligvis allerede (...) være i stand til at forudsige, hvilken kategori han tilhører, samt hvilke egenskaber han besidder, eller kort sagt hans 'sociale identitet' (...)" (Goffman, 1975:14). Disse kategorier kan forstås som sociale spilleregler og normative forventninger, der gør det muligt for os individer, at forholde os til mennesker, vi møder i dagligdagen, uden særlig meget refleksion over, hvem de er. Om dette brugte Goffman udtrykket den 'tilsyneladende sociale identitet' (op.cit.), som vi vil redegøre for i slutningen af dette afsnit. At vi, jf. Goffman, placerer individer i forskellige kategorier med dertilhørende forventninger til individet om, hvordan det burde være, gør ligeledes, at nogen adskiller sig fra disse kategorier, fordi de besidder én eller flere egenskaber som er mindre ønsket, og dermed bliver individet stemplet som et nedvurderet individ (Ibid.: 14-15). Et nedvurderet individ medfører, at individet har et stigma, som er karakteriseret ved: "(...) en egenskab, der er dybt miskrediterende, (...) En egenskab, der stempler (stigmatiserer) den ene type bærer, kan hos en anden tjene som en bekræftelse på dennes normalitet, og er derfor i sig selv hverken positiv eller negativ værdi" (Ibid.: 15). I citatet fremhæves bl.a., at det der anses for at være miskrediterede egenskaber, ikke er noget, der er universelt og statisk. Dermed bliver de ønskværdige og de miskrediterede egenskaber skabt i kollektive definitionsprocesser, hvilket vil sige, at omgivelsernes reaktioner er betydningsfulde for, om nogen bliver anset for at være afviger (Goffman, 1975: 16-17; Ejrnæs & Monrad, 2013: 65-66). Stigmatisering er når individet bliver tillagt miskrediterede egenskaber, hvilket er funderet i nogle stereotype forestillinger eller stereotype klassificeringer om enten bestemte personer eller grupper, f.eks. arbejdsløse, kontanthjælpsmodtagere mm. Stigmatiseringen kan afstedkomme diskrimination, som kan føre til eksklusion fra samfundet (Ejrnæs & Monrad, 2013: 65-66). I dette afsnit vil vi først bruge Goffmans stigmatteori til at undersøge, hvordan et problematisk alkoholforbrug kan forstås som et stigma. Derefter vil vi benytte teorien til at forstå, hvilke stereotype forestillinger de har om borgere i alkoholbehandling.

### ***Miskrediterede og potentielt miskrediterede egenskaber***

Jf. Goffman kan et stigma enten være *miskrediteret* eller *potentielt miskrediteret* (Goffman, 1975: 16, 60-62). Et miskrediteret individ er karakteriseret ved, at det stemplede stigma er offentlig kendt af andre mennesker, hvorimod potentielt

miskrediterede henviser til et individ, hvor personens omgivelser umiddelbart ikke bemærker personens stigma, eller ikke kender til det (Ibid.: 16, 60-62). Vores kritiske commonsense forståelse er, at borgere, der er i ambulant behandling har erkendt, enten via egen selverkendelse eller ved 'hjælp' fra deres omgivelser, at de har brug for hjælp til at håndtere deres alkoholforbrug. Med Goffmans teoretiske forståelse om miskrediterede og potentielt miskrediterede egenskaber, kan vores kritiske commonsense forståelse, forstås som et udtryk for, at borgere der er i alkoholbehandling, har en miskrediterede egenskab, fordi deres alkoholforbrug er kendt af omgivelserne, enten af deres netværk eller af de professionelle behandlere. Dermed kan borgernes problematiske alkoholforbrug, der er kendt af omgivelserne, være deres tildelte stigma. I nedenstående afsnit, vil vi dog ikke lægge vægt på selve alkoholforbruget, men i stedet undersøge, hvilke forestillinger der knyttes til borgere i ambulant alkoholbehandling.

For at nuancere hvilke stereotype forestillinger, der kan være om borgergruppen, som kan forstås som miskrediterede, vil vi inddrage Goffmans teoretiske forståelse om hans tre forskellige typer af stigma: 'Tribale' stigmata, kropslige vederstyggeligheder og karaktermæssige fejl (Ibid.: 16-17). Vi vil dog kun præsentere den type stigma Goffman kalder karaktermæssige fejl, som vi i dette speciale vil blive omtalt som det '*karaktermæssige stigma*'. Det karaktermæssige stigma er normative opfattelser, der bl.a. omfatter "(...) *viljesvag, dominerende eller unaturlige lidenskaber (...) folk slutter sig til disse egenskaber ud fra deres kendskab til den pågældendes fortid*" (op.cit.). Da vi bad informanterne om at beskrive deres målgruppe, inddelte de dem i to grupper. I den første gruppe, optræder alkoholen som borgernes eneste problem. Disse borgere bliver beskrevet som almindelige danskere, hvor alkoholvaner kan eskalere til et overforbrug, men ikke som en alkoholafhængighed<sup>8</sup>. B1 beskrev denne gruppe som 'nydelsesmennesker':

*"(...) et nydelsesmenneske, og vi har nemlig en stor gruppe indskrivninger på plus 50 årige, som har haft et helt almindeligt alkoholforbrug gennem årene, men stigende med at børnene flytter hjemmefra (...), så nyder de sådan rigtig*

---

<sup>8</sup> Overforbrug er det vi i problemfeltet, side 5, beskrev som storforbrug eller skadeligt forbrug

*god mad og rigtig god vin. (...) men de bliver bestemt ikke klassificeret som afhængige, men de bliver fanget af vanen. Som en del af vores overforbrugere, der kommer fra den gruppe, der er der ikke den der mentale sårbarhedsgruppe, som vi skal gå ind og tage os af” (Bilag B1: 46-47).*

Den sidstnævnte gruppe, som B1 henviser til som 'sårbarhedsgruppen', er den anden gruppe, som informanterne beskrev. Borgerne i denne gruppe beskrives med flere problemstillinger end blot alkoholen, som ofte har oplevet traumatiske episoder eller omsorgssvigt. F.eks. sagde A1: *”Fordi mennesker der har oplevet traumatiske ting, omsorgssvigt, (...) de er sårbare overfor udfordringer, som deres liv eller samfundet stiller til dem”* (Bilag A1: 13). A1 beskrev endvidere denne gruppe, som nogen der har: *”(...) nogen bagvedliggende årsager til at man har udviklet et forbrug af rusmidler”* (Bilag A1: 12).

Selvom borgerne kan inddeles i to grupper, på baggrund af vores indsamlede empiri: 1) alkoholforbruget som deres eneste problem, 2) alkoholforbruget som ét problem ud af flere, så bliver begge grupper, af samtlige informanter også beskrevet med nogle fællestræk. F.eks. sagde B2: *”Men faktisk så det de har tilfælles, er det, at de har følelser og tanker, som de ikke kan finde ud af at håndtere hensigtsmæssigt”* (Bilag B2: 60). I selvforståelse fra B2 bliver borgerne beskrevet som nogle, der ikke kan finde ud af, at håndtere tanker og følelser på en hensigtsmæssig måde. Som tidligere beskrevet, kan en stereotyp forestilling jf. Goffman fører til et stigma. Stigmaet kan være baseret på det karaktermæssige stigma, som henviser til individers egenskaber, som er baseret på et kendskab af hendes/hans fortid (Goffman, 1975: 17). Ud fra Goffmans teoretiske forståelse om det karaktermæssige stigma, kan de professionelles selvforståelse om borgernes uhensigtsmæssige håndteringen af livssituationer herunder tanker og følelser, forstås som et udtryk for et karaktermæssigt stigma. Det kan forstås som et udtryk for et karaktermæssigt stigma fordi de professionelle henviser til livssituationer, som enten ligger forud eller samtidig med det problematiske alkoholforbrug, og dermed er stigmaet, jf. Goffmans stigmatologi, givet pga. borgernes fortid. Som vi beskrev på side 39, er der jf. Goffman, nogle bestemte normative forventninger til, hvordan en person bør være, og ud fra denne teoretiske forståelse, kan de professionelles forståelser om at borgerne

håndterer livssituationer uhensigtsmæssig være et udtryk for, at borgerne bryder med de normative forventninger. Som beskrevet på side 38, sanktioneres de individer der bryder de socialt accepterede normer. Sanktionerne har bl.a. til formål at korrigerer den afvigende adfærd og begrænser individets udfoldelsesmuligheder (Ejrnæs, 2008: 226). Ud fra denne teoretiske forståelse, kan alkoholbehandlingen være et udtryk for en sanktionering af borgerne, fordi den skal ændre deres alkoholforbrug, da deres nuværende forbrug bryder med de accepterede normer.

For at undgå at vi i ovenstående analyse homogeniserer de to borgergrupper, vil vi se nærmere på, hvordan de to grupper bliver anset som heterogene af de professionelle. For at forstå, hvorfor nogle bliver dømt anderledes end andre, inddrager vi et teoretisk perspektiv fra Beckers outsider perspektiv, som ligeledes befinder sig i afvigersociologien. Ifølge Becker er en social afvigelse “(...) *ikke en egenskab ved den handling, personen begår, men snarere en konsekvens af andres anvendelse af regler og sanktioner i forhold til en ‘regelbryder’*. *Afvigeren er en person, som denne etiket er blevet hæftet på med succes* (...)” (Becker, 2017: 29-30). Dermed har Becker fokus på omgivelsernes reaktion på individet, hvormed individet bliver stemplet. Jf. Becker bliver nogle grupper af afvigere dømt forskelligt, også for den samme type af afvigelse. Det handler dermed om, *hvem* der begår den afvigende handling (Ibid.: 25, 33). Den førstnævnte gruppe ‘nydelsesmennesker’ bliver f.eks. yderligere beskrevet således: “(...) *det er sådan en type, som jeg vil sammenligne med mig selv. Jeg er sådan rimelig robust, jeg har hverken depressioner eller andre mentale problemer. Men jeg er et nydelsesmenneske, (...) som har haft et helt almindeligt alkoholforbrug gennem årene* (...)” (Bilag B1: 46). I den professionelle selvforståelse bliver ‘nydelsesmenneskerne’ beskrevet som nogle, hun/han kan sammenligne med sig selv. Som beskrevet bliver afvigere jf. Becker dømt forskelligt for den samme type af afvigelse, da det handler om, *hvem* der begår den afvigende handling. Ud fra denne teoretiske forståelse, kan det, at den professionelle kun sammenligner sig selv med nydelsesmenneskerne, forstås som et udtryk for, at de professionelle dømmer borgerne forskelligt. På trods af at begge grupper, har begået den samme ‘afvigelse’; ved at have et alkoholforbrug, der kræver behandling, kan det med Beckers blik forstås som, at det handler om, *hvem* der begår den afvigende handling. Den anden

gruppe 'sårbarhedsgruppen' bliver derimod beskrevet som nogle med: *"(...) nogle kognitive vanskeligheder, som en opmærksomhedsforstyrrelse jo giver, (...)"* (Bilag A1: 12). I A1 beskrev den professionelle, at nogle fra denne gruppe, kan forstås som kognitivt udfordret. A2 beskrev også gruppen således:

*"(...) det kan være sådan noget, at man står udenfor arbejdsmarkedet, hvor man er meget presset på ydelser. Altså sådan helt socioøkonomiske faktorer, at det er svært, at få tingene til at hænge sammen. Som f.eks. at man har ustabil boligforhold. At man har ringe grad af netværk. At man måske har, psykiske faktorer, personlighedsforstyrrelse på spil eller somatiske diagnoser"* (Bilag A2: 34).

Informantens selvforståelse peger bl.a. på netværk, boligforhold, jobsituation og psykiske faktorer som parametre, hvor borgeren i denne gruppe er udfordret, hvilket vi, med vores kritiske commonsense forståelse, kan forstå som faktorer, der kan være med til at gøre denne gruppe 'sårbar'. Yderligere fortalte B1 således om sårbarhedsgruppen: *"(...) hvordan de kan tackle de situationer, som de står i meget forskelligt. Så man kan meget nemt pege ud, hvem det er i risiko for at ende oppe hos os"* (Bilag B1: 46). I citatet beskriver den professionelle at hun/han nemt kan udpege, hvem der kommer i behandling hos dem. Som beskrevet på side 39, kan den tilsyneladende sociale identitet jf. Goffman forstås som de måder, vi kategoriserer andre mennesker ud fra stereotype forestillinger og uden refleksion over, hvad mennesket indeholder (Goffman, 1975:14). Ud fra denne teoretiske forståelse kan det, at den professionelle kan udpege, hvem der kommer i alkoholbehandling være et udtryk for, at de kategoriserer borgerne ud fra deres stereotype forestillinger. Det er det, som kan forstås som borgernes tilsyneladende sociale identitet.

Ud fra ovenstående analyser kan de professionelles forestillinger teoretisk pege i retning af, hvad Goffmans kaldte for karaktermæssig stigma. Hvor individers karaktermæssige egenskaber, tillægges miskrediterede egenskaber baseret på stereotype forestillinger (Ejrnæs & Monrad, 2013: 65). Sammen med Beckers

outsider perspektiv, hvor der kan være forskel på, hvem der begår en afvigende handling, og på hvor meget en person bliver stemplet som følge af denne handling (Becker, 2017: 25, 33). Ud fra disse analyser kan det pege i retning af, at de dømmer de to grupper forskelligt. Ud fra den forståelse kan det diskuteres, om borgerne muligvis kan besidde en mere eller mindre del af den miskrediteret egenskaber, set i lyset af, at de professionelles segmentering af borgerne. I forlængelse heraf kan det diskuteres, om det karaktermæssige stigma kan forstås som et kontinuum, hvor borgerne kan være mere eller mindre stigmatiseret ift. hvor belastet personen er på andre områder.

### ***Borgernes håndtering af stigma***

Jf. Goffman er individer ikke bare passive ofre, da de altid forsøger at forholde sig aktivt til deres stigma, hvormed de forsøger at håndtere situationen ved at styre indtryk og informationer, som omgivelserne måtte have af dem (Ejrnæs & Monrad 65-66). I ovenstående afsnit, har vi analyseret, at det kunne tyde på, at borgere i ambulant alkoholbehandling kan forstås som individer med miskrediterede egenskaber. Når et individ bliver udsat for et stigma, kan personen reagere på forskellige måder (Goffman, 1975: 21-ff). Bl.a. kan personen underkaste sig stereotype forestillinger, og dermed rette op på de miskrediterede egenskaber, som er blevet tillagt personen, for at forsøge at erhverve en 'normal' status i samfundet (Ibid.: 21-22). Ud fra denne teoretiske forståelse af Goffman, kan det diskuteres, om det at borgerne lader sig indskrive i ambulant alkoholbehandling muligvis er et forsøg på at underkaste sig de stereotype forestillinger, fordi de derved forsøger at rette op deres miskrediterede egenskab. Deres valg af ambulant alkoholbehandling, kan derfor ses i lyset af Goffmans teoretiske forståelse, som et forsøg på at erhverve sig en 'normal' status i samfundet igen, ved at rette op på alkoholforbruget. For at forstå borgernes mulige forsøg på at erhverve sig en 'normal' status i samfundet, vil vi inddrage Goffmans teoretiske perspektiv om forlegenhed.

Jf. Goffman opstår forlegenhed hos mennesker, der føler sig uværdige eller utilstrækkelige, og dermed opfatter sig selv negativt gennem det, de tror andre

tænker om én. Goffmans 'forlegenhed' kan ligeledes forstås som 'skam' (Scheff & Starrin, 2014: 194-195). De professionelle beskrev flere gange, at borgerne ofte forbandt deres alkoholforbrug, og det at det var nødsaget til at modtage hjælp for det med skam. Bl.a. sagde B2:

*"(...) mange kommer ind, og er skamfulde ved at søge hjælp, fordi der er faktisk noget, som jeg ikke selv kan finde ud af at håndtere. Og tit og ofte, er det, at de kun har drukket for dem selv eller foran deres familier. Og de er skamfulde overfor, at påfører deres familier en eller anden form for smerte"* (Bilag B2: 63).

Som vi tidligere har beskrevet inddeler de borgerne i to grupper:

'Nydelsesmennesker' og 'sårbarhedsgruppen'. I nedenstående citat beskrev B1 'nydelsesmennesker' således: *"Altså dels det, at de kommer inden deres problem er blevet så stort. (...) Og de er ikke fyldt op med så meget skam og skyld"* (Bilag B1: 49). Selvfølgelig i citatet beskriver at 'nydelsesmenneskerne' søger alkoholbehandlingen, inden deres alkoholforbrug er blevet for stort, hvilket gør at de ikke er fyldt med så meget skam. Som beskrevet på side 40-41, beskrev informanterne også at 'nydelsesmenneskerne', som regel ikke udviklede alkoholafhængighed, modsat 'sårbarhedsgruppen', men i stedet fik et 'overforbrug'<sup>9</sup>. Som beskrevet på side 45-55, kan forlegenhed jf. Goffman forstås som mennesker der opfatter sig selv negativt ud fra, hvad de tror andre tænker om en. Ud fra denne forståelse kan informantens selvforståelse om borgernes skamfølelser være et udtryk for, at de forstår 'nydelsesmenneskerne' som mindre skamfulde, fordi de søger alkoholbehandling tidligere end 'sårbarhedsgruppen' og deres alkoholforbrug er dermed blevet så stort. Dermed kan det ud fra Goffmans teoretiske forståelse tyde på at de professionelle opfatter 'nydelsesmenneskerne' som havende et mindre negativt syn på sig selv.

---

<sup>9</sup> Overforbrug er det vi i problemfeltet, side 5, beskrev som storforbrug eller skadeligt forbrug.

I nærværende afsnit har vi analyseret, hvordan de professionelle, ud fra teoretiske forståelser fra Goffman og Becker, kan tale ind i en forestilling om borgerne som sociale afvigere. Ud fra deres teoretiske blik kunne tyde på, at borgerne besidder nogle miskrediterede egenskaber ift., hvordan de håndterer deres livssituationer. Samtidig ser det ud til, at der er forskellige forestillinger om de to grupper, som muligvis bliver stemplet forskelligt, og bliver anset for at have forskellige mængder af skam(følelser). I dette afsnit af analysen har vi haft fokus på, hvordan borgere i to ambulante alkoholbehandlingstilbud kan blive anset for at være sociale afvigere, og ikke på hvorfor de har/har haft en afvigende adfærd. Vi har i dette afsnit anvendt Goffman og Beckers perspektiver som en analytisk referenceramme. Som nævnt på side 38, tilhører Goffman og Becker afvigersociologien og den interaktionistiske sociologi, og vi finder det derfor relevant at reflektere over, hvad det har gjort for vores blik i analysen. At vi har brugt to teoretikere, der begge tilhører afvigersociologien, har haft den betydning, at vores blik har været rettet mod, at borgerne kan forstås som social afvigere. På baggrund af perspektivernes interaktionistiske ståsted var vores blik endvidere rettet mod, hvordan de professionelle selv aktivt er med i forhandlingsprocesserne om at skabe borgerne som afvigere, idet aktører jf. interaktionismen aktivt er med i forhandlingsprocesserne. Da interaktionismen ikke har fokus på makrostrukturer, har det derfor også begrænset vores blik for, ikke at kigge på processer eller strukturer ude i samfundet, men kun på processerne mellem aktørerne.

### 4.3. SPROGBRUGENS BETYDNING

I dette afsnit vil vi undersøge vores første fokuspunkt nærmere om, hvordan de beskriver borgerne ud fra vores tredje tema, *beskrivelse af målgruppen*. Dette vil vi gøre ud fra Regnar Kristensens teoretisk forståelse om *at have eller at være*, Iris Marion Youngs analytiske begreb om *oppression*, samt Jørgen Goul Andersens forståelse af at være *medborger*. De valg af ord, der bruges om en person, der modtager en offentlig social ydelse, har en betydning for, hvilken forståelse der eksisterer om rollerrelationen mellem personen, der modtager en offentlig ydelse og den/de professionelle (Høgsbro et al., 2003: 25). Vi vil derfor i dette afsnit



undersøge, hvordan sprogbrugen, navnlig hvordan de omtaler borgere, der har behov for alkoholbehandling, kan have af indvirkning på, hvilke forestillinger de har om deres borgere.

### ***At have eller at være***

Måden hvorpå sproget bliver brugt i sociale interaktioner, kan være med til at fremhæve eller nedtone bestemte holdninger, karakteristika eller fordomme. Der eksisterer en distinktion mellem at *være noget* eller at *have noget* (Kristensen, 2008: 53-54). Hvis en person bliver omtalt som at 'være noget', f.eks. diabetiker, så kan det indikere, at der er fokus på selve det dysfunktionelle frem for på selve individet, hvor individets dysfunktion bliver sammensmeltet med den kulturelle og historiske forståelse af dysfunktionen. Det kan have indflydelse på individets identitetsopfattelse og følelse (op.cit.). Derimod det at 'have noget', kan indikere, at personen rummer mere end blot dysfunktionen, som blot er én af de mange ting, individet rummer. Dermed kan sprogbrugen være med til at fastholde nogle bestemte forestillinger om individerne, som enten kan være med til at ignorere eller fremhæve individuelle egenskaber og forskelle blandt mennesker (Ibid.: 54). Informanterne fortalte, hvilke ord de tog afstand fra at kalde borgerne. Bl.a. sagde A1: "*Vi bruger aldrig udtrykket 'misbruger' eller 'alkoholiker'. (...) Og når borgerne selv bruger ordet 'misbruger' eller 'alkoholiker', så plejer jeg også nogen gange at sige til dem, at det bruger vi ikke her*" (Bilag A1: 15). Selvfølgelig i citatet kan være et udtryk for, at den professionelle tager afstand fra at bruge begreber såsom 'misbruger' eller 'alkoholiker'. På baggrund af at de tager afstand fra at bruge betegnelserne 'alkoholiker' og 'misbruger', kan det ud fra Kristensens teoretiske forståelse om at 'at have' eller 'at være', være et udtryk for, at de anser borgerne til at *have* et alkoholproblem fremfor at *være* 'alkoholiker' eller 'misbruger'. Det kan derfor pege i retning af, at de differentierer mellem det *at have* eller *at være*. Det kan derfor diskuteres, om de professionelle muligvis forestiller og interagerer med borgerne, som nogle der hver især er unikke individer med individuelle egenskaber, og dermed muligvis ikke ser alkoholforbruget som hele personens identitet.

Det kan dog virke paradoksalt og misvisende, at næsten alle brugte begreberne 'alkoholiker' eller 'misbruger' i interviewene, som f.eks. er fremhævet i følgende

citater: ”Uden at man er alkoholiker og afhængig og alt det her. Men simpelthen bare overforbruger” (Bilag B1: 47). Og ”(...) moren var også misbruger” (Bilag A1: 12). De fortalte dog ligeledes alle sammen, at det kunne være stigmatiserende at bruge disse begreber: ”Jeg tror bare det er noget vi som samfund har været med til at opbygge. At alkoholikere, det er ham der sidder ude på bænken. Hvis vi også skulle kalde alle mulige andre der kom hos os for alkoholikere, så vil de da blive stigmatiserede” (Bilag B2: 60). Med Kristensens teoretiske forståelse om, at sprogbrugen kan være med til at fastholde bestemte forestillinger om individer, kan de professionelles, bevidste eller ubevidste, brug af begreberne ‘alkoholiker’ og ‘misbruger’ gøre, at de er med til at reproducere, bestemte forestillinger om borgerne. En forestilling kunne eksempelvis være dem, ‘ham ude på bænken’, som B2 fremhævede i citatet ovenover. For at kunne forstå dette paradoks mere nuanceret, vil vi inddrage Youngs analytiske begreb ’*oppression*’. Begrebet *oppression* henviser overordnet til de handlinger, der foregår i hverdagslivet, som kan føre til diskrimination og undertrykkelse af en specifik gruppe. Disse handlinger kan ikke fjernes ved f.eks. at ændre lovgivning eller regler, da handlingerne bliver reproduceret både i økonomiske, kulturelle og politiske sammenhænge. Ofte er disse handlinger defineret efter, hvad der eksisterer af sociale forestillinger og forventninger til den specifikke gruppe (Thomas, 2007: 10). I de tre ovenstående citater, fremhævede vi, hvordan de brugte begreberne ‘alkoholiker’ eller ‘misbruger’ bevidst eller ubevidst, på trods af, at de alle tog afstand fra at bruge begreberne. B2 argumenterede for, at det kunne være stigmatiserende, idet der muligvis ligger en bestemt forestilling om det at være ‘alkoholiker’ og ‘misbruger’. Ud fra Youngs analytiske begreb om *oppression*, hvor bestemte handlinger stadigvæk foregår, fordi det bliver reproduceret i kulturelle sammenhænge, kan det, at de stadig bruger begreberne, på trods af kollektiv afstandtagen, være et udtryk for, at der foregår en reproduktion af begreberne. Det kan derfor diskuteres, om de professionelle er med til at stigmatisere borgerne, ud fra Youngs *oppression* begreb, som muligvis kan føre til at undertrykke borgerne.

### **Medborger**

Medborgerskabet kan ses som et normativt ideal som vi i Norden ofte efterstræber, hvor balancen mellem rettigheder og fælles normative forpligtelser bliver udspillet i

forskellige sfære i samfundet (Jensen, 2007: 401; Andersen, 2013: 91). Forståelsen af medborgerskab er baseret på alle borgeres mulighed for at deltage i samfundet, uden at der skabes ulighed. Her skal alle opføre sig og føle sig ligeværdige med andre. Idealet er, at vi som samfund sammen skal løfte dem, der er dårligt stillet i samfundet og dermed bliver de inkluderet. Overordnet set handler medborgerskabet i en dansk kontekst om, at staten skal støtte individer økonomisk, når de kommer ud for sociale begivenheder (Andersen, 2013: 87, 92). Ud fra Andersens teoretiske forståelse om medborgerskab ift. rettigheder, pligter og lige mulighed for samfundsdeltagelse, kan det, at borgerne får tilbudt en alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens §141 stk. 2, være et udtryk for, at deres rettighed til at få en offentlig betalt behandling, hvilket kan forstås som et forsøg på at skabe lighed for borgernes deltagelse i samfundslivet trods deres position. Ifølge Andersens begreb om medborgerskab har borgerne ligeledes pligter ift. at være aktive medborgere, i forsøget på at give borgerne et medansvar for deres situation (Ibid.: 106-107). På side 58 vil vi diskutere, hvilke pligter borgerne muligvis skal opfylde i alkoholbehandlingen, og mulige konsekvenser ved ikke opfyldte forpligtelser. Individet får hermed en rolle i samfundet, som kan skabe et tilhørsforhold, som er forbundet med lighed og fællesskab, og dermed social inklusion (Ibid.: 89-ff). Alle informanterne brugte begrebet 'borger' om de personer, der er i alkoholbehandlingen. A1 sagde således *"(...) vi bruger (...) i daglig tale brugernes navne, når vi er internt i huset. Eller "borgere". Vi brugere heller ikke brugere, og vi bruger ikke klienter"* (Bilag A1: 15). Set ud fra Andersens medborgerskabsperspektiv ift. inklusion i samfundet og medansvar, kan det at informanterne kalder dem 'borgere', være et udtryk at de ser borgerne som inkluderet i samfundet, hvilket er forbundet med et medansvar. Ydermere kan det, at de professionelle kalder borgerne for 'borgere', jf. Andersens medborgerskabsperspektiv ift. ligeværdighed, være et udtryk for at de ikke ser sig selv som mere værd end borgeren, fordi 'borger' betegner os alle i samfundet.

I specialets problemfeltet beskrev vi, hvordan medieverdens fremstilling, jf. Larsen, kunne have en betydning for, hvilke forestillinger de professionelle har om borgerne. Vi inddrog ligeledes forskningsverdenen fremstilling og forståelse af borgere med et problematisk alkoholforbrug eller alkoholafhængighed. Ud fra ovenstående analyser kunne det tyde på, at der er elementer fra både medie- og forskningsverden. Bl.a.

kunne det tyde på, at de forstår borgerne som nogle, der var mere eller mindre skamfulde over deres forbrug. En beskrivelse vi også identificeret i hhv. medie- og forskningsverden. Derudover analyserede vi i afsnit 4.2., at de beskrev borgerne som nogle, der brugte alkoholen som en uhensigtsmæssig håndtering af livssituationer. Det kan diskuteres om forståelsen om, at borgerne håndterer deres livssituation uhensigtsmæssigt, kan være et udtryk for, at borgerne bruger alkoholen som en 'tilflugt fra ubehagelige følelser', som vi ligeledes kunne identificere i forskningsverdenens fremstilling af borgerne. Som det fremgik i kapitel 2, *Problemfelt*, omtaler medieverden ofte borgerne som 'alkoholikere' og 'misbrugere'. Som vi analyserede og fremhævede tog de kollektiv afstand fra disse betegnelser, da det kunne have stigmatiserende karakter. Det kan derfor diskuteres, om de professionelle muligvis har en mere nuanceret forestilling om borgerne end der fremstilles i medierne, fordi de arbejder med borgerne til dagligt.

#### 4.4. DE SOCIALFAGLIGE METODER

I nærværende afsnit vil vi undersøge vores andet fokuspunkt: *Hvilke socialfaglige metoder de professionelle arbejder ud fra*, for at behandle borgernes sociale problem. Med afsæt i vores andet tema, *alkoholbehandling*, vil vi inddrage Gunn Strand Hutchinson og Siv Olstedals teoretiske inddeling af socialt arbejdes teoretiske traditioner, hvormed vi inddrager William J. Reid og Laura Epsteins læringsteoretiske model, *den opgaveorienterede tilgang*, og Aaron T. Becks metode om kognitiv terapi, som vores teoretiske forståelser. Vi supplerer og inddrager ligeledes det systemteoretiske perspektiv, med fokus på Talcott Parsons handlingsteori med sociale systemer.

Overordnet set var der konsensus blandt informanterne ift., hvordan de skulle udføre deres arbejde. De fortalte ligeledes, at der internt i kollegagrupperne stort set var enighed om, hvordan arbejdet skulle udføres (Bilag A2: 24; Bilag B1: 43). Kun i få tilfælde beskrev informanterne, at de oplevede uenighed eller konflikter i deres kollegagrupper, bl.a. ifm. arbejdsopgaver, der gik ud over deres beskrivelse, men i disse tilfælde blev arbejdsopgaverne godkendt af lederen (Bilag A1: 7).

### ***Det læringsteoretiske perspektiv***

Perspektivet rummer en samling af forskellige læringsteoretiske modeller, hvor udgangspunktet er, at individets adfærd er i centrum, og adfærden altid opfattes som noget tillært. Dermed forstås det sociale problem, som en uhensigtsmæssig adfærd der er et produkt af læring. Indsatserne i dette perspektiv vil derfor have fokus på, at individet skal lære en ny adfærd for at passe ind i samfundet, hvor socialarbejderen skal have fokus på de læringsbetingelser, der er i individets omgivelser og miljø. Omgivelserne har en central rolle i den socialfaglige indsats, da den problematiske adfærd forstås som noget, individet har tillært sig i samspil med dets omgivelser (Hutchinson & Olte dal, 2006: 139-140). Indenfor læringsteorierne opereres der derfor ofte med adfærdsmodificering i behandlingen, hvor den professionelle skal forsøge at lave afgrænsede mål, som er knyttet til adfærden i definerede situationer (Ibid.: 152-153). Det sociale arbejde inden for det læringsteoretiske perspektiv er især præget af at tage udgangspunkt i her og nu-situationer, være meget målrettet og i høj grad optaget af problemløsning (Hutchinson & Olte dal, 2006: 140, Healy, 2009: 152). I den forståelse kan det sociale arbejde også ses i flere forskellige problemløsningsmodeller i praksis, fordi de ofte er præget af strukturerede, tidsbegrænsede og problemfokuserede indsatser. Fokus er på, at borgerne skal hjælpes til at takle sine problemer, ved at socialarbejderen skal styrke borgerens ressourcer, men uden at tage styringen (Hutchinson & Olte dal, 2006: 158-ff; Healy, 2009: 149). En tilgang inden for problemløsningsmodellerne, er den opgaveorienterede tilgang, der blev udviklet af Reid og Epstein (Hutchinson & Olte dal, 2006: 163).

### ***Den opgaveorienterede tilgang***

Den opgaveorienterede tilgang er en systematisk proces, som er inddelt i fem faser. Den første fase i den handler om forberedelsen til behandlingsprocessen. I anden fase skal socialarbejderen og borgeren i fællesskab kortlægge borgerens problemer, for dernæst at kunne finde opgaver, der vedrører de konkrete problemer. I denne fase anses det også som vigtigt, at kortlægge borgerens indre ressourcer samt ressourcerne i borgerens omgivelser, som kan støtte borgeren i at nå sine mål. Den tredje fase handler om, at socialarbejderen og borgeren skal indgå en

samarbejdsaftale, udformet som et fysisk dokument, der tager udgangspunkt i de problemer, ressourcer og mål som blev kortlagt i fase to. Samarbejdsaftalen skal indeholde mål og aftaler om, hvilke opgaver borgeren skal udføre, og der skal være fastlagt en tidsramme for behandlingsprocessen. Den fjerde fase er selve gennemførelsen af de aftalte mål i aftalen, hvor målene nås ved, at borgeren udfører konkrete handlinger eller tankearbejde under behandlingsmøderne, eller mellem møderne som hjemmeopgaver. I den femte fase afsluttes og evalueres behandlingen (Ibid.: 165-166).

Som vi beskrev i kapitel 3, *Metodiske refleksioner*, på side 26, havde vi opstartsmøder med lederne, hvor vi bl.a. modtog pjecer der beskrev deres behandlingstilbud. Vedr. strukturen af alkoholbehandlingen i vores to cases, fremgik det i pjecerne at begge cases inddeler deres behandling i faser. Om indholdet i alkoholbehandlings opstart uddybede B1 således: *"Og der starter man ud med. Hvad er det målene handler om, og hvad er det problemerne består af"* (Bilag B1: 39). Citatet viser at behandlingsprocessen starter med, at den professionelle i starten skal afdække målsætninger og problemer. Derudover fortalte A2, at de har øje på ressourcerne hos borgeren, bl.a. netværk: *"Hvor vi decideret arbejder med barrierer, hvor man anerkender barrierer, men man også kigger på ressourcer, såsom netværk"* (Bilag A2: 28). Selvfølgelig i de to citater viser, hvordan de i denne fase har fokus på omfanget af borgernes problemer, ressourcer samt kortlægningen af, hvilket mål borgeren skal efterfølge. Som beskrevet på side 51, består Reid og Epsteins anden fase af, at socialarbejderen og borgeren i fællesskab kortlægger borgerens problemer, ressourcer og mål. Ud fra denne teoretiske forståelse kan informanternes selvforståelser om behandlingens opstart, forstås ud fra Reid og Epsteins anden fase, fordi de netop har fokus på borgerens problemer, ressourcer og mål. Om alkoholbehandlings næste skridt fortalte A1: *"Der laver vi sådan en behandlingsplan, hvor vi sådan prøver at skitsere, hvad har borgeren fortalt, og hvad kunne vi forestille os, at vi skulle arbejde med (...)"* (Bilag A1: 3). Selvfølgelig i citatet viser, hvordan de udarbejder en plan for behandlingen ud fra, hvad borgeren fortæller. I Reid og Epsteins tredje fase, som beskrevet på side 51, laver socialarbejderen og borgeren et fysisk dokument, som indeholder aftaler om hvilke opgaver borgeren skal udføre, for at nå sine mål. Ud fra denne teoretiske

forståelse kan informantens selvforståelse om næste skridt i behandlingen, forstås som et udtryk for Reid og Epsteins tredje fase, idet de professionelle udarbejder en plan for borgerens forløb. Samtlige informanter fortalte, at de i selve behandlingen, hvor de forsøger at nå behandlingsplanens mål, benytter sig af terapi-metoden *kognitiv adfærdsterapi*, og at de alle er uddannet til at arbejde efter denne metode (Bilag A1: 24; Bilag B2: 52). Som beskrevet på side 5 går Reid og Epsteins fjerde fase ud på at socialarbejderen, og borgeren skal arbejde med handlingsplanens mål. Idet informanterne fortæller, at de anvender kognitiv adfærdsterapi til at arbejde med borgerens mål, kan dette forstås som et udtryk for Reid og Epsteins fjerde fase. For at forstå deres metodiske tilgang yderligere, og dermed hvilke forestillinger det kan fordre om borgeren, vil vi undersøge hvordan de anvender kognitiv adfærdsterapi.

### ***Kognitiv adfærdsterapi***

Kognitiv terapi blev udviklet af Beck, som tog udgangspunkt i en biopsykosocial model. I kognitiv terapi skal behandleren arbejde med den måde 'patienten' opfatter sig selv, hvor behandleren ser efter patientens skemata, leveregler og automatiske tanker som ligger bag patientens adfærd (Jørgensen et al, 2010: 611, 624). Jf. Beck dannes skemata i barndommen og er de kognitive skemaer, hvorigennem vi som mennesker forstår os selv og vores omverden. Levereglerne er handlinger, der hjælper os med at leve med vores skemata. Automatiske tanker er de spontane tanker, der kan opstå ubevidst i bestemte situationer og kan trække os ned. En persons fastlåste tankemønster kan dermed påvirke personens handlinger, og skabe en ond spiral, hvor adfærden udløser reaktioner fra personens omgivelser, der bekræfter personens negative forestillinger (Ibid.: 612). Den kognitive terapi bliver ofte suppleret med adfærdsterapi, hvorfor det også bliver kaldt for kognitiv adfærdsterapi. Fælles for behandlingerne inden for de kognitive modeller er grundtanken om, at man ønsker at ændre tanker, følelser, krop og adfærd. Dette er på baggrund af en problemforståelse om, at mennesket oplever problemer pga. dysfunktionelle kognitive strukturer (Ibid.: 611). Under behandlingen skal 'patienten' udfylde 'skemaer,' som er udviklet for at registrere, hvilke tanker, reaktioner og oplevelser 'patienten' får i bestemte situationer, som skal ændre på deres kognitive strukturer (Ibid.: 611-ff).

Om udførelsen af metoden i praksis ift. borgerne, fortalte B2 bl.a.: “(...) *kognitiv adfærdsterapi er delt op i en helt masse forskellige arbejdsark.(...) Det kan være ark med opgaver omkring deres risikosituationer. Risikosituationer (...) handler om (...) hvor er det at min trang til alkohol bliver triggeret*” (Bilag, B2: 53). Selvfølgelig i citater viser, at de professionelle, forsøger at klarlægge, i hvilke situationer borgerne bruger alkohol. Senere i interviewet fortalte informanten, at arbejdsarkene blev brugt til at klarlægge, hvilke hjemmeopgaver borgerne skulle have: “*Til næste gang vil jeg gerne have, at du sætter dig ned, og bruger den her skabelon i to forskellige situationer, hvor du bliver udfordret*” (Bilag B2: 57). Selvfølgelig i citatet viser, at de giver borgerne hjemmeopgaver for, hvor de skal forsøge, at bruge når de bliver udfordret. Jf. Beck skal ‘patienten’ udfylde skemaer som et led i at forsøge at ændre sine dysfunktionelle kognitive strukturer. Ud fra denne teoretiske forståelse, kan informantens selvforståelse være et udtryk for, at de forsøger at ændre borgernes dysfunktionelle kognitive strukturer, som jf. Beck er årsagen til personens problemer. At de professionelle har fokus på, hvilke situationer borgerne bliver triggeret i, hvormed de skal have opgaver til at deres adfærd i situationer, kan det diskuteres at fokuset er rettet mod individet og dets dysfunktioner, fremfor at have blik på ydre påvirkning.

Ifølge Beck er de centrale redskaber i behandlingen, at behandleren udfordrer ‘patientens’ automatiske tanker, som er de dysfunktionelle tankestrukturer, gennem en dialog teknik. Patienten skal også udføre konkrete ‘adfærdseksperimenter’ for at afprøve, hvordan vedkommende kan ændre sin uhensigtsmæssige adfærd i bestemte situationer (Jørgensen et al., 2010: 611-ff). Da vi spurgte informanterne, hvilken rolle de skulle påtage sig i alkoholbehandlingen, fortalte A2: “*Og også få hjulpet med at organisere, hvad er det egentlige mine, borgerens højrisiko situationer. Hvad kunne alternative strategier være (...). Og virkelig være god og spørgende*” (Bilag A2: 23). Selvfølgelig i citatet illustrerer, at de professionelle skal give borgerne alternative strategier til at håndtere højrisiko situationer. Med en teoretisk forståelse fra Becks kognitive terapi, hvor behandleren skal udfordre patientens automatiske tanker, kan selvforståelsen være et udtryk for, at de arbejder ud fra denne tankegang, da de muligvis forsøger at udfordre borgernes tankemønstre for at komme frem til en alternativ tænkning omkring situationen. På baggrund af det faktum, at de arbejder



med at give borgerne alternative strategier, kan det diskuteres, om det muligvis er fordi de har en forestilling om at alle borgere har håb og mulighed for at ændre deres alkoholforbrug. Denne ændring kan ske ved, at borgerne skal tillære sig nye strategier. For at vi kan få en mere nuanceret forståelse af, hvad det kræver af borgerne, at de arbejder ud fra kognitiv adfærdsterapi, vil vi undersøge nærmere, hvilke ressourcer der er nødvendige for borgerne at besidde for at få et succesfuldt behandlingsforløb.

### ***Borgernes ressourcer***

Da vi spurgte de professionelle, hvilke ressourcer borgerne typisk skulle besidde for, at borgerne har de bedste muligheder for at komme i mål med behandlingen, kom de med forskellige ressourcer, de vurderede som vigtige. F.eks. fortalte A2: *”Noget som i hvert fald er afgørende er, hvor meget netværk har man”* (Bilag A2: 33).

Informantens selvforståelse om, at netværk er en afgørende faktor, var noget som de alle fortalte. Som vi beskrev i starten af afsnit 4.4. på side 51 har det læringsteoretiske perspektiv fokus på, at borgernes omgivelser har betydning for indlæringen af adfærd. Ud fra denne teoretiske forståelse, kan informantens selvforståelse være et udtryk for, at der er fokus på borgerens netværk, fordi adfærd læres gennem omgivelserne.

En anden ressource som de påpegede som vigtig at besidde, blev beskrevet af B2 som: *”Motivation er en kæmpe faktor. Altså motivation for sin egen skyld, og ikke for at andre forventer noget af en. Noget gå på mod og noget styrke”* (Bilag B2: 61).

Samtlige informanter fortalte os, at borgerens motivation var essentiel for behandlingen, og at de benytter *den motiverende samtale (MI)* som en fast del af den indledende fase i borgernes behandlingsforløb (Bilag A1: 9). MI er en metode, som blev udviklet af Stephen Rollnick og William R. Miller, der selv har beskrevet deres teknik som en klientcentreret tilgang, der fremkalder adfærdsforandring ved, at behandleren hjælper klienten til at udforske og løse sin ambivalens mod forandringen (Levensky et al., 2007: 51). Ved det læringsteoretiske perspektiv, arbejder indsatsen målrettet, og udgangspunktet skal være, at borgeren anerkender problemet, og giver tydeligt udtryk for, at ville arbejde med ændringen af det (Hutchinson & Olstedal, 2006: 166). MI kan derfor forstås som en metode inden for det læringsteoretiske

perspektiv, idet metoden, gennem motivation, fokuserer på, at ændre en problematisk adfærd. Om MI fortalte bl.a. en informant:

*”Men hvis der er i høj grad ambivalens hos den pågældende, så kan det være svært at ’commit’ (...), så bliver vi nødt til at starte på en anden måde, sådan metodisk ved hjælp af bl.a. den motiverende samtale, for at prøve, at komme og finde ud af (...) Hvad kunne trække i retning af, at man ønsker at skabe en forandringer” (Bilag A2: 22).*

I denne selvforståelse bliver det store fokus på motivation begrundet med, at denne komponent kan være vigtig, når en person skal skabe forandringer. Jf. Rollnick og Miller arbejder MI med klientens ambivalens mod forandringen. Ud fra denne teoretiske forståelse kan det tyde på, at informanten arbejder med MI for at løse borgernes ambivalens, således at det bliver muligt at arbejde målrettet med problemet i behandlingen. Det kan således være et udtryk for, at borgeren skal arbejde på sin motivation for at få et succesfuldt behandlingsforløb.

De kognitive behandlingsmetoder stiller høje krav til borgerne der modtager behandlingen. F.eks. skal borgerne være i stand til at arbejde med metoden på egen hånd, når de får hjemmeopgaverne for, og arbejde med deres tænkning som kræver en vis refleksionsevne (Jørgensen et al., 2010: 615). En tredje ressource som behandlingen fordrer, er derfor at borgerne har en høj refleksionsevne, eftersom at de skal arbejde med at ændre tankemønstre og arbejde selvstændigt med hjemmeopgaver. Om refleksionsevnen fortalte bl.a. B1: *“Selvfølgelig er der det der med, at de skal kunne reflektere, og kunne gøre brug af den kognitive behandlingsdel, men ellers er det også op til os, at være mere konkrete”* (Bilag B1: 51). I denne selvforståelse lagde informanten vægt på, at borgerne skulle besidde nogle kognitive evner for, at de kunne gøre brug af den kognitive behandling. Med Becks teoretiske forståelse om nødvendigheden af en kognitiv refleksionsevne i kognitiv terapi, kan informantens selvforståelse tyde på, at de ser det som nødvendigt, at borgerne har en højt refleksionsevne, for at få en succesfuld behandling, idet B1 lagde vægt på de kognitive evner. Endvidere fortalte B1 også om de kognitive ressourcer:

*”Altså de har gode kognitive ressourcer, de kan reflektere. (...) At den gruppe, har vi let ved at hjælpe fordi, de forstår, hvad det er vi siger. Hvor den tunge gruppe skal have det meget konkret, for at gå hjem og lave forandring. Altså dem der er lidt socialt belastet eller dem i flexgruppen eller dem der er dårligt begavet. De mangler de ressourcer” (Bilag B1: 50).*

I selvforståelsen i citatet påpeger B1 ligeledes, at der er en ‘tung gruppe’, som mangler den tilstrækkelige mængde af denne ressource, og dermed har svært ved at lave de forandringer, som behandlingen forudsætter, og at der er en anden gruppe, som har en højere refleksionsevne og kan forstå det som den professionelle sagde. Som analyseret i afsnit 4.2. på side 40-41 inddeler de professionelle borgerne i to grupper, hvor ‘sårbarhedsgruppen’ blev beskrevet som nogen der havde socioøkonomiske belastninger. Dermed kan selvforståelsen i citatet, som omhandler en ‘tung gruppe’, der er ‘socialt belastet’, forstås som den tidligere nævnte ‘sårbarhedsgruppe’. Det kan derfor diskuteres, om ‘sårbarhedsgruppen’ kan karakteriseres som resourcesvage, mens ‘nydelsesmenneskerne’ kan karakteriseres som resourcestærke, da det bl.a. bliver beskrevet som nogle der har kognitive ressourcer til at reflektere, som behandlingen bl.a. kræver. I forlængelse heraf kan det diskuteres, om ‘nydelsesmenneskerne’ derfor muligvis har større chancer for en vellykket behandling, da det kunne tyde på, at de har nødvendige ressourcer.

Selvom nogle af borgerne ikke besad de nødvendige ressourcer for at gennemføre behandlingen, fortalte informanterne omkring de tiltag, de brugte for at komme uden om dette. Bl.a. fortalte B1 i sidst fremhævet citat, at de ved den tunge gruppe var mere konkret ift. forandringerne. Ydermere fortalte de, at de f.eks. justerer på målene for behandlingen, hvis borgeren mangler mange ressourcer. Med justering af målene menes der, at frem for et mål om ædruelighed så bliver det et mål om f.eks. skadesreduktion. F.eks. fortalte B1 således: *“Så selvom de skal være afholdende i fase to, så skal dem i flexbehandlingen ikke, fordi der er nogen, der er så syge, at de så ikke kan være i vores hus. (...) Det er der vi laver skadesreduktion”* (Bilag B1: 42). Som nævnt i analysen på side 49, kan det tyde på, at alkoholbehandlingen kan forstås ud fra Andersens teoretiske perspektiv om medborgerskab, hvor borgerne muligvis har rettighed til støtte fra staten. Ud fra denne teoretiske forståelse kan det

diskuteres, at årsagen til, at de professionelle skal være mere konkrete i behandlingen samt ændre på målene for behandlingen, muligvis er baseret på, at alkoholbehandlingen er en rettighed, som borgerne har, og hvor det er statens pligt at hjælpe dem til, at de kan få en succesfuld alkoholbehandling. Hvor alle har juridisk ret til behandling trods, at nogen ikke besidder de nødvendige ressourcer.

Vores informanter kom dog med eksempler på, at de nogle gange var nødt til at afslutte alkoholbehandlingen for nogle borgere: *“De skal enten udskrives efter fase et, fordi vi har nogle, der bliver nødt til at blive udskrevet, fordi de, ikke vil være med til totalt ophør i en periode”* (Bilag B1: 42). Det kunne tyde på, at nogle borgere, som ikke magter at indordne sig under de nødvendige socialfaglige metoder, er svære at hjælpe. Som vi nævnte på side 49, ifm. Andersens medborgerskabsperspektiv eksisterer der altid nogle normative pligter til ens rettigheder, bl.a. pligten om at være en aktiv medborger. Ud fra denne teoretiske forståelse om pligter, kan det diskuteres, om det at de professionelle nogle gange er nødsaget til at stoppe behandlingen, kan være en konsekvens af, at de ikke oplever, at borgerne lever op til deres pligter. Hertil kan det diskuteres, om den normativ pligt, f.eks. kunne være at borgerne skal være ædru i en given periode, for at modtage behandling. Et andet aspekt af hvorfor nogle borgere bliver afsluttet, kan diskuteres i lyset af Järvinen og Mik-Meyers klientiseringsperspektiv. Som vi beskrev i problemfeltet på side 13, bliver borgere anset for at være usamarbejdsvillig, hvis deres ønsker, mål og behov ikke stemte overens med måden, hvorpå institutionen løste problemerne på (Järvinen & Mik-Meyer, 2004: 19). Det kan derfor diskuteres, om udskrivelsen af nogle borgere, muligvis sker fordi borgerne ikke passer ind i de problemforståelser og hjælpemuligheder, som institutionen råder over, og dermed muligvis ikke opfylder måden alkoholbehandlingen bliver afviklet på i vores to cases.

I dette afsnit har vi analyseret og diskuteret alkoholbehandlingens socialfaglige metoder, herunder hvilke ressourcer behandlingen kræver, hvorved vi har anvendt teorier indenfor det læringsteoretiske perspektiv. Vi finder det relevant at reflektere over, hvad vores valg det læringsteoretiske perspektiv, herunder den opgaveorienterede tilgang og kognitiv adfærdsterapi, har betydet for vores analytiske blik. Den læringsteoretiske ramme i analyserne, har bl.a. betydet at vi har haft fokus

på, hvordan de professionelle har fokus på borgerens adfærd, og måderne de arbejder på at lære borgeren en ny adfærd. Dermed har vi ikke fremhævet det data vi har, der omhandler de professionelles udtalelser om af vigtigheden af relationen med borgeren.

### ***Det systemteoretiske perspektiv***

Det systemteoretiske perspektiv er endnu en teoretisk tradition indenfor social arbejde, ligesom det læringsteoretiske. Det er ofte muligt at identificere elementer fra flere af de teoretiske traditioner i de sociale indsatser, idet traditionerne er idealtypiske (Uggerhøj, 2008: 48). Sociale indsatser vil derfor oftest have en eklektisk tilgang, hvor den veksler mellem de forskellige perspektiver, for at den professionelle kan tackle de udfordringer, der kan opstå i praksis (op.cit.). Ifm. kodningen af vores data, fandt vi eksempler på, at de professionelle skulle varetage bestemte arbejdsopgaver og roller, som det læringsteoretiske perspektiv ikke kunne hjælpe os med at forstå. Vi vil derfor, i nedenstående analyse benytte det *systemteoretiske perspektiv* til at forstå, hvordan disse arbejdsopgaver og roller påvirker, de professionelles forestillinger om borgerne.

Det systemteoretiske perspektiv består af forskellige retninger af systemteori, men alligevel kan det siges, at perspektivet har nogle fælles træk. Perspektivets udgangspunkt er f.eks. en tankegang om, at borgeren tilhører flere forskellige systemer, og at socialarbejderen arbejder med de forskellige sociale systemer, som borgeren er en del af, f.eks. familien, vennerne, skolen osv. Socialarbejderen har dermed et helhedsorienteret blik, hvor det er en central opgave for socialarbejderen at indfange de forskellige dele, med fokus på at skabe ligevægt hos borgeren (Hutchinson & Oltedal, 2006: 239-ff; Uggerhøj, 2008: 50). Perspektivet har rødder i funktionalistiske og strukturfunktionalistiske teorier fra bl.a. Talcott Parsons handleteori om sociale systemer, der har for øje at bestemte funktioner opretholder samfundet og individerne (Hutchinson & Oltedal, 2006: 232- ff). Det var Parsons ambition, at hans handleteori skulle være helhedsorienteret, og kunne indfange forholdet mellem samfundet og individet. Ifølge Parsons teori opnår vi viden om, hvordan et individ eller et samfund formes, ved at undersøge de forskellige systemer, samt helheden som systemerne indgår i (Ibid.: 243). Arbejdet for socialarbejderen

bliver at styrke og ændre balancen mellem borgeren og de sociale systemer, som borgeren er en del af, ved at forstå at borgeren er en del af en kompleks kontekst (Ibid.: 232, 283-284). A2 svarede således på, hvad hun/han mente var vigtigt, for at borgeren lykkes med sin behandling:

*“(...) netværk er vigtigt, at man er i god kontakt, også med aktører, såsom sundhedsvæsenet. Og psykiatri, og egen læge, hvis der er de ting i spil. (...) og at fagfolk får lavet nogle gode planer. (...) Så man ligesom får arbejdet helhedsorienteret med borgerens problematikker” (Bilag A2: 35).*

Informantens selvforståelse beskriver indledningsvis, at det er vigtigt, at borgeren har et netværk, for at lykkes med alkoholbehandlingen. Som analyseret på side 55, var netværk én af de nødvendige ressourcer for behandlingen. Selvforståelsen i citatet viser yderligere at en helhedsorienteret indsats med andre fagfolk er vigtig. Jf. Parsons handleteori, regnes individet for at være en del af flere forskellige sociale systemer, som udgør individets komplekse situation. Ud fra denne teoretiske forståelse, kan det tyde på at informantens selvforståelse er et udtryk for, at de forsøger at inddrage borgerens forskellige sociale systemer, som bl.a. netværk, læge og psykiatrien i et forsøget på at lave en helhedsorienteret indsats omkring borgerens problematik. Vedr. den professionelles rolle i behandlingen, fortalte alle informanter ligeledes, at de bl.a. havde en rolle, som de beskrev som ‘koordinerende’ Bl.a. fortalte A1:

*“Vi oplever i hvert fald ofte at have sådan en koordinerende funktion ind i sådan et behandlingsforløb, (...)Så det handler ikke kun om behandlingen, som foregår i rummet med mange af borgerne, men også alt det der ligger uden om, som indgår i et behandlingsforløb” (Bilag A1: 5).*

Citatet viser, at de ofte har en koordinerende rolle, fordi borgerne har mange ting, der foregår uden om behandlingsrummet. Som nævnt skal socialarbejderen i systemteori forsøge at skabe at skabe ligevægt ved at styrke og ændre balancen mellem borgeren og de sociale systemer, som borgeren er en del af. Ud fra denne teoretiske forståelse kan informantens selvforståelse, forstås som om, at den professionelle forsøger at

skabe en balance mellem borgeren og de sociale systemer, ved at være koordinerende. Det kan være på baggrund af, at informanten forstår, at det der ligger uden for behandlingsforløbet, kan ses som borgerens sociale systemer, som bidrager til borgerens komplekse situation.

I kapitlets afsnit 4.2, analyserede vi, at det kunne tyde på, at de professionelle inddelte deres borgere i to grupper, hvor én af kendetegnene ved 'nydelsesmenneskerne' var, at de havde alkoholen som deres eneste problem. Det modsatte gjorde sig gældende for 'sårbarhedsgruppen', hvor alkoholen ofte kun var én af mange problemer. I forlængelse af denne forståelse, kan det diskuteres, om de kun arbejder helhedsorienteret ud fra et systemteoretiske perspektiv, når det drejer sig om borgerne i 'sårbarhedsgruppen', idet denne gruppe muligvis har andre problemer, som gør, at det kræver inddragelse af flere aktører. De gav ikke udtryk for, at de arbejdede koordinerende med 'nydelsesmenneskerne'. Forståelsen om, at 'sårbarhedsgruppen' muligvis kræver en koordinerende indsats, kan muligvis også fremgå i dette citat fra A1: *"Det er stadigvæk den sværeste gruppe at arbejde med. (...) Fordi de er så multi belastede. (...) at jeg ligesom fik sat gang i alle de andre omkring mig også. Så vi kunne løfte opgaven sammen. Fordi det kræver det"* (Bilag A1: 19). Citatet karakteriserer 'sårbarhedsgruppen' som 'den sværeste gruppe' og som 'multi belastede', hvor den professionelle samarbejder med andre relevante aktører, for at kunne løfte opgaven. Dog viser A1 også, at det er muligt at lykkes med 'sårbarhedsgruppen', når de iværksætter den helhedsorienterede indsats.

Som vi beskrev i kapitel 2, *Problemfelt*, på side 11-12, kan der opstå en diskrepans mellem, hvad der forventes af borgere i rusmiddelbehandling i relation til, hvordan de beskrives. Vi vil derfor undersøge, hvad der 'sker' med de borgere, som muligvis ikke opfylder det, der forventes af dem. Ud fra ovenstående analyse, har vi analyseret, at de laver en koordinerende indsats overfor 'sårbarhedsgruppen', fordi de mangler de ressourcer, indsatsen forventer af dem. Det at de professionelle er mere styrende i deres rolle i behandling kan diskuteres, om det er et forsøg på at kompensere for 'sårbarhedsgruppens' manglende ressourcer. Det kan derfor tyde på, at der er en diskrepans mellem forventningerne til borgerne og beskrivelserne af dem. Herudover

kan det, at de har øje for borgernes ressourcer, muligvis være på baggrund af deres forestillinger om borgerne er at de er en del af flere sociale systemer.

For at nuancere distinktionen mellem, hvem de vurderer, der har behov for en koordinerende indsats, og hvem der ikke har, inddrager vi Cecilie Moesby-Jensen og Tommy Moesby-Jensens videnskabelige arbejde ”*Om kategorisering og symbolsk magtudøvelse i socialt arbejde*” (2016). Jf. Moesby-Jensen og Moesby-Jensen, bliver der i det sociale arbejde differentieret mellem ressourcestærke og resourcesvage borgere, hvorved en social indsats nemt og hurtigt kan blive tilrettelagt efter denne kategorisering. Denne form for kategorisering kan skabe et for simpelt og ensidigt billede, hvor reelle udfordringer hos borgerne ikke registreres, som dermed mister den rette støtte og hjælp. Dermed kan der opstå en ulighed for loven (Moesby-Jensen & Moesby-Jensen, 2016: 389, 391). I lyset af Moesby-Jensen og Moesby-Jensens videnskabelige arbejde, kan det diskuteres, om kategoriseringen af ’nydelsesmenneskerne’ og ’sårbarhedsgruppen’ skaber ulighed, idet ’nydelsesmenneskerne’ bliver muligvis anset for at have flere ressource end ’sårbarhedsgruppen’. Der kan dermed være risiko for, at de tilrettelægger indsatsen iht. borgerens formodede ressourcer. Denne differentiering kan afføde en manglende nuancering af borgerne, og dermed en ulighed for loven. Det er op til diskussion, hvorvidt kategoriseringen og mulig manglende nuancering er et reelt problem for borgere i ambulant alkoholbehandling. Det kan dog afstedkomme forskelle i alkoholbehandlingen, og en undervurdering af ’nydelsesmenneskernes’ reelle behov for hjælp, idet der ikke bliver iværksat en koordinerende indsats over for dem. Som Moesby-Jensen og Moesby-Jensen påpeger, kan det være nødvendigt, at de professionelle stiller spørgsmålstejn ved deres kategorisering ift. om den tillader den rette hjælp og nuancering af borgerne (Ibid.: 392). I problemfeltet beskrev vi, hvordan der i forskningen har været eksempler på, hvordan der er lavet forskelsbehandling på baggrund af en stigmatisering af borgere. Herudover også at såkaldte ressourcestærke borgere inden for rusmiddelsbehandling fik tildelt de mest omfattende tilbud, fordi de blev vurderet til at have størst chance for succes (Järvinen, 2012: 46-48; Kappel, 2015: 51-ff). Ud fra vores empiri, kunne det tyde på, at det omvendte fandt sted, da det er de såkaldte resourcesvage borgere (’sårbarhedsgruppen’), der får tildelt de mest omfattende tilbud.



I dette afsnit har vi analyseret de professionelles koordinerende arbejde ud fra Parsons handleteori om sociale systemer, herunder om det helhedsorienteret blik. Vi finder det derfor relevant at reflektere over, hvad vores teorivalg har haft af betydning for vores analytiske blik. At vi har haft dette helhedsorienteret blik, har betydet, at vi havde øje for, at alle er en del af sociale systemer, hvorfor vi derfor også inddrog Moesby-Jensen og Moesby-Jensens perspektiv. Hvor vi satte spørgsmålstegn ved, om der muligvis skete en ulighed i de to borgergrupper.

#### 4.5. ANDEN DEL: DET ORGANISATORISKE PERSPEKTIV

I anden del af analysen vil vi gå i dybden med den del af problemformulering<sup>10</sup>, der handler om ledernes forestillinger om borgerne, hvorfor vi undersøger *Det organisatoriske perspektiv*. Til dette vil vi inddrage vores to sidste fokuspunkter, som blev præsenteret i problemfeltet: 3) *Hvordan er de professionelles sociale dømmekraft?* Som vi beskrev i kapitel 2, *Problemfelt*, inddrager vi dette fokuspunkt, fordi vi har en forforståelse om, at det er nødvendigt at undersøge de professionelles sociale dømmekraft, for at forstå de professionelles forestillinger, i en organisatorisk kontekst. Til at undersøge dette fokuspunkt vil vi inddrage vores tre første kodet temaer fra lederne om *problemforståelse, alkoholbehandling og beskrivelse af gruppen*. 4) *Hvordan bliver de professionelle rent organisatorisk styret og kontrollere?* Dette fokuspunkt har vi valgt at inddrage for at forstå, hvordan lederne har en indvirkning på, hvilke problemforståelser og socialfaglige metoder, de professionelle arbejder ud fra. Det fjerde fokuspunkt vil vi undersøge med vores fjerde kodede tema fra ledernes interview, *organisatorisk styring*. Disse to fokuspunkter skal hjælpe os med at forstå den organisatoriske indvirkning af de professionelles forestillinger om borgerne.

---

<sup>10</sup> Se problemformulering på side 15

## 4.6. DE PROFESSIONELLES SOCIALE DØMMEKRAFT

I dette afsnit vil vi undersøge vores tredje fokuspunkt om, hvordan deres sociale dømmekraft er. Det vil vi gøre ud fra vores tre første temaer fra ledernes interview, *problemforståelse*, *alkoholbehandling* og *beskrivelse af målgruppen*, som vi sætter sammen med vores fund fra den første del af analysen. Det vil vi gøre ud fra dømmekraftsteorien, som er Høilund og Juuls normative teori om, hvordan professionelle i socialt arbejde i praksis bør handle og dømme i konkrete situationer. Menneskers dømmekraft kan forstås som en regulativ idé, der bliver vejledende for, hvordan vi handler i bestemte situationer og kontekster (Høilund & Juul, 2009: 9, 70-71). Når vi i dette afsnit henviser til enten *handler*, *dømmer* eller *dømmekraft* er det, ud fra en teoretisk forståelse fra Høilund og Juul, synonymer for hinanden, hvorfor vi i afsnittet vil veksle mellem begreberne. På trods af, at Høilund og Juuls dømmekraftsteori er en normativ teori, baseret på Alex Honneths kritiske anerkendelsesteori. Honneths tager udgangspunkt i tre former for anerkendelse, som er normative forestillinger om det gode liv: Den *følelsesmæssige*, *retlige* og *sociale* anerkendelse. Tilhørende de tre former for anerkendelse, er der ligeledes tre former for krænkelse, som kan nedbryde individers selvtillid og selvstændighed (Ibid.: 25-ff). Kritisk teori er som udgangspunkt kritisk overfor de tilstande man undersøger, idet de ønsker at afsløre magtforhold og undertrykkelse. Derfor skal man ikke kun beskrive den sociale verden, men aktivt bidrage til at hævde, hvordan den bør være. Kritisk teori er derfor med til at udvikling af samfundet, og bidrage til retfærdighed (Sørensen, 2010). Vi vil dog ikke analysere eller diskutere, hvorvidt de dømmer, som de burde gøre i praksis. Tværtimod har dette afsnit til formål at forstå den organisatoriske og institutionelle ramme, som de arbejder i, og hvordan lederen i organisationen medvirker til at sætte rammen. Dømmekraftsteorien og dertilhørende perspektiver vil løbende blive konkretiseret ift. anvendeligheden i dette afsnit.

Socialarbejderen bliver ofte opfattet i det sociale arbejde som 'hjælperen', som handler ud fra sin gode vilje. Socialarbejderen handler ikke kun ud fra sit eget univers, men i sammenspil med den institutionelle ramme, hvor bl.a. socialarbejderen er underlagt magt og økonomisk rationalitet (Høilund & Juul, 2009:

63). Høilund og Juul differentierer mellem tre forskellige former for dømmekraft: *Den personlige-, institutionelle- og sociale dømmekraft*. Begreberne vil i præsentationen fremstå som åbne og ikke kontekstafhængige, så vi i vores analyse vil kunne anvende dem til at forstå forhold og kontekster, som vores indsamlede empiri viser, at de befinder sig i, og dømmer ud fra.

Når socialarbejderen i praksis møder borgerne, opstår og forvalter socialarbejderen 'den sociale dømmekraft' (Ibid.: 69). Den sociale dømmekraft består af "(...) *borgerens livshistorie, drømme og visioner og socialarbejderens livserfaringer, socialfaglige indsigter og retlige forhold (...) de vidensformer, som er en følge af, at det sociale arbejde foregår i en institutionel sammenhæng*" (op.cit.). Den sociale dømmekraft er dermed en balancegang mellem elementer fra den institutionelle- og personlige dømmekraft samt mødet med de enkelte borgere (Ibid.: 69-70). I første del af vores analyse, *Mødet med borgerne*, analyserede og diskuterede vi måder, hvorpå socialarbejderen handler i mødet med borgeren i alkoholbehandlingen. Som beskrevet i kapitel 3 på side 32, har vi ikke observeret de konkrete møder i praksis mellem de professionelle og borgerne. Vi har derimod indfanget informanternes holdninger og opfattelser af, hvad der sker eller bør ske i praksis, herunder bl.a. de professionelles problemforståelse af borgernes sociale problem, ordvalget om dem, samt måden hvorpå de forsøger at løse borgernes sociale problem. Som beskrevet foregår den sociale dømmekraft i mødet mellem socialarbejderen og borgerne. Ud fra denne teoretiske forståelse, kan vores første del af analysen ses som et udtryk for de professionelles sociale dømmekraft, fordi vi i denne del har forsøgt at indfange de professionelles holdninger og opfattelser om, hvad der sker eller bør ske i praksis. For at forstå, hvilke dele af de professionelles sociale dømmekraft der er forankret i den institutionelle - og personlige dømmekraft - vil vi i de to næstkommende afsnit undersøge disse to dømmekraft former nærmere.

### ***Den institutionelle dømmekraft***

Når en socialarbejder bliver ansat i en organisation bliver hun/han påvirket af den socialisering, der finder sted i organisationen (Ibid.: 68-69). Denne socialisering kan anskues som tilegnelsen af 'den institutionelle dømmekraft', som "(...) *udgør en slags faglig-moralsk kode for, hvorledes socialarbejderen bør handle over for borgeren*"

(Ibid.: 69). Den professionelle er henvist til at gøre brug af bestemte perspektiver, som rummer bestemte måder at anskue borgerne på, som samtidig indeholder blinde punkter overfor borgeren. De bestemte perspektiver fastholder dermed socialarbejderen i brugen af et bestemt sprog (Ibid.: 70). Den institutionelle dømmekraft kommer til udtryk ved, at den professionelle henviser og trækker på en dominerende indsigt og viden om sociale problemer samt adækvate løsninger af disse, og dermed har internaliseret institutionens fremherskende normer og forståelser. Den institutionelle dømmekraft handler om organisationens kultur, ift. arbejdsgange, vaner og rutiner, og dermed de tankesæt, som præger en organisation i en bestemt retning. Ofte er socialarbejderen ikke bevidst om, at hun/han opfatter 'det gode liv' på baggrund af fremherskende ideer og vidensformer. Dermed skal socialarbejderen balancere mellem at handle ud fra, hvad der er bedst for borgeren, om borgeren har hjemmel i at få hjælp rent lovgivningsmæssigt og forholde sig til institutionens praksis (Ibid.: 96). For at forstå den institutionelle dømmekraft, vil vi undersøge, hvordan de professionelles ledere forstår borgernes sociale problem samt dertilhørende adækvate løsninger, da vi har en forforståelse om, at de er garant for den institutionelle forståelse, der eksisterer i de to cases. Endvidere valgte vi at inddrage lederne, grundet de, jf. Uggerhøj, har indflydelse på bestemte former for praksisser, metoder og standarder som de professionelle skal arbejde ud fra (Uggerhøj, 2008: 46).

Da vi bad lederne om at beskrive deres målgruppes problem, sagde Leder B bl.a. således: *"Og nogle finder jo også ud ad hen ad vejen, at det virker jo ret godt alkohol. Hvis man på nogen måder ikke har det ret godt, og bliver afhængig af den virkning"* (Bilag Leder B: 83). Leder A sagde således: *"(...) det er en strategi, man bruger til at håndtere svære ting i sit liv"* (Bilag Leder A: 71). Derudover sagde lederne også at alkoholproblemet kunne være genetisk disponeret, betinget af opvækst samt de sociale grupperinger man er kommet i, og at alkoholen er en stor del af vores kultur ift. måder vi er sammen på (Leder A: 70; Leder B: 83). Ledernes selvforståelser peger på, at borgerne bruger alkoholen som en strategi til at håndtere svære ting, fordi alkoholen giver den virkning, de søger samt at det kan være påvirket af genetik, miljø og opvækst og den danske alkoholkultur. Som beskrevet kommer den institutionelle dømmekraft bl.a. til udtryk ved, bestemte normative forståelser

om sociale problemer, som bl.a. udgør organisationens tankesæt. Ud fra denne teoretiske forståelse kan lederne selvforståelse være et udtryk for den normative institutionelle forståelse af, hvordan organisationerne forstår borgernes sociale problem, fordi lederne rent teoretiske repræsenterer organisationens normative tankesæt. I analysens første del, *Mødet med borgerne*, analyserede vi, at det kunne tyde på at de professionelle forstod borgernes sociale problem, som nogle der håndterede deres livssituationer på en uhensigtsmæssig måde. Som vi beskrev, er den institutionelle dømmekraft den socialisering, der er fundet sted af socialarbejderen, hvormed hun/han har internaliseret institutionens fremherskende normer og forståelser. Ud fra denne teoretiske forståelse kan det, at både lederne og de professionelle forstår borgerens problem som en strategi/adfærd, de bruger til at håndtere svære ting i livet, være et udtryk for en dømmekraft, der er forankret i en institutionel forståelse. Vi fandt dog ikke eksempler i vores empiri, på at de professionelle, forstod borgernes problem ud fra hverken en genetisk, miljø/opvækst eller kulturel forståelse, som var tilfældet ved lederne.

Ydermere fortalte lederne omkring deres forståelse af målgruppen: *"(...) vi har jo en målgruppe som er svær, som er socialt udsat (...), som har mange forskellige problemstillinger, som vi skal forsøge at navigere i. Og så har vi dem, hvor det er alkoholproblemstillingen, der er den største (...)"* (Bilag Leder A: 71). Leder B beskrev ligeledes den førstnævnte gruppe fra ovenstående citat, i sin beskrivelse af borgerne: *"(...) de udover alkohol har helt tydeligvis ved indskrivningen yderligere belastninger end alkohol"* (Bilag Leder B: 79). Selvforståelserne i citater viser at lederne deler borgerne op i to grupper: Én gruppe hvor alkoholen er deres største problem, og en anden gruppe hvor alkoholen er ét ud af mange problemer, og hvor de også betegnes som socialt udsatte. Som vi beskrev på side 66, rummer den institutionelle forståelse nogle bestemte måder, at anskue borgerne på, som kommer til i et organisatorisk sprog. Ud fra denne teoretiske forståelse, kan det tyde på, at lederne opdeling af borgerne i to grupper ift. om alkoholen er deres største problem eller et problem ud af mange, kan være et udtryk for den institutionelle måde at anskue borgerne på, fordi lederne kan repræsenterer organisationens sprog. I analysens første del, *Mødet med borgerne*, analyserede vi, at de professionelle forstod deres borgergruppe som opdelt i to overordnede grupper:

‘Nydelsesmenneskerne’ og ‘sårbarhedsgruppen’. Kendetegnene ved ‘nydelsesmenneskerne’ var bl.a. at alkoholen var deres største problem, de var mere ressourcestærke og dermed blev anset som ‘nemmere’ at behandle. ‘Sårbarhedsgruppen’ blev bl.a. kendetegnet ved at alkoholen var en af mange problemstillinger og kunne også mangle de nødvendige ressourcer til den alm. behandling. Som vi beskrev i teori præsentation af den institutionelle dømmekraft, er den institutionelle dømmekraft den socialisering der er fundet sted hos socialarbejderen, så hun/han, handler i overensstemmelse med, hvad hun/han bør gøre. Ud fra denne teoretiske forståelse kan det, at både lederne og de professionelle opdeler borgerne i to grupper være et udtryk for, en dømmekraft der er forankret i en institutionel forståelse. Som vi nævnte i afsnit 4.2. på side 39, kan kategoriseringer, jf. Goffman, forstås som sociale spilleregler, der gør os i stand til at forholde os til mennesker, vi møder i hverdagen, uden særlig megen refleksion over, hvem de er. Ud fra denne teoretiske forståelse kan det diskuteres, om det at de mulige institutionelle opdelinger af borgerne i to grupper, gør at de professionelle, har svært ved at forholde sig til dem som unikke individer, idet at vi mennesker, jf. Goffman, laver disse kategorier i hverdagslivet.

Slutvis lagde begge ledere vægt på, at de professionelle skulle arbejde inden for den kognitive referenceramme: *”(...) til at vi har valgt MI og kognitiv terapi, som er det, hele vores behandling bygger på, det er det, der sådan umiddelbart har bedst evidens.”* (Bilag Leder A: 66). Leder B beskrev ligeledes hendes/hans begrundelse for at arbejde med den kognitive referenceramme, da hun/han fortalte om, den ‘gamle’ tilgang der eksisterede i alkoholbehandlingen:

*”(...) behandlingen var rigtig meget drevet af, hvad hver enkelt behandler sad og synes og mente. (...) borgere var, (...) indskrevet i flere år, og man tog det som en del af behandlingen, at de havde mega mange tilbagefald. (...) Og det gav slet ikke mening for mig, især når der lå så meget evidens og godt materiale, som var topprøvet rundt omkring i verden”* (Bilag Leder B: 76).

Begge lederes selvforståelser beskriver, at de arbejder ud fra MI og kognitiv terapi, som socialfaglige metoder. Hertil lægger de vægt på, at der er evidens for disse

tilgange. Som vi beskrev, kommer den institutionelle dømmekraft bl.a. til udtryk ved bestemte normative forståelse omkring adækvate løsninger af sociale problemer. Ud fra denne teoretiske forståelse kan informanternes selvforståelse være et udtryk for, hvilke adækvate løsninger der er af borgernes sociale problem, da de fremhævede MI og kognitiv terapi, som de socialfaglige metoder, de professionelle skulle arbejde indenfor. I analysens første del, *mødet med borgeren*, analyserede vi, at det kunne tyde på at måden, hvorpå de professionelle løste borgernes problemer, var ved at benytte MI og kognitiv adfærdsterapi. Ud fra ovenstående analyse kan det tyde på, at lederne også henviser til, at de professionelle skal arbejde ud fra disse socialfaglige metoder. Som vi beskrev, er den institutionelle dømmekraft den socialisering der er fundet sted hos socialarbejderen, så hun/han, handler i overensstemmelse med organisationens tankesæt. Ud fra denne teoretiske forståelse kan det, at både lederne og de professionelle lagde vægt på MI og kognitiv adfærdsterapi som socialfaglige metoder, være et udtryk for, en dømmekraft der er forankret i en institutionel forståelse. Som det også fremgik i vores analyse med de professionelle lagde de vægt på, at de skulle have en koordinerende funktion i deres arbejde med 'sårbarhedsgruppen'. En koordinerende funktion, var ikke noget, som lederne lagde vægt på, at det skulle være en stor del af de professionelles arbejde.

### ***Den personlige dømmekraft***

Den professionelle handler ikke alene i overensstemmelse med systemets dømmekraft (Høilund & Juul, 2009: 96). Som vi nævnte på side 65, kan den sociale dømmekraft også have elementer fra 'den personlige dømmekraft'. Den personlige dømmekraft tager sig ud som vurderinger, stillingtagen og anskuelser, som er baseret på arv og miljø, f.eks. uddannelse, livserfaring mm. og danner udgangspunkt for måden, hvorpå vi betragter verden. I de fleste tilfælde er det ikke den personlige dømmekraft, der danner grundlag for socialarbejdernes dømmekraft, idet socialarbejderen både er påvirket af samfundsmæssige og institutionelle vilkår. Socialarbejderen er ikke 'herre i eget hus', og handler derfor ofte i overensstemmelse med de regler og praktikker, som er gældende i organisationen (Ibid.: 68-69). Som vi beskrev i afsnit 4.4. på side 61 lagde de professionelle vægt på at lave koordinerende arbejde, når de omhandlede borgere i 'sårbarhedsgruppen' da vi spurgte dem om, hvilken arbejdsopgave de skulle varetage. Vægtningen af det koordinerende arbejde,

var som nævnt i ovenstående afsnit, ikke var noget lederne fortalte, da vi spurgte dem om, hvilken arbejdsopgave de professionelle skulle varetage. Ud fra en teoretiske forståelse af 'den personlige dømmekraft' ift. at den bl.a. er baseret på livserfaring, kan denne diskrepans om det koordinerende arbejde forstås som et udtryk for de professionelles dømmekraft. Vi havde dog ikke mulighed for, at spørge de professionelle indtil, hvor ideen om det koordinerende arbejde kom fra, da vi først blev opmærksomme på denne diskrepans da vi interviewede lederne, som fandt sted efter interviewene med de professionelle. Det kan derfor diskuteres om det at de laver koordinerende arbejde, er en forståelse der muligvis går ud over den institutionelle dømmekraft.

Ud fra ovenstående analyser kan det tyde på, at de professionelles sociale dømmekraft består af en stor del af institutionelle forståelser. Som vi beskrev i præsentationen af den institutionelle dømmekraft kan en institutionel dømmekraft skabe blinde punkter ift. måden man anskuer borgere på, deres problemer samt adækvate løsninger. Ud fra denne forståelse kan det derfor diskuteres, om den mulige høje institutionelle dømmekraft skaber en fare for en 'one size fits all' løsning og forståelse af problemet. Endvidere kan det tyde på, at ledernes forestillinger i høj grad har en indvirkning på de professionelles sociale dømmekraft, og dermed på de professionelles forestillinger om borgerne. I dette afsnit har vi analyseret og diskuteret hvordan de professionelles sociale dømmekraft er, ud fra Høilund og Juuls teori om dømmekraft, som er baseret på Honneths kritiske anerkendelsesteori. Vi finder det derfor relevant at reflektere over, hvad vores teorivalg har betydet for vores analytiske blik. Den kritiske analytiske ramme har bl.a. betydet at vi som udgangspunkt har haft et kritisk syn på den organisatoriske påvirkning af de professionelles måde at handle på. I forlængelse heraf har vi forsøgt at fremhæve og afsløre, de forhold der har gjort sig gældende, og dermed ikke bare taget de professionelles forestillinger for givet. Vi har dermed ikke haft øje for, hvad en evt. positiv virkning af en høj institutionel har for behandlingsarbejdet, herunder de professionelles forestillinger.



## 4.7. ORGANISATORISK STYRING OG KONTROL

I dette afsnit vil vi undersøge vores fjerde og sidste fokuspunkt om, hvordan de professionelle organisatorisk bliver styret og kontrolleret. Dette vil vi undersøge ud fra vores fjerde kodede tema fra lederens interview, *organisatorisk styring*. Indenfor organisationssociologien er *styring og kontrol* beskrevet som elementer, der er med til at sikre, at de ansatte i organisationen følger retningslinjer indenfor organisationsstrukturen. Redskaber til styring kan ifølge Dag Ingvar Jacobsen og Jan Thorsvik, generelt deles ind i fire hovedtyper: *Rekruttering, socialisering, disciplinering og kontrol* (Jacobsen & Thorsvik, 2015: 83). Vi inddrager kun rekruttering og socialisering, da det var de organisatoriske styringsbegreber, vi kunne identificere i vores indsamlede empiri.

### **Rekruttering**

Jf. Jacobsen og Thorsvik forstås det organisatoriske styringsbegreb om rekruttering, som organisationens måde at ansætte medarbejdere, hvis mål og interesser er i overensstemmelse med organisationens. Organisation vil gennem ansættelsessamtaler og test i ansættelsesprocessen, udvælge personer, der 'passer ind' i organisationen. Ved at rekruttere ansatte, der 'passer ind', kan organisationen ofte stå i dilemmaet mellem at vælge den mest compatible eller den mest fagligt kvalificerede person, som oftest har en højere grad af professionalisering. Organisation kan opleve de største udfordringer i deres brug af styringsredskaberne, når det er overfor en ansat med en høj grad af professionalisering, fordi den ansatte ikke vil begrænses i sit faglige skøn (Ibid.: 83-84). Under kodningen af interviewet med lederen i case B, blev vi opmærksomme på, hvordan lederen belyste, ansættelsen af nye medarbejdere i organisationen. F.eks. fortalte leder B, hvad ansættelsesudvalget ledte efter i en ny medarbejder:

*"Og så er vi selvfølgelig som udgangspunkt rigtig undersøgende på, (...) hvordan er det for et indtryk, at man giver som menneske, og er der noget humor, og er der noget, kan vi lide den person der sidder der, og hvordan vil vedkommende passe ind i teamet"* (Bilag Leder B: 81).

Selvforståelsen fra lederen påpeger bl.a. at ansættelsesudvalget er interesseret i ansøgerens personlighed og humor, fordi det kan sige noget om, hvorvidt ansøgeren passer ind i et team hos dem. Som beskrevet har Jacobsen og Thorsviks et styringsbegreb, rekruttering, hvor organisationen ønsker at finde ud af, om en potentiel ny medarbejder vil 'passe ind' i organisationen. Ud fra denne teoretiske kan lederens selvforståelse være et udtryk for, at de leder efter nye medarbejdere, som har potentiale for at passe ind i organisationen, fordi de lægger vægt på ansøgerens personlighed. Om ansættelsesprocessen fortalte lederen endvidere, hvad de efterspørger: *"(...) hvordan har man det med, (...) at jeg og teamet har jo besluttet, hvad det er, at den gode alkoholbehandling er. Og at man på den måde, der er jo ikke metodefrihed"* (Bilag Leder B: 81). Selvforståelsen i dette citat viser, at lederen undersøger, hvordan ansøgeren har det med de fastsatte behandlingsmetoder, der er i organisationen, hvormed der ikke er metodefrihed, for de har besluttet, hvad den gode behandling er. Som vi beskrev, kan styringsbegrebet, rekruttering, jf. Jacobsen og Thorsvik, forstås som en måde, organisationen vælger kompatible ansatte frem for en høj grad af professionalisering. Da ansatte med høj grad af professionalisering ofte ikke vi begrænses i sit faglige skøn. Ud fra denne teoretiske forståelse kan Leder Bs selvforståelse, være et udtryk for, at de i organisationen vil sikre, at ansøgeren er indforstået med, den begrænset mulighed for at benytte deres faglige skøn, fordi der ikke er metodefrihed.

### **Socialisering**

Et andet styringsredskab er socialisering, som handler om at medarbejderne internaliserer organisationens kultur, og gør organisationernes mål til deres egne. hvormed organisationens mål også bliver til de ansattes mål. Styringsbegrebet handler om, at få de ansatte til at tilskrive sig organisationens grundlæggende værdier, normer og antagelser, og dermed kunne identificere sig med organisationen. Socialisering, som styringsredskab, kan betegnes som en skjult styring, eftersom organisationens kultur ofte vil opfordre til bestemte handlemuligheder i bestemte situationer, som individet 'frivilligt' kan tillægge sig, men bliver påvirket af de herskende værdier og normer (Jacobsen & Thorsvik, 2015: 84, 117). Den organisationsspecifikke socialisering kan være, når en person lærer, hvordan de skal opføre sig i organisationen, for at blive accepteret. Socialiseringen kan ske ubevidst,

men kan også skabes bevidst af organisationen gennem bestemte tiltag. Et af tiltagene er, at alle nyansatte skal gennemgå et fælles oplæringsprogram. Endvidere er der midler, som ledelsen kan tage i brug, som styrker den ønskede socialisering, herunder sende ansatte på interne kurser, sprede fortællinger om organisationen, udvikle en virksomhedsterminologi etc. (Ibid.: 135-136). Da vi spurgte lederne om, hvordan de professionelle ved, hvad der forventes af dem, sagde Leder A således: *”Altså det er meget tydeligt beskrevet, hvad det er man skal. (...) der har været sådan meget behandlerfrihed i at gøre, som man nu som behandler vurderede, var det rigtige at gøre”* (Bilag Leder A: 68). Selvfølgelig beskriver, at organisationen tydeligt har beskrevet, hvordan de forventer, at den professionelle skal arbejde, og at der ikke længere er ’behandlerfrihed’ (red. metodefrihed). Som beskrevet kan styringsredskabet, socialisering, komme til udtryk når den ansatte lærer, hvordan de skal opføre sig i organisationen, for at blive accepteret. Med denne teoretiske forståelse kan lederens selvforståelse være et udtryk for, at organisationen har gjort det tydeligt for medarbejderne, hvad de skal gøre for at blive accepteret i organisationen, bl.a. at de ikke har behandlerfrihed i arbejdet. Det kan derfor være relevant at diskutere, hvad der sker med de medarbejdere, der ikke handler i overensstemmelse med organisationens normer og værdier, og derfor ikke er socialiseret. Leder B sagde således hvad der skete da organisationen tog en ny retning, hvor de i den forbindelse, fastsatte de behandlingsmetoder, som de ansatte skulle arbejde efter:

*”(...) der var en del af de behandlere, (...) de vil forholde sig retten til, at når de sad med borgeren, vil de selv bestemme, hvilken terapeutisk retning de vil bruge i behandlingen. Så det betød selvfølgelig også, at der var nogle der blev nødt til at rejse (...)”* (Bilag Leder B: 78).

Lederens forståelse om, at de medarbejdere den ikke ønskede den nye retning de rejste, det kunne muligvis være fordi at de ikke passede ind i organisationens nye normer og værdier. Leder B fortalte også, at de sørger for at uddanne de ansatte: *”(...) og det her med at være faglig klædt på, jeg skal nok sørge for, at de får de uddannelser de skal”* (Bilag Leder B: 80). Ud fra Jacobsen og Thorsviks styringsbegreb, socialisering, hvor lederen kan gøre brug af bevidste tiltag, der skal

fremme at medarbejderen internaliserer organisationens kultur, som f.eks. at sende medarbejderne på interne kurser, kan selvforståelsen i citatet forstås som et udtryk for et socialiseringstiltag. Det kan diskuteres, om grunden til at lederen sender sine ansatte på uddannelse for at blive 'fagligt klædt på' som en del af socialiseringen, muligvis er for at sikre, at de ansatte tilegner sig de metoder, som organisationen ønsker, at de ansatte skal arbejde efter.

Leder A fortalte om en introduktionsliste, som nye ansatte skulle igennem:

*"Ja, altså vi har sådan en liste over, hvordan man bliver introduceret i vores center. Men det er sådan mest alt det, man skal igennem, at man skal introduceres i alle vores forskellige indsatser (...) vi har nogle guidelines som beskriver, hvordan vi skal arbejde (...)" (Bilag Leder A: 68).*

Selvforståelsen i citater viser, at nyansatte skal gennem en liste for at blive introduceret til deres indsatsen. Jf. Jacobsen og Thorsvik, kan et tiltag ifm. socialisering være at alle nyansatte skal gennemgå et fælles oplæringsprogram, for at internalisere organisationens kultur. Ud fra denne teoretiske forståelse kan selvforståelsen forstås som et udtryk for, at de sender deres nyansatte i et introduktionsprogram, for at socialisere dem.

I afsnit 4.6. på side 70, analyserede vi at det kunne tyde på, at de professionelle i høj grad arbejdede ud fra en institutionel dømmekraft. Det kan derfor diskuteres, om denne høje grad af institutionel dømmekraft muligvis er forankret i, at medarbejderne har været gennem de samme alkoholbehandleruddannelse, som et led i en socialiseringsproces. På side 70, beskrev vi, at der var en høj konsensus blandt medarbejderne i de to organisationer ift. de adækvate løsninger, og de få konflikter om hvordan de skal løse arbejdsopgaverne. Det kan derfor diskuteres, om denne brede konsensus og socialiseringen, er med til at mindske konflikter kollegerne mellem ift. hvilke arbejdsopgaver de skal varetage, fordi der er en så høj grad af institutionel forståelse. Og dermed kan denne høje grad af institutionel forståelse være med til, at tydeliggøre de professionelles arbejdsopgaver. Ydermere kan det diskuteres, om denne brede konsensus muligvis også fordre, at der sikres en

ensartethed i behandlingsmetoderne internt og på tværs af tilbud, fordi behandlingsforløbet ikke bliver bestemt af den professionelles faglige skøn.

Ud fra ovenstående analyse og diskussioner kan det tyde på, at de professionelles forestillinger om borgerne bl.a. kommer fra alkoholbehandleruddannelsen, som er et led i deres socialisering. I dette afsnit har vi anvendt to styringsredskaber inden for organisationssociologien. Vi finder det derfor relevant at reflektere over, hvad dette organisatoriske perspektiv har betydet for vores analyse. Det organisatoriske perspektiv, har bl.a. været med til at vi har haft fokus på, hvordan organisationen kan påvirke de professionelles forestillinger om borgerne. Hvorimod vi ikke har haft blik for, om forestillinger eksempelvis kunne komme fra, at de alle arbejder med den samme målgruppe til dagligt, og at forestillingerne derfor er erfarings forankret.

# 5.

KONKLUSION

## KONKLUSION

Med udgangspunkt i vores to cases, har vi forsøgt at forstå specialet overordnet problemformulering: *Hvilke forestillinger om brugergruppens situation har henholdsvis behandlere og deres ledere indenfor ambulant alkoholbehandling? Hvilke muligheder og barrierer kan disse forestillinger skabe i behandlingen?*

Denne problemformulering blev operationaliseret i fire fokuspunkter, som hver især er blevet undersøgt og behandlet i hhv. første og anden del af vores analyse: 1) *Mødet med borgerne* og 2) *Det organisatoriske perspektiv*.

Ud fra vores analyse, kan vi konkludere nogle forskellige elementer fra de professionelle og ledernes forestillinger om borgerne. Ud fra analysens første del, som undersøgte de professionelles forestillinger, kan vi konkludere, at de på den ene side muligvis har en forestilling om borgerne, som nogle der er sociale afvigere, pga. miskrediteret egenskaber ved, at borgerne vælger alkoholen som en uhensigtsmæssig håndtering af livssituationer. I forlængelse heraf blev vi opmærksomme på, at de nogle gange, muligvis ubevidst, kalder borgerne for 'alkoholikere eller 'misbrugere', under interviewene, hvilket kan være med til at reproducere stereotype forestillinger. På anden side fandt vi elementer, der tyder på, at de muligvis har en forestilling om borgerne som medborgere, der er ligeværdige aktører i samfundet, hvilket fordre social inklusion. Hertil forstår de borgerne som unikke individer, hvor alkoholproblematikken ikke er det altoverskyggende ved borgeren. Vi kan også konkludere, at vi fandt elementer, der pegede på, at de professionelle opdelte borgerne i to grupper, hhv. 'nydelsesmenneskerne', hvor alkoholen var deres eneste udfordring, og 'sårbarhedsgruppen', hvor alkoholen var ét ud af mange problemer. Dertil kan vi konkludere, at de muligvis forstår 'nydelsesmenneskerne' som en ressourcestærk gruppe, og 'sårbarhedsgruppen' som en resourcesvag gruppe. Et andet element ved deres forestillinger var, at de muligvis havde fokus på borgerens adfærd, og hvordan denne adfærd kunne ændres ved nye alternative strategier. I vores problemstilling havde vi ligeledes fokus på at undersøge, hvorvidt der opstår en diskrepans mellem deres forståelser og forventninger til borgerne. På den ene side, kan denne diskrepans opstå ved 'sårbarhedsgruppen', fordi de muligvis ikke besad de ønskværdige ressourcer, for at behandlingen kunne foregå succesfuldt. På den anden

side tyder det på, at der var overensstemmelse mellem forestillingerne om 'nydelsesmenneskerne', og forventninger som behandlingsindsatsen krævede. Dermed kan vi konkludere, at der ikke er en entydig forståelse af om der opstår en diskrepans. Når diskrepansen opstår, tyder det på, at de havde en helhedsorienteret tilgang ang. behandlingen af 'sårbarhedsgruppen', hvilket muligvis er på baggrund af, at deres forestillinger om borgerne er, at de er en del af flere sociale systemer.

Ud fra vores analyser med lederne fandt vi frem til elementer af deres forestillinger om borgerne, som tyder på, at der ligeledes var en forståelse om, at borgerne håndterer deres situation uhensigtsmæssigt, og at de skal lære en ny adfærd i alkoholbehandlingen. Herudover tyder det på, at lederne ligeledes har en forestilling om, at borgerne er opdelt i to grupper, baseret på deres ressourcer. Overordnet set kan vi konkludere at der var konsensus om forestillingerne om borgerne, både blandt de professionelle, men også på tværs af casene. Ligeledes kan vi konkludere, at der muligvis er en konsensus om forestillingerne om borgerne blandt lederne og de professionelle. Dermed kunne vi finde elementer, der pegede på en høj institutionel forståelse af problemet og de adækvate problemløsninger. Hertil kan vi konkludere, at det tyder på, at lederne benyttede styringsredskaber til at påvirke de professionelles forståelse af problemet samt løsningen, via rekruttering af ansatte der passede ind og socialisering, bl.a. via obligatorisk alkoholbehandleruddannelse og interne kurser. Vi fandt dog også elementer af, at der ikke udelukkende var konsensus mellem de professionelle og lederne. Det kom bl.a. frem ved, at de professionelle lagde mere vægt på koordinerende arbejde, end hvad lederne gjorde. Hertil kan vi konkludere, at de professionelle muligvis anvendte det koordinerende arbejde på baggrund af deres personlige dømmekraft.

Ud fra disse elementer kan vi konkludere, at der kan være nogle muligheder og barrierer ved de to aktørgruppers forestillinger. En af mulighederne er at det kan fordre social inklusion af borgerne, når de professionelle har forestillinger om at borgerne som medborgere, der rummer mere end blot alkoholen. En anden mulighed er at den brede konsensus, både blandt de professionelle på tværs af casene, og ift. lederne, kan fordre en mere ensartet behandling både på tværs af tilbuddene men også internt. Den ensartede behandling sikre, at borgerne, vil få den samme



behandling uagtet, hvem den professionelle er. Endvidere kan vi konkludere, at eftersom de professionelle muligvis har et helhedsorienteret blik på borgeren, kan det fordre, at de kigger på borgerens omgivelser ift., hvad der ellers kan påvirke borgeren, og dermed ikke kun entydigt på selve alkoholproblematikken.

Derudover kan vi konkludere, at forestillingerne om borgerne ligeledes kan skabe nogle barrierer i alkoholbehandlingen. En af barriererne kan være, at den helhedsorienterede tilgang muligvis kun bliver anvendt overfor 'sårbarhedsgruppen', hvormed den ressourcestærk gruppe, 'nydelsesmenneskerne', kan risikere at få et utilstrækkeligt tilbud, på baggrund af deres tilsyneladende ressourcer. En anden barrierer kan være, at den mulige høje grad af institutionel forståelse kan skabe blinde punkter, og manglende åbenhed overfor andre forståelser. Herunder kan det skabe en fare for 'one size fits all' løsninger samt forståelse af problemet. Slutvis kan der være en barriere ved, at de professionelle, muligvis ubevidst, kalder borgerne for 'alkoholiker' eller 'misbruger' trods en fælles afstandtagen fra betegnelserne, fordi de kan reproducere nogle af de stereotype forestillinger, der er tilknyttet disse betegnelser, og være med til at stigmatisere borgerne.

# 6. ■

SOCIALFAG-  
LIGE  
LØSNINGER

## SOCIALFAGLIGE LØSNINGER

Vi finder det relevant at reflektere over, hvilken relevans dette speciale kan have for socialt arbejde, og hvordan vores fund om forestillinger på alkoholbehandlingsområdet kan bruges til en kvalificering af det sociale arbejdes felt. På den ene side kan en bred konsensus af forestillingerne om borgerne, både ift. problemforståelse og løsninger af problemet, fordre en ensartethed både professionelle mellem og på tværs af kommuner. Ensartetheden kan sikre borgerne en ens social indsats uagtet, hvilken kommune borgerne tilhøre. Derudover vil en bred konsensus indenfor samme indsatsområde, ligeledes kunne mindske konflikter om, hvad de er 'best practice', både kollegaer mellem og på tværs af kommuner. Ligeledes kan det være givende for samarbejdet, hvis der skabes konsensus i problemforståelserne om borgeren på tværs af indsatsområder, når borgeren har flere forskellige indsatser i gang, f.eks. hvis der både er en indsats hos alkoholbehandlingen og en indsats ved jobcenteret. En bred konsensus i problemforståelserne kan dog skabe en risiko for, at der kan herske en alt for ensidig problemforståelse af borgeren, som ikke bliver udfordret. Dermed er det nødvendigt at være opmærksom på, at konsensus i en organisation eller på tværs, kan skabe nogle blinde punkter ift., hvad der er den bedste løsning for den enkelte borger. Herunder hvad de forskellige socialfaglige metoder og problemforståelser ikke tager højde for eller tillægger værdi, men også ift. hvordan borgerne selv oplever sin situation, og hvad der for hende/ham er 'best practice'. Moesby-Jensen & Moesby-Jensen har påpeget, så er det vigtigt, at socialarbejderne er bevidste om, hvilke mulige konsekvenser en inddeling af borgerne, som enten ressourcesvage eller stærke, har. På baggrund af vores analyse finder vi det også relevant, at socialarbejderen er opmærksom på konsekvenserne af deres inddeling af borgerne, fordi det kan føre til krænkelse. Udover socialarbejdernes bevidsthed, finder vi det relevant, at lederne ligeledes er opmærksomme på denne mulige krænkelse, fordi det tyder på, at de har stor indflydelse på de professionelles forestillinger. Herudover er det relevant at reflektere over, om mere fokus på borgerinddragelse i praksis, vil kunne imødegå situationer, hvor borgeren f.eks. oplever deres ressourcer og behov samt 'best practice' på en anden måde, end socialarbejderne og deres organisationer gør

7.

PERSPEKTIV-  
ERING

## PERSPEKTIVERING

I dette speciale har vi tilegnet os nye forforståelser om, hvilke forestillinger der kunne være blandt de professionelle og lederne om borgerne i ambulant alkoholbehandling. Vi har bl.a. erhvervet en ny forforståelse om, at de professionelles handler ud fra en institutionel forståelse både ift. de socialfaglige metoder på alkoholbehandlingsstederne og ift. problemforståelserne. I vores empiri, blev vi også opmærksomme på, at især lederne argumenterede for de socialfaglige metoder med at henvise til at de var evidensbaserede. Vi finder det derfor relevant at nuancere vores viden omkring mulighederne og barriererne i alkoholbehandling ved at undersøge evidens tankegangen, som jf. Kjeld Høgsbro kan ses som en styringslogik i sociale rehabiliterende indsatser (Høgsbro, 2014: 120). Høgsbro påpeger, at evidensbaserede indsatser dekobler de professionelle og borgers holdninger: *“Derved opstår der en bemærkelsesværdig dekobling af de subjektive elementer i processen, herunder samspillet mellem professionel og brugere”* (Ibis.: 121). Denne dekobling kan jf. Høgsbro stå i modsætning til rehabiliterende indsatsers form, da samarbejdet med professionelle, borgerne og deres pårørende er en aktiv del af indsatserne (Ibid.: 128). Vi finder derfor ligeledes relevant at undersøge, hvordan borgernes eget syn på deres situation er, og om det evt. kan give et mere nuanceret perspektiv på, hvordan alkoholbehandlingsindsatsen tage sig ud. For at undersøge dette nærmere, kunne det være relevant at undersøge borgerinddragelsen med Lars Grönviks analytiske referenceramme om *subjektive* definition. Den subjektive referenceramme er baseret på en individuel logik, som retter opmærksomheden på individers egen opfattelse af deres situation. Referencerammen åbner op for, at individer kan opleve deres situation på en anden måde end, hvad omverden normalt forstår ved deres kategori (Grönvik, 2007: 12; Jensen, 2009: 103; Olsen & Bonfils, 2013: 111-113).

8.

REFERENCE-  
LISTE

## REFERENCELISTE

Alkohol og Samfund (2019): *Kommunal alkoholbehandling 2018 – Landsdækkende undersøgelse af kommunernes tilbud til mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende*. Alkohol og Samfund.

Alvi, J. S. & Rasmussen, S. (2020): *De lever i skygger af dansk alkoholkultur*. Jyllands-Posten.

Andersen, P. T. & Bloksgaard, L. (2010): *Fokusgruppeinterviews: Når gruppedynamikken er redskabet*. I Jacobsen, M. H. & Jensen, S. Q.: *Kvalitative udfordringer*. København: Hans Reitzels Forlag.

Andersen, J. G. (2013): *Medborgerskab under pres*. I Guldager, J. & Skytte, M.: *Socialt arbejde - teorier og perspektiver*. København: Akademisk Forlag. S.: 86-127.

Andersen, D. et al. (2016): *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere*. <https://www.vive.dk/media/pure/6373/394142>. (Adgangsdato: 20. maj 2020).

Andresen, D. (2020): *Ny alkoholbehandling vil bryde tabu*. Ny Tirsdag.

Antoft, R. J. & Salomonsen, H. H. (2007): *Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi*. I Antoft, R. et al.: *Håndværk & Horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. University of Southern Denmark studies in history and social sciences, vol. 336. Syddansk Universitetsforlag. S.: 29-57.

Becker, H. S. (2017): *Outsider - Studier i afvigelsessociologi* (1. udg. 3. oplag). København: Hans Reitzels Forlag.

Becker, U. (2016a): *Epidemiologi*. I Becker, U. & Tolstrup, J. S. *Alkohol - brug, konsekvenser og behandling*. København: Forfatterne og Munksgaard. S.: 33-46.

Becker, U. (2016b) *Alkoholrelaterede somatiske skader*. I Becker, U. & Tolstrup, J. S. *Alkohol - brug, konsekvenser og behandling*. København: Forfatterne og Munksgaard. S.: 119-137.

Becker, U. & Hansen, A. B. G. (2019): *Fagfolk: Alkoholbehandling er ikke på niveau med resten af sundhedsvæsenet*. <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/fagfolk-alkoholbehandling-er-ikke-paa-niveau-med-resten-af-sundhedsvaesenet> (Adgangsdato: 20. maj 2020).

Berg-Sørensen, A. (2010): *Hermeneutik og Fænomenologi*. I Jacobsen, M. H. et al.: *Videnskabsteori i Statskundskab, sociologi og forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag. S.: 147-167.

Binderkrantz, A. S. & Andersen, L. B. (2011): *Guide til NVivo 9*. København: Hans Reitzels Forlag.

Breumlund, A. & Hansen, I. B. (2010): *Alkoholmisbrug og social indsats*. København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. (2010): *Etik i en kvalitativ verden*. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L.: *Kvalitative Metode - En Grundbog* (2. Udg.). København: Hans Reitzels Forlag. S.: 429-446.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010): *Introduktion*. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L.: *Kvalitative Metode - En Grundbog* (2. Udg.). København: Hans Reitzels Forlag. S.: 17-27.

Cund, A. (2013). *Alcohol education revisited: Exploring how much time we devote to alcohol education in the nursing curriculum*. *Nurse Education in Practice*, 13(1), 35–39.



Databeskyttelsesloven: Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger. LOV nr 502 af 23/05/2018, Bilag 1

Ejrnæs, M. (2006): *Faglighed og tværfaglighed: Vilkaårene for samarbejde mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere* (2. udgave). København: Akademisk Forlag.

Ejrnæs, M. (2008): *Teorier om sociale afvigelser og sociale problemer*. I Schou, C. & Pedersen, C. *Samfundet i pædagogisk arbejde: Et sociologisk perspektiv* (2. udg.). København: Akademisk Forlag. S.: 207-239.

Ejrnæs, M. & Monrad, M. (2013): *Teorier om sociale problemer*. I Guldager, J. & Skytte, M.: *Socialt arbejde - teorier og perspektiver*. København: Akademisk Forlag. S.: 50-85.

Elmeland, K. (2015): *Alkohol-og ruskultur i Danmark*. I. N, Brünés, B.S et al, *Mennesker med alkoholproblemer: Baggrund, belastning, behandling*. København: Nyt Nordisk Forlag. S.: 34-47.

Fonsmark, P. P. (2019): *Behandling af dobbeltdiagnose i psykiatrien*. PH.D.-STAFET.

Flyvbjerg, B. (2010): *Fem misforståelser om casestudiet*. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L.: *Kvalitative Metode - En Grundbog* (2. Udg.). København: Hans Reitzels Forlag. S.: 463-488.

Frederiksen, M. (2018): *Design*. I Olesen, S. P. & Monrad, M.: *Forskningsmetode i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag. S.: 83 - 106.

Goffman, E. (1975): *Stigma – om afvigerens sociale identitet*. København: Gyldendals samfundsbibliotek.

Grönvik, L. (2007): *Definitions of Disability in Social Sciences - Methodological Perspectives*. Acta Universitatis Upsaliensis. Digital comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Social Sciences. S.: 29-55.

Halkier, B. (2010): *Fokusgrupper*. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L.: *Kvalitative Metode - En Grundbog* (2. Udg.). København: Hans Reitzels Forlag. S.: 121-136.

Haaning, K. (2020): *22-årige Maria startede sit alkoholmisbrug i folkeskolen*. <https://jv.dk/artikel/22-%C3%A5rige-maria-startede-sit-alkoholmisbrug-i-folkeskolen> (Adgangsdato: 4. februar 2020).

Healy, K. (2009) *Socialt arbejde i teori og kontekst*. (1. udg. 1. oplag) København: Akademisk Forlag.

Henriksen, L. S. (2014): *Det civile samfund*. I Greve, B. Jørgensen, A. & Larsen, J. E. *Det danske samfund*. København: Hans Reitzel Forlag. S.: 87-112.

Hoffmann, E. (2007). *Modstridende holdninger til patienter med alkoholmisbrug*. Sygeplejersken; Årg, 107(7), 52–56.

Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2006): *Modeller i socialt arbejde* (2. Udg., 5. Oplag). København: Hans Reitzels Forlag.

Høgsgbro, K. et al. (2003): *Skjulte livsverdener – En etnografiske undersøgelse af forholdene for mennesker med hjemløshed, misbrug og sindslidelse som problem*. AKF Forlaget.

Høgsbro, K. (2014): *Evidens Logik og praktisk erfaring inden for rehabilitering*. I Bonfils, I. S. et al.: *Handicapforståelser - mellem teori, erfaring og virkelighed* (1.udg. 2 oplag). København: Akademisk Forlag. S.: 119-134.

Høilund, P. & Juul, S. (2009): *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde* (1. Udg. 4 oplag). København: Hans Reitzels Forlag.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2015) *Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse*. (3. udg. 2. oplag) København: Hans Reitzel Forlag.

Jensen et al. (2018): *Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen.

Jensen, B. B. (2009): *Handicap som krydsfelt*. Videnscenter for Bevægelseshandicap.

Jensen, P. H. (2007): *Indvandrerne og integrationens dimensioner i et policyorienteret perspektiv*. I Aslmark, G. et al. Inklusions- och exklusionsprocesser i Skandinavien. Göteborg & Stockholm: Makadam Förlag. S.: 401-424.

Jensen, M. B. (2019): Gender, alcohol intoxication and young adults: young Danes' narratives on flirting, sexual pursuit and sex in the context of heavy alcohol use. Centre for Alcohol and Drug Research. Department of Psychological and Behavioural Sciences, Aarhus University.

Johansen, K. S. & Børsting-Andersen, S. (2015): Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose. VIVE.

Juul, S. (2012): *Hermeneutik*. I Juul, S. & Pedersen, K., B.: Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – En indføring (1. udg. 2. oplag). København: Hans Reitzels Forlag. S.: 107-148.

Juul, S. & Pedersen, K. B. (2012a): *Hvorfor videnskabsteori?* I Juul, S. & Pedersen, K. B.: *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag. S.: 9-22.

Juul, S. & Pedersen, K. B. (2012b): *Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet*. I Juul, S. & Pedersen, K. B.: *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag. S.: 399-430.

Järvinen, M. (1998). *Det dårlige selskab: Misbrug, behandling, omsorg*. Holte: SocPol.

Järvinen, M. (2004): *Alkoholfortællinger i et institutionelt landskab*. I Järvinen, M. & Mik-Meyer, N.: *At skabe en klient - Institutionelle identiteter i socialt arbejde* (2. Oplag). København: Hans Reitzel Forlag. S.: 30- 58.

Järvinen, M. (2012): *Fra afhængighed til autonomi - at arbejde med stofbrugere*. I Järvinen, M. & Mik-Meyer, N.: *At skabe en professionel - Ansvar og autonomi i velfærdsstaten* (1. udg. 1. oplag) København: Hans Reitzel Forlag. S.: 29-51.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2004): *Indledning: At skabe en klient*. I Järvinen, M. & Mik-Meyer, N.: *At skabe en klient - Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. (2. Oplag). København: Hans Reitzel Forlag. S.: 9-29.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N (2017): *Kvalitative analysetraktioner i samfundsvidenskabelig forskning*. I Järvinen, M. & Mik-Meyer, N.: *Kvalitativ analyse - syv traditioner*. København: Hans Reitzels Forlag. S.: 9-26.

Jørgensen, C. R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2010) *Psykoterapi* (side 595 – 626). I Simonsen, E. & Møhl, B. *Grundbog i psykiatri* (1 udg. 3. oplag) København: Hans Reitzels Forlag.

Kappel, N. (2015). *Fordomme, kategorisering og stigmatisering af mennesker med alkoholproblemer*. I N, Brünés, B.S et al, *Mennesker med alkoholproblemer: Baggrund, belastning, behandling*. København: Nyt Nordisk Forlag. S.: 48-59.

Kristensen, R. A. (2008): *At være eller ikke være diabetiker? En antropologisk undersøgelse af sundhedspædagogikken inden for diabetesbehandlingen og blandt diabetikere*. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, (9), 53-70.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2015): *Interview*. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, C. A. (2015): *Velfærdsstat, solidaritet og 'bundgrupperne'*. I Harder, M. & Nissen, M. A.: *Socialt arbejde i en foranderlig verden*. København: Akademisk Forlag. S.: 163-178.

Launsø, L. et al. (2011): *Forskning om og med mennesker, Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (6. Udg.). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Levensky, E. R. et al. (2007): *Motivational Interviewing*. I The American Journal of Nursing. Vol. 107, No. 10 (Okt., 2007). S.: 50-59.

Levin, Irene & Trost, Jan (2015): *Symbolsk interaktionisme – hverdagslivets samhandling*. I Hviid Jacobsen, Michael & Søren Kristiansen. *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*. København: Hans Reitzels Forlag, S.: 106-132.

Mik-Meyer, N. (2004): *Dømt til personlig udvikling - Identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzel Forlag.

Moesby-Jensen, C. & Moesby-Jensen, T (2016): *Om kategorisering og symbolsk magtudøvelse i socialt arbejde - myten om de ressourcestærke forældre til børn med neuro-psykiatriske diagnoser*. I: Sociologisk Forskning, årgang 53, nr. 4. S.: 371–395.

Monrad, M. (2018): *Tilskrivning af data*. I Olesen, S. P. & Monrad, M.: *Forskningsmetode i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag. S.: 107-144.

Monrad, M., & Olesen, S. P. (2018): *Kvalitet og kritik*. I Olesen, S. P. & Monrad, M.: *Forskningsmetode i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag. S.: 293-318.

Morck et al. (2020): *The Lived Experience of Alcohol Dependence: A Reflective Lifeworld Research among Outpatients in Alcohol Treatment*. I Issues in Mental Health Nursing. Taylor & Francis Online.

Neville, K., & Roan, N. (2014). *Challenges in nursing practice: Nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence*. JONA: The Journal of Nursing Administration, 44(6), 339–346.

Nielsen, A. S. (2014): *Det problematiske alkoholbrug*. I Guldager, J. & Skytte M.: *Socialt arbejde – teorier og perspektiver*. København: Akademisk Forlag. S.: 456-483.

Nielsen, A. S. & Becker, U. (2017): *Alkoholmisbrug*. I Simonsen, E. & Møhl, B. *Grundbog i Psykiatri* (2.udg). Hans Reitzels Forlag. S.: 253-274.

Nielsen, B. & Houborg, E. (2014): *Socialt arbejde, behandling og omsorgens logik*. I Thylstrup, B. et al.: *Misbrugsbehandling: Organisering, indsatser og behov*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag. S.: 195-208.

Nissen, M. (2017): *I Danmark er det en privatsag, hvor meget man drikker*. <https://www.information.dk/indland/2017/02/danmark-privatsag-drikker> (Adgangsdato: 26. februar 2020).

OECD (2018): *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD.

Olesen, P. B. & Pedersen, K. (2015): *Problemorienteret Projektarbejde* (4. udg. 1. oplag). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Olesen, S. P. (2018): *Analysestrategi*. I Olesen, P. O. & Monrad, M. : *Forskningsmetode i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag. S.: 145-170.

Olsen, L. & Bonfils, I. S (2013): *Valg af handicapbegreber gør en forskel - også i forskning*. I Kirkebæk, B. et al. *Handicapforståelser – mellem teori, erfaring og virkelighed*. København: Akademisk Forlag. S.: 109-118.

Pauli, K. (2020): *Alkoholen flyder, men hvad med børnene?* Jyllands-Posten.

Pedersen, F. S. (2020a): *EU slår alarm over dansk drukkultur: Vi bliver nødt til at handle*. <https://www.berlingske.dk/samfund/eu-slaar-alarm-over-dansk-drukkultur-vi-bliver-noedt-til-at-handle> (Adgangsdato: 20. februar 2020).

Pedersen, M. F. (2020b): *To flasker vin om dagen holdt Pia kørende i otte år*. Avisen Danmark.

Pedersen, K. B. (2012): *Socialkonstruktivisme*. I Juul, S. & Pedersen, K. B.: Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – En indføring (1. udg. 2. oplag). København: Hans Reitzels Forlag. S.: 187-232.

Pilegaard, P. (2019): *Ny bog om udfordringer og muligheder i samarbejdet om rusmiddelbrugere*. STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019. Aarhus Universitet.

Rudkjøbing, A. (2020): *Lægeforeningen: Samfundet bør beskytte unge mod alkohol*. <https://www.berlingske.dk/laesere/laegeforeningen-samfundet-boer-beskytte-unge-mod-alkohol> (Adgangsdato: 4. februar 2020).

Scheff, T. J. & Starrin, B. (2014): *Et emotionssociologisk perspektiv på sociale problemer*. I: Meeuwisse & Swärd: Perspektiver på sociale problemer. København: Hans Reitzel Forlag. S.: 191-206.

Skytte, M. (2013): *Socialt arbejde*. I Guldager, J. & Skytte, M.: *Socialt arbejde - teorier og perspektiver*. København: Akademisk Forlag. S.: 10- 49.

Storti, S. A. (2002). *The lived experience of women in addiction recovery: The haunting spectre of stigma in nurse-patient interactions*. University of Connecticut.

Sundhedsloven: LBK nr. 903 af 26/08/2019. Bekendtgørelse af Sundhedsloven.

Sundhedsstyrelsen (2018a): *National Klinisk Retningslinje for Behandling af Alkoholafhængighed*. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2018b): *Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen.



Sundhedsstyrelsen (2019a): *Nøgletal om alkoholforbrug og - behandling*. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2019b): *Afdækning af kvalitet i offentlig finansieret ambulant alkoholbehandling*. Decide & COWI.

Sundhedsstyrelsen (2019c): *Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling*. Sundhedsstyrelsen.

Sørensen, A. (2010): *Kritisk teori*. I Jacobsen, M. H. et al.: *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. København: Hans Reitzel Forlag. S.: 168-195.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010): *Interviewet som forskningsmetode*. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L.: *Kvalitative metoder - en grundbog* (1. udg., 2. oplag.). København: Hans Reitzels Forlag. S.: 29-54.

Tarp, J. L. (2020): *Kritik af alkoholbehandling: 'Dit postnummer afgør din skæbne'*. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/kritik-af-alkoholbehandling-dit-postnummer-afgoer-din-skaebne> (Adgangsdato: 20. maj 2020). Breumlund & Hansen, 2010.

Thomas, C. (2007): *Sociologies of Disability and Illness*. Palgrave-Macmillan. S. 15-45.

Tolstrup, J. et al, (2019): *Unges alkoholkultur – en bidrag til debatten*. Vidensråd for forebyggelse.

Uggerhøj, L. (2008): *Hvad er socialt arbejde? : En indkredsning af et mangfoldigt og komplekst felt*. I Jacobsen, M. H. & Pringle, K.: *At forstå det sociale: sociologi og socialt arbejde*. København: Akademisk Forlag. S.: 37-55.

Weiss, R. (1994): *Learning from Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies*. New York: Free Press: Chapter 4.

# BILAGSFOR- TEGNEELSE

**Bilag 1:** Interviewguide til de professionelle

**Bilag 2:** Interviewguide til lederne

**Bilag 3:** Databehandling af de professionelle interviews

**Bilag 4:** Databehandling af lederne interviews

# BILAG 1: INTERVIEWGUIDE TIL DE PROFESSIONELLE

Note til os selv: Hvilke ord bruger de til at beskrive målgruppen (“bruger”, “klient”, “borger” osv.) og ord som “ekspert”, “ressourcestærke/-svage borgere”, “problematisk forbrug” osv. så skal vi få dem til at uddybe hvordan de forstår de ord?

## **Briefing:** 2 min

Præsenterer os selv. Det er mig der er Stine/Oddný, og det er mig som primært kommer til at stille dig spørgsmål. Oddný/Stine præsenterer sig, og fortæller, at hun måske også stiller enkelte spørgsmål.

## **Information:**

- Vi er ved at skrive speciale, og vi vil i den forbindelse gerne vide noget om alkoholbehandling i praksis, og hvordan det fungerer hos jer. Vi samler viden ind om dette fra forskellige kommunale behandlingstilbud, for at blive klogere på området, men det er dog vigtigt for os at pointere, at det ikke er med det formål at sammenligne jer med andre.
- Vi har ikke arbejdet inden for behandlingsområdet før, hvorfor vi måske kommer til at stille nogle spørgsmål, som kan være “dumme”. Det er blot for at sikre at vi får det hele med.

## **Samtalen vil omhandle:**

- Hvad du ser som din rolle som professionel her på stedet
- Hvilke årsager du mener ligger til grund for, at folk udvikler alkoholafhængighed
- Samt hvilke karakteristika du vil beskrive din målgruppe med

Interviewet varer ca. 1 time, og vi optager samtalen på vores telefon, så vi kan transskribere det efterfølgende. Ingen andre end os to, og muligvis vores vejleder og censor vil høre eller se udskriften, og du kommer til at optræde anonymt. Da vi kun har en time, og vi har en række spørgsmål, som vi gerne vil have svar på, kan vi være nødsaget til at afbryde dig enkelte gange, for at nå det hele. Derfor kommer vi også til at have telefonen fremme, så vi kan holde øje med tiden. Hvis det ikke er til gene for dig at vi går lidt over den afsatte tid, vil vi undlade at afbryde dig.

| Forskningsspørgsmål                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Interviewspørgsmål                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Praktiske/faktuelle/beskrivende spørgsmål om den professionelle.</i></p> <p>10 min.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p><i>Beskriv dig selv:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uddannelse/kurser og evt. efteruddannelse.</li> <li>• Arbejdserfaring, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvor lang tid har du arbejdet der?</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Beskriv behandlingsopstart:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Når en borger henvender sig, hvordan bliver forløbet tilrettelagt? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan kan det være, at i gør det på den måde?</li> <li>• Hvordan inddrager I borgeren til denne proces?</li> </ul> </li> <li>• Hvordan vurderer I, hvilken type indsats der skal sættes i værk?</li> </ul>                                                                                               |
| <p><b>Positionering</b></p> <p>15 min.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>De næste spørgsmål handler om, hvordan du ser som din rolle som professionel her på stedet</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><i>Hvordan positionere den professionelle sig selv i forhold til borgerne?</i></p> <p><i>Hvilken rolle ser den professionelle sig selv i, i relation til borgeren i behandlingsprocessen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspertrolle</li> <li>• Facilitatorrolle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klienten er ekspert i eget liv</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Skrive problemstillingen</i></p> <p><i>Argumenterer for, de forskellige afsnit</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad ser du som din rolle som behandler ift. borgeren i forbindelse med et behandlingsforløb? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du uddybe, hvad du mener med det?</li> </ul> </li> <li>• Hvor enige er I om rollen her på stedet? Både ift. kollegagruppen og ledelsen. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvorfor tror du, at I er enige/ikke enige?</li> </ul> </li> <li>• Den rolle som du beskriver, er det det som forventes af jer, altså den officielle beskrivelse af jeres rolle? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvis ja: Hvordan ved du det?</li> <li>• Hvis nej: Hvor tror du så, at den kommer fra?</li> </ul> </li> <li>• Hvilke udfordringer kan du opleve i at</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>udfyldte din rolle som (xx)/(behandler)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvorfor er det en udfordring?</li> <li>• ELLER kan du prøve at sætte ord på hvorfor du mener der ikke er nogle udfordringer?</li> </ul><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvornår kan der opstå situationer, hvor man som behandler, er nødsaget til at gøre nogle ting, som går udover jeres rolle/arbejdsbeskrivelse? <ul style="list-style-type: none"> <li>• (kan du evt. give et fx med en konkret borger)?</li> </ul> </li> </ul><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• I det sociale arbejde arbejder man meget med <b>borgerens potentiale</b>, og at borgeren skal være ekspert i eget liv, hvordan understøtter du det som behandler? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad er jeres rolle I det?</li> <li>• Hvilke metoder bruger I til at understøtte det? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du uddybe metoderne i bruger?</li> <li>• Hvordan arbejder i konkret med det?</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |
| <p><b>Generative mekanismer</b></p> <p>15 min.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>De næste spørgsmål handler om, hvad du opfatter som årsagerne til alkoholafhængighed</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><i>Hvad mener de professionelle, er årsagen til en alkoholafhængighed?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan kan det ses i deres arbejdsmetoder?</li> <li>• Hvor kommer deres forståelse fra? <ul style="list-style-type: none"> <li>• personlig f.eks. som i indledning med sygeplejerskerne.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Hvordan er muligheden for at de professionelle kan arbejde med</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad mener du er årsagen til, at man udvikler en alkoholafhængighed. Hvis du kan nævne nogle stykker. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Denne/disse forståelse (er) hvor stammer den fra? (erfaring (personlig/professionel,uddannelse osv.)</li> <li>• Denne/disse forståelser er det nogle, som bliver snakket om af jeres leder eller af dine kolleger?</li> </ul> </li> <li>• Hvordan kan man se de/den årsagsforklaring(er) repræsenteret i jeres</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>deres sociale dømmekraft?</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>måde at arbejde med borgeren på?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Ud fra de metoder (xx) som du nævnte før, hvordan kan du se, at det hænger sammen med disse årsagsforklaringer?)</li> <li>• Hvordan kan nogle af de(n) (nævnte) årsagsforklaringer være sværere at arbejde med i behandlingen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Hvordan kan du være begrænset fra at arbejde med (de(nne) forståelse(r) af jeres borgers alkoholproblematik i behandlingen?)</li> </ul> </li> <li>• Vi er blevet gjort bekendt med, at man inde for rusmiddelsområdet ikke bruger begrebet misbruger/alkoholiker, hvad tænker du om det? Hvis dette selvfølgelig er gældende her på stedet. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad betyder det for selve arbejdet med borgerne, at i ikke bruger disse begreber?</li> <li>• Hvis de bruger det: Hvad tænker du så, at det har af betydning for jeres arbejde med borgerne, at i bruger disse begreber?</li> </ul> </li> </ul> |
| <p><b>Den “gode” klient</b></p> <p>20 min.</p>                                                                                                                                                                                                                                              | <p>De næste spørgsmål vil omhandle jeres borgere (brug det ord de selv bruger)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><i>Hvilke forestillinger har de professionelle om den “gode borger”?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan anskuer de professionelle målgruppen?</li> <li>• Hvordan har kategorisering indflydelse på deres arbejde?</li> <li>• Hvornår er borgeren blevet</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke særlige karakteristika er der ved jeres målgruppe/borgere/bruger <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der nogle fælles karakteristika?</li> <li>• Hvilke ressourcer eller mangel på samme, er fælles for dem?</li> <li>• <i>Få personen til at uddybe, hvad de mener med ressourcer - fx. hvis han/hun siger at de er resourcesvage. Eller at det hvis fx. det er en blanding af</i></li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>klientiseret nok til at passe til deres tilbud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke ressourcer/egenskaber er det nødvendigt at borgeren besidder, for at modtage behandlingen?</li> <li>• Opstår der en creaming proces?</li> <li>• Hvad sker der med de borgere, der ikke besidder de rette ressourcer/egenskaber?</li> </ul> | <p><i>ressourcestærke vs. resourcesvage: hvad mener han/hun med stærke og svage.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke karakteristiske forskelle er der blandt borgerne?</li> <li>• Hvordan vil du i grove træk inddele jeres bruger/borgere/målgruppe. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uddybe inddelingerne</li> </ul> </li> <li>• I det sociale arbejde, arbejder man ofte med nogle kategorier af borgerne, for at give dem de rigtige og bedste tilbud, hvordan arbejder I med det?</li> <li>• Hvad mener du som professionel karakteriserer en borger, der lykkes med at nå i mål med sin behandling? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke egenskaber skal borgeren typisk besidde således, at han/hun har bedst chancer for at få succes med sin behandling?</li> </ul> </li> <li>• Hvad mener du som professionel karakteriserer de borgere der ikke lykkes med at nå i mål med sin behandling? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad gør i ved de personer, som ikke besidder disse egenskaber/ressourcer?</li> </ul> </li> <li>• Hvornår kan du mærke/ se, at en borger er modtagelig overfor jeres behandling? <ul style="list-style-type: none"> <li>• (ALTSÅ: Hvornår kan I mærke / se at en person er, er nået til det punkt, hvor i kan begynde at arbejde succesfuldt med jeres tilbud/behandling?)</li> <li>• Hvad gør I, for at de kommer til det punkt?</li> </ul> </li> <li>• Hvilke borgere er de sværeste at arbejde med i behandlingen?</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad oplever du, at borgerne forventer af dig, når de kommer til jer?</li> <li>• Ud fra din professionelle erfaring med behandlingsarbejdet, hvordan vurderer du at borgerne oplever jeres behandlingstilbud? <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Hvordan oplever du, at borgernes reaktioner på at være der. )</li> <li>• F.eks. bliver alkoholbehandling ofte forbundet med noget <b>skamfuldt</b>, hvordan oplever du, at det har indvirkning på jeres borgere?</li> </ul> </li> </ul> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **Afsluttes med en debriefing**

Tak for din deltagelse. Vi håber du har oplevet det som fint. Du bliver som sagt anonymiseret i vores speciale og du har altid mulighed for trække dit samtykke tilbage.

## BILAG 2: INTERVIEWGUIDE TIL LEDERNE

Note til os selv: Hvilke ord bruger de til at beskrive målgruppen (“bruger”, “klient”, “borger” osv.) og ord som “ekspert”, “ressourcestærke/-svage borgere”, “problematiske forbrug” osv. så skal vi få dem til at uddybe hvordan de forstår de ord?

**Briefing:** 2 min.

Tak, fordi du stadigvæk havde tid til at deltage i interviewet, og at du har stillet medarbejdere til rådighed på trods af den usædvanlige situation (Covid-19). Det er vi rigtig glade for, så vi stadig har mulighed for at afleverer vores speciale.

Præsenterer os selv. Det er mig der er Stine/Oddný, og det er mig som primært kommer til at stille dig spørgsmål. Oddný/Stine præsenterer sig selv, og fortæller, at hun måske også stiller enkelte spørgsmål.

- Vi har ikke arbejdet inden for behandlingsområdet før, hvorfor vi måske kommer til at stille nogle spørgsmål, som kan være “dumme”. Det er blot for at sikre at vi får det hele med.

Interviewet varer ca. 1 time, og vi optager samtalen på vores telefon, så vi kan transskribere det efterfølgende. Ingen andre end os to, og muligvis vores vejleder og censor, vil høre eller se udskriften, og du og dit behandlingstilbud vil blive anonymiseret. Da vi kun har en time, og vi har en række spørgsmål, som vi gerne vil have svar på, kan vi være nødsaget til at afbryde dig enkelte gange, for at nå det hele. Derfor kommer vi også til at have telefonen fremme, så vi kan holde øje med tiden.

| Forskningsspørgsmål                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Interviewspørgsmål                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Praktiske/faktuelle/beskrivende spørgsmål om lederne og organisationen</i></p> <p>8 min.</p>                                                                                                                                                                                                                                  | <p><i>Beskriv dig selv:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uddannelsesmæssige baggrund</li> <li>• Arbejdserfaring</li> </ul> <p><i>Beskriv organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke tilbud til alkoholafhængige tilbyder I? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvorfor er det disse tilbud?</li> </ul> </li> <li>• Når en borger henvender sig, hvordan bliver forløbet tilrettelagt? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan har du som leder haft indflydelse på det?</li> </ul> </li> <li>• Hvordan vurderer I, hvilken type indsats der skal sættes i værk?</li> </ul> |
| <p><b>Positionering</b></p> <p>15 min.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>De næste spørgsmål vil handle om alkoholbehandlerens rolle i deres arbejde</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><i>Hvordan opfatter lederen at professionelle skal være positioneret ift. borgerne?</i></p> <p><i>Hvad er den institutionelle forståelse af, hvordan behandlernes arbejde skal foregå?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvem er eksperten, behandlerne eller målgruppen?</li> <li>• Hvordan styres og</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan mener du som leder, at behandlernes rolle skal være i relation til borgeren? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan understøtter du så det som leder?</li> <li>• Hvorfor denne rolle?</li> <li>• Hvordan hjælper du som leder de nyansatte ind i denne rolle? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der bestemte procedurer de bliver introduceret for?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Har du som leder oplevet, at der er nogle</li> </ul>                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>kontrolleres medarbejderne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herunder rekrutteres der bestemte “typer” af medarbejdere, bliver de socialiseret, disciplineret eller kontrolleret?</li> </ul> | <p>behandlere, som ikke er enige i den rolle?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvis nej: hvorfor tror du ikke at I oplevede uenighed?</li> <li>• Hvis ja: Hvordan løste du dette som leder?</li> <li>• Er der nogle behandlere, der kan finde på at agere på en anden måde i relationen til borgeren, og hvordan ser du som leder på dette?</li> <li>• I det sociale arbejde arbejder man meget med borgerens potentiale og at borgeren skal være ekspert i eget liv, hvordan understøtter du det arbejde som leder? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvis de arbejder med det: Hvorfor/hvordan kan det være, at du som leder understøtter at behandlerne skal arbejde med det? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil det være forkert at argumenter for, at behandlerne er eksperterne på nogle områder, fx har de viden fra jeres faglige uddannelse og erfaring gennem årene med en masse (borgere)?</li> </ul> </li> <li>• Hvis nej: Hvordan det kan være?</li> </ul> </li> </ul> |
| <p><b>Generative mekanismer</b></p> <p>10 min.</p>                                                                                                                                                          | <p>De næste spørgsmål vil handle om hvad du opfatter som årsagerne til alkoholafhængighed.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><i>Hvordan forstår lederen de generative mekanismer, der udløser en alkoholafhængighed?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan er forståelsen</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad mener du, er årsagen til at folk udvikler alkoholafhængighed? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du uddybe?</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>repræsenteret i deres behandlingsmetoder og tilbud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der andre forståelser repræsenteret i deres behandlingsmetoder og tilbud.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan understøtter du som leder, at behandlerne arbejder ud fra denne forståelse?</li> <li>• Hvordan kan du se, at denne forståelse bliver arbejdet med i behandlernes metoder og de tilbud som I tilbyder borgerne.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Den “gode” klient</b></p> <p>25 min.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>De næste spørgsmål handler om jeres målgruppe og hvad du som leder mener karakterisere jerer målgruppe.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><i>Hvilke forestillinger har lederne om “den gode klient”?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan anskuer lederne målgruppen?</li> <li>• Hvornår er borgeren blevet klientiseret nok til at passe til deres tilbud?</li> <li>• Hvilke ressourcer/egenskaber er det nødvendigt at borgeren besidder, for at modtage behandlingen?</li> <li>• Opstår der en creaming proces?</li> <li>• Hvad sker der med de borgere, der ikke besidder de rette ressourcer/egenskaber?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad mener du, som leder karakteriserer jeres målgruppe? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der nogle fælles karakteristika?</li> <li>• Er der nogle ressourcer eller mangel på samme som er fælles for dem? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Få hende til at uddybe, hvad de mener med ressourcer - fx. <i>hvis hun siger at de er ressourcesvage. Eller at det hvis fx. det er en blanding af ressourcestærke vs. ressourcesvage: hvad mener hun med stærke og svage.</i></li> </ul> </li> <li>• Er der nogle karakteristiske forskelle ved målgruppen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan er de så forskellige?</li> <li>• Kan du fx inddele i grove træk jeres bruger/borgere/målgruppe. <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Hvad er det for nogle forskellige typer, kan du prøve at karakterisere</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>dem?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad mener du, som leder karakteriserer en borger, der lykkes med at nå i mål med sin behandling? <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Hvilke egenskaber skal borgeren typisk besidde således, at han/hun har bedst chancer for at få succes med sin behandling?)</li> </ul> </li> <li>• Ud fra dit synspunkt som leder hvad mener du så, karakteriserer de borgere, der ikke lykkedes med at nå i mål med sin behandling? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan understøtter du som leder at dine behandlere kan hjælpe de borgere, som ikke har de nødvendige ressourcer til jeres behandling.</li> <li>• (F.eks. mødestabilitet)</li> </ul> </li> <li>• Hvornår er en borger ideelt set, nået til det punkt, hvor de er modtagelige overfor at modtage jeres behandling? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan understøtter du behandlerne i, at de får borgerne hen til det punkt?</li> <li>• (f.eks. ift. de metoder og tilbud I har, hvad foreskriver de, at borgerne skal kunne for at få succes med behandlingen?)</li> </ul> </li> <li>• Vi er blevet gjort bekendt med, at man inde for rusmiddelsområdet ikke bruger begrebet misbruger/alkoholiker, hvad tænker du om det? Hvis dette selvfølgelig er gældende her på stedet.</li> </ul> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                         |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke overvejelser har I på ledelsesplan gjort jer, i forhold til ordvalg omkring jeres målgruppe?</li> <li>• Hvordan har det været at få implementeret i praksis?</li> </ul> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **Afsluttes med en debriefing**

Tak for din deltagelse. Vi håber du har oplevet det som fint. Du bliver som sagt anonymiseret i vores speciale og du har altid mulighed for trække dit samtykke tilbage.

## BILAG 3: DATABEHANDLING AF DE PROFESSIONELLES INTERVIEWS

### **Problemforståelse**

**Fastholdelse (Antal 9)**

**Eskalerende forbrug (Antal 3)**

**Bagvedliggende problemer (Antal 25)**

**Genetik (Antal 1)**

**Miljø/opvækst (Antal 3)**

**Forståelser de tager afstand fra (Antal 1)**

**Hvor den stamme fra (Antal 3)**

### **Alkoholbehandlingen**

#### **Arbejdsopgaver**

Behandler som ekspert (Antal 36)

Borgernes egen placering i behandlingstilbuddet (Antal 5)

Evidens (Antal 8)

Inddragelse af borgerne (Antal 20)

Det relationelle arbejde (Antal 7)

Koordinerende arbejde (Antal 9)

Udfordring (Antal 5)

Flydende roller (Antal 8)

Facilitator arbejde (Antal 5)

Mangler viden (Antal 5)

#### **Socialfaglige metoder**

Det motiverende arbejde (Antal 3)

Det terapeutiske arbejde (Antal 21)



## **Beskrivelse af målgruppen (Antal 8)**

### **Sprogbrug (Antal 10)**

#### **Kortlægning af borgerne (Antal 32)**

Generel beskrivelse af borgerne (Antal 31)

Fokus på kroppen (Antal 3)

#### **Behandlingstilbud (Antal 42)**

Modtagelighed og krav til borgerne ift. behandlingstilbuddet (Antal 13)

Borgernes forventninger til tilbuddet (Antal 5)

#### **Borgernes ressourcer (Antal 7)**

Motivation (Antal 8)

Netværk (Antal 8)

Kognitive niveau (Antal 7)

Manglende ressourcer (Antal 32)

Målene (Antal 8)

## **BILAG 4: DATABASEHANDLING AF LEDERNE INTERVIEWS**

### **Problemforståelse (Antal 1)**

**Fastholdelse (Antal 1)**

**Eskalerende forbrug (Antal 2)**

**Bagvedliggende problemer (Antal 3)**

**Genetik (Antal 2)**

**Miljø/opvækst (Antal 2)**

**Kultur (Antal 1)**

**Manglende kontrol (Antal 1)**

**Forståelser de tager afstand fra (Antal 1)**

### **Alkoholbehandlingen (Antal 2)**

#### **Arbejdsopgaver**

Behandler som ekspert (Antal 11)

Borgernes egen placering i behandlingstilbuddet (Antal 1)

Evidens (Antal 12)

Inddragelse af borgerne (Antal 2)

Det relationelle arbejde (Antal 1)

Koordinerende arbejde (Antal 3)

Flydende roller (Antal 0)

Mangler viden (Antal 0)

Behandlernes autonomi (Antal 2)

Facilitator arbejde (Antal 2)

#### **Socialfaglige metoder**

Det terapeutiske arbejde (Antal 3)

# **Beskrivelse af målgruppen**

## **Sprogbrug (Antal 9)**

### **Kortlægning af borgerne (Antal 9)**

Generel beskrivelse af borgerne (Antal 3)

Fokus på kroppen (Antal 0)

### **Behandlingstilbud (Antal 7)**

Modtagelighed og krav til borgerne ift. behandlingstilbuddet (Antal 8)

Borgernes forventninger til tilbuddet (Antal 1)

### **Borgernes ressourcer (Antal 3)**

Motivation (Antal 7)

Netværk (Antal 1)

Kognitive niveau (Antal 0)

Manglende ressourcer (Antal 5)

Målene (Antal 4)

# **Organisatorisk styring (Antal 4)**

## **Rekruttering (Antal 2)**

## **Uddannelse (Antal 4)**