

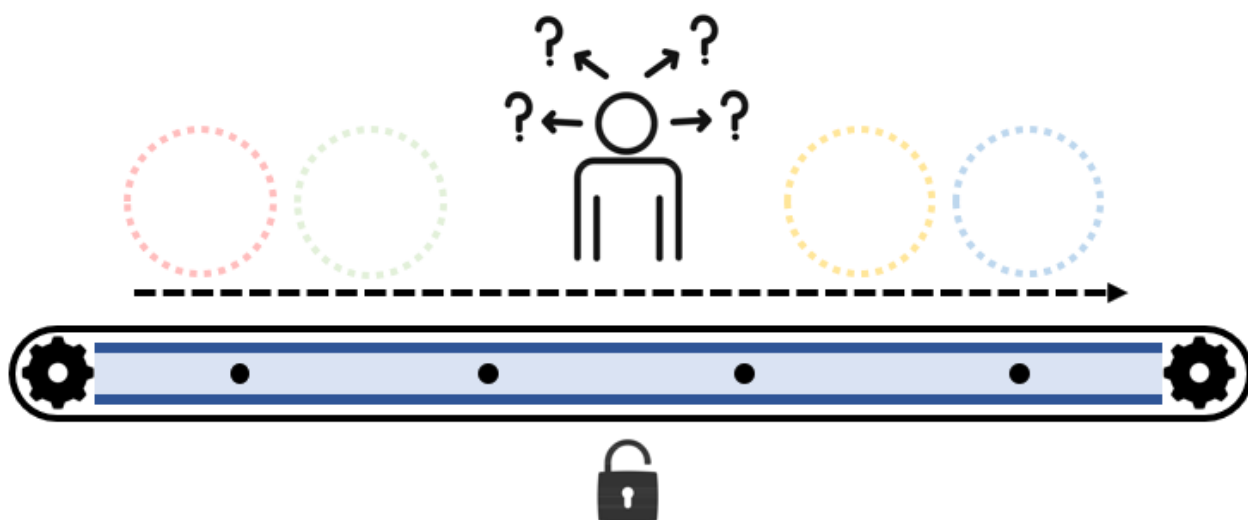


AALBORG
UNIVERSITET

STUDENTERRAPPORT

Værdier betyder faktisk noget

En holdningsundersøgelse blandt behandlere i den ambulante alkoholbehandling i Danmark



Values do actually mean something

A study of opinions and judgements among counsellors in the outpatient treatment for alcohol use disorders in Denmark

Kristina Hasselbalch Volke

Studienummer: 20191524

Anslag: 167.993

Inkl. mellemrum og ekskl. forside, abstract, indholdsfortegnelse, tabeller og litteraturliste.

Vejleder: Christian Franklin Svensson

Kandidaten i Socialt Arbejde, 4. semester

Aalborg Universitet, København

Maj 2022

Abstract

In Denmark treatment for alcohol use disorders is a public task and responsibility. From political hold the aim is to provide a uniform, knowledge-based and quality assured treatment. As front-line service providers counsellors play a fundamental role in transforming the political objectives into practice. This makes it of substantial interest to explore the professional decision-making within the alcohol treatment. This study examines what counsellors *base* their professional opinions on and the reasoning that informs their judgements. The aim is to contribute to a greater understanding of the differences that appear and to discuss the possible consequences for the treatment being delivered.

The study is based on vignette methodology in combination with semi structured qualitative interviews conducted with 12 counsellors from outpatient treatment facilities across Denmark. The empirical data is analysed through a hermeneutic inspired meaning condensing and interpretation. The findings of this analysis are then elaborated using selected concepts from Laclau & Mouffe's discourse theory as analytical tools. Finally, the object of *good* treatment is discussed through a comparison between the results and insights from the analyses and Høilund & Juul's concept of recognition as the normative ideal for practical social work.

The study concludes that the counsellors base their opinions on respectively knowledge and a range of specified values. The analysis shows that the counsellors in more areas represent a diversity, especially with regards to the role and understanding of specific values as a base for decision-making and judgements. Through a discourse theoretical perspective, the differences can be understood as the manifest result of a number of discursive hegemonic battles, and central values are analysed as 'floating signifiers'. Accordingly, the study concludes that the counsellors draw on (at least) four different discourses in making their judgements and forming their opinions. These discourses each give a specific meaning to the central values that form part of the ground on which the counsellors base their professional opinions.

In the light of the closing discussion, the study concludes that a focus on theoretical knowledge is insufficient in terms of assuring the quality of the treatment. Values need to be taken into account as well as they play an important role in whether and how the knowledge is being used. It is also vital to elicitate and discuss the *meaning* of the values at stake, especially with regards to getting an understanding of what *good* treatment is and how it is pursued.

Indhold

Kapitel 1: Indledning.....	1
Problemformulering	1
Problemfelt	2
Baggrund og relevans	2
Begrebsafklaring	4
Kapitel 2: Metode	6
Vignetmetoden	6
Interviews	10
Tabel 1: Overblik over informanter.....	12
Kapitel 3: Analysestrategi	15
Analyse, del 1.....	16
Hermeneutikken	16
Analyse, del 2.....	18
Socialkonstruktivismen og diskursteorien	18
Kombinationen af videnskabsteoretiske retninger	18
Kapitel 4: Empiriske fund.....	21
Begrundelser for behandlernes faglige holdninger og vurderinger.....	21
Viden og værdier	24
Forskelle blandt behandlerne	25
Delkonklusion: Hvad baserer alkoholbehandlere deres faglige holdninger og vurderinger på?	30
Kapitel 5: Laclau & Mouffes diskursteori som analytisk perspektiv.....	31
Kapitel 6: Diskurser i den ambulante alkoholbehandling	34
Skema 1: Diskurser i den ambulante alkoholbehandling.....	35

Den anerkendende socialarbejder.....	36
Den kompetente fagperson.....	38
Den nøgterne hjælper.....	40
Det autentiske menneske.....	42
Sammenfatning.....	44
Kapitel 7: Flydende betegnere.....	46
Anerkendelse.....	47
Ansvar.....	53
Sammenfatning.....	57
Figur 1: Anerkendelse som flydende betegner.....	58
Kapitel 8: Hegemoniske kampe.....	59
Hegemoniske kampe inden for den ambulante alkoholbehandling.....	60
Delkonklusion: Hvordan kan man forstå de forskelle, der har vist sig?.....	63
Kapitel 9: Diskussion: Betydningen for den udførte alkoholbehandling?.....	65
Ensartet og <i>kvalitetssikret</i> behandling.....	65
Ensartet og <i>god</i> behandling.....	67
Delkonklusion: Betydningen for den alkoholbehandling, der udføres?.....	72
Kapitel 10: Metoderefleksioner og kritik.....	74
Validitet.....	74
Reliabilitet.....	76
Generaliserbarhed.....	77
Vidensproduktion og videnskabsteoretisk afsæt.....	77
Kapitel 11: Konklusion.....	79
Litteraturliste.....	83
Bilag (vedhæftet separat)	

Kapitel 1

Indledning

I Danmark er det en kommunal opgave og forpligtelse at tilbyde samt levere behandling til borgere med et problematisk forbrug af alkohol (Sundhedsloven §141). Fra politisk side tilstræbes en ensartet, vidensbaseret og kvalitetssikret alkoholbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2018; 2019a). I praksis er det imidlertid *mennesker* – socialarbejdere – der skal indfri denne målsætning. Som skal omsætte lovgivning, retningslinjer, uddannelse og metoder til reel alkoholbehandling. Dette placerer socialarbejderne i en afgørende rolle hvad angår den alkoholbehandling, der i sidste ende leveres til borgerne. Dertil kommer, at den ambulante alkoholbehandling er en del af et felt (socialt arbejde), hvor et grundvilkår er, at vidensbaseret professionalisme og faglighed ikke i sig selv kan sikre en ensartethed, og hvor der blandt de professionelle hersker store holdningsmæssige forskelle. Holdningsforskelle som ofte er skjulte eller latente (Ejrnæs, 2006; Ejrnæs & Monrad, 2010).

Behandlerne udgør bindeleddet mellem den politiske målsætning for den offentlige alkoholbehandling og den reelle alkoholbehandling i praksis, og det bliver således relevant at udforske det holdningsmæssige aspekt af behandlernes faglighed – herunder at undersøge, hvad der informerer eller begrundet behandlernes holdninger. Indsigter i dette vil kunne bibringe en større forståelse af, hvordan eventuelle forskelle kan tænkes at have indvirkning på praksis.

Ovenstående leder mig til følgende problemformulering:

PROBLEMFOMULERING

Hvad baserer alkoholbehandlere deres faglige holdninger og vurderinger på?

Hvordan kan man forstå de forskelle, der måtte vise sig, og hvad er betydningen for den udførte alkoholbehandling?

Problemfelt

Der har de senere år været fokus på indholdet og kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling i Danmark, bl.a. i form af Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Der tilstræbes en ensartethed i alkoholbehandlingen, hvilket bl.a. ses i Sundhedsstyrelsens udgivelse af en National Klinisk Retningslinje for behandling af alkoholafhængighed, som udkom første gang i 2015 (senest opdateret i 2018) med det formål at "højne og ensrette kvaliteten af alkoholbehandlingen i Danmark" (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 19). Af retningslinjerne fremgår anbefalinger hhv. for og imod forskellige interventioner i alkoholbehandlingen, og Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne (Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsstyrelsen udbyder ligeledes en Uddannelse i offentlig ambulant alkoholbehandling, som er målrettet alkoholbehandlere ansat i den offentligt finansierede alkoholbehandling. Her trænes behandlerne i de evidensbaserede metoder, der anvendes i alkoholbehandlingen, og formålet er at bidrage til at højne kvaliteten af alkoholbehandlingen i de enkelte kommuner og nationalt (Komponent, u.å.). Endelig er der også igangværende drøftelser af og anbefaling om, at der indføres forpligtende nationale kvalitetsstandarder for alle behandlingssteder med det formål at øge sandsynligheden for, at den behandling som borgerne får, er evidensbaseret og kvalitetssikret (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Ønsket om ensartethed og kvalitet i behandlingen er således evident.

Baggrund og relevans

Interessen i at forstå og forklare frontlinjemedarbejderes beslutningstagning og ageren i praksis er ikke ny. En gennemgang af litteratur og forskning viser en bred interesse for området. Studier har bl.a. fokuseret på socialarbejdernes værdier (fx Landau & Osmo, 2003), på socialarbejderes strategier til håndtering af krydspres (fx Lipsky, 1980; Nissen & Harder, 2008) eller i relation til etiske dilemmaer (fx Mattison, 2000), ligesom studier har beskæftiget sig med markarbejdere som politiske beslutningstagere (fx May & Winter, 2007). Inden for de senere år er der lavet en række danske undersøgelser, som ligeledes giver anledning til nysgerrighed i relation til, hvad der former og påvirker praksis.

Ejrnæs og Monrad (Ejrnæs, 2006; Ejrnæs & Monrad 2010, 2013) har undersøgt og sammenlignet en række velfærdsprofessionelles holdninger og faglighed. I deres undersøgelser fandt de, at der

blandt de professionelle var store forskelle og høj grad af uenighed i de faglige holdninger. Selv professionelle inden for samme profession viste sig at have meget forskellige holdninger til den samme faglige problemstilling. Ejrnæs og Monrad (Ejrnæs, 2006; Ejrnæs & Monrad, 2010) konkluderer på baggrund af deres undersøgelser, at uenighed er et grundvilkår inden for socialt arbejde, og at det er en illusion, at en vidensbaseret professionalisme og faglighed sikrer en ensartethed.

Dertil kommer, at den ambulante alkoholbehandling ofte finder sted som samtaler i lukkede rum mellem én borger og én behandler, hvilket kan gøre det vanskeligt at monitorere og vide, hvordan alkoholbehandlingen rent faktisk tager sig ud. De enkelte alkoholbehandlere får derfor ikke nødvendigvis øje på hinandens forskelligheder hvad angår holdninger og vurderinger. Monrad & Grünfeld (2017) peger i tråd hermed på, at en individualiseret organisering af arbejdet kan udgøre en barriere for at identificere og diskutere, at uenigheder eksisterer. Ejrnæs (2006) finder også, at der blandt fagkollegaer inden for socialt arbejde eksisterer en urealistisk optimisme med hensyn til, hvor enige man er, og at fagpersoner ikke er bevidste om deres holdningsforskelle. Han beskriver, at uenigheden således er "skjult eller latent" (Ejrnæs, 2006, s. 164).

Når socialarbejderes *holdninger* er væsentlige, er det ifølge Ejrnæs & Monrad (2012) fordi:

- . . . fagligheden, når den udtrykkes på skrift i beskrivelser, i analyser af faglige problemstillinger og i professionelles arbejde, kommer til udtryk i vurderinger og holdninger
- . . . Fagligheden udtrykkes gennem overvejelser, hvor den teoretiske og metodiske viden kombineres med værdier og følelser, der udmønter sig i bestemte handlingsforslag. (s. 27)

Holdninger står dermed centralt i en belysning af socialarbejdernes faglighed, og dermed praksis. Ejrnæs' og Monrads undersøgelser (Ejrnæs, 2006; Ejrnæs & Monrad, 2010) havde dog ikke til formål at udforske, hvad de professionelle *baserede* deres holdninger på, men på hhv. at belyse *om*, i hvilken *grad* og i hvilket *omfang* der var holdningsforskelle.

Dreier & Østergaard (2015) har undersøgt de professionelles *forholdemåder*, hvilket kan ses som en pendant til holdninger. I deres studie er det dog det *handlemæssige* aspekt, der fokuseres på; hvordan socialarbejderne rent faktisk handler – og ikke hvad de forskellige forholdemåder *baseres* på eller begrundes med.

Til mit kendskab er der således ikke studier, der i mere bred forstand har fokuseret på socialarbejdernes holdninger og baggrunden eller begrundelserne herfor.

En undersøgelse af alkoholbehandlingernes faglige holdninger og vurderinger giver mig mulighed for at belyse de aspekter af deres faglighed, der ikke umiddelbart lader sig observere som handlinger i praksis; *baggrunden og grundlaget* for de holdninger, der konstituerer fagligheden. Min undersøgelse retter sig således imod at belyse, hvad den enkelte behandler *baserer* sine faglige holdninger og vurderinger på og imod en *forståelse* af dette. Jeg fokuserer dermed på en udforskning af de refleksioner og begrundelser, som behandlerne bringer i spil i deres faglige beslutningstagning og vurderinger.

Det er mit håb, at en indsigt i hvad behandlingernes faglige holdninger baserer sig på, vil kunne bidrage til en større forståelse af, hvad der påvirker den behandling, som udføres af behandlere i den ambulante alkoholbehandling. At en større forståelse vil kunne inspirere til en faglig debat og bidrage til at identificere eventuelle blinde pletter i den faglige praksis. Endelig er det min forhåbning, at min undersøgelse vil kunne bidrage med indsigter i, hvad uddannelsen af professionelle i den ambulante alkoholbehandling med fordel (også) kan have for øje – hvilket i sidste ende kan være med til at kvalificere den alkoholbehandling, som borgerne tilbydes.

Begrebsafklaring

Holdninger

I mit projekt spiller begrebet 'holdninger' en væsentlig rolle, og jeg vil derfor kort præcisere, hvilken forståelse af begrebet, der ligger bag min anvendelse af det. Der findes flere forskellige måder at definere holdninger på (se Olsen, 2008). I mit projekt tager jeg afsæt i en klassisk komponentiel definition, hvor holdninger opfattes som bestående af tre komponenter; en kognitiv komponent (viden), en affektiv komponent (følelser/værdier) og en konativ komponent (handletendens/potentiel handleparathed) (Ejrnæs & Monrad, 2012; Olsen, 2008). En komponentiel definition er velegnet i mit projekt, hvor jeg netop ønsker at "se bagom" behandlingernes holdninger, som de umiddelbart udtrykkes, idet den giver mig blik og begreber for de elementer, der tilsammen udgør behandlingernes holdninger. Når jeg i mit projekt undersøger

behandlernes "faglige holdninger og vurderinger", undersøger jeg således både elementer af viden, værdier og handletendenser eller -tilbøjeligheder. Endvidere må det præciseres, at holdninger altid relateres til *noget* – et holdningsobjekt (Ejrnæs & Monrad, 2012). Hvad der udgør dette *noget* i mit projekt vil jeg uddybe i de kommende kapitler.

Værdier

Begrebet 'værdier' er ligeledes kendetegnet ved en mangfoldighed af definitioner. Da mit projekt relaterer sig til feltet af socialt arbejde, har jeg valgt at tage udgangspunkt i en definition relateret til denne kontekst. I mit projekt skal 'værdier' således forstås som: "En række fundamentale moralsk/etiske principper, som socialarbejdere er/bør være forpligtede på" (Banks, 1995, s. 4, min oversættelse). Værdier relaterer sig således til, hvad der bliver betragtet som godt og skidt, rigtigt og forkert i det sociale arbejdes praksis.

Kapitel 2

Metode

Som det fremgår af indledningen til projektet, er min undersøgelsesinteresse centreret omkring alkoholbehandlingernes perspektiv. Jeg er optaget af at forstå den enkelte behandlers holdninger samt baggrunden for disse. Min forskningsinteresse og problemformulering lægger således op til et kvalitativt studie, idet den kvalitative tilgang netop fokuserer på forståelse, fortolkning og menneskers egne perspektiver på og beretninger om verden (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

I min undersøgelse har jeg kombineret to metodiske værktøjer; dels vignetterundersøgelsen og dels det kvalitative interview. I det følgende vil jeg først præsentere vignettermetoden og min anvendelse af den i projektet, hvorefter jeg udfolder baggrunden for og anvendelsen af de kvalitative interviews.

Kritiske refleksioner over mine metodevalg vil fremgå i kapitel 10 som en del af den afsluttende vurdering og konklusion på mit projekt.

Vignettermetoden

Vignetter er, ligesom cases, korte beskrivelser af samfundsmæssige fænomener og sociale situationer¹ (Ejrnæs & Monrad, 2012). De kan beskrives som ". . . stories about individuals and situations which make reference to important points in the study of perceptions, beliefs, and attitudes" (Hughes, 1998, s. 381). Vignetter konstrueres ud fra undersøgerens forskningsinteresse og vil derfor typisk være fiktive, men vil dog ofte bygge på faktisk forekommende situationer, idet det tilstræbes, at vignetterne udgør realistiske beskrivelser af den pågældende situation. Ved anvendelse af vignettermetoden præsenterer man sine respondenter for en eller flere vignetter. Respondenterne inviteres herefter til at tage stilling til de i vignetten skitserede situationer, personer, hændelsesforløb eller lign. (Ejrnæs & Monrad, 2012).

Vignettermetoden betragtes som en særlig form for holdningsundersøgelse og kan bruges i både kvalitative og kvantitative studier. Metoden er velegnet til at afdække netop holdninger,

¹ I mit projekt vil jeg fremadrettet anvende begreberne 'vignetter' og 'cases' synonymt.

vurderinger, forståelser, værdier og tolkninger i relation til et bestemt fænomen eller en bestemt situation (Ejrnæs & Monrad, 2012). Vignetundersøgelsen som metode fremstår derfor som velegnet til belysningen af min problemformulering, der netop fokuserer på behandlernes holdninger og vurderinger. Som også tidligere fremhævet er mit fokus ikke på behandlernes reelle handlinger i praksis, men snarere på en udforskning og forståelse af *baggrunden* for de faglige holdninger, der kommer til udtryk gennem handlinger i praksis. Dette fokus harmonerer godt med vignetmetoden, idet det her, som Barter & Renold (2000) udtrykker det "not [is] the outcome (or action) that is of research interest, for this will always be situationally specific, but the process of meanings and interpretations used in reaching the outcome that is of central concern to social scientists" (s. 312).

Vignetmetoden har flere fordele i relation til min forskningsinteresse. Gennem konstruktionen af vignetter kan man skabe en fælles, konkret og detaljeret kontekst for respondenternes vurderinger og svar, hvilket både kan øge undersøgelsens kvalitet og validitet (Ejrnæs & Monrad, 2012). Finch (1987) pointerer, at det kan være svært at have en kontekstafhængig holdning. Særligt i relation til målgrupper kendetegnet ved komplekse problemer (hvilket ofte er tilfældet inden for alkoholbehandlingen) kan det være vanskeligt at have en "generel holdning" til borgerne, problemerne eller deres løsning, idet det ofte vil "komme an på..." den konkrete situation. Her tilbyder vignetmetoden mig, gennem konstruktionen af den specifikke og fælles kontekst, at tage højde for holdningernes kontekstafhængighed.

Et væsentligt mål med holdningsundersøgelser er som oftest at sammenligne respondenternes svar (Ejrnæs & Monrad, 2012). Sigtet med min undersøgelse er som beskrevet af forstående og fortolkende karakter, og et kvalitativt design med relativt få respondenter giver ikke mulighed for at udsige noget generelt om behandlerne eller deres holdninger. Alligevel finder jeg det væsentligt at kunne sammenligne respondenternes svar i min undersøgelse, idet en sammenligning vil sætte fokus på de nuancer og den eventuelle diversitet, der måtte vise sig i behandlernes argumenter og begrundelser for deres holdninger. Med denne sammenligning for øje bliver vignetmetodens egnethed desto tydeligere, netop i kraft af muligheden for at konstruere den specifikke kontekst, der udgør det fælles udgangspunkt for udforskningen af behandlernes holdninger og vurderinger. (Ejrnæs & Monrad, 2012; Finch, 1986).

Endelig fremhæves vignette-metoden som særligt egnet til undersøgelse af netop professionelles faglige vurderinger. Dette i kraft af muligheden for at stille spørgsmål til en lang række aspekter af den i vignetten beskrevne situation, herunder fx den professionelles vurdering af problematikken, anbefalinger til intervention samt holdninger til casepersonernes handlinger eller udsagn. De faglige holdninger udtrykkes manifest gennem vurderinger og handletendenser i forhold til de nuanceret beskrevne problemstillinger i vignetten (Ejrnæs & Monrad, 2012).

Jeg vurderer således, at vignette-metoden i kombination med kvalitative interviews vil udgøre et frugtbart design til belysning af min problemformulering, der netop kredser om, hvad behandlernes faglige holdninger baserer sig på.

Konstruktionen af vignetterne

Anvendelsen af vignette-metoden indebærer, at jeg som led i min undersøgelse har udarbejdet to vignetter. Begge vignetter indeholder en beskrivelse af en situation, hvor en borger har opsøgt det kommunale alkoholbehandlingstilbud og er mødt op til den første, indledende indskrivningssamtale hos en alkoholbehandler. I vignetten optræder således en borger og en behandler. I vignetten bliver borgerens situation og alkoholproblematik beskrevet, primært gennem oplysninger fra borgeren selv. Udvalgte oplysninger om fx familie, beskæftigelse, bolig, psykisk trivsel mv. fremgår også, om end det ikke er de samme oplysninger, der fremgår af begge cases.

Den ene vignette er konstrueret til at beskrive en typisk, gennemsnitlig borger, som henvender sig i den ambulante behandling. Den anden vignette er konstrueret til at beskrive en borger, der er mere belastet og med mere komplekse problemstillinger, herunder mulig psykiatrisk komorbiditet.

I litteraturen om metoden nævnes en række opmærksomhedspunkter, som det anbefales at have for øje i konstruktionen af vignetter (bl.a. Ejrnæs & Monrad, 2012). Særligt vignetternes realisme og relevans fremhæves flere steder (Finch, 1987; Hughes, 1998), og det pointeres, at et indgående kendskab til undersøgelsesfeltet ofte vil være en forudsætning for at kunne formulere en realistisk vignette (Ejrnæs & Monrad, 2012). Hvad angår dette vidensgrundlag har jeg dels trukket på min egen praksiserfaring som alkoholbehandler i flere ambulante behandlingstilbud samt på min viden om feltet. Denne erfaring har udstyret mig med kendskab til faktuelle omstændigheder ved både

målgruppen og behandlingstilbuddene, såvel som den faglige sprogbrug på området og har dermed udgjort en væsentlig forudsætning for at skabe realistiske og genkendelige scenarier. Jeg har ligeledes anvendt tilgængelige data på området til at sikre, at karakteristika som køn, alder, år med problematisk forbrug af alkohol forud for henvendelse, somatiske og psykiske tilstande relateret til alkoholmisbrug mv. var repræsentative for de borgere, som behandlerne møder i praksis (jf. bl.a. Lægehåndbogen, 2021, 2022; Sundhedsdatastyrelsen, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2019a). Derudover har jeg efter udarbejdelsen af vignetterne søgt at kvalificere vignetterne ved at have dem til gennemlæsning og feedback ved først en erfaren vidensperson på området (lederen af Enheden for Klinisk Alkoholforskning) og dernæst en repræsentant for målgruppen for undersøgelsen (en erfaren alkoholbehandler). Begge har bidraget med kommentarer til ordvalg, formuleringer, in- og eksklusion af oplysninger, vignetternes realisme og relevans samt tydeliggørelse af praksiskonteksten.

Et uddrag af de anvendte vignetter kan ses i Boks 1 og Boks 2 nedenfor. Vignetterne fremgår i deres fulde længde i Bilag 1 og 2.

BOKS 1 UDDRAG FRA VIGNET 1

Torben er 55 år. Han er gift med Gitte. Sammen har de 2 voksne børn på hhv. 22 og 25 år . . .

Torben fortæller, at han altid har været glad for et glas vin til maden eller for en øl til fodboldkampen i fjernsynet. "Det hører sig jo ligesom til", forklarer han. Han har ikke selv tænkt, at der var noget usædvanligt eller mærkeligt i hans måde at drikke alkohol på. Når Torben ser tilbage, kan han dog godt se, at hans alkoholforbrug stille og roligt er taget til, måske igennem de sidste ca. 10 år. Han bemærker fx, at han og Gitte førhen kun drak vin til maden i weekenden, men at det med årene er blevet en vane at få et glas til maden til hverdag også. I hvert fald for Torben. Det er ikke altid, at Gitte også tager et glas, fortæller han . . .

Der har også været nogle episoder, bl.a. i forbindelse med et par familiesammenkomster, hvor Torben, som han siger: "fik lidt for meget indenbords og måske nok blev lidt dum at høre på". Gitte har også flere gange kommenteret på Torbens alkoholforbrug. Det har mest været små stikpiller . . .

BOKS 2 UDDRAG FRA VIGNET 2

Henrik er 42 år. Han mødte i går op i Alkoholbehandlingens akutte åbningstid . . .

Henrik fortæller, at hans alkoholforbrug er blevet særligt slemt det sidste halve års tid. Han drikker ikke hver dag, men tager sig "nogle ture", som han kalder det. Der kan godt gå flere uger, mellem at han drikker, men når han først går i gang, kan han ikke stoppe igen. Så drikker han typisk 1-2 flasker spiritus henover et til to døgn. Henrik stopper først med at drikke, når han ikke har mere alkohol. . . .

Meget af tiden synes han, at "det hele er gråt og trist", men ind i mellem oplever han dog også det, han kalder for 'sine gode dage'. Så får han ligesom et kortvarigt skud energi og får udrettet en masse. . . .

Henrik udtrykker, at alkoholen er "både en fjende og en ven". Efter den sidste 'tur' som ifølge Henrik "løb helt af sporet" har Henrik dog besluttet, at der er nødt til at ske noget. Han oplyser, at han drak det sidste vodka for 2 dage siden, og at han stadig føler sig lidt mærket af det.

Som det fremgår af disse uddrag, er det hhv. Torben og Henrik, der som (fiktive) borgere er omdrejningspunktet i vignetterne. I hver vignette indgår ligeledes en (fiktiv) alkoholbehandler; hhv. Henriette og Birthe. Disse navne vil derfor fremgå af citater og uddrag fra interviewene, som inddrages i projektrapporten.

Interviews

I min undersøgelse har jeg valgt at kombinere vignetundersøgelsen med kvalitative interviews. Kendetegnende for det kvalitative forskningsinterview er, at det "forsøger at forstå verden ud fra subjekternes synspunkter, udfolde betydningen af deres oplevelser og afdække deres levede verden forud for videnskabelige forklaringer" (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 19). Mens vignetterne dannede rammen og konteksten for min undersøgelse, blev det individuelle interview redskabet til at opnå en indsigt i og forståelse af behandlernes holdninger og vurdering i relation til vignetterne. Gennem interviewene fik jeg mulighed for at udforske nuancerne af de faglige begrundelser og refleksioner, som ligger bag behandlingernes holdninger.

Interviewene var semistrukturerede, idet spørgsmålene til vignetterne var udarbejdet på forhånd, mens der i selve udforskningen og udfoldelsen af behandlernes svar på spørgsmålene (hvilket var det egentlige fokus for undersøgelsen) var plads til, at interviewet kunne bevæge sig i den retning, som den enkelte behandler ansporede til.

Spørgsmålene til vignetterne drejede sig bl.a. om, hvordan behandleren forstår og vurderer situationen og borgerens problematik, samt hvad behandleren mener, at fagpersonen i vignetten bør gøre. Der blev også stillet spørgsmål til behandlerens holdning til og vurdering af behovet for behandling, målet for behandlingen og indholdet af behandlingen. Ligeledes blev der for hver vignette stillet spørgsmål om, hvad behandleren opfatter som årsagen til borgerens problem, hvilket gav mulighed for at undersøge behandlerens problemforståelse. Behandlernes svar blev konsekvent mødt med en nysgerrig udforskning af begrundelserne herfor. Behandlerne blev opfordret til at udfolde argumenterne og begrundelserne for deres holdninger og vurderinger, bl.a. via spørgsmål som "Hvad lægger du særligt mærke til eller vægt på i din vurdering?" og helt åbne "hvorfor"-spørgsmål. Formålet med undersøgelsen var som beskrevet at belyse behandlernes subjektive definitioner og meninger snarere end at klarlægge kausale mekanismer, men som Finch (1987) pointerer:

One still has to look for ways of ensuring that respondents' subjective meanings are conveyed to the researcher with as much clarity as is possible. The use of open-ended 'why' questions within the context of a vignette are clearly one important way in which this can be done. (Finch, 1987, s.112)

Rekruttering

Det var mit ønske, at informanterne i min undersøgelse så vidt muligt ville blive repræsentative for den ambulante alkoholbehandling, og at diversiteten i tilbuddene og medarbejderne ville afspejle sig i min empiri. Jeg indsamlede derfor indledningsvist oplysninger om alle kommuners alkoholbehandlingstilbud. Disse oplysninger omfattede kommunestørrelse, størrelsen på behandlingstilbuddet samt om der på behandlingstilbuddet alene tilbydes alkoholbehandling (Sundhedsloven §141) eller om der også tilbydes stofmisbrugsbehandling (Serviceloven §101). Med afsæt i et repræsentativt udsnit på disse parametre blev 29 tilfældigt udvalgte ambulante behandlingstilbud kontaktet via mail. Mailen blev distribueret til behandlingstilbuddets leder og

beskrev kort undersøgelsens fokus, hvorefter jeg efterlyste behandlere der kunne være interesserede i at lade sig interviewe. Lederen af behandlingstilbuddet blev opfordret til at videresende mailen til relevante medarbejdere. Kriteriet for rekruttering af informanterne var, at de var ansat til at udføre ambulans alkoholbehandling jf. Sundhedslovens §141. Det var afgørende, at en væsentlig del af informanternes arbejde som behandlere bestod af social/samtalebaseret behandling, men de måtte derudover gerne have opgaver i relation til den medicinske eller sundhedsfaglige del af behandlingen også.

På baggrund af tilbagemeldinger fra de kontaktede kommuner lavede jeg interviewaftaler med 13 behandlere, hvoraf en enkelt måtte frafalde pga. sygdom.

Informanter

Min empiri består således af kvalitative interviews med 12 alkoholbehandlere.

Oplysningerne om de enkelte informanter fremgår af Tabel 1 nedenfor.

TABEL 1 OVERBLIK OVER INFORMANTER OG BAGGRUNDSDATA						
	UDDANNELSE	ANCIENNITET ¹	KOMMUNE-STØRRELSE ²	OFFENTLIG / PRIVAT ³	TILBUDDETS STØRRELSE ⁴	ALKOHOL / STOF ⁵
BEHANDLER 1	Socialpædagog	14 år	Provinsby	Offentlig	43	Alkohol
BEHANDLER 2	Socialrådgiver	3½ år	Hovedstad	Privat	347	Alkohol
BEHANDLER 3	Pædagog og socialformidler	12 år	Provinsby	Offentlig	15	Alkohol
BEHANDLER 4	Socialrådgiver	4 år	Land	Offentlig	30	Begge
BEHANDLER 5	Sygeplejerske	10 år	Provinsby	Offentlig	43	Alkohol
BEHANDLER 6	Socialrådgiver	27 år	Land	Offentlig	40	Begge
BEHANDLER 7	Ergoterapeut	16 år	Land	Offentlig	40	Begge
BEHANDLER 8	Psykolog	9 år	Storby	Offentlig	180	Alkohol
BEHANDLER 9	Socialpædagog	8 år	Provinsby	Offentlig	358	Alkohol
BEHANDLER 10	Sygeplejerske	25 år	Hovedstad	Privat	336	Alkohol
BEHANDLER 11	Socialpædagog	3 år	Opland	Offentlig	65	Begge
BEHANDLER 12	Sygeplejerske	7 år	Land	Offentlig	93	Begge

TABEL 1 (fortsat)

Alle informanter (behandlere) er pseudonymiseret ved anvendelse af citater og uddrag fra mine interviews. Af hensyn til sikring af behandlernes anonymitet fremgår pseudonymerne ikke af ovenstående overblik.

¹ Som rusmiddelbehandler.

² Kommunestørrelse er opgjort jf. Danmarks Statistiks klassificering af kommunegrupper (Danmarks Statistik, u.å.)

³ Som borger har man ret til frit valg mellem kommunale og private behandlingstilbud (sundhedslovens §141)

⁴ Behandlingstilbuddets størrelse er opgjort ift. det antal pladser tilbuddet er godkendt til jf. Tilbudsportalen.

Tilbudsportalen er en landsdækkende portal, hørende under Social- og Ældreministeriet. Portalen formidler oplysninger om bl.a. tilbud til voksne med sociale problemer, og registrering i portalen er lovpligtig (Erhvervsstyrelsen, u.å.)

⁵ Nogle institutioner tilbyder kun alkoholbehandling, mens andre også tilbyder stofmisbrugsbehandling.

På baggrund af oplysningerne i Tabel 1 mener jeg at kunne argumentere for, at informanterne i min undersøgelse – så vidt som det er muligt i et mindre kvalitativt studie – udgør et repræsentativt udsnit af behandlerne i den ambulante alkoholbehandling i Danmark.

Gennemførslen af det individuelle interview

Alle interviews blev afholdt virtuelt. På grund af mit ønske om en geografisk repræsentativitet var behandlerne spredt over hele landet, hvorfor det af ressourcemæssige årsager ikke var muligt for mig at gennemføre alle interview fysisk. Jeg besluttede derfor at gennemføre alle interviews virtuelt for at skabe så ensartet en kontekst for interviewene som muligt. Interviewene var alle af ca. en times varighed. Interviewene foregik som individuelle interviews, og behandlerne var alle i enerum under interviewet.

Behandlerne blev ved interviewets start informeret om både formålet med og formen for interviewet. Herefter blev behandlerne præsenteret for den første vignette; jeg læste vignetten højt, og behandlerne lyttede. Behandlerne blev forinden informeret om, at de var velkomne til at tage noter undervejs, hvis de ønskede det, men at de ikke behøvede det. At de til enhver tid kunne bede om at få læst vignetten eller passager herfra op igen eller stille spørgsmål, hvis der var information, de ikke kunne huske. Behandlerne blev ligeledes informeret om, at de efterfølgende spørgsmål til vignetterne primært ville dreje sig om deres vurdering af borgeren, af borgerens problematik og eventuelle behandling. Det blev desuden tydeliggjort, at der til disse efterfølgende spørgsmål ikke

var nogen rigtige eller forkerte svar, men at det alene var deres betragtninger ift. vignetten og mine spørgsmål, som jeg var interesseret i. Efter oplæsningen af vignetten blev behandlerne således præsenteret for en række spørgsmål i relation hertil, som de blev inviteret til at tage stilling til. Spørgsmålene til de to vignetter (som således også fungerede som interviewguide) kan ses i Bilag 3. Efter den første vignette og dertilhørende spørgsmål, blev processen gentaget med vignette nummer to.

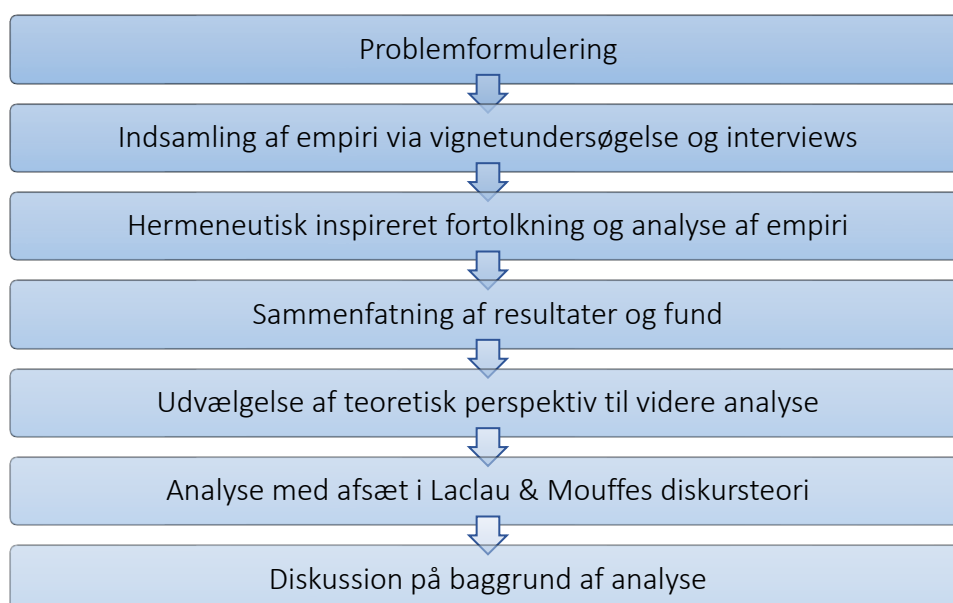
Kapitel 3

Analysestrategi

I det følgende vil jeg præsentere mine analysestrategiske valg samt mine refleksioner i relation hertil. Som beskrevet i indledningen til projektet, var udgangspunktet for min undersøgelse en nysgerrig og helt åben interesse for behandlernes perspektiver og refleksioner. Jeg har derfor ønsket at lade empirien være styrende for projektet, hvorfor mine empiriske data også vil have en fremtrædende plads i rapporten. Mit afsæt er således induktivt, og den teoretiske vinkel på empirien er først valg efter endt indsamling og analyse af mine data.

Når jeg i dette kapitel præsenterer min analysestrategi som én sammenhængende proces, er det således af hensyn til læsevenligheden og forståelsesrammen for rapporten. Reelt har min analyseproces dog været tro mod mit ønske om at gå induktivt og åbent til min undersøgelse. Den hermeneutisk inspirerede fortolkning og analyse af min empiri (analyse, del 1) er således gennemført først, uden hensyntagen til den efterfølgende analyse. Resultaterne og fundene fra denne indledende analyse udgør dermed både forudsætningen og fundamentet for mit valg af teoretisk perspektiv og for den videre analyse med afsæt heri (analyse, del 2).

Min analyseproces er illustreret i Figur 1 nedenfor:



FIGUR 1 ANALYSEPROCES

Analyse, del 1

Alle 12 interviews blev optaget, hvorefter jeg transskriberede dem. Herefter benyttede jeg Nvivo til at systematisere og kode mit datamateriale. Min induktive tilgang indebærer naturligt en empiridrevet kodning. Jeg begyndte således kodningen uden på forhånd definerede koder, men udviklede koderne undervejs gennem læsningen af materialet (Kvale & Brinkmann, 2015). Dog havde jeg som følge af et fokus på behandlernes holdninger i både min problemformulering og i mit metodevalg en særlig opmærksomhed på passager, hvor behandlernes holdninger kom til udtryk.

I kraft af det forstående og fortolkende sigte med projektet har min analytiske tilgang til datamaterialet været af meningsfortolkende karakter, hvilket afspejles i min analysestrategi. Min bearbejdning af det empiriske materiale har bestået af følgende trin:

- 1) En første gennemlæsning af hvert enkelt transskriberede interview. Sideløbende hermed noterede jeg umiddelbart fremkomne emner og fokuspunkter, både af beskrivende og undrende karakter.
- 2) Systematisering af de indledende noter i en række empirinære temaer.
- 3) Genlæsning af alle interviews og kodning af datamaterialet efter disse temaer. Yderligere koder blev her oprettet, både som sidestillede temaer og underordnede koder, efterhånden som læsningen af datamaterialet gav anledning til det.
- 4) Kategorisering/kondensering af koderne i mere overordnede temaer.
- 5) Udforskning af mønstre og mulige forbindelser mellem de fremkomne temaer, både inden for hvert enkelt interview og på tværs af de 12 interviews.
- 6) Med udgangspunkt i observerede mønstre/forbindelser; genlæsning af datamaterialet kodet til udvalgte temaer samt yderligere kodning mhp. yderligere udforskning og forståelse.
- 7) Yderligere præcisering af forbindelser og mønstre mellem de udvalgte temaer og tilhørende undertemaer.
- 8) Sammenfatning af resultater og fund.

Hermeneutikken

Jeg positionerer mig således videnskabssteoretisk inden for den hermeneutiske tradition. I udforskningen af behandlernes holdninger tager jeg som beskrevet afsæt i en fortolkning af behandlernes oplevelser, opfattelser, meninger og begrundelser. Hermeneutikken udgør derfor en

velegnet ramme, idet det er en videnskabelig tilgang, der netop betoner, at menneskers oplevelser og ytringer må fortolkes i forsøget på at forstå, hvordan de oplever og tilskriver mening til ting, begivenheder og fænomener (Kristiansen, 2017). Mit fokus på at forstå snarere end at forklare behandlernes holdninger er ligeledes i tråd med det hermeneutiske udgangspunkt.

Jeg har bestræbt mig på at gå åbent og nysgerrigt til undersøgelsen af behandlernes holdninger og deres formidling af dem. Mit hermeneutiske udgangspunkt betyder imidlertid også, at jeg er bevidst om, at jeg ikke går "ufarvet" eller neutralt ind i projektet. I et hermeneutisk perspektiv er jeg som menneske (og forsker) et historisk væsen, der ikke kan gøre mig fri af mine historiske, sociale eller kulturelle forudsætninger (Gilje, 2017), og mine fordomme og forforståelser vil uvægerligt påvirke, hvad jeg ser, og hvordan jeg ser det. Som det fremgår af kapitel 2, har jeg selv praksiserfaring som alkoholbehandler. Denne erfaring og heraf afledte forforståelser bringer jeg dermed med mig ind i projektet. Inden for den filosofiske hermeneutik betragtes fordomme dog som produktive og ikke som noget, jeg hverken kan eller skal skille mig af med – så længe jeg dels gør mig dem klart og dels er villig til at sætte dem i spil for herved at skabe mulighed for en ny og mere kvalificeret forståelse (Kristiansen, 2017). Mine forforståelser er i denne optik således en ressource, idet de har gjort mig i stand til at stille målrettede og relevante spørgsmål, ligesom de har hjulpet mig til at udforme realistiske og genkendelige vignetter til min undersøgelse. Jeg har dog haft skærpet opmærksomhed på bl.a. at spørge særligt grundigt ind, når behandlernes udsagn fremstod uklare, og jeg har gennem denne udforskning søgt sætte mine forforståelser på spil snarere end at lade dem være styrende for mine fortolkninger.

I et hermeneutisk perspektiv betones historiens og kontekstens betydning for vores erkendelse. Den viden jeg gennem min analyse skaber er således ikke objektiv viden, men derimod historisk betingede fortolkninger, som er blevet til gennem en gentagende cirkulær bevægelse mellem helhed og del (Kristiansen, 2017). Jeg har dog bestræbt mig på at være gennemsigtig i min analyseproces, ligesom jeg har søgt både at undersøge og underbygge mine fortolkninger gennem anvendelse af og henvisning til min empiri.

Resultaterne og fundene, som den ovenstående fortolkning og analyse af mine data ledte til, præsenterer og begrundes jeg i kapitel 4.

Analyse, del 2

I denne videre analyse tager jeg således afsæt i resultaterne fra den ovenfor beskrevne fortolkning og analyse af min empiri. Her danner Laclau & Mouffes diskursteori den overordnede ramme for en analyse af, hvordan de forskelle, der har vist sig, kan forstås. Konkret har jeg operationaliseret teorien ved at udvælge en række begreber fra deres diskursteori og anvende dem i den helt konkrete kontekst, som den ambulante alkoholbehandling udgør. Herved fungerer Laclau & Mouffes begreber som et sæt analytiske redskaber, som jeg anvender til at udfolde min empiri og mine fund yderligere.

Socialkonstruktivismen og diskursteorien

Med mit valg af begreber hentet fra Laclau & Mouffes diskursteori bevæger jeg mig over i en socialkonstruktivistisk videnskabstradition. I et socialkonstruktivistisk perspektiv betragtes viden som socialt konstrueret. Udgangspunktet er endvidere, at vores viden om verden er kontingent; den er kulturelt og historisk betinget og kunne altid være anderledes. Socialkonstruktivismen forkaster således også idéen om viden som en afspejling af virkeligheden (Phillips, 2020). Laclau & Mouffe repræsenterer en sprogorienteret socialkonstruktivistisk position (Collin, 2021) og tilhører en udpræget poststrukturalistisk diskursanalytisk gren (Phillips, 2020). Fokus rettes således mod diskurser, og hvordan disse strukturerer vores opfattelse af verden.

Kombinationen af videnskabsteoretiske retninger

Med disse analysetrategiske valg kombinerer jeg således en hermeneutisk videnskabstradition med en socialkonstruktivistisk/diskursanalytisk videnskabstradition. Disse to tilbyder mig forskellige indgange og tilgange til min empiri og analyse – de kan noget forskelligt, og jeg mener, at de to tilgange supplerer hinanden godt i mit projekt. Jeg er dog bevidst om, at der med denne kombination også følger nogle opmærksomhedspunkter, idet de to tilgange repræsenterer to forskellige ontologiske og epistemologiske ståsteder.

Både hermeneutikken og diskursteorien repræsenterer et brud med positivismen og de objektiverende tænkemåder. De er enige om, at der ikke er en uafhængigt eksisterende virkelighed, og at opgaven ikke er at forklare en objektiv realitet (Howarth, 2005). Der er ligeledes konsensus om, at man altid befinder sig ”. . . inden for en verden af konstruerede betydninger og praksisser . . . ” (2005, s. 181), og begge perspektiver er optagede af at forstå betydningsdannelsen, mere end af kausale mekanismer (2005). Diskursteorien og hermeneutikken har således nogle fællestræk i deres fokus på at forstå og fortolke socialt frembragte betydninger og mening.

De to adskiller sig dog også på en række punkter. Hermeneutikken fremhæver menneskelig betydning, forståelse og fortolkning som centrale for forklaringer på den sociale verden og pointerer, at mening skal fremfortolkes på baggrund af menneskelige ytringer (Kristiansen, 2017). Laclau & Mouffe pointerer, at intet/ingen objekter kan have en mening uafhængigt af de diskurser, hvori det/de er konstitueret (Howarth, 2005), og diskursteorien ønsker dermed ikke kun at forstå ved at rekonstruere sociale aktørers meninger, betydninger eller praksisser. Inden for diskursteorien forsøger man rigtig nok også at fortolke praksisser og begivenheder ved at kaste lys over deres betydning, men Laclau & Mouffe går videre end hermeneutikkens betoning af social betydning. Inden for diskursteorien betones det, at al social mening er relationel, kontekstuel og kontingent (Howarth, 2005), og sociale strukturer opfattes som ufuldstændige og åbne betydningssystemer. Et mål for Laclau & Mouffe er således også at analysere, hvordan sociale aktører konstruerer betydninger inden for disse sociale strukturer (Howarth, 2005). Hvor et mål for hermeneutikken således er forståelse, er et mål i et diskursteoretisk perspektiv også at belyse de historisk specifikke regler og konventioner, som er med til at skabe betydning i en bestemt social kontekst (Howarth, 2005).

Når jeg på trods af disse potentielle udfordringer alligevel finder det frugtbart at kombinere de to, er det fordi de ift. min konkrete forskningsinteresse og undersøgelse ikke udelukker hinanden. Med et ønske om at forstå de enkelte behandlere og fortolke deres ytringer gennem en kvalitativ undersøgelse baseret på interviews, er den hermeneutiske tilgang og ramme velegnet. Et diskursteoretisk perspektiv giver mig mulighed for at ”arbejde videre med” disse indsigter og udvide fortolkningen af behandlernes udsagn (de sociale praksisser) ved at placere betydningen af disse i

en bredere social og strukturel kontekst (Howarth, 2005). Jeg får således mulighed for at undersøge og belyse, hvad der *strukturerer* produktionen af betydning i denne konkrete sociale kontekst (2005) – hvilket kan bidrage til en yderligere forståelse af baggrunden for behandlernes holdninger. I tråd med den hermeneutiske ånd bevæger jeg mig fra helhed til del til helhed - cirkulært. I tråd med den konstruktivistiske ånd er mit mål dog ikke en horisontsammensmeltning, men derimod at vise de konflikter, der måtte være - at det der er, er kontingent og historisk - at det kunne være anderledes. Afslutningsvis kombinerer jeg de to perspektiver i en diskussion af mine fund samt disses relevans og betydning for praksis.

Kapitel 4

Empiriske fund

I dette kapitel vil jeg præsentere de væsentligste resultater fra min undersøgelse af, hvad alkoholbehandlere baserer deres faglige holdninger og vurderinger på. Sigtet med kapitlet er at udfolde og argumentere for mine empiriske fund, og jeg vil søge at begrunde og validere fortolkningen af min empiri ved at inddrage en række citater fra mine interviews.

Som beskrevet i kapitel 3 foregik analysen af min empiri som en trinvis bearbejdning af de transskriberede interviews. I det følgende vil jeg udfolde de dele af analyseprocessen, som er særligt afgørende for argumentationen og forståelsen af mine resultater.

Begrundelser for behandlernes faglige holdninger og vurderinger

Alle 12 transskriberede interviews blev som en del af analysen kodet til forskellige temaer. Disse temaer var i første omgang meget empirinære, og blev gradvist kondenseret yderligere.

Resultaterne af min undersøgelse baserer sig dels på denne *kondensering og fortolkning* af behandlernes udsagn, kodet til en række temaer. I undersøgelsen af, hvad behandlerne baserer deres faglige holdninger og vurderinger på, er det dog først og fremmest udforskningen af *mønstrene og forbindelserne* mellem disse temaer, der har ledt til mine resultater.

Både inden for hvert enkelt interview og på tværs af de 12 interviews blev det tydeligt, at særligt temaerne "viden" og "værdier" havde forbindelse til en række af de andre temaer. Forbindelserne viste sig ved, at udsagnene kodet under temaerne "viden" og "værdier" ofte havde funktion som *begrundelse* for udsagn kodet under de øvrige temaer.

Fx sås udsagn kodet under "viden" bl.a. at have funktion som begrundelse for udsagn kodet under temaet "Behandlingsmål". Et eksempel på dette ses i følgende uddrag fra interviewet med behandleren, Lone:

Interviewer: *Torben [borgeren] siger, at hans mål er at reducere sit forbrug. Han ønsker ikke at stoppe helt med at drikke. Hvordan bør Henriette [behandleren] forholde sig til det?*

Lone: *Førhen der ville man jo komme med sådan en halvløftet pegefinger om, at det KAN*

[min fremhævnings] du ikke, og der noget, der er gået i stykker, og nu kan du aldrig komme tilbage til det der igen. I dag, der tror jeg . . . at med den nye viden vi har omkring afhængighed, og at hjernen er plastisk, og at du kan hele tiden bygge nye stier og sådan noget. Jeg ville ANBEFALE [min fremhævnings] at snakke lidt omkring afhængighed og fortælle, hvorfor det er svært at styre. Og jeg ville også anbefale måske en pause . . . Men ikke den der restriktive tilgang.

Af citatet ses det, hvordan behandleren bruger sin viden om afhængighed som begrundelse for ikke at møde borgerens målsætning med afsæt i en restriktiv tilgang. Behandleren henviser til, at man tidligere ville have været mere dirigerende med 'en halvløftet pegefinger', men at hun med sin viden om, at hjernen er plastisk, ville indtage en anden position ift. borgerens målsætning for behandlingen. Behandleren ville dele sin viden om afhængighed med borgeren og på den baggrund anbefale en pause fra alkohol, men hun ville afstå sig fra en restriktiv tilgang. Behandleren baserer således sin faglige holdning til borgerens mål på en viden om afhængighed og biologi.

I andre tilfælde var det udsagn kodet under "værdier", der havde funktion som begrundelse for behandlerens holdninger – fx i relation til temaet "Behandlingstilgang". Her udtaler behandleren, Linda, at:

Linda: *Jeg vil nok ikke gå i krig med den samme ihærdige psykoedukation her.*

Fordi, jeg tænker, det er noget andet, han lige har brug for. Han har brug for at få noget støtte, noget opbakning, noget opmuntring. Nogen der "tager sig lidt af ham". Og hjælper ham. Og forstår, at han har det fandme dårligt i øjeblikket. Han HAR [min fremhævnings] det dårligt! Han har det rigtig skidt.

Interviewer: *Hvad er det, der gør, at han særligt har brug for den støtte, opbakning, forståelse, omsorg? Eller, hvad er formålet med ligesom at lægge lidt ekstra vægt på det?*

Linda: *Fordi vi alle sammen har brug for et håb. Og det har han også.*

I denne holdning til, hvordan behandlingen skal gribes an, ses behandleren ikke at hente sine argumenter i en teoretisk viden. Derimod begrundes holdningen ud fra et værdimæssigt standpunkt, hvor bl.a. omsorg og medmenneskelighed fremhæves.

I min empiri kan behandlernes begrundelser og argumenter for deres holdninger således ses som særlige forbindelser mellem temaerne "viden" og "værdier" overfor en række øvrige temaer. Særlige, fordi forbindelserne viser, at netop "viden" og "værdier" fungerer som *begrundelse* for behandlernes holdninger til de forskellige øvrige temaer. I kraft af disse forbindelser, og den funktion med hvilken "viden" og "værdier" optræder i forbindelserne, kan jeg således konkludere, at behandlerne baserer deres faglige holdninger og vurderinger på hhv. viden og værdier.

Viden og værdier udgør to af de grundlæggende holdningskomponenter (jf. kapitel 1), og det er derfor ikke i sig selv så overraskende, at disse indgår i behandlernes begrundelser for deres faglige holdninger. Udforskningen af forbindelserne viste dog også, at det er forskelligt fra behandler til behandler, om holdningerne *primært* baseres på viden *eller* på værdier, og at det ligeledes er forskelligt fra tema til tema (holdningsobjektet), hvor store forskelle der er mellem behandlernes begrundelser.

Ved nogle temaer var der stor lighed mellem behandlerne, og der sås en entydig forbindelse mellem det specifikke tema og "viden" som begrundelse. Dette gjorde sig fx gældende for temaet "Problemforståelse", som omfattede behandlernes udsagn om, hvordan de forstår eller forklarer borgerens problematik. Her henviser behandlerne ret entydigt til en viden om afhængighed, hjerne og kemi/biologi og udtrykker en forståelse af borgerens alkoholproblem som noget "man bliver fanget af". Ved andre temaer var der forskelle mellem behandlerne, og det specifikke tema havde både forbindelser til "viden" og "værdier" som begrundelse. Dette var bl.a. tilfældet med temaet "Behandlingens indhold". Her baserer nogle behandlere deres holdning på en *viden* om afhængighed og henviser til bestemte metoder til behandling. Andre behandlere udtrykker derimod en holdning, der i højere grad baserer sig på værdier og udtrykker fx, at indholdet af behandlingen bør tilrettelægges efter, hvad borgeren ønsker eller selv oplever at have behov for.

Ift. nogle emner var behandlerne altså "enige om" at basere deres holdninger på viden, mens de ift. andre emner var splittede, idet nogle baserede deres holdninger på viden, mens andre baserede dem på værdier.

Udforskningen af forbindelserne gav således i første omgang mulighed for at konkludere, at behandlerne baserer deres faglige holdninger og vurderinger på hhv. viden og værdier. De identificerede forskelle blandt behandlerne indikerede dog, at det ville være en forsimpning *bare* at sige, at alkoholbehandlere baserer deres holdninger på *enten* viden eller værdier. Derfor blev begge temaer genlæst og udforsket yderligere. Indsigterne der fulgte heraf, vil jeg i det følgende præsentere.

Viden og værdier

Viden

Den teoretiske og metodiske viden, som behandlerne fremlægger, er relativt ens behandlerne i mellem – både hvad angår forklaring og intervention. Flertallet af behandlere refererer til en viden om afhængighed, hjerne, biologi og genetiske/miljømæssige dispositioner i relation til udviklingen af alkoholproblemer. De anvender ligeledes en viden om alkohol og de fysiske helbredssekvenser, der kan følge af et overforbrug, og mange henviser til Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Behandlerne refererer også til en relativt enslydende palette af behandlingsmetoder, herunder bl.a. kognitiv adfærdsterapi, Motivational Interviewing og familieorienteret alkoholbehandling samt redskaber og modeller relateret til disse. En del behandlere henviser også til en systemisk tænkning, særligt i inddragelse af familie- og netværksperspektivet i behandlingen.

Værdier

I modsætning til temaet "viden" viste der sig i min empiri at være en væsentlig variation i indholdet af de forbindelser, hvor "værdier" havde som funktion at begrunde behandlernes holdninger. Variationen kom til udtryk gennem en diversitet behandlerne i mellem, både hvad angår *hvilke* værdier, der af behandlerne blev talt frem, og *hvordan* værdierne blev anvendt. På denne baggrund blev temaet "værdier" genlæst og kodet yderligere med henblik på en nuancering og præcisering af, hvad behandlerne lægger til grund for deres holdninger.

På baggrund af en kondensering af alle udsagn kodet under temaet "værdier" kunne jeg identificere en *række* værdier som gennemgående i de 12 interviews. Disse værdier omfatter:

Anerkendelse • autonomi • ansvar • empati • at hjælpe • ærlighed • ydmyghed som professionel • respekt • faglig forpligtelse • ikke-dømmende • omsorg • ensartet/kvalificeret behandling

De identificerede værdier er ikke blot ord eller udtryk, der ofte fremkommer eller bruges af behandlerne. Det er snarere en sammenfatning af en *række* ord og udsagn, hvis betydning jeg har fortolket og kondenseret i de nævnte værdier. For at give et indtryk af og indblik i hvad denne kondensering bygger på, har jeg i et skematisk overblik anført en (ikke udtømmende) liste over de ord eller udsagn fra interviewene med behandlerne, som har dannet baggrund for de enkelte værdier. Dette overblik fremgår af Bilag 4.

I kraft af denne udspecificering og differentiering af værdier kunne jeg genetablere forbindelserne mellem på den ene side behandlernes holdninger og vurderinger i relation til en række temaer, og på den anden side nu ikke blot "værdier" som overtema, men de *forskellige* værdier, som af behandlerne bliver anvendt til at begrunde eller argumentere for en bestemt holdning. Herved blev forskellene blandt behandlerne både mere tydelige og mere nuancerede.

Forskelle blandt behandlerne

Den yderligere udforskning og analyse af min empiri viste, at der blandt behandlerne ses en række forskelle. De væsentligste forskelle vil jeg i det følgende udfolde.

Viden eller værdier?

Blandt de 12 interviewede behandlere ses en diversitet i, hvorvidt behandlerne baserer deres holdninger på viden eller på værdier. Nogle behandlere baserer primært deres holdning på viden, mens andre behandlere primært baserer deres holdning på værdier. Alle behandlerne anvender i en vis udstrækning viden som en *del* af argumentationen for deres holdninger, men fremhævelsen af viden som begrundelse varierer dog betydeligt fra behandler til behandler. Tilsvarende anvender

alle behandlerne i en vis udstrækning værdier som en del af argumentationen for deres holdninger, men også her varierer det betydeligt fra behandler til behandler, i hvilken udstrækning dette sker.

Hvilke værdier?

På baggrund af udspecificeringen af de forskellige værdier og genetableringen af forbindelserne mellem disse og behandlernes konkrete holdninger, blev det tydeligt, at der er forskel på, hvilke værdier behandlerne anvender som begrundelse for deres holdninger. Ved nogle temaer ses der blandt flere behandlere konsensus om holdningen eller vurderingen, men den begrundes af behandlerne med afsæt i forskellige værdier. Dette ses bl.a. i relation til temaet "Behandlingsmål". Her udtrykker flere behandlere en holdning om, at det ikke er dem (behandlerne), der skal sætte målet for borgeren.

Hos behandleren, Lone, begrundes denne holdning ud fra en værdi om at være ydmyg som professionel:

***Interviewer:** Henrik [borgeren] siger selv, at hans mål det er at holde en længere pause fra alkohol, men han håber, han på sigt kan blive i stand til at drikke normalt, som han siger.*

Hvordan bør Birthe [behandleren] forholde sig til Henriks målsætning, synes du?

***Lone:** Jeg har det sådan lidt.. Det der med at vi som behandlere skal forholde, altså skal synes noget, om det de gerne vil. Det har jeg det lidt svært med. Fordi jeg synes, det lugter lidt af, at jeg véd noget bedre, end dem, eller sådan. Og det synes jeg ikke klæder nogen egentlig, fagligt.*

Med sine udsagn om, at dét at 'synes noget' eller 'vide bedre' end borgeren ikke fagligt klæder nogen, eller ligefrem 'lugter lidt', tales en værdi om professionel ydmyghed frem af behandleren.

En anden behandler, Stine, giver udtryk for den samme holdning, men begrundes den med afsæt i en værdi om anerkendelse:

***Interviewer:** Du ville synes, at hun [behandleren] skulle møde ham [borgeren] i hans ønske?*

***Stine:** Ja.*

Interviewer: Okay. Hvorfor det?

Stine: Fordi ellers så tror jeg, at vi skubber alliancen ud på et sidespor med det samme. For det er jo hans målsætning, og hvis jeg ikke anerkender, at det er hans målsætning, så er der allerede en forvridning til at starte med i vores samarbejdsalliance.

Behandleren udtrykker eksplicit, at borgerens målsætning skal anerkendes. Værdien tales dog i lige så høj grad frem gennem behandlerens udtryk af det, der står i *kontrast* til en anerkendende tilgang; en 'forvredet' alliance skubbet 'ud på et sidespor'. Anerkendelsen, som det bærende element i en ligeværdig relation, er således begrundelsen for at møde borgeren i hans ønske.

Som citaterne illustrerer, er der blandt de to behandlere konsensus om holdningen, og begge behandlere baserer deres holdninger på et værdimæssigt standpunkt. Det er imidlertid to forskellige værdier, der af behandlerne tales frem som begrundelse for holdningen.

Hvilken anvendelse og betydning af værdier?

Endelig viser min analyse også en variation i, *hvordan* den enkelte værdi anvendes af behandlerne. Dette viser sig ved, at den samme værdi på tværs af behandlerne bruges som begrundelse for forskellige holdninger. Det vil sige, at der ved nogle temaer ses forskellige holdninger eller vurderinger behandlerne i mellem, men at den *samme* værdi optræder som begrundelse for holdningen hos flere af behandlerne – også selvom der således ikke er *konsensus* om holdningen.

Dette ses også repræsenteret i relation til temaet "Behandlingsmål". Som opfølgning på begge vignetter blev behandlerne først spurgt om, hvad de, ud fra deres faglige vurdering, mente, at målet for behandlingen burde være. Derefter fik de som "bonusinfo" oplyst, hvad borgeren *selv* gav udtryk for at have af mål for behandlingen. I gennemgangen af behandlernes svar viste det sig at være interessant, ikke bare *hvad* behandleren mente, at borgerens mål skulle være, mens i lige så høj grad *om* behandleren ville fremsætte sin holdning til det. Her fordelte behandlerne sig i tre kategorier; én gruppe fremsatte velvilligt en holdning til, hvad behandlingsmålet burde være, én gruppe ønskede *ikke* at fremsætte en holdning til målet, mens en tredje gruppe fremstod ambivalente i deres holdning. Ambivalensen kom fx til udtryk ved, at behandlerne på den ene side

havde en holdning, som de også velvilligt fremsatte, men samtidig underkendte denne holdning til fordel for borgerens udtalelse om sit mål.

Dette er bl.a. tilfældet hos behandleren, Susanne:

Interviewer: *Ud fra din faglige vurdering af Henriks [borgerens] situation, hvad bør målet for Henriks behandling så være?*

Susanne: *Målet for Henriks behandling BØR [min fremhævning] være afholdenhed. Det bør det være.*

Interviewer: *Okay. Hvad får dig til at sige det?*

Susanne: *Henrik, han virker på mig som en person, der.. Han tager sine ture, men han har på ingen måde selv kontrol over situationen. Det løber løbsk for ham, og det er helt ude af kontrol, når det er, han giver slip. Og det er min vurdering. Hvad der er Henriks behandlingsønske er jo en helt anden ting, kan man sige . . .*

Interviewer: *En lille bonusinfo også ift. Henriks målsætning; Henrik han siger selv, at hans mål det er at holde en længere pause fra alkohol, men han håber, at han på sigt kan blive i stand til at drikke normalt. Hvordan bør Birthe, alkoholbehandleren, forholde sig til Henriks målsætning?*

Susanne: *Hvis jeg var Birthe, så ville jeg igen være ærlig, og fortælle hvad det er, jeg oplever ved hans situation. Hvordan jeg tolker det, han fortæller mig. Og så vil jeg sige til ham: 'Hold kæft hvor er det fedt, at du tænker, du skal være afholdende i en periode. Den går vi med på, den støtter jeg op om lige så meget, som du har brug for'. Og så må vi jo tage snakken, når vi nærmer os. Det kan jeg ikke gå ind og trumfe - hans mål og hans ønske - det er hans.*

I uddraget ses det, hvordan behandleren på den ene side laver en faglig vurdering og på den baggrund ikke tøver med at udtale sig om, hvad målet for borgerens behandling 'bør være'. Samtidig underkendes denne holdning til fordel for borgerens udtrykte mål og ønske. Her ses

værdien om borgerens autonomi at lægge til grund. Dette i form af en accept af, at borgerens mål og ønske ikke er noget, hun 'kan trumfe'. Hun ser sig med andre ord henvist til – i kraft af borgerens autonomi – at acceptere et andet mål end det, som hun fagligt ville pege på.

Blandt de behandlere, der slet ikke ønsker at fremsætte en holdning til borgerens mål, ses værdien om borgerens autonomi imidlertid også anvendt som begrundelse. Fx hos behandleren, Tove:

***Interviewer:** Ud fra din faglige vurdering af Torbens [borgerens] situation og problematik, hvad mener du så, at målet for Torbens behandling bør være?*

***Tove:** Det er godt, du tager fat i det. Men det er faktisk noget, som patienterne selv vurderer. Det er vigtigt, at det ikke er vores mål. Det er meget deres mål. Og meget sådan at kortlægge, hvad er det egentlig, man gerne vil opnå? . . . Altså, det kan godt være, at målet det er slet ikke at drikke alkohol, det kan også være, at målet er at have et reduceret og kontrolleret forbrug. Det kan også være, at målet er at have en god relation til sin kone igen. Hvordan får man så dét? Så det er meget vigtigt. Og det er godt, du nævner det, fordi det er også noget af det vi arbejder med i starten. Men det er patienten selv.*

I modsætning til Susanne forholder Tove sig slet ikke til, hvad målet bør være. Derimod møder hun spørgsmålet med en betoning af borgerens autonomi og understreger vigtigheden i, at det er borgerens mål, der sætter dagsordenen. Det er for Tove således ikke blot en konstateret nødvendighed at acceptere borgerens autonomi, men derimod *vigtigt*, at det er 'noget, patienten selv vurderer'.

Værdien om borgerens autonomi ses således i begge tilfælde at blive anvendt som begrundelse for behandlernes tilgang til spørgsmålet om borgerens behandlingsmål. Der er dog grundlæggende tale om to behandlere, der giver udtryk for forskellige holdninger og tilgange til emnet.

Delkonklusion:

Hvad baserer alkoholbehandlere deres faglige holdninger og vurderinger på?

Samlet set kan jeg på baggrund af min undersøgelse konkludere, at de interviewede alkoholbehandlere baserer deres faglige holdninger og vurderinger på hhv. viden og værdier. Mens den viden, der trækkes på, er relativt enslydende, kan der identificeres en *række* forskellige værdier, som på forskellig vis danner baggrund for behandlernes holdninger. Behandlerne baserer således ikke blot deres holdninger på værdier generelt set, men derimod på nogle bestemte værdier.

Min undersøgelse viser endvidere, at behandlerne repræsenterer en diversitet, hvad angår begrundelserne for deres faglige holdninger og vurderinger. Denne diversitet viser sig bl.a. ved en variation i, hvorvidt det er viden eller værdier, der af behandlerne anvendes som begrundelse. Diversiteten ses også i relation til den række af værdier, der tales frem af behandlerne. Her drejer forskellene sig overordnet om, *hvilke* værdier behandlernes holdninger baseres på samt hvilken *anvendelse og betydning* af værdierne, der ses blandt behandlerne.

Forskelle som konflikter og kampe

De forskelle, som jeg ovenfor har uddybet, er alle kendetegnet ved at være forhold, hvor der hos behandlerne, bevidst eller ubevidst, træffes en række valg; Viden eller værdier? Hvilke værdier? Hvilken betydning og hvilken funktion? Disse spørgsmål kan alle ses som udtryk for konflikter eller kampe, der udspiller sig i den ambulante alkoholbehandling, både hos den enkelte behandler og på tværs af de forskellige behandlere. Kampe, hvis *udfald* viser sig gennem en diversitet blandt behandlerne, hvad angår begrundelserne og argumenterne for de faglige holdninger og vurderinger, der udtrykkes.

Med målet om en indsigt i og forståelse af disse forskelle – af udfaldet af disse kampe – må min empiri analyseres yderligere. I de kommende kapitler vil jeg derfor først udfolde, hvilket teoretisk perspektiv jeg har fundet særligt frugtbart til dette formål samt mine overvejelser og refleksioner i relation hertil. Herefter vil jeg bringe teorien i spil i analysen af min empiri.

Kapitel 5

Laclau & Mouffes diskursteori som analytisk perspektiv

I forrige kapitel argumenterede jeg for, hvordan der kan ses at eksistere en diversitet blandt alkoholbehandlerne i deres begrundelser og argumenter for de faglige holdninger og vurderinger, som de fremsætter. En diversitet der også kan ses som konflikter eller kampe, som den ambulante alkoholbehandling således ser ud til at være arena for.

Med et mål om at få en indsigt i og forståelse af disse kampe og deres udfald, fremstår en diskursanalytisk vinkel som et frugtbart perspektiv. Teorier og analyser i denne genre er netop optagede af, hvordan der pågår kampe om at fastlåse betydninger i og af verden. Hvordan og hvorfor noget opnår en (midlertidig) status af at udgøre sandheden, og hvordan disse betydninger og sandheder i sit udgangspunkt er kontingente (Phillips, 2020).

Diskursanalytiske tilgange er dog mangeartede (Phillips, 2020). I min analyse har jeg valgt at tage udgangspunkt i Laclau & Mouffes diskursteori og en række begreber hentet derfra. Der er flere årsager til, at jeg har fundet netop deres diskursteoretiske univers velegnet til at udfolde mine empiriske fund.

Laclau & Mouffes diskursteori fokuserer særligt på, hvordan forskellige diskurser kæmper om dominans - ofte med et fokus på konkrete, eksplicite konflikter, som ses at udspille sig nu og her (Jessen & Hansen, 2021). Dette i modsætning til fx Foucault, der i højere grad fokuserer på, hvordan en bestemt diskurs *historisk* er blevet til og har etableret sig som dominerende, og hvordan den har en tæt sammenhæng med bestemte styringslogikker og magtteknologier. Hos Foucault er diskurser forbundet med autoritet, og man kigger ofte efter én diskurs, der dominerer inden for et givent område. Hos Laclau & Mouffe er der fokus på, hvordan *forskellige* diskurser konkurrerer (2021). I kraft af resultaterne af min empiriske undersøgelse, der viser tilstedeværelsen af en række forskelle blandt behandlerne, fremstår Laclau & Mouffes diskursteori med netop deres fokus på konflikter og konkurrerende diskurser som analytisk velegnet. Dertil kommer, at udgangspunktet for min undersøgelse er en udforskning af de holdninger, der *aktuelt* ses at findes i den ambulante alkoholbehandling snarere end en *historisk* optrevling af, hvorfor holdningerne har formet sig, som de har.

Operationalisering

Laclau & Mouffe har ikke selv fokuseret på at udvikle konkrete analysemetoder eller -strategier (Andersen, 1999). Jeg har derfor søgt at operationalisere deres teori, primært gennem en udvælgelse af begreber fra deres samlede diskursteori, som jeg vurderer særligt vil kunne bidrage til at udfolde mine empiriske fund, samt en præcisering af min anvendelse af dem. Disse begreber kommer til at fungere som mine analytiske værktøjer. Laclau & Mouffes diskursteori indeholder således også mange andre begreber og analytiske perspektiver, men på baggrund af resultaterne af min undersøgelse har jeg vurderet, at begreberne 'diskurs', 'flydende betegnere' og 'hegemoniske kampe' vil være mest givende i en analyse.

Introduktion til centrale begreber

Helt overordnet anfører Laclau & Mouffe, at alt i verden er diskursivt konstrueret. Alt tilskrives mening gennem diskurs (Hansen, 2017). Hos Laclau & Mouffe skal 'det diskursive' forstås som "alle samfundsmæssige aktiviteter, hvor fremstilling af mening finder sted" (Jensen, 1997, s. 12), og deres diskursbegreb udtrykker dermed, at alle objekter og handlinger har mening. Intet har dog mening *i sig selv* – alting får sin betydning gennem de diskurser, der udgør deres identitet (Howarth, 2005).

Den ambulante alkoholbehandling og behandlernes praksis er dermed en del af 'det diskursive', og deres handlinger (praksis) såvel som holdninger og baggrunden for disse får betydning igennem den/de diskurser, som de trækker på og er en del af.

En diskurs beskrives hos Laclau & Mouffe som en "aldrig tilendebragt fikseringsproces" (Andersen, 1999, s. 90). Denne fikseringsproces finder i følge Laclau & Mouffe sted gennem artikulation: "We will call *articulation* any practice establishing a relation among elements such that their identity is modified as a result of the articulatory practice. The structured totality resulting from the articulatory practice, we will call *discourse*." (Laclau & Mouffe, 2014, s. 91). Diskurser dannes altså gennem en sammenkædning af tegn (ord, idéer, forestillinger). Disse tegn er i udgangspunktet forskellige, men de får en særlig betydning netop i kraft af den bestemte sammenkædning, som de indgår i. Igennem diskursen fremstilles begreberne, trods deres forskellighed, som tæt forbundne (Collin, 2021). Med andre ord er det den artikulatoriske praksis, der *skaber* diskurserne ved at

knytte begreberne sammen på denne bestemte måde. Når begreberne modificeres som følge af den artikulatoriske praksis, er det netop fordi, de får en særlig betydning, når de kobles med ét begreb frem for et andet. Det er denne kobling, eller identificering, mellem begreber, som artikulationen skaber. Diskursen er den strukturerede helhed, der dannes som resultat af denne kobling (Phillips, 2020).²

En anden central pointe hos Laclau & Mouffe er det, de kalder "det sociales åbenhed" (Howarth, 2005, s. 149). De udtrykker hermed, at alle meningssystemer er kontingente. En diskurs er en struktur – en fiksering af mening – men strukturen lukker sig aldrig fuldstændig om sig selv (Andersen, 1999). Fikseringen af mening vil altid kun være delvis, fordi der altid vil være et vist overskud af mening, som diskursen ikke formår at fikser. Det er dette overskud af mening, som Laclau & Mouffe kalder for 'det diskursive felt' (Laclau & Mouffe, 2002). Laclau & Mouffe beskriver det sådan, at det sociales åbenhed er et resultat af, at "det diskursive felts uendelighed konstant overstrømmer enhver diskurs" (Laclau & Mouffe, 2014, s. 100, min oversættelse). Det sociales åbenhed er således årsagen til, at fikseringsprocessen (diskursen) aldrig kan bringes til ende.

² Når Laclau & Mouffe taler om diskurser, bruger de en række ord, der på forskellig vis henviser til det, der indgår i diskurserne, herunder 'tegn', 'momenter' og 'elementer'. I deres samlede diskursteori er forskellene på disse relevante, men i min analyse - med afsæt i de udvalgte begreber fra deres teori - er dette ikke af samme betydning. Jeg har derfor valgt at bruge ordet 'begreber' som et samlet udtryk for disse. Da min analyse samtidig bygger videre på fundet af hhv. viden og værdier som baggrund for behandlernes holdninger, vil jeg dog også anvende disse ord, når det er af betydning at specificere. Værdier og viden er således også forskellige 'begreber'.

Kapitel 6

Diskurser i den ambulante alkoholbehandling

Når de forskelle jeg har fundet behandlerne i mellem kan betragtes som konflikter eller kampe relateret til anvendelsen og vægtningen af en række begreber (viden samt en række værdier), bliver det i et Laclau & Mouffe-perspektiv interessant at undersøge de måder, hvorpå begreberne kædes sammen og dermed fyldes med indhold og tilskrives betydning. Denne betydningstilskrivning afhænger ifølge Laclau & Mouffe af de bagvedliggende diskurser, og de identificerede forskelle vil i deres termer beskrives som et udtryk for diskurser i konflikt (Phillips, 2020). Tilstedeværelsen af forskelle, og de konflikter der er indeholdt heri, viser således, at der blandt alkoholbehandlerne ikke er tale om én dominerende diskurs, men derimod om en *række* diskurser. En udforskning af begrebernes anvendelse, sammenkædning og betydninger kan med afsæt i Laclau & Mouffe dermed også ses som en udforskning af diskurser.

Med afsæt i dette perspektiv er jeg således interesseret i de bestemte systemer af begreber, som ses i og bagved behandlernes holdningstilkendegivelser. En belysning af denne bestemte sammenkædning af bestemte begreber i disse bestemte systemer (begrebsliggjort som diskurser) kan bidrage til en forståelse af de forskelle, der ses blandt behandlerne.

I det følgende vil jeg først præsentere et skematisk overblik over de fire diskurser, som min analyse har vist tilstedeværelsen af. De identificerede diskurser relaterer sig alle til *behandlernes* perspektiv. Dette som en naturlig følge af projektets overordnede interesse og fokus på netop *behandlernes* holdninger. Skemaet foregriber således den analyse, som jeg efterfølgende vil præsentere, og som udgør argumentationen for indholdet i skemaet.

Efter det indledende overblik og et par supplerende bemærkninger hertil, vil jeg udfolde analysen og de fire diskurser. For hver diskurs vil jeg indlede med kort at beskrive, hvad der karakteriserer den enkelte diskurs, sådan som den kommer til udtryk i min empiri. Her trækker jeg bl.a. forbindelse til de værdier, som jeg identificerede i kapitel 4. Dernæst vil jeg underbygge og argumentere for mine pointer ved at inddrage passager og citater fra mine interviews, som vil tjene som eksempler på de sammenhænge, hvori de enkelte diskurser "viser sig" i den artikulatoriske praksis. Med afsæt i disse eksempler vil jeg argumentere for, hvordan de udvalgte citater kan ses at

illustrere en bestemt måde at give betydning til (aspekter af) verden på, og hvordan denne særlige betydningstilskrivning er et resultat af en bestemt sammenkædning af begreber i netop denne konkrete diskurs.

SKEMA 1: DISKURSER I DEN AMBULANTE ALKOHOLBEHANDLING

DISKURS	NODALPUNKT	ØVRIGE BEGREBER I DISKURSEN
Den anerkendende socialarbejder	Anerkendelse	Respekt, inddragelse, empowerment, fremme social forandring og udvikling, autonomi, ikke-dømmende, at hjælpe, ansvar, empati, ydmyghed som professionel
Den kompetente fagperson	Viden og ekspertise	Ansvar, faglig forpligtelse, ærlighed, erfaring
Den nøgterne hjælper	Borgerens autonomi	Ansvar, respekt, at hjælpe, anerkendelse, empowerment, viden
Det autentiske menneske	(Med)menneskelighed	Empati, anerkendelse, omsorg, ærlighed, relation, integritet

Diskurser består som beskrevet af en række begreber, som er kædet sammen på bestemte måder. Skema 1 viser, hvilke begreber, der indgår i den enkelte diskurs. Ifølge Laclau & Mouffe vil *nogle* begreber imidlertid indtage en særlig betydningsfuld rolle i diskursen. Disse kalder Laclau & Mouffe for nodalpunkter (Phillips, 2020). Diskursernes nodalpunkter er fremhævet i skemaets anden kolonne. Når disse begreber er særligt afgørende, er det fordi, de "låser" artikulationernes mening på en bestemt måde eller giver dem en bestemt retning (Jessen & Hansen, 2021). Mens diskurser er "usynlige" strukturer, kan nodalpunkter beskrives som de mere synlige, mere indholdsmæssige, udtryk for diskursen (Brænder, Kølvrå & Laustsen, 2014).

Begreberne i anden kolonne ses i min empiri at have netop denne strukturerende karakter i behandlernes artikulationer. Den strukturerende karakter ses ved, at disse særlige begreber (nodalpunkter) er med til at give en bestemt retning og betydning til behandlernes artikulationer. Eksempler på dette vil indgå i udfoldelsen af hver enkelt diskurs. Det er således gennem analysen af

nodalpunkterne, at jeg har kunnet tydeliggøre den strukturerende indflydelse, som de bagvedliggende diskurser har (Brænder, Kølvrå & Laustsen, 2014). Det er ved at se disse nodalpunkter – eller forankringspunkter, som de også kaldes – som de træder frem i de konkrete artikulatoriske sammenhænge, at jeg kan få øje på de systemer, som nodalpunkterne indgår i. Ved at se på, hvilke andre begreber nodalpunkterne optræder sammen med, kan de fire nodalpunkter ses at knytte an til ”hver sit system” af andre begreber, og det er igennem den særlige ”kombination” af begreber, at der bliver etableret en særlig forståelse og betydning af de enkelte begreber. Laclau & Mouffe udtrykker det netop således, at det er i kraft af den specifikke sammenkædning med andre begreber i diskursen, at det enkelte begreb får sin bestemte betydning (Howarth, 2005). Jeg kunne således identificere disse begreber som relateret til hver sin strukturerende idé – i diskursteoretisk sprog; hver sin diskurs. Disse præsenteres i det følgende.

Den anerkendende socialarbejder

Diskursen om Den anerkendende socialarbejder er særligt kendetegnet ved at være forankret i begrebet ’anerkendelse’. Anerkendelse udtrykkes her som en moralsk/etisk fordring; behandleren *bør* møde borgeren med anerkendelse. I denne diskurs indgår endvidere en række begreber og værdier, som kan henledes til den globale definition af socialt arbejde (Dansk Socialrådgiverforening, u.å.) – hvilket ligeledes er årsagen til, at betegnelsen ”socialarbejder” er valgt. Dette er begreber som respekt, inddragelse, empowerment og det at fremme social forandring og udvikling. Derudover relateres der inden for diskursen til værdierne autonomi, ikke-dømmende, at hjælpe, ansvar, empati og ydmyghed som professionel. Værdien om ansvar artikuleres som en form for solidaritet, mens værdien om borgerens autonomi inden for denne diskurs ofte artikuleres som noget behandlerne *bør* anerkende og understøtte.

At disse begreber indgår og kædes sammen i diskursen – med værdien ’anerkendelse’ som forankringspunkt – ses i en lang række udsagn fra behandlerne. Et eksempel på dette udtrykkes af behandleren, Jesper:

Vi [er] ikke interesserede i at støde Henrik [borgeren] væk eller skræmme ham. Vi er ikke interesserede i at være sådan nogen, der lægger ud med at sige: 'jeg har det rette svar for

dig', for det har vi jo aldrig. Vi kommer jo med en antagelse af, hvad der er det bedste for det enkelte individ på baggrund af personlige erfaringer, og det vi har lært og læst. Men mennesker er saftsuse-mig forskellige . . .

I citatet knyttes dét at have viden og ekspertise (at have lært, læst og erfaret) sammen med udsagn om ikke at have 'det rette svar for dig', at 'mennesker er forskellige' og et ønske om ikke at 'støde borgerne væk'. Værdier om 'ydmyghed som professionel' og 'respekt' ses at blive talt frem igennem behandleren udsagn om ikke at vide, hvad der er bedst for det unikke individ. I denne sammenknytning af forskellige begreber ses anerkendelsen som det organiserende punkt, men det ses også, hvordan viden tilskrives en bestemt betydning, netop i kraft af denne organisering; at hverken erfaring eller teori gør behandleren i stand til at vide bedst – og at man som behandler heller ikke *ønsker* at fremstå sådan.

Et andet eksempel illustrerer noget tilsvarende – her hos behandleren, Ulla:

Fordi igen, så skal behandlingen jo ikke være ud fra Birthes [behandlerens] egen målsætning. Behandlingen skal jo være ud fra Henriks [borgerens] målsætning. Så hvis det er det, han starter med, så er det det, han starter med. Så er det dér han er i sin proces . . . Det er meget vigtigt, at hun rummer ham, der hvor han er, og ikke begynder at diskutere ind i, om det er sundt eller ikke sundt eller godt eller ikke godt. Fordi hun er ikke en dommer jo. Hun er en behandler, der skal hjælpe ud fra de mål man vil have.

Her knytter diskursen om Den anerkendende socialarbejder begrebet autonomi (det er borgerens mål og proces) sammen med udsagn om ikke at diskutere, ikke at dømme og det at hjælpe. Ved at sætte netop disse begreber i relation til hinanden, og organisere artikulationen omkring punktet 'anerkendelse', får de enkelte begreber en bestemt betydning. Autonomi og det at hjælpe kædes således sammen med en ydmyghed som professionel. Artikulationens mening låses således igen på en bestemt måde.

Et sidste citat, som jeg vil inkludere – også fra behandleren Jesper – viser både diskursens strukturerende indflydelse, men samtidig et fundamentalt træk ved netop en diskurs:

***Interviewer:** Hvorfor er det vigtigt, at han [borgeren] får oplevelsen af, at det kan man godt forstå, i stedet for bare at sige 'det der, det er dumt gjort - det er forkert'? Hvorfor er det vigtigt, at det bliver legitimeret, at han har gjort, som han har gjort?*

***Jesper:** Altså, ud over at det er det rigtige..? Fordi, man kan sige, én grund til at have fokus på det, det er jo, at det er sandt. Men hvis ikke man kan sige, at sandheden er argument nok i sig selv, så vil det banale svar vel være, at vi gerne vil have, at han kommer tilbage. Altså, jeg vil gerne have, at Henrik kommer igen i næste uge. Jeg skal jo helst ikke støde ham fra mig. Jeg kunne jo godt sige til folk: 'det er fandme dumt, at du drikker. Det skal du lade være med'. Men så kommer de jo ikke tilbage. Så kan jeg jo ikke hjælpe dem. Så går de jo bare ud og drikker videre måske.*

I dette uddrag fremhæves dét at forstå og anerkende borgeren som en direkte forudsætning for at kunne hjælpe. 'At forstå' og 'at hjælpe' betyder hver for sig noget forskelligt. Men netop i kraft af sammenkædningen af de to og af anerkendelsen som forankringspunkt får begreberne en bestemt betydning. Samtidig viser citatet næsten eksplicit, hvordan diskurser konstruerer noget som "sandt".

Gennem de valgte eksempler har jeg således illustreret, hvordan nodalpunktet 'anerkendelse' indholdsmæssigt "viser sig" i artikulationen, og hvordan diskursen om Den anerkendende socialarbejder kan ses som den bagvedliggende strukturerende idé.

Den kompetente fagperson

Diskursen om Den kompetente fagperson er kendetegnet ved særligt at være forankret i 'viden og ekspertise'. Behandleren anses først og fremmest som en fagperson, der besidder viden og kompetencer, som denne forventes at bruge. I denne diskurs knyttes der udover viden særligt an til værdier om ansvar, faglig forpligtelse og ærlighed. Begrebet om ansvar artikuleres ofte med fokus på *behandlerens* ansvar som fagperson. Derudover indgår 'erfaring' som en del af det system, som diskursen udgør.

Eksempler på sammenhænge, hvor nodalpunktet 'viden og ekspertise' "viser sig" i den artikulatoiske praksis, og hvor diskursen ses som den bagvedliggende strukturerende idé, fremkommer hos flere behandlere. Fx her, hvor behandleren, Linda, fortæller:

Og så har det altså en pædagogisk værdi, at de [borgerne] selv erkender, via den viden de får, hvad der er smartest for mig at gøre. I stedet for at jeg sidder og siger; du skal gøre, og du skal gøre, og så skal du gøre dét . . . De skal selv nå til en erkendelse. Og det får man via viden.

Her organiseres begreber om erkendelse og gode, fornuftige valg meget tydeligt omkring dét at få viden. Derudover sættes 'pædagogisk værdi' i relation til faglig formidling og i opposition til handleanvisning. Borgeren skal selv nå frem til en erkendelse, men i kraft af erkendelsens sammenkædning med viden, tilskrives behandleren inden for denne diskurs en særlig betydning i form af en fagperson, hvis opgave er at formidle denne viden til borgeren.

I mine interviews udtaler flere behandlere også, at de "skylder" borgerne at formidle dem en viden:

Så kan hun [behandleren] måske godt sige; for mig, der kan det lyde urealistisk eller svært - udfordrende - men det må vi jo se ad . . . Og man kan også sige; jeg skylder dig simpelthen at sige til dig, at når man har haft sådan nogle vanedannelser her, og du måske - nu ved jeg ikke, hvor lang tid, han har haft, men lad os nu sige, at han har haft dem i flere år - så kan man også sige, at; så skylder jeg dig bare at sige, at chancen for, at det her kan lade sig give sig, er minimal. Og jeg har ikke oplevet nogen endnu. Men det er bare, at så ved du det - så har du det med dig, når du træffer din beslutning. (Ulla, behandler)

En anden behandler, Mette, udtrykker det således:

Det er meget få borgere, jeg har mødt igennem årene, som det er lykkedes at reducere. For når borgere søger behandling, så er det ofte fordi, der er udviklet afhængighed. Det er ofte fordi, de HAR [min fremhævning] prøvet rigtig mange gange selv, at de kommer hos os. Så

derfor tænker jeg, at sandsynligheden for, at det lykkes at reducere, den er lille. Og det fortjener de - det skylder vi dem at fortælle. At dele vores viden på området. Men beslutningen er deres.

I begge disse citater kædes udsagn om viden og erfaring tydeligt sammen med udtryk om 'at skyldes nogen noget' og 'at fortjene noget'. Disse begrebspar (viden/erfaring over for skyldes/fortjene) betyder hver for sig noget forskelligt, men når de organiseres på denne bestemte måde tilskrives de, netop i kraft af den etablerede relation, en bestemt betydning: faglighed/ekspertise som forpligtende. Værdien 'ansvar' får også primært betydning som '*behandlerens ansvar*'. Samtidig indgår udsagn om borgerens beslutning dog også af begge citater. Begge behandlere understreger her borgerens autonomi, men med forankringen i 'viden og ekspertise' som nodalpunkt og i tilknytning til de øvrige begreber i diskursen, tilskrives 'autonomi' endvidere en særlig betydningsdimension i form af borgerens 'informerede eller kvalificerede frie valg'.

Samlet set ses diskursen om Den kompetente fagperson således at udgøre den strukturerende idé, der i disse artikulationer giver de enkelte begreber deres bestemte betydning. Gennem behandlernes artikulation konstrueres 'viden og ekspertise' som et særligt afgørende begreb (nodalpunkt), og ved at "forankre" de øvrige begreber heri, fastlåses betydningen af disse øvrige begreber på en bestemt måde. Denne fikseringsproces udgør diskursen (Andersen, 1999).

Den nøgterne hjælper

Diskursen om Den nøgterne hjælper er kendetegnet ved særligt at være forankret i værdien 'borgerens autonomi'. I diskursen knyttes derudover an til værdier om ansvar, respekt og at hjælpe. Værdien om borgerens autonomi artikuleres i denne diskurs grundlæggende som noget, behandleren *er nødt til* at anerkende (som et vilkår snarere end en moralsk forpligtelse), og værdien om ansvar udtrykkes ofte med fokus på *borgerens* ansvar. Anerkendelse artikuleres ofte ækvivalent med accept (altså ikke normativt, men faktisk betinget), og det at hjælpe beskrives ofte som en form for facilitering. Betegnelsen "nøgtern hjælper" er således valgt for at beskrive, at der inden for diskursen artikuleres et mål om at hjælpe samtidig med at rettigheder, pligter og accept ofte artikuleres meget nøgternt.

Diskursen om Den nøgterne hjælper artikuleres i min empiri ofte gennem korte, konstaterende (nøgterne) udsagn. Diskursen ses blandt andet i udtalelser som: *"Jeg kan ikke tvinge ham til at gøre andet, end det han gerne selv vil."* (Tanja, behandler) eller *"Jamen, der kan vi jo ikke gøre ret meget andet end at acceptere, at det er hans valg."* (Signe, behandler). Borgerens ønske, vilje og valg forbindes her med behandlerens (begrænsede) handlemuligheder gennem en tydelig forankring i værdien om 'borgerens autonomi'. Herigennem tilskrives borgerens valg betydning som et vilkår, der nødvendigvis må accepteres af behandleren (snarere end som fx noget, der *bør* accepteres og understøttes eller som en faglig forpligtelse på vidensformidling, jf. hhv. diskursen om Den anerkendende socialarbejder og Den kompetente fagperson).

Andre steder artikuleres diskursen gennem en bestemt sammenkædning af begreberne 'ansvar' og 'at hjælpe'. Som fx hos behandleren, Mette:

Jeg ville også lige være opmærksom på.. Jeg får en vibration i forhold til, at der er sådan en "fix mig-tendens" i hans [borgerens] måde at komme ind i forretningen på. Der ville jeg være meget grundig med at være inddragende i forhold til ikke at tage for meget ansvar fra ham, men virkelig at hjælpe med at finde ud af, hvordan vi kan gå de her skridt sammen.

Organiseret omkring nodalpunktet 'borgerens autonomi' ses diskursen her at give en særlig betydning til udsagnene 'inddragelse' og 'at hjælpe' i kraft af dens sammenkædning af disse begreber med udtrykkene 'fix-mig' og 'ikke tage ansvar fra ham'. 'At hjælpe' kommer således til at stå i modsætning til, at behandleren tager ansvar, og 'inddragelse' tillægges ligeledes betydningen 'at fastholde ansvaret hos borgeren'. Autonomi som nodalpunkt skabes gennem behandlerens artikulation, som herved modificerer og etablerer denne bestemte betydning af de øvrige begreber.

Diskursen om Den nøgterne hjælper skabes (og ses) hermed gennem en artikulation af værdien 'borgerens autonomi', som er med til at fastlægge betydningerne af de øvrige begreber i diskursen på en helt bestemt måde.

Det autentiske menneske

Diskursen om Det autentiske menneske er kendetegnet ved særligt at være forankret i begrebet om '(med)menneskelighed'. I denne diskurs indgår værdier om empati, anerkendelse, omsorg og ærlighed, og der kobles endvidere til begreber om relation og integritet. Anerkendelse udtrykkes ofte gennem en medmenneskelig genkendelighed eller identifikation med borgeren, og inden for denne diskurs artikuleres et syn på behandleren *som menneske* snarere end som professionel.

Nodalpunktet '(med)menneskelighed' træder i min empiri ofte indholdsmæssigt frem gennem udsagn om relationen og kommunikationen borger og behandler i mellem. Diskursen ses bl.a. artikulert gennem følgende citat fra behandleren, Susanne:

Der skal man spørge ind. Simpelthen, uden omsvøb. Spørge ind. Min erfaring er, at vi kommer ikke nogen vegne, vi hjælper ikke nogen, ved at pakke ting ind . . . Jeg tror, det er meget vigtigt at lige præcis fortælle, hvad det er man ser . . . Men at være direkte og være ærlig, og fortælle hvad det er.. Bruge mavefornemmelsen og fortælle, hvad det er, man ser, og hvad man oplever i samtalen med den enkelte borger. Det er tryghedsskabende for borgeren at vide, at jeg fortæller lige præcis, hvad jeg ser, og hvad jeg oplever. De kommer ikke til, ikke at høre sandheder fra mig . . . Det er svært at hjælpe nogen, hvis billedet er sløret.

Dette citat viser, hvordan nodalpunktet '(med)menneskelighed' er med til at fastlåse bestemte betydninger i artikulationen. Det 'at pakke ting ind' kædes sammen med 'ikke at komme nogen vegne', ligesom det at 'fortælle præcis hvad man ser' og udtrykke 'sandheder' kædes sammen med at kunne hjælpe. For at kunne hjælpe må man således agere med menneskelighed og integritet; være ærlig og direkte.

Hos en anden behandler, Janni, ses diskursen om Det autentiske menneske også som "bagtæppe" for hendes praksis som behandler:

Janni: Åååh ha. Jeg hader de der fucking behandlingsplaner.

Interviewer: Hvorfor det?

Janni: Fordi det er sådan en skal-opgave. Jeg véd godt, at vi skal lave dem, men det ér..

. . . For mig, der er det vigtigst, at de får et rum, hvor de synes, at de bliver mødt.

Interviewer: Og står behandlingsplanen i vejen for det?

Janni: Ja. For den SKAL [min fremhævning] laves inden for de første 2-3 gange, og så bliver det sådan noget.. Altså, ja! Det synes jeg. Og jeg har lige også sagt det til Socialtilsynet, og de kiggede på mig som: jamen, laver du dem så ikke? Jo jo, det skal jeg nok. Jeg ved det godt, det er en skal-opgave . . .

Interviewer: Hvad er det, den spænder ben for eller forstyrrer? [behandlingsplanen]

Janni: Den forstyrrer ind i det, at.. det bliver bureaukratiet. Altså, det er noget Socialstyrelsen SKAL [min fremhævning] have for at kunne samle data ind ift.. Og det kan jeg godt forstå! Jeg arbejder selv i det, og jeg kan godt SE [min fremhævning] det. Men det forstyrrer ind i sessionen. Du ved, når de kommer ind, og de synes ikke altid det er nemt at skulle i behandling. Så kommer de ind, og så siger man: 'vi skal lige have lavet det sidste på den her behandlingsplan'. 'Jamen det er bare fordi, der er sket noget, som jeg virkelig har brug for at fortælle dig'. Jeg kan love dig for, at så kommer den behandlingsplan til at ligge, når de er hos mig.

I dette uddrag ses, hvordan en 'skal-opgave' sættes i kontrast til det at skabe et rum, hvor borgeren oplever sig mødt. Disse to elementer udgør ikke i sig selv et modsætningsforhold, men gennem behandlerens artikulation konstrueres et forankringspunkt – (med)menneskelighed – hvilket fastlægger betydningen af 'skal-opgave' i relationen til 'at blive mødt' på denne særlige (negative) måde.

Når bureaukratiet i samme uddrag artikuleres som en modsætning til eller hæmsko for at imødekomme borgerens behov, genses denne særlige betydningstilskrivning gennem den *bestemte* måde begreberne relateres til hinanden på. Behandlerens artikulation viser afslutningsvist, hvordan dét at borgeren 'er hos mig' (den konkrete behandler) knyttes sammen med det borgeren 'har brug for' på en særlig måde; i modsætning til bureaukratiets krav om en behandlingsplan, hvilken på sin side kædes sammen med en forstyrrelse af sessionen. Det medmenneskelige som forankringspunkt ses i alle disse tilfælde ved, at mennesket (borgeren) artikuleres som noget, der bør prioriteres fremfor systemet (bureaukratiet og dets 'skal-opgaver'). Denne bestemte sammenkædning af begreber bliver således konstituerende for disses identitet og betydning. Diskursen om Det autentiske menneske – artikuleret omkring nodalpunktet '(med)menneskelighed' – ses altså som den strukturerende idé, som fikserer mening i dette konkrete interview-udrag.

Som disse citater viser, kommer diskursen om Det autentiske menneske til syne igennem behandlernes artikulationer, hvor begreber som 'relation', 'integritet' og 'ærlighed' får en særlig betydning netop i kraft af deres forbindelser og forankring i begrebet om (med)menneskelighed.

Sammenfatning

De fire diskurser består således hver især af en række begreber, der alle i udgangspunktet er forskellige fra hinanden. Hvert begreb i diskursen får imidlertid en bestemt betydning, netop i kraft af en sammenkædning og relation til andre begreber i diskursen. Denne sammenkædning skabes gennem behandlernes artikulation. Den artikulatoriske praksis består i konstruktionen af særligt afgørende punkter – nodalpunkter – i disse fire diskurser identificeret som hhv. anerkendelse, viden og ekspertise, borgerens autonomi og (med)menneskelighed. Disse særlige punkter i diskurserne er således med til at skabe en delvis fiksering af mening og fastlægge artikulationens betydning på en bestemt måde. Diskurserne er i Laclau & Mouffes sprog "den strukturerede totalitet" (Phillips, 2020, s. 397), som er resultatet af de artikulatoriske praksisser, som jeg i dette kapitel har fremvist eksempler på.

Forbehold

Det er vigtigt at pointere, at diskurser ifølge Laclau & Mouffe ikke er noget, der bare ér der, eksisterer uafhængigt af behandlerne og påvirker behandlerne. Diskurserne skabes gennem en artikulatorisk praksis (Andersen, 1999). Det betyder, at diskurserne på én gang både påvirker/informerer behandlernes holdninger og samtidig faktisk skabes af behandlerne gennem deres artikulationer. Når jeg anfører, at jeg har ”identificeret” disse fire diskurser, er det fordi jeg via mine interviews har fået indblik i behandlernes artikulatoriske praksis, og det jeg har identificeret er således mønstre (systemer af begreber) som er trådt frem i interviewene med behandlerne. Mønstre som jeg har fået øje på gennem en analyse af min empiri. Det er disse mønstre, der i Laclau & Mouffes teoretiske perspektiv kan forstås som diskurser; som de strukturerende idéer bag behandlernes holdninger og handlinger.

Endvidere må jeg pointere, at rammen for de sammenhænge, som jeg i ovenstående analyse har valgt at fokusere på, udgøres af temaerne viden og værdier, idet disse temaer (jf. kapitel 4) viste sig at udgøre baggrunden for behandlernes holdninger. Andre sammenhænge og andre temaer vil således måske fremvise andre diskurser, forankret i andre begreber, relevante for andre undersøgelsesformål. Dette forbehold følger Laclaus & Mouffes pointering af, at diskurserne ikke er objekter, der er *derude*, men derimod i høj grad er et resultat af min analytiske interesse (Jessen & Hansen, 2021).

Kapitel 7

Flydende betegnere

Når en behandler baserer sin holdning på en bestemt værdi (som beskrevet i kapitel 4), kan det som vist i kapitel 6 forstås som sammenhængende med, hvilken diskurs behandleren trækker på i sin holdning. Dette giver imidlertid ikke svar på spørgsmålet om, hvordan de *samme værdier* kan anvendes som begrundelse for *forskellige* holdninger hos behandlerne. Samme undren vækkes, når det af ovenstående identificerede diskurser ses, at nogle af de *samme* begreber optræder i *flere* forskellige diskurser.

Her tilbyder Laclau & Mouffes begreb om 'flydende betegnere' en analytisk indgang til udfoldelse og forståelse.

Betegnere og betegnede

For at forstå Laclau & Mouffes begreb om 'flydende betegnere', må jeg kort vende tilbage til deres pointe om strukturernes (diskursernes) ufuldstændighed og det sociale åbenhed, som også her står centralt. Dette gør sig nemlig også gældende ift. tegnbegrebet, hvor Laclau & Mouffe trækker på psykoanalytikeren, Jacques Lacan (Andersen, 1999). Lacan skelner mellem 'det betegnende' og 'det betegnede', dvs. mellem betegnerne på den ene side og det, de betegner, på den anden side. Relationerne mellem tegnende glider, forstået på den måde at betegnerne så at sige "bevæger sig" henover det, de betegner. I denne glidning må betegnerne 'træde ned i' det betegnede, hvilket betyder, at betegnerne får indflydelse på det, de betegner – og altså dermed spiller en væsentlig rolle for betydningsdannelsen. Strukturens ufuldstændighed ses altså både i selve glidningen og i den påvirkning af betydning mellem det betegnende og det betegnede, der finder sted (Andersen, 1999).

Denne forståelse af tegnenes åbne relationer overfører Laclau & Mouffe til deres diskursteori, og med dette som afsæt sætter de fokus på, hvordan den diskursive meningsdannelse netop finder sted i forbindelse med, at der sker en forskydning af betegnerne over for det betegnede. Som Andersen (1999) beskriver det: "Den diskursive kamp bliver derfor en kamp om, hvilke betegnere, der skal bindes til hvilke betegnede." (s. 94) - en kamp om at definere nodalpunkter ". . . som kan standse, de mange betegneres glidning hen over det betegnede" (1999, s. 94).

Flydende betegnere

Med deres version af begrebet 'flydende betegnere' kobler Laclau & Mouffe denne forståelse af tegnenes åbne relationer til kampen om en (midlertidig) fiksering af disse relationer. Flydende betegnere er således centrale begreber, der er konflikt omkring. Forskellige diskurser indholdsudfylder begreberne på hver sin måde – betegnerne flyder (bevæger sig) over det betegnede. Den samme betegnere har altså flere forskellige betegnede. Det er dette forhold – at forskellige diskurser kæmper om at fastsætte begrebernes betydning på netop deres måde – der hos Laclau & Mouffe udtrykkes gennem begrebet 'flydende betegnere' (Phillips, 2020).

Hvor 'nodalpunkter' handler om begreber og deres betydninger *internt* i den enkelte diskurs, handler 'flydende betegnere' om de kampe, der foregår om begreber og deres betydninger *eksternt*, dvs. *mellem* forskellige diskurser (Brænder, Kølvrå & Laustsen, 2014).

Jeg har argumenteret for, at der blandt de interviewede alkoholbehandlere kan ses at eksistere i hvert fald fire diskurser bag de holdninger, der artikuleres. En række værdier ses at indgå i flere diskurser, og hver enkelt ses i flere tilfælde anvendt som begrundelse for forskellige holdninger (jf. kapitel 4). Jeg har i analysen af diskurserne allerede let berørt, hvordan nogle af disse værdier ikke har en entydig definition på tværs af de diskurser, hvori de indgår – men derimod ses i forskellige "udgaver" eller med nuancer.

I min empiri ses dette bl.a. i relation til værdierne 'anerkendelse' og 'ansvar'. Derfor vil jeg i det følgende udfolde disse nærmere.³

Anerkendelse

Værdien 'anerkendelse' bringes både eksplicit og implicit på bane af mange af behandlerne. Værdien optræder både i diskurserne om Den anerkendende socialarbejder, Den nøgterne hjælper og Det autentiske menneske. Betydningen af værdien varierer dog fra diskurs til diskurs, og

³ Det samme gør sig gældende for flere andre værdier og begreber, bl.a. værdien 'autonomi', der ligeledes fremstår som en central værdi på tværs af flere diskurser.

igennem artikulationerne ses det, hvordan betydningen af 'anerkendelse' søges fikseret på forskellig vis.

Anerkendelse som moralsk/etisk fordring

Inden for diskursen om Den anerkendende socialarbejder italesættes anerkendelse som en moralsk/etisk fordring; man *bør* anerkende borgeren, fordi det er det *rigtige* at gøre. Anerkendelsen indebærer her et syn på borgeren som den, der er ekspert på sit eget liv. Når behandleren tilsidesætter sin egen viden eller sit eget syn på borgerens situation, gøres det med det udgangspunkt, at det er det rigtige at lade borgerens forståelser, ønsker mv. være styrende. Anerkendelsen udtrykker således et *ønske* om at se, forstå og møde borgeren, sådan som denne ser sig selv, forstår sig selv og ønsker at blive mødt.

Denne betydning af begrebet ses fx i følgende uddrag fra interviewet med behandleren, Ulla:

***Interviewer:** Ud fra din faglige vurdering af Torbens [borgerens] situation og problematik, hvad mener du så, at målet for Torbens behandling bør være?*

***Ulla:** Ja, den er lidt tricky ikke. Fordi det eneste der vil være mit mål, det var, at Torben følte, at han havde effekt ved at komme her, så han havde lyst til at komme igen. Jeg har ikke noget mål for Torben. Det er Torbens mål, der er hans mål. Men mit mål det er, at han føler sig anerkendt og forstået og hørt, og vil have lyst til at komme igen.*

Ordet 'anerkendt' bruges her direkte af behandleren, som også selv knytter det sammen med ordene 'forstået' og 'hørt'. Det at føle sig anerkendt hænger altså ikke kun sammen med at blive hørt, men også at blive forstået. En forståelse forudsætter en villighed til at sætte sine egne forståelser og ønsker til side. Denne villighed ses at være til stede hos behandleren her, idet der i artikulationen etableres en forskel mellem mål 'for Torben' og 'mit mål'. Denne skelnen signalerer, at en anerkendelse af borgeren indebærer, at det alene er borgeren, der skal sætte målet for *behandlingen*, og at det alene er borgerens vurdering af effekt, der er af betydning. Behandlerens mål relaterer sig udelukkende til hendes egen måde at *møde* borgeren på. Dette 'møde' med borgeren baserer sig på et syn på borgeren som eksperten i eget liv og behandling. At behandleren udtrykker, at det er 'tricky' at komme med en faglig vurdering af, hvad målet for borgerens

behandling bør være, illustrerer ligeledes behandlerens villighed til at sætte sig selv til side; behandleren *har* en viden og holdning til spørgsmålet (ellers ville det ikke være tricky), men denne må vige pladsen til fordel for borgerens forståelser og ønsker.

En tilsvarende indstilling til borgeren – og betydning af en anerkendende tilgang – ses i følgende uddrag fra interviewet med behandleren, Tove:

***Interviewer:** Lidt bonusinfo: Torben [borgeren] siger selv, at hans mål det er at reducere sit forbrug. Han ønsker ikke at stoppe helt med at drikke alkohol. Hvordan bør Henriette, behandleren, forholde sig til det, synes du?*

***Tove:** Han ønsker ikke at stoppe helt? Nej, men sådan har det fleste det. Jamen, så går vi med det. Og så om han har nogle tanker om, hvad det så skulle være? Hvordan vil han reducere? Altså, det er meget at overlade det til patienten selv. Hvilke tanker og ønsker DE [min fremhævning] har, og så arbejde ud fra dét.*

***Interviewer:** Så det bør behandleren acceptere, hvis det er hans ønske?*

***Tove:** Ja, helt sikkert. Det er deres behandling . . . det mest effektive vil være at slippe det [alkoholen] i en længere periode. Det vil være det mest effektive. Men det er vigtigt at have sig selv med i det. Det er vigtigt, at patienten har sig selv med i det. Og det er jo det, der er helt afgørende i sådan et terapeutisk forløb.*

Behandleren udtaler her, at borgerens ønske 'helt sikkert' bør accepteres, fordi 'det er deres behandling'. Begrundelsen for at 'gå med' borgerens mål er således ikke, at behandleren ikke har andet valg. Begrundelsen er, at det er borgerens behandling. Det understreges endvidere, at det er 'afgørende' at borgeren har 'sig selv med i det'. At 'have sig selv med' henviser til borgeren *egen* forståelse, oplevelse og syn på situationen og behandlingen. Om *behandleren* 'har sig selv med' i behandlingen underordnes altså borgerens ønsker og mål. Dette endda til trods for, at behandleren giver udtryk for at vide eller tro på, at det vil være mere effektivt at træffe et andet valg, end det

som borgeren lægger op til. Behandleren sætter således ikke bare bevidst, men også velvilligt, sig selv til side for dermed at møde, se og forstå borgeren.

Samlet set knyttes begrebet om anerkendelse inden for diskursen om Den anerkendende socialarbejder sammen med værdier som empati (at forstå borgeren) og faglig ydmyghed (en villighed til at sætte sin egen viden og forståelse til side). Borgeren anses som ekspert i sit eget liv, og det er derfor *rigtigt* at lade borgeren sætte målet for behandlingen. Hermed artikuleres dét at anerkende borgeren i betydning af en moralsk/etisk fordring om, at det *bør* man gøre.

Anerkendelse som accept

Inden for diskursen om Den nøgterne hjælper artikuleres værdien 'anerkendelse' i en betydning, der i højere grad minder om 'accept'. Behandlerne udtrykker her, at man som behandler skal anerkende borgerens ønsker, mål, valg osv., fordi der ikke er andre reelle muligheder. Man må nødvendigvis acceptere det, som borgeren kommer med. Dette som en naturlig følge af borgerens (nøgternt accepterede) autonomi. Her lægges der ikke vægt på det moralsk/etiske aspekt af anerkendelsen, men på accepten som et vilkår. Inden for denne diskurs artikuleres anerkendelsen også ind i mellem med en grad af forbehold, hvilket er med til at give begrebet en mere accepterende karakter.

Denne betydning af begrebet anerkendelse ses bl.a. i følgende uddrag af interviewet med behandleren, Linda:

Interviewer: Lidt bonusinfo omkring det her med målet: Torben [borgeren] siger selv, at hans mål det er at reducere sit forbrug. Han ønsker ikke at stoppe helt med at drikke.

Linda: (lader som om hun river sig i håret) Jeg har bare så mange af dem i øjeblikket!

Interviewer: Hvordan bør Henriette, alkoholbehandleren, forholde sig til det?

Linda: Jamenøh.. Hun vil sige til ham; fint nok. Du skal vide, at du opfylder i hvert fald tre af kriterierne for afhængighed, så du vil.. Jeg er meget ærlig - jeg er MEGET [min fremhævnings] ærlig! Svesken på disken. Så du skal vide, at det vil blive rigtig svært for dig. Og du får de her fire måneder til at afprøve det i, og hvis det ikke lykkes, så må du gøre noget andet. Så kan

jeg ikke lære dig det . . .

Interviewer: *Hvad er din faglige holdning til Torbens mål?*

Linda: *Min faglige holdning er.. at det er utopi.*

Interviewer: *Okay. Og det er derfor, du river dig lidt i håret over alle dem, du har i øjeblikket?*

Linda: *Ja. Jeg har så mange i øjeblikket, der gerne vil reducere. Hvor de ér afhængige. Og jeg tænker: argh.. Fordi det er lidt spild af både deres og min tid. At de skal nå til en erkendelse, at det ikke er muligt. Jeg kan sidde og sige: det er ikke muligt. Men de skal selv erkende det.*

I denne artikulation ses anerkendelsen af borgerens ønske og mål for behandlingen at blive efterfulgt af en form for 'men'. Behandleren udtrykker, at det er 'fint nok' med borgeres mål, men efterfølger det med en 'meget ærlig' og direkte pointering af, at hun ikke selv tror på, at borgeren vil lykkes med sit mål - 'det vil blive rigtig svært for dig' – og at hun forventer, at borgeren ændrer sin målsætning, såfremt hun får ret i sin antagelse om, at det ikke vil lykkes. Behandlerens vurdering af borgerens mål kommer således til at spille en væsentlig rolle for den måde, hvorpå borgerens målsætning mødes. Borgerens mål anerkendes; det *får* lov til at sætte retningen for behandlingen. Behandleren afviser det ikke – selvom hun med sit 'aargh' og 'riven sig i håret' tydeligt viser sin frustration over det. Det er en anerkendelse båret af, at behandleren er *nødt til* at anerkende det, mere end af et moralsk imperativ. Det er således ikke anerkendelse i betydningen af en *velvillig* tilsidesættelse af egne forståelser og overbevisninger, men i betydningen af en *accept*, fordi det er nødvendigt, at borgeren selv når til en erkendelse.

Denne betydningstilskrivning af begrebet anerkendelse kan således ses at knytte sig til diskursen om Den nøgterne hjælper. Diskursens forankring i nodalpunktet 'borgerens autonomi' ses at give værdien 'anerkendelse' en mere accepterende karakter, i modsætning til den normative karakter, som værdien får, når den artikuleres inden for diskursen om Den anerkendende socialarbejder.

Anerkendelse som almenmenneskelig genkendelighed

Endelig ses der en tredje "udgave" af, hvordan begrebet 'anerkendelse' bliver artikuleret og indholdsudfyldt af behandlerne i min undersøgelse. Denne udgave artikuleres inden for diskursen

om Det autentiske menneske, og her relateres anerkendelse primært til noget almenmenneskeligt, som behandleren identificerer (sig med) i borgerens situation. En anerkendelse, der tager udgangspunkt i, at behandleren forstår borgeren på et mere menneskeligt plan. Anerkendelsen udspringer således ikke af, at behandleren har truffet et bevidst *valg* om at møde borgeren med anerkendelse eller forståelse, men mere af en umiddelbar, spontan empati baseret på dét i borgerens situation, som behandleren oplever som genkendeligt.

Anerkendelsen, i denne almenmenneskelige udgave, udtrykkes bl.a. af behandleren, Lone:

Jeg lytter altid efter; hvad er det, det [alkoholen] har hjulpet ham med? Fordi - ja, det ved vi jo, når vi arbejder med afhængighed - hvis man ikke får kigget på, hvad det er, det KAN [min fremhævning], men kun får kigget på, at 'det skal du da få stoppet med'. Det ved man jo godt selv. Vi ved godt, at vi ikke skal ryge, og vi ikke skal være for tykke og alt muligt, ikke, men det betyder ikke, at vi gør det. Så jeg lytter altid efter, hvad det er, det kan.

Hun fortsætter lidt senere:

Det er min erfaring, at folk ikke selv forstår, hvad der er sket. For det første det her tabu omkring at miste kontrollen over sit "eget lort". At miste kontrollen over sine problemer, og ikke selv kunne løse dem. Og have gjort flere forsøg - for det har Henrik også. Og det er jo fordi, vi vil alle sammen helst bare kunne klare vores ting selv. Så det der med at få forklaret; hvorfor er det, at man pludselig ikke kan det. Og prøve at aftabuisere en lille smule. For folk bliver også syge af andre ting i verden, i Danmark og omkring én, så hvorfor skulle det her egentlig være mere skamfuldt? Fordi man er lige så ufrivilligt ramt af det som med andre ting. Så prøve at aftabuisere, prøve at forstå, sådan så man ikke har den der følelse af at være så pisse træt af sig selv.

I uddraget ses det, at behandleren anerkender, at dét at lave en forandring er svært. Hun anerkender, at det er en reel udfordring for borgeren at ændre sine alkoholvaner, og at det ikke giver mening med en tilgang, hvor man blot fortæller borgeren, at det skal han 'da få stoppet med'.

Behandleren fremhæver her, at 'man' og 'vi' godt ved, at en forandring vil være det bedste, men at det er sværere end som så – og at 'vi alle sammen' helst vil klare vores problemer selv. Ved at knytte anerkendelsen til en forståelse baseret på et *man* og et *vi* artikuleres en anerkendelse, der ikke blot udspringer af en forståelse for denne konkrete borger, men af en identifikation med og almengørelse af de udfordringer, borgeren oplever. Behandleren sidestiller borgerens problemer med andre for hende almindelige problemer (rygning, overvægt, sygdom), og dette bliver afsættet og begrundelsen for den anerkendelse, som borgeren mødes med.

Denne artikulatoriske praksis, hvor værdier om anerkendelse, empati og (med)menneskelighed knyttes sammen på denne særlige måde, kan således ses at være struktureret af den bagvedliggende diskurs om Det autentiske menneske.

Anerkendelse som flydende betegner

Værdien 'anerkendelse' indgår både i diskursen om Den anerkendende socialarbejder, Den nøgterne hjælper og Det autentiske menneske. Hver enkelt diskurs kæmper om at fastlåse betydningen af 'anerkendelse' som værdi på netop deres måde. Denne kamp om anerkendelse som hhv. en moralsk/etisk fordring, en nødvendig accept og en almenmenneskelig genkendelighed viser, at værdien i diskursteoretiske termer er en 'flydende betegner'.

Ansvar

Værdien 'ansvar' bringes ligeledes både eksplicit og implicit i spil af en række behandlerne. I forhold til denne værdi og indholdsudfyldelsen af den, handler forskellene primært om, hvad dette ansvar retter sig imod, og hvis ansvar der er tale om. Værdien optræder både i diskursen om Den nøgterne hjælper, Den kompetente fagperson og Den anerkendende socialarbejder, men forsøges fastlagt på forskellig vis inden for de tre.

Borgerens ansvar

Inden for diskursen om Den nøgterne hjælper italesættes 'ansvar' ofte som en naturlig konsekvens af borgerens autonomi; det er borgeren selv, der må træffe sine valg, og det er dermed også borgeren selv, der har ansvar for at handle på disse.

Dette udtrykkes bl.a. af behandleren, Stine. Hun understreger, at det er op til borgeren at sætte sit mål for behandlingen, herunder at beslutte om han ønsker at stoppe med at drikke. Hun siger:

Men jeg kan sige, at jeg kan ikke tilbyde.. Hvis han ikke vil stoppe med at drikke, så kan jeg gå ind og finde ud af, og afdække; vil du drikke på en anden måde? Og hvis han ikke vil ændre noget, jamen så tænker jeg, at så skal vi jo heller ikke bruge en masse tid sammen. Så er det jo dér, den er. Altså, der er ikke motivation for forandring, og så må han komme igen, hvis der en dag er det.

Af citatet ses det, hvordan ansvaret for behandlingen tydeligt kædes sammen med borgerens valg og autonomi. Behandleren vil gerne hjælpe ved at 'afdække' indholdet af borgerens forandringsønske, men det er ikke behandlerens ansvar at skabe en motivation hos borgeren. Hvis motivationen ikke er der, så må borgeren 'komme igen', når den ér. Det er således borgerens ansvar at 'ville' en forandring, hvis borger og behandler skal 'bruge tid sammen'.

En anden behandler, Ulla, fremhæver på samme vis, at ansvaret for behandlingen først og fremmest ligger hos borgeren:

Og derefter skal der jo lægges en behandlingsplan. Og den skal jo lægges sammen med Torben [borgeren]. Den skal ikke lægges af os behandlere . . . Hun [behandleren] skal klarlægge, hvad det er HAN vil, fordi han har HENVENDT sig her [mine fremhævninger] . . . Og det er det, hun skal have på plads. Sådan så det ikke bliver Henriettes [behandlerens] opgave at fikse Torben, men sådan at det bliver Torbens opgave at arbejde med nogle af de punkter, han har brug for at få justeret på.

I dette citat bliver opgaverne og ansvaret tydeligt fordelt mellem borger og behandler; behandlerens opgave er at 'klarlægge' og få 'på plads', hvad det er, borgeren vil. Behandleren skal ikke 'fikse' borgeren – det er borgerens ansvar at arbejde med sine udfordringer. Også her er betydningen af ansvar koblet til borgerens autonomi; det understreges, at borgeren selv har henvendt sig, og dermed er det også op til borgeren at sætte sine mål, såvel som at få 'justeret', der hvor der er behov for det.

Diskursen om Den nøgterne hjælper fæstner gennem denne tydelige forankring i borgerens autonomi, betydningen af værdien 'ansvar', så den først og fremmest forstås som 'borgerens ansvar'.

Behandlerens ansvar

Værdien 'ansvar' optræder også inden for diskursen om Den kompetente fagperson. Her søges betydningen dog fastlagt på en anderledes måde. Når værdien 'ansvar' artikuleres, er det oftest i betydningen 'behandlerens ansvar' og i sammenhæng med værdien om 'faglig forpligtelse'.

Behandleren, Tanja, udtrykker, at det handler om at:

. . . have den der professionelle tilgang. Altså, fordi vi sidder med viden om, hvor det kan have nogen betydning at drikke for meget. Og det er den, vi skal få dem til ligesom at tage ind og forholde sig til det, og så træffe nogle nye valg.

Denne fiksering af betydningen indebærer altså ikke, at behandleren fritager borgeren fra at have et ansvar. Det er stadig borgeren, der skal 'træffe nogle nye valg'. Men det begreb om 'ansvar', der artikuleres, tilskrives mening på en anden måde. Behandleren skal 'få dem [borgerne] til' at forholde sig til en viden, som behandlerne i kraft af deres professionelle virke kan formidle. Ansvar knyttes således sammen med dels det at *have* en faglig viden, dels at *formidle* denne viden og dels at *få borgeren til at forholde sig* til denne viden.

Denne sammenkædning af formidling af viden/information med at skabe et grundlag for borgerens beslutning fremgår også af følgende uddrag fra interviewet med behandleren, Signe:

Interviewer: *Vurderer du, at der skal iværksættes alkoholbehandling i Torbens [borgerens] tilfælde?*

Signe: *Jeg tænker da i hvert fald, at han skal have et tilbud om det. Og der er det rigtig vigtigt for mig at informere om, hvad er det, jeg kan tilbyde dig. Så Torben har et grundlag for at tage stilling til, om det er noget, han tror, han kan have glæde af.*

Også her ses det, at en betydningstilskrivning af værdien 'ansvar' som 'behandlerens ansvar' ikke indebærer, at borgeren fratages ansvaret for at tage stilling og træffe valg. Borgeren skal netop

have 'et tilbud', som denne skal 'tage stilling til'. Det er dog ikke en betoning af *borgerens* ansvar, der her artikuleres. Det, der er 'rigtig vigtigt' er 'at informere', så der skabes et 'grundlag' for beslutning hos borgeren. Den sammenkædning af begreber, som kendetegner den artikulatoriske praksis her, fremhæver informationen som forudsætning for borgerens stillingtagen, og det er behandleren, der har ansvar for at levere denne information.

Endelig inddrog jeg i analysen af diskursen om Den kompetente fagperson (i kapitel 6) også flere citater, hvoraf det fremgik, at behandlerne 'skyldte borgerne' at dele en viden med dem, og værdien 'ansvar' knyttedes således sammen med en værdi om 'faglig forpligtelse'.

I denne diskurs er det således *behandlerens* ansvar, der bliver det betegnede, som betegneren 'ansvar' søges fikseret til.

Behandlerens ansvar - som solidaritet

Endelig ses værdien 'ansvar' også at optræde inden for diskursen om Den anerkendende socialarbejder, hvor betegneren søges knyttet til en endnu anden betegnet – her i et uddrag fra interviewet med behandleren, Lone:

Lone: *Jeg synes tit, at vi alkoholbehandlere, vi bliver tit blæksprutter på de her ting.*

Interviewer: *Og er det godt eller skidt?*

Lone: *Jeg tror, jeg tænker lidt, at hvem faen skulle ellers gøre det? Skidt på den måde, at vi så godt kan have nogen indskrevet over lang tid, fordi der ikke er andre, der tager over, som måske skulle det . . . Så på den måde kan det godt forlænge behandlingstiden. Men hvem skulle ellers? Hvis ikke andre gør det. Man kan jo ikke bare lade dem flagre.*

Også her ses værdien 'ansvar' tilskrevet betydning som *behandlerens* ansvar. Det fremgår af citatet, at 'man' ikke bare kan lade borgerne flagre, men dette 'man' henviser konkret til behandleren, i det tilfælde at ingen andre gør noget. Der artikuleres således en betydning af ansvar som noget, der i sidste ende påhviler behandleren, hvis ingen andre har eller tager det. Værdien indholdsudfyldes dog ikke som et ansvar for at formidle eller dele viden – det er et ansvar i mere bred forstand. Et ansvar, der indebærer at være 'blæksprutte' på 'de her ting'. Som beskrevet i kapitel 6 knyttedes der i diskursen om Den anerkendende socialarbejder an til en række værdier, som kan henledes til den

globale definition af socialt arbejde. Det er denne samme "vinkel på verden", der artikuleres her. Behandlerens arbejde tager afsæt i en solidaritet med dem, der er dårligt stillede⁴ (borgerne), og det er i sidste ende behandlerens ansvar at sikre en sammenhæng i indsatserne. Som det udtrykkes i citatet, er det ikke så meget et spørgsmål om, hvorvidt det er godt eller skidt, men mere et spørgsmål om 'hvem ellers?'. Den betydning af værdien 'ansvar' der her artikuleres indeholder således et "solidarisk ansvar" snarere end et "vidensbaseret ansvar".

Ansvar som flydende betegner

Værdien 'ansvar' findes således både i diskursen om Den nøgterne hjælper, Den kompetente fagperson og Den anerkendende socialarbejder, men betydningen af 'ansvar' er forskellig afhængigt af, om ansvaret kædes sammen med borgerens valg, behandlerens viden eller det sociale arbejdes solidaritet og helhedssyn. Gennem de udvalgte citater har jeg vist, hvordan de forskellige betydningstilskrivninger eksplicit kommer til udtryk i min empiri. Hvordan de tre nævnte diskurser søger at indholdsudfylde værdien 'ansvar' på hver sin måde.

Der ses således også her en kamp om, hvordan betydningen skal fikseres – hvordan glidningen af betegneren 'ansvar' skal stoppes og overfor hvilke betegnede. Jeg har herved argumenteret for, hvordan også værdien 'ansvar' kan forstås som 'en flydende betegner'.

Sammenfatning

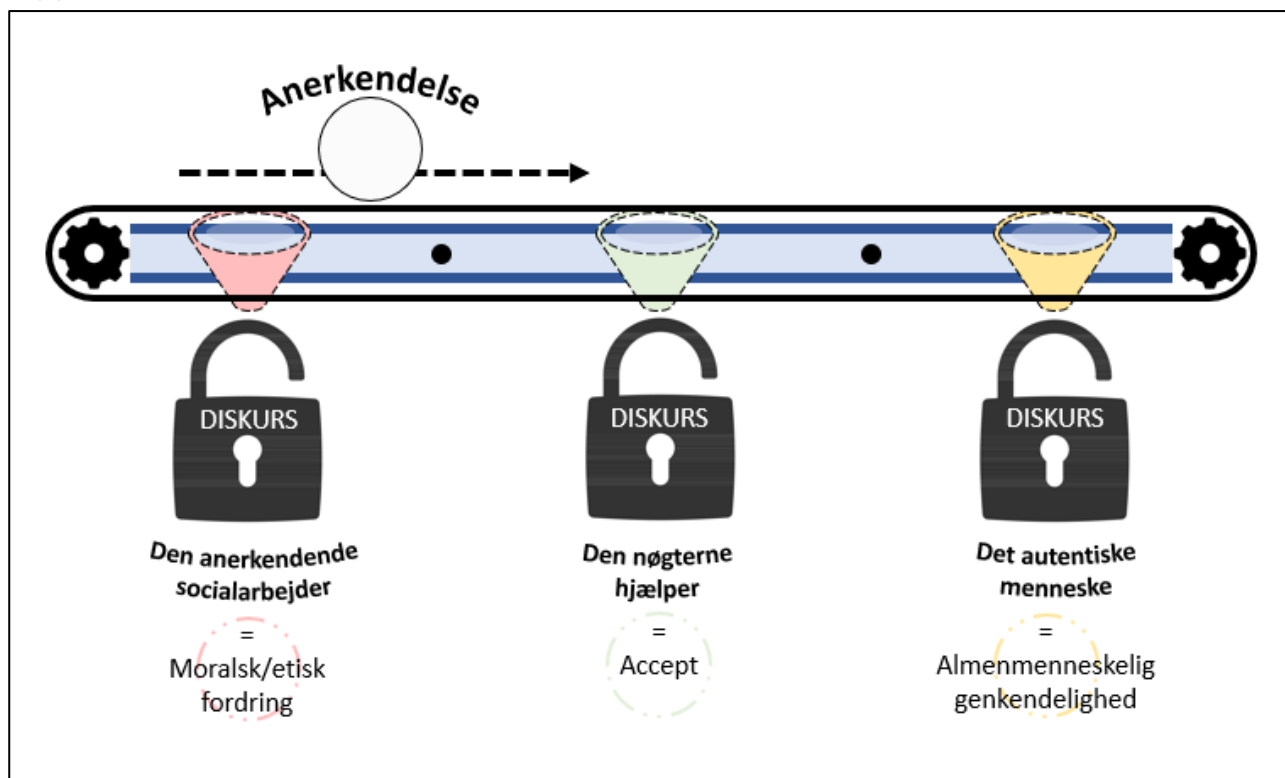
Jeg har gennem en udfoldelse af værdierne 'anerkendelse' og 'ansvar' vist, hvordan de forskellige diskurser, som jeg har identificeret, tilskriver disse værdier forskelligt indhold. At betydningen af den enkelte værdi afhænger af, hvilken diskurs værdien indgår i, og hvordan den inden for den konkrete diskurs artikuleres. Sagt med andre ord har jeg vist, hvordan betegnerne ikke står i et fast forhold til det betegnede (Andersen, 1999); værdierne er ikke i sig selv knyttet til et bestemt indhold. Jeg har dermed argumenteret for, at disse to værdier, med Laclau & Mouffes udtryk, kan forstås som 'flydende betegnere', og jeg har vist, hvordan det netop er i forbindelse med bevægelsen af betegnere henover det betegnede, at den diskursive meningsdannelse sker. De identificerede diskurser konkurrerer således om at fikserer netop deres betydning af de flydende

⁴ Jf. netop definition og forståelsen af socialt arbejde (Dansk Socialrådgiverforening, u.å.).

betegnere. Analysen af 'anerkendelse' og 'ansvar' som flydende betegnere tilbyder således en ramme til at forstå, hvordan den samme værdi kan danne baggrund for forskellige holdninger. Dette fænomen kan ses som et eksplicit udtryk for de forskelle i betydningstilskrivning, der findes i de forskellige diskurser.

Ovenstående har jeg illustreret i Figur 1 nedenfor, eksemplificeret med værdien 'anerkendelse'.

FIGUR 1 ANERKENDELSE SOM FLYDENDE BETEGNER



Betegneren 'anerkendelse' "bevæger" sig henover de forskellige betegnede. De tre diskurser kæmper alle om at "stoppe bevægelsen" – og fastlåse betydningen/indholdet på netop deres måde.

Kapitel 8

Hegemoniske kampe

Når definitionerne af de enkelte begreber ikke ligger fast, men der derimod ses forskellige betydningstilskrivninger inden for de forskellige diskurser, og når der som vist kan identificeres ikke én, men en række diskurser i den ambulante alkoholbehandling, er det i Laclau & Mouffes teori et udtryk for, at ingen af diskurserne har opnået *hegemoni*.

Hegemoni

Laclau & Mouffes hegemoni-begreb refererer i sit udgangspunkt til, at en diskurs lykkes med at fastlåse sprogets betydning på netop denne diskurs' måde (Phillips, 2020). Når denne fiksering af betydninger kommer til at fremstå som sande eller åbenlyst rigtige; ". . . når noget specifikt, noget partikulært, (for en tid) indtager det universelles plads." (Jessen & Hansen, 2021, s. 67). En diskurs har opnået hegemoni, når den dominerer et givent felt (Brænder, Kølvråa & Laustsen, 2014).

Også begrebet hegemoni refererer implicit til Laclau & Mouffes centrale pointe om det sociales åbenhed og den aldrig tilendebrogte fikseringsproces. Som Andersen (1999) formulerer det, er hegemoni jo kun muligt "for så vidt, som der er noget at hegemonisere, og det er der kun, når diskurserne ikke er endeligt fikserede, når de diskursive elementer rummer et overskud af mening, og når betegnerne ikke er endeligt bundet til det betegnede." (s. 97).

Med begrebet om hegemoni følger altså også begrebet om "hegemoniske kampe" mellem diskurser.

Laclau & Mouffes begreb om hegemoni anvendes oftest i relation til mere overordnede politiske kampe (Collin, 2021). I min anvendelse af begrebet, hvor rammen for projektet ikke er politiske kampe i et større samfundsmæssigt perspektiv, lægger jeg dog primært vægt på den del af begrebet, der refererer til hegemoni som en vunden kamp om betydningstilskrivning og dermed dominans på et givent område.

Hegemoniske kampe inden for den ambulante alkoholbehandling

Min empiri har vist, at der blandt behandlerne i den ambulante alkoholbehandling eksisterer en række forskelle, hvad angår baggrunden for deres faglige holdninger og vurderinger. Med afsæt i Laclau & Mouffes diskursteori kan disse forskelle og modsætningsforhold forstås som hegemoniske kampe. Kampe mellem de fire diskurser, som jeg tidligere i analysen har identificeret. Diskurserne repræsenterer hver sin måde at give betydning til verden på, og kampene om hegemoni er dermed kampe om at fiksere eller fastlåse betydning på netop den enkelte diskurs' måde (Phillips, 2020). Disse kampe træder frem mange steder i min empiri, og begrebet om hegemoniske kampe står derfor centralt for forståelsen af de forskelle og modsætningsforhold, jeg har fundet.

Viden vs. værdier

Et grundlæggende fund fra min undersøgelse er, at nogle behandlere primært baserer deres holdninger på værdier, mens andre primært baserer deres holdninger på viden. Både viden og værdier tilskrives forskellig betydning og vægtning inden for de fire diskurser, og forskellene i behandlernes begrundelser (forankret i enten viden eller værdier) kan således forstås som et udtryk for hegemoniske kampe mellem disse diskurser. Fx ses viden at spille en central rolle som forankringspunkt i diskursen om Den kompetente fagperson, hvorimod det er værdier, der står centralt i diskursen om Det autentiske menneske. Forskellene i, hvad behandlerne baserer deres faglige holdninger på, afspejler således, hvilken diskurs den enkelte behandler i den konkrete situation eller kontekst trækker på. Forskellene kan i et diskursteoretisk perspektiv således forstås som forskellige udfald af de hegemoniske kampe mellem diskurserne.

Konkurrerende diskurser – konkurrerende værdier

På baggrund af min undersøgelse kunne jeg imidlertid også konkludere, at behandlerne ikke blot baserer deres holdninger på værdier i al almindelighed, men på en eller flere konkrete værdier, ud af en række identificerede værdier. De hegemoniske kampe ses således ikke kun at udspille sig i vægtningen af hhv. viden og værdier, men også i vægtningen og prioriteringen mellem en række konkrete værdier, som artikuleres af behandlerne. Som jeg har vist, knytter de fire diskurser an til forskellige værdier og igennem de enkelte behandleres fremhævelse af konkrete værdier i relation til konkrete holdningsobjekter og kontekster, kommer denne pluralisme af diskurser således til

syne. Værdierne – og behandlernes vægtning og prioritering af disse – afspejler dermed også, hvilken diskurs der i de forskellige kontekster udgør den strukturerende idé, som giver betydning til behandlerens praksis. Når der i den ambulante alkoholbehandling findes disse forskelle – når forskellige værdier konkurrerer med hinanden – er det et udtryk for, at der ikke er én diskurs, som har opnået hegemoni. Dette underbygger, at flere forskellige diskurser ses repræsenteret i den ambulante alkoholbehandling, og at disse kæmper om dominans.

Værdiernes betydning

Endelig fremviste min empiri, at én og samme værdi blev anvendt ikke bare af forskellige behandlere – men også som baggrund for forskellige holdninger. I kapitel 7 argumenterede jeg for, hvordan udvalgte værdier kunne forstås som flydende betegnelser, og hvordan de forskellige diskursers betydningstilskrivning kunne ses som forklaring på diversiteten i de enkelte værdiers anvendelse. Denne kamp om fiksering af sprogets betydning fremviser ligeledes de pågående diskursive kampe om hegemoni. Forskellene behandlerne i mellem handler således ikke kun om, *hvilken værdi* den faglige holdning baseres på, men altså også om hvilken specifik *betydning* af den enkelte værdi, den baseres på. En betydning, som de forskellige diskurser kæmper om at fastlåse.

Interne konflikter

De hegemoniske kampe mellem diskurser, som jeg indtil nu har fremhævet, er alle kampe, der kommer til udtryk gennem forskelle *behandlerne i mellem*, hvad angår baggrunden for deres faglige holdninger og vurderinger. De hegemoniske kampe kommer dog i min empiri også til udtryk igennem eksistensen af modsætningsforhold *internt* hos den enkelte behandler. Min undersøgelse viser, at den enkelte behandler også *selv* giver udtryk for værdier, der kan ses som modstridende eller i konflikt. Dette er fx tilfældet med værdierne 'ydmyghed som professionel' kontra 'faglig forpligtelse'. Værdien 'ydmyghed som professionel' udtrykkes i min empiri i betydningen, at behandleren skal afstå fra at være bedrevidende, ikke skal betragte sig selv som ekspert på borgeren, skal lade borgeren "have sig selv med" i processen og skal være i stand til at sætte sin viden og egne behov til side. Værdien 'faglig forpligtelse' udtrykkes i min empiri i betydningen, at behandleren er forpligtet til at dele sin viden med borgeren, at behandleren skal turde bruge sin viden, og at behandleren skylder borgeren at informere og facilitere en indsigt. Flere behandlere

giver udtryk for at basere sine faglige holdninger på disse værdier. Når disse værdier *hver for sig* bliver anvendt som baggrund og argumentation for en given holdning til et givent holdningsobjekt, giver det ikke umiddelbart anledning til konflikt. Optræder værdierne derimod sammen, kan der opstå et spændingsforhold. Det kan fx være svært for en behandler på én og samme tid at bruge og dele sin viden, og samtidig være ydmyg og undlade at fremstå bedrevidende. Værdierne definerer sig i modsætning til hinanden, og kan således vanskeligt være styrende på samme tid.

Sådanne spændingsforhold ses i min empiri blandt andet i interviewet med behandleren, Mette. I relation til temaet "Behandlingsmål" siger hun:

Jeg tænker faktisk, at vi er ret gode til at bruge hinanden til at holde til borgerens mål. Fordi nogle gange så ér det jo rigtig hårdt at se på en destruktion, et menneske vælger at gøre. Og så have en erfaring, der siger, at det kan godt være, at du gerne vil reducere til fem genstande om dagen, og du har drukket 45 genstande om dagen - og det er skide svært nogle gange at tro på, at det kommer til at lykkes for den enkelte borger. Men det der med at forstå, hvor betydningsfuldt det er for borgeren, at vi følges ad i processen. Men også at turde at bruge sin viden ind i det. Det er der, jeg tænker, jeg ville være meget edukerende, så; hvad er sandsynligheden for at det vil lykkes for dig, og selvfølgelig skal vi gå vejen, men hvad er det, du er oppe imod? Det ville jeg være meget tydelig omkring.

Behandleren har en erfaring og en viden og udtrykker, at man skal 'turde bruge' den. Her ses værdien om 'faglig forpligtelse'. Samtidig betoner behandleren, at det er betydningsfuldt for borgeren, at de 'følges ad i processen', hvilket indebærer, at behandleren ikke bare kan lade sin viden og erfaring være styrende. Behandleren må derimod være ydmyg og forstå betydningen af, at borgeren sætter retningen for behandlingen. Når behandleren bruger udtrykket, at hun skal kunne 'holde til borgerens mål', indfanger det meget godt konflikten; at borgernes mål er noget hun skal 'holde til' viser, at borgerens mål er i modstrid med hendes viden og erfaring. Ellers ville det ikke være en udfordring at 'holde til' dette. Samtidig indebærer dét at 'holde til' målet en holdning til, at borgerens mål – på trods af behandlerens faglige forbehold mod dette – faktisk bør respekteres.

Herved bliver konflikten mellem på den ene side en 'faglige forpligtelse' og på den anden side en 'ydmyghed som professionel' tydelig.

Når begge værdier således ikke kan være styrende på samme tid – når de i kraft af at definere sig i modsætning til hinanden er i konflikt – kan udfaldet af, hvilken værdi der ender med at blive styrende i hvilke sammenhænge, forstås som udfaldet af en hegemonisk kamp. Værdien om 'ydmyghed som professionel' knytter sig til diskursen om Den anerkendende socialarbejder, mens værdien om 'faglig forpligtelse' knytter sig til diskursen om Den kompetente fagperson. Det er således mellem disse to diskurser, at den hegemoniske kamp i dette tilfælde udspilles. En kamp om dominans, der konkret kommer til syne i behandlerens udsagn.

Delkonklusion:

Hvordan kan man forstå de forskelle, der har vist sig?

Med afsæt i et diskursteoretisk perspektiv kan de forskelle, der har vist sig blandt behandlerne i min undersøgelse, forstås som et udtryk for, at der i den ambulante alkoholbehandling eksisterer (i hvert fald) fire forskellige diskurser. Inden for hver diskurs knyttes en række begreber sammen på en bestemt måde, hvilket giver begreberne en bestemt betydning. Disse begreber omfatter bl.a. den viden og de værdier, som behandlerne udtrykker at baserede deres faglige holdninger og vurderinger på. Den viden/de værdier som den enkelte behandler anvender i sin argumentation kan således ses som knyttet til en bestemt diskurs, og de forskelle blandt behandlerne, som jeg har belyst, kan dermed også forstås som et udtryk for, at behandlerne i deres holdninger trækker på forskellige diskurser.

Jeg har ligeledes vist, at *betydningen* af den enkelte værdi på samme vis afhænger af den bagvedliggende diskurs, som værdien knytter sig til. Når den samme værdi af forskellige behandlere kan bruges som begrundelse for forskellige holdninger, er dette i Laclau & Mouffes termer fordi, disse er flydende betegnere. På denne baggrund kan forskellene i, hvordan behandlerne *anvender* de forskellige værdier, ligeledes forstås i kraft af relationen til en bestemt diskurs.

Samlet set viser de identificerede forskelle mellem behandlerne i min undersøgelse, at den ambulante alkoholbehandling er arena for en række diskursive kampe. Fire forskellige diskurser kæmper om at dominere, men ingen af disse har, med et diskursteoretisk begreb, opnået

hegemoni. Dette felt af konkurrerende diskurser, som kæmper om hegemoni, kan forstås som baggrunden for diversiteten blandt behandlerne i min undersøgelse.

Kapitel 9

Diskussion: Betydningen for den udførte alkoholbehandling?

I de foregående kapitler har jeg først argumenteret for, at behandlerne baserer deres faglige holdninger og vurderinger på hhv. viden og en række nærmere definerede værdier. Dernæst har jeg vist, at der er forskelle mellem behandlerne, både hvad angår anvendelse af viden *kontra* værdier, *hvilke* værdier, der relateres til samt hvilken *betydning* de enkelte værdier tilskrives – dette særligt med fokus på værdierne 'anerkendelse' og 'ansvar', der begge kan ses som flydende betegnelser. Endelig har jeg argumenteret for, hvordan alle disse forskelle kan forstås som et udtryk for hegemoniske kampe mellem forskellige diskurser inden for den ambulante alkoholbehandling.

Med disse resultater som afsæt er formålet med dette kapitel at diskutere, hvilken betydning disse forskelle kan tænkes at have for den ambulante alkoholbehandling, der udføres. Indsigternes relevans og betydning for praksis vil jeg diskutere med afsæt i to overordnede tematikker; først vil jeg holde mine resultater op i mod målet om en ensartet og *kvalitetssikret* behandling. Dernæst vil jeg holde dem op i mod en mere normativ forståelse af, hvad *god* behandling er, og hvordan en sådan sikres. I diskussionen af disse tematikker over for mine resultater vil jeg inddrage hhv. evidensbevægelsens indvirkning på det sociale arbejde og Højlund & Juuls begreb om anerkendelse som normativt ideal for praktisk socialt arbejde.

Enartet og *kvalitetssikret* behandling

Jeg indledte projektet med at påpege, hvordan der de senere år er blevet tiltagende fokus på at sikre en ensartethed og kvalitet i den offentlige alkoholbehandling. Dette er primært sket igennem udgivelsen af kliniske retningslinjer for behandlingen og Sundhedsstyrelsens tilbud om (efter)uddannelse af alkoholbehandlere. Målet om en alkoholbehandling af høj kvalitet på tværs af kommuner og behandlingsinstitutioner søges således opnået gennem midler, der fokuserer på at tilvejebringe og formidle en *viden* til behandlerne. En viden, der så vidt muligt er evidensbaseret eller er omsat til evidensbaserede metoder (Sundhedsstyrelsen, 2018; Komponent, u.å).

Denne tilgang til socialt arbejde kan ses som et udtryk for det, der bl.a. beskrives som "evidensbevægelsen" i socialt arbejde. En tendens, der for alvor har taget fart de sidste 15-20 år

(Sjursen, 2016). Inden for evidensbevægelsen er målet at opbygge sikker viden om, hvad der virker og ikke virker i det sociale arbejde - om sammenhængen mellem indsatser og deres effekt.

Evidenstænkningen bygger på en tiltro til, at man ved at frembringe denne objektive viden om effekt og bringe den i anvendelse, kan forbedre praksis (Juul, 2018; Krogstrup, 2018).

Når der inden for alkoholbehandlingen (og politikken på området) er blevet tiltagende fokus på ensartethed og kvalitetssikring gennem retningslinjer og uddannelse (i evidensbaserede metoder), kan det ses som et udtryk for denne evidensbevægelse i socialt arbejde. Fokuset på evidens kan på mange måder siges at være godt, og det italesættes også af aktører på feltet, at evidensbevægelsen har været medvirkende til en positiv udvikling på socialområdet (Sjursen, 2016). I min empiri ses der, som jeg har vist, rent faktisk også en ensartethed hvad angår den viden og de metoder, der af behandlerne henvises til.

Trods evidensbevægelsens bidrag til det sociale arbejde, er den dog også genstand for kritik (se bl.a. Egelund, 2016; Juul, 2016). En del af kritikken går på evidenstænkningens tilgang til socialt arbejde som en form for social ingeniørkunst. En tilgang, som er båret af en tro på, at man med den rette viden om de rette indsatser kan sikre en effektiv problemløsning (Juul, 2018). Når der i uddannelsen af alkoholbehandlere inden for det offentlige relativt entydigt fokuseres på, at behandlerne opnår viden om og metoder til alkoholbehandling – jf. indholdet af Uddannelsen i offentlig ambulans alkoholbehandling (Komponent, u.å.) – kan det ses som et udtryk for denne tro på, at viden er vejen til at sikre kvaliteten af den alkoholbehandling, der udføres.

Resultaterne af min undersøgelse peger dog på, at viden kun udgør *en del* af det fundament, som alkoholbehandlerne baserer deres faglige holdninger og vurderinger på. For en del temaer hentes begrundelserne og argumenterne for behandlernes holdninger ligeledes i en række værdier.

Byggestenene i alkoholbehandlingen – i hvert fald som det kommer til udtryk hos behandlerne i min undersøgelse – er således ikke kun udgjort af viden og metoder. Ingeniøren må så at sige have blik for andre værktøjer i sin problemløsning også. Min undersøgelse viser, at behandlernes værdier påvirker både *om* og *hvordan* viden bliver anvendt. I nogle tilfælde er det endda *først og fremmest* værdierne, der danner baggrund for behandlernes holdninger og vurderinger. Dette tyder på, at de faglige beslutninger og vurderinger, der bliver truffet i praksis, således *ikke* altid sker med afsæt i den viden, som man har udstyret behandlerne med. At denne viden i nogle tilfælde enten trænges i baggrunden til fordel for et afsæt i behandlerens (eller de fremherskende) værdier, eller at

anvendelsen af viden og metoder i hvert fald påvirkes af, hvilke værdier den udførende behandler også trækker på.

Når de faglige holdninger og vurderinger således ikke kun bygger på viden – men også på værdier – kan det altså anfægtes, hvorvidt det, i bestræbelserne på at sikre ensartethed og *kvalitet* i behandlingen, er tilstrækkeligt at fokusere på en formidling af viden og metoder til behandlerne. Viden er et væsentligt element, og de nyeste undersøgelser viser også, at der er sket et kvalitetsløft i den offentlige alkoholbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Men hvis man reelt vil forsøge at forfølge målet om en ensartet og *kvalitetssikret* behandling, tyder min undersøgelse på, at man måske er nødt til at se videre end fokuset på evidens og bedst tilgængelige viden – og *ligeledes* give opmærksomhed til behandlernes værdimæssige afsæt. Måske bør dette fokus indgå som en del af den offentlige uddannelse i alkoholbehandling også.

Ensartet og *god* behandling

I diskussionen af målet om en ensartet og kvalitetssikret behandling fokuserede jeg i ovenstående på kvalitet forstået som en anvendelse af sikker viden og evidensbaserede metoder. Diskussionen tog afsæt i mine fund af, at behandlerne ikke kun baserer deres faglige holdninger på viden, men også på værdier, og det blev derfor relevant at se på den rolle, som hhv. viden og værdier spiller i den måde, hvorpå der aktuelt søges at nå målet om en kvalitetssikret alkoholbehandling.

I det kommende vil jeg ligeledes rette opmærksomhed mod målet om at sikre kvaliteten i alkoholbehandlingen, men her vil jeg holde mine resultater og deres betydning for praksis op imod et mere normativt blik på kvalitet. Dette i form af en diskussion af kvalitetssikret behandling forstået som *god* behandling i etisk/moralsk forstand.

I min analyse forskellene behandlerne i mellem tog jeg afsæt i begreber fra Laclau & Mouffes diskursteori. I en diskussion af et mål om en kvalitetssikret, *god* alkoholbehandling er et diskursteoretisk perspektiv imidlertid ikke så anvendeligt. Her handler kritik ikke om at vurdere, hvorvidt noget er godt eller skidt – men om at vise, hvordan noget er blevet som det er, og at det kunne være anderledes. I det følgende vil jeg derfor diskutere udvalgte resultater fra min undersøgelse – og betydningen af disse for praksis – over for Høilund & Juuls begreb om anerkendelse som et normativt ideal for praktisk socialt arbejde. Høilund & Juul tilbyder netop med

deres normative teori om anerkendelse i socialt arbejde et relevant perspektiv at holde mine resultater op i mod, hvad angår diskussionen af resultaternes betydning for den alkoholbehandling der udføres, og som søges kvalitetssikret.

Værdiernes betydning

Når jeg finder dette perspektiv relevant som afsæt for en diskussion, er det på baggrund af mine fund af, at værdier spiller en væsentlig rolle for behandlernes faglige holdninger og vurderinger. Værdier er, som defineret i kapitel 1, et udtryk for etisk/moralske principper for handling og praksis, og socialt arbejde er som (relations)profession kendetegnet ved et fokus på etik og værdier (Banks, 1995). Min undersøgelse viser også, at der blandt behandlerne i den ambulante alkoholbehandling bliver trukket på en række forskellige værdier, når faglige holdninger og vurderinger skal begrundes. Blandt disse værdier ses 'anerkendelse' at være en af de mest centrale.

Ifølge Højlund & Juul (2015) bør netop 'anerkendelse' også indtage en særligt fremtrædende plads i det sociale arbejde. De taler ligefrem om, at der må kæmpes for en anden institutionel dømmekraft, som levner bedre betingelser for, at socialarbejderne kan være anerkendende i deres tilgang til borgerne. De trækker i deres anvendelse af anerkendelsesbegrebet på Axel Honneth og beskriver, at anerkendelse i socialt arbejde handler om at anerkende den enkelte borgers behov for etisk autonomi. At gøre borgeren synlig som et unikt individ og understøtte borgeren i at forfølge sin egen vision om det gode liv. Anerkendelse indebærer således, at borgeren oplever sig genkendt som den person, han/hun selv mener at være, og at borgerens ret til "så vidt muligt at være arkitekt i sit eget liv" (Højlund & Juul, 2015, s. 87) understøttes. Højlund & Juuls grundlæggende budskab er, at anerkendelse bør være det normative ideal for socialt arbejde.

Min undersøgelse viser imidlertid, at der blandt behandlerne er forskelle i, hvordan de giver betydning til en række centrale værdier, heriblandt værdien 'anerkendelse'. Jeg viste i kapitel 7, hvordan værdien 'anerkendelse' i min empiri både kan ses i betydningen 'en moralsk/etisk fordring', 'en nødvendig accept' og 'en almenmenneskelig genkendelighed'.

I lyset af resultaterne fra min undersøgelse bliver det derfor en pointe, at hvis de grundlæggende værdier for socialt arbejde – eller et begreb om anerkendelse mere specifik, sådan som Højlund &

Juul argumenterer for - rent faktisk skal være guidende for praksis, så bliver det væsentligt at være tydelige omkring, hvad vi rent faktisk mener med dem. Hvis ikke der er øje for, at værdierne kan blive/bliver tilskrevet forskellig betydning fra behandler til behandler (diskurs til diskurs), så risikerer man, at det bliver "tomt" at tale om et sådant ideal.

Det er svært at være modstander af anerkendelse. Det er en værdi, de fleste mennesker kan tilslutte sig. Men den praktiske omsættelse af begrebet i en praksis – en tilgang til og udførelse af ambulant alkoholbehandling fx – afhænger i høj grad af, hvordan begrebet forstås. Hvilken betydning det tilskrives.

Hvad er "god behandling"?

Når behandlerne baserer deres holdninger på værdier, som ikke er entydigt definerede, kan det potentielt betyde, at den alkoholbehandling, der udføres ikke er så ensartet, som behandlerne eller politikerne antager eller forventer. Videnskæssigt bygger behandlingen måske nok på det samme fundament af teori og metoder, og alle behandlere kan mene, at de laver *god* alkoholbehandling. Betydningen af *god* behandling vil dog, ifølge Laclau & Mouffes teori, variere fra diskurs til diskurs - ligesom betydningen af fx anerkendelse - og behandlerne vil derfor ikke nødvendigvis være opmærksomme på, at denne *gode* behandling de udfører, ikke er ensartet. For én behandler vil god behandling måske indebære, at borgerens mål entydigt bliver retningsgivende for behandlingen, mens det for en anden behandler vil være god behandling at anvende sin ekspertise til at korrigere borgerens mål, så det bliver mere realistisk at opnå. Når behandlerne ikke nødvendigvis er opmærksomme på disse forskelle i betydningen, kan det være i kraft af, at den gennemgående fortælling (i mine interviews) er, at behandlingen bygger på klassiske socialfaglige værdier som anerkendelse, autonomi, ansvar, omsorg osv. I praksis bliver det imidlertid ikke nødvendigvis tydeligt *for og mellem behandlerne*, at det ikke er det samme, der menes og forstås med disse værdier.

Hvis målet er at sikre en ensartet og god behandling, må 'anerkendelse' således også omfatte anerkendelsen af, at behandlerne er forskellige. En anerkendelse af eksistensen af forskellige betydningstilskrivninger kan så danne baggrund for faglige diskussioner af, hvordan behandlingen i praksis skal udføres for at være *god* behandling.

I Laclau & Mouffes perspektiv vil en diskussion og fastlæggelse af, hvad "god behandling" er, slet og ret være en (diskursiv) kamp om at fastlåse én betydning blandt mange mulige. Afgørelsen af, hvilken betydning af *god* behandling, der skal dominere, vil afhænge af, hvem der formår at "overbevise" de andre om deres argumenter og vinde opbakning til deres specifikke projekt - hvilken diskurs der lykkes med at opnå hegemoni (Hansen, 2017).

I Høilund & Juuls perspektiv er betydningen af *god* behandling derimod indlejret i deres normative tilgang til praksis; god behandling er behandling, der bygger på anerkendelse. Betydning af 'anerkendelse' er ligeledes givet i deres teori; det indebærer at se borgeren som denne ser sig selv – at anerkende borgerens behov for etisk autonomi (Høilund & Juul, 2015). Der vil således være tale om en kamp for at fastlåse netop anerkendelse (princippet om etisk autonomi) som det rigtige og gode grundlag for socialt arbejde.

Sat over for mine analytiske fund og Laclau & Mouffes diskursteoretiske perspektiv kan det forstås sådan, at Høilund & Juul kæmper for, at diskursen om Den anerkendende socialarbejder vinder den diskursive kamp og opnår hegemoni. Når de opfordrer til, at der kæmpes for en anden institutionel dømmekraft og bl.a. argumenterer for, at anerkendelse er en forudsætning for menneskelig opblomstring (Høilund & Juul, 2015), forsøger de i et diskursteoretisk perspektiv at overbevise aktørerne på feltet – at vinde opbakning til deres specifikke projekt og de betydninger af verden, der følger heraf.

Behandlernes indflydelse og ansvar

Som det ses udtrykker både Laclau & Mouffe og Høilund & Juul med deres teori, at behandlerne (mennesket) påvirker den verden og praksis, som de er en del af. Behandlerne er påvirket af strukturerne – hvad end disse begrebsliggøres som diskurs eller institutionel dømmekraft – men de er ikke determineret af dem.

Hos Laclau & Mouffe udspringer dette af deres betoning af det sociale åbenhed og diskursernes ufuldstændige karakter. De sociale praksisser både skaber og udfordrer de diskurser, som konstituerer den sociale virkelighed. Behandlerne (og deres holdninger) påvirkes altså af den bagvedliggende diskurs. Deres praksis er en del af diskursen. Samtidig konstitueres diskurserne

gennem netop behandlerens artikulationer, idet det er igennem den artikulatoriske praksis, at begreberne i diskursen knyttes sammen. Diskurserne er altså også *resultater* af behandlerens artikulatoriske praksis (Andersen, 1999). Denne forståelse af diskurser og betydningstilskrivning indebærer, at *god alkoholbehandling* ikke er noget, der findes *i sig selv*, men noget, behandlerne i sin artikulation er med til at skabe (betydningen af).

Hos Høilund & Juul indeholdes aktørperspektivet i deres begreb om dømmekraft.

Dømmekraftsbegrebet defineres som et begreb, der ". . . på den ene side betoner, at socialarbejderne handler i historisk konkrete sammenhænge, og på den anden side indrømmer dem muligheden for at forholde sig reflektivt til institutionaliserede praktikker og tænkemåder" (Høilund & Juul, s. 61). Høilund & Juul (2015) opererer med tre former for dømmekraft; personlig, social og institutionel dømmekraft. Hvor den institutionelle dømmekraft er et udtryk for de fremherskende institutionsfortællinger og udgør en faglig-moralsk kode for socialarbejderens praksis, udtrykker den sociale dømmekraft netop socialarbejderens handlingsrum, idet denne dømmekraft udgøres af socialarbejderens afvejning mellem de forskellige fortællinger, der er på spil i mødet med borgeren. I denne optik handler behandlerne således aldrig helt frit, idet de præges af den institutionelle dømmekraft, men de er dog heller ikke henvist til, ureflekteret og viljeløst, blot at reproducere den. Høilund & Juul udtrykker, at socialarbejderen har både et råderum og et medansvar i relation til den sociale institutions praksis (2015).

Overordnet set betyder det for den udførte alkoholbehandling, at behandlerne ikke kun er medansvarlige for, hvordan den konkrete behandling i den konkrete sag udføres – at der på individuelt niveau udføres god behandling. De er tillige medansvarlige for, hvad der på feltet mere overordnet skal forstås ved og være indeholdt i "god behandling".

I et diskursteoretisk perspektiv er ansvaret en konsekvens af meningssystemernes kontingens og det sociale åbenhed, og ansvaret indebærer således ikke et ansvar for, at betydningen fastlægges på *en bestemt måde*. For Laclau & Mouffe er det dog af betydning at være bevidst om denne gensidige påvirkning, idet det giver behandlere, såvel som borgere og politikere, mulighed for at se, at det, der måske tages for givet, kunne se anderledes ud – at gøre konflikterne eksplicitte.

Diskurser er ikke bare ord – det har reelle konsekvenser, hvad der konstrueres som eksempelvis "god behandling" (Hansen, 2017).

I Høilund & Juuls perspektiv har ansvaret derimod et normativt afsæt. Behandlerne (socialarbejderne) bør indgå i kampen om 'den gode praksis' (Høilund & Juul, 2015). I kraft af den sociale dømmekraft har behandlerne mulighed for at udfordre den institutionelle dømmekrafts regulative idé. Den sociale dømmekraft, som Høilund & Juul efterlyser, er en dømmekraft, der i højere grad er etisk funderet, og som understreger vigtigheden i, at socialt arbejde bygger på anerkendelsen af borgerens ret til etisk autonomi (2015). Det er således en bestemt betydning af "god behandling", som behandlerne gøres medansvarlige for at kæmpe for.

Værdier må diskuteres

Uanset hvilket perspektiv man anlægger eller bekender sig til, vil jeg dog argumentere for, at mine fund af forskelle blandt alkoholbehandlerne i deres forståelse og betydningstilskrivning af en række centrale værdier, kan vurderes at have betydning for den behandling, der udføres. Når behandlerne som vist baserer en række af deres faglige holdninger og vurderinger på værdier, vil indholdet og udfaldet af disse holdninger og vurderinger være afhængige af, hvilken betydning de anvendte værdier tilskrives. Værdierne og deres betydning i og for praksis hænger sammen med den bagvedliggende diskurs eller den dominerende dømmekraft (afhængigt af teoretisk perspektiv) og i bestræbelserne på at sikre en ensartet og god behandling må disse strukturerende idéer således synliggøres og gøres til genstand for faglig debat.

Delkonklusion:

Betydningen for den alkoholbehandling der udføres?

Fundet af hhv. viden og en række værdier som baggrund for behandlernes faglige holdninger og vurderinger samt de forskelle, der har vist sig at eksistere blandt behandlerne, kan på forskellig vis vurderes at have betydning for den udførte behandling.

Når behandlerne i væsentlig udstrækning anvender værdier som en del af begrundelsen for deres holdninger, kan jeg konkludere, at en vidensformidling ikke kan stå alene, når socialarbejdere skal klædes på til at udføre ambulans alkoholbehandling. De værdier, som behandlerne inddrager og anvender, må også have fokus, idet disse værdier har indflydelse på, både om og hvordan den

teoretiske og metodiske viden anvendes. Et værdimæssigt fokus kan på denne baggrund vurderes at være af væsentlig betydning for, om den udførte behandling reelt kan kvalitetssikres.

I min diskussion har jeg ligeledes holdt mine fund og det diskursteoretiske perspektiv på behandlingen op i mod et mere normativt blik på målet om en ensartet og kvalitetssikret alkoholbehandling, forstået som *god* behandling. Det normative modspil til diskursteorien er repræsenteret ved Høilund & Juuls anerkendelsesteori. Denne diskussion belyser, hvordan det rent faktisk betyder noget for den udførte behandling, at det tydeliggøres, hvilket indhold de enkelte værdier tilskrives. Uden denne tydeliggørelse, kan en behandling forankret i socialfaglige værdier i hvert fald ikke sætte en *bestemt* retning eller ramme for praksis, og målet om ensartethed udfordres ligeledes. En tydeliggørelse af betydninger er også afgørende, hvis vi ønsker at diskutere, hvad *god behandling* er (forstås som) eller burde være.

Kapitel 10

Metoderefleksioner og kritik

I indeværende projekt ønskede jeg at undersøge, hvad alkoholbehandlere i den ambulante alkoholbehandling baserer deres faglige holdninger og vurderinger på samt at opnå en indsigt i og forståelse af de forskelle, der måtte vise sig. Dette undersøgte jeg ved hjælp af en kombination af en vignetteundersøgelse og kvalitative interviews med 12 alkoholbehandlere.

Analytisk tog jeg afsæt i en hermeneutisk inspireret fortolkning og analyse af mine interviews.

Resultaterne heraf dannede baggrund for en videre analyse, hvor jeg anvendte en række begreber fra Laclau & Mouffes diskursteori som analytiske redskaber.

Kombinationen af de beskrevne metoder har på mange måder vist sig velegnet til projektets formål og til besvarelsen af mine undersøgelsesspørgsmål. Ved at lade to nøje konstruerede vignetter udgøre rammen om interviewene, kunne jeg specificere konteksten for behandlernes holdninger. Dette gav mig mulighed for reelt at kunne sammenligne behandlernes begrundelser og argumenter, hvilket viste sig at være afgørende for en forståelse af de forskelle, der viste sig at eksistere blandt behandlerne. Med projektets forstående og fortolkende sigte var de kvalitative interviews ligeledes et godt valg, idet jeg herved fik adgang til den individuelle behandlers nuancerede begrundelser og argumenter. Disse kunne jeg efterfølgende fortolke og analysere, og herigennem opnå den indsigt og forståelse, som var udgangspunktet for projektet.

Mine metodiske valg indebærer dog også en række begrænsninger, hvilket jeg i det følgende vil uddybe og diskutere.

Validitet

I min undersøgelse af behandlernes holdninger har jeg udelukkende talt med behandlerne selv, og min analyse bygger dermed også alene på behandlernes perspektiv og udsagn. Et borgerperspektiv ville ikke kunne bidrage med indsigt i, hvad behandlerne selv mener at basere deres holdninger og vurderinger på, men ved at interviewe en række borgere kunne jeg have undersøgt, om borgerne oplever at blive mødt på den måde, som behandlerne – særligt med henvisning til en række værdier

– beretter om. Et borgerperspektiv kunne dermed have understøttet eller udfordret mine resultater gennem en indsigt i, hvorvidt borgerne kan genkende den viden og de værdier, som behandlerne selv udtrykker som afgørende for deres holdninger og vurderinger.

Vignetterne udgør som nævnt en vigtig kontekst for behandlernes besvarelser – og dermed mine data. Selvom formålet og styrken ved anvendelsen af vignetter er en præcisering af netop konteksten, er det dog også vigtigt at være opmærksom på, at der *vil* være "tomme huller" i vignetterne, som behandlerne måske selv (ubevidst) udfylder. Disse tomme huller vil derfor muligvis have kunnet påvirke behandlernes holdninger. Dette forbehold har jeg forsøgt at imødekomme ved afslutningsvist at spørge behandlerne, om der var oplysninger, de særligt syntes manglede i de enkelte vignetter.

Endelig er den forståelse, jeg gennem min analyse har opnået, et resultat af den måde, jeg har operationaliseret de teoretiske begreber på. Havde jeg fx ladet Laclau & Mouffes begreber relatere sig til en bredere samfundsmæssig eller politisk kontekst, frem for at indsnævre konteksten til den ambulante alkoholbehandling, havde jeg således gjort mig nogle andre fund.

Hvad angår validiteten af mine undersøgelsesresultater giver mine metodiske valg dog også anledning til en opmærksomhed på den *prædiktive* validitet. Mit projekt bygger på en undersøgelse af holdninger, og her er vignetmetoden særligt velegnet (Ejrnæs & Monrad, 2012). Vignetmetoden afdækker dog ikke behandlernes faktiske handlinger, men kun deres *holdninger* til, hvad der *bør* gøres. Om behandlernes holdninger rent faktisk omsættes til handlinger i overensstemmelse med disse, er det derfor ikke muligt for mig at vurdere. Gennem vignetmetoden har jeg udelukkende mulighed for at belyse *handletendenser*. Dette aspekt er dog ikke så meget et spørgsmål om selve metodens validitet, men mere et empirisk spørgsmål om korrelationen mellem to forskellige fænomener; behandlernes *handletendenser* (den konative komponent af deres holdninger) overfor deres faktiske handlinger. I relation til min forskningsinteresse er dette aspekt dog ikke af afgørende betydning, da jeg ikke havde som mål at undersøge forskelle i *praksis*, men forskelle i *begrundelserne* for en praksis. Ved at supplere min undersøgelse med en dataindsamling via

observationer i praksis, ville jeg dog kunne tilføje mine resultater et ekstra – og bestemt interessant – perspektiv.

Reliabilitet

Min undersøgelse var, qua både forskningsinteresse og metodiske valg, ikke designet til at afdække kausalitet. I forhold til mine resultater handler reliabilitetsspørgsmålet derfor primært om, hvorvidt og hvilke tilfældige omstændigheder, der kan have haft indflydelse på min undersøgelse.

Her er særligt to faktorer værd at bemærke.

Et første opmærksomhedspunkt er aspektet vedrørende nærhed/distance som forsker. Dette aktualiseres af, at jeg, som tidligere bemærket, har en fortid som praktiker på alkoholbehandlingsområdet, hvor jeg selv har arbejdet som behandler. Det kan diskuteres, hvorvidt det er en styrke eller en begrænsning at være 'insider' i forhold til den forskning, man bedriver. Det kan problematiseres, om min tidligere involvering i det praksisfelt, som min undersøgelse centrerer sig om, udgør en barriere for den distance, der kræves for at lave videnskabelige analyser af praksis (Monrad & Olesen, 2018). Med et hermeneutisk afsæt vil jeg dog argumentere for, at de forforståelser jeg i kraft af min historik bringer med mig, grundlæggende er produktive for min forskning. Det er mine forforståelser, der har bidraget til en nysgerrighed og blik for det menneskelige og holdningsmæssige aspekt af alkoholbehandlingen, og min erfaring og mine forforståelser har gjort mig i stand til at "indstille det forskningsmæssige sigtekorn" og stille de relevante spørgsmål. Jeg har dog samtidig været bevidst om på forhånd at eksplicitere mine forforståelser og blotlægge min nærhed til undersøgelsesfeltet. Derudover har jeg søgt at gøre min analyseproces gennemsigtig, og jeg har anvendt teorien til at skabe en distance til min empiri.

Et andet opmærksomhedspunkt er selve kodningen af mine interviews. Det er kun mig, der har kodet interviewene, og det ville have øget reliabiliteten, hvis der havde været flere kodere. Herved havde jeg haft bedre mulighed for at sikre en ensartethed i kodningen og fortolkningen. Da dette ikke var muligt, har jeg i stedet søgt at øge reliabiliteten af min kodning ved at genlæse interviewene i sin helhed og genkode de temaer, som viste sig særligt relevante for mine

forskningsspørgsmål og undersøgelse. Dette omfatter bl.a. temaerne 'viden', 'værdier' og 'behandlingsmål'.

Generaliserbarhed

I vurderingen af min undersøgelse og resultaternes generaliserbarhed finder jeg det primært relevant at fremhæve kontekstens betydning. Vignetterne har udgjort konteksten for mine data og min analyse, og mine resultater må derfor også ses i lyset af netop disse vignetter. Konteksten er naturligvis altid væsentlig i forskningssammenhænge, men ved brug af vignetmetoden har jeg *meget* konkret sat konteksten for behandlernes holdningstilkendegivelser og vurderinger, som dermed relaterer sig til meget specifikke situationer. På den baggrund må jeg være forbeholdende med at generalisere ud over den specifikke kontekst, der er beskrevet i mine vignetter (Ejrnæs & Monrad, 2012).

Hvad angår kontekstens betydning og generaliserbarheden generelt vil jeg dog også her argumentere for, at der qua projektets formål er tale om en mindre begrænsning. I og med at konteksten og de konkrete holdningsobjekter som behandlerne blev præsenteret for ikke blev anvendt med det formål at kunne udsige noget om behandlernes *konkrete holdninger* eller at *forudsige* deres adfærd, men som indgang til at undersøge og forstå, hvad de mere generelt *baserer* deres holdninger på, er mine resultaters anvendelighed og generaliserbarhed heller ikke i samme grad knyttet til bestemte holdninger til bestemte situationer. Behandlernes holdninger vil givetvis variere fra situation til situation, men inden for 'den ambulante alkoholbehandling' som mere bred defineret kontekst, har jeg gennem diskursbegrebet argumenteret for, at den variation i hvad behandlerne baserer deres holdninger på, ligeledes vil genfindes i relation til andre situationer og borgere inden for denne bredere kontekst.

Vidensproduktion og videnskabsteoretisk afsæt

Mit forskningsdesign og mine metodevalg indebærer, at den viden jeg gennem min undersøgelse har produceret, er fortolkningsviden. Andre kunne principielt have fortolket sig frem til et andet meningsindhold (afhængigt af perspektiv, forskningsinteresse, andre forforståelser mv.), og den producerede viden kan således ikke betragtes som sikker, objektiv viden i universel forstand. Denne indvending eller kritik indebærer imidlertid implicit den anskuelse, at der *findes* en objektiv, sand

mening og fortolkning, som det blot er min opgave at afdække. I et hermeneutisk såvel som socialkonstruktivistisk/diskursteoretisk perspektiv er dette ikke tilfældet. En "egentlig eller sand mening" med det som behandlerne siger, findes ikke i en selvstændig essens. Viden er altid perspektivisk. Med disse perspektiver som afsæt er det således helt legitimt, at der kan og vil findes flere forskellige fortolkninger og meninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er derfor heller ikke formålet med undersøgelsen at finde denne egentlige eller sande mening, men derimod at udforske og nuancere.

Det betyder selvfølgelig ikke, at alle påstande kan betragtes som lige gode eller lige gyldige. Selvom den viden jeg har produceret ikke kan *bevises* gennem empiriske fakta, vil jeg dog argumentere for, at jeg gennem inddragelse af og henvisning til min empiri kan *underbygge* mine fortolkninger. Jeg har søgt at være gennemsigtig i forhold til min forskningsproces, og jeg har bestræbt mig på at være eksplicit både hvad angår mit (videnskabsteoretiske) ståsted, min metode og analyse. Jeg har endvidere præsenteret uddrag og længere passager af mit empiriske materiale for at gøre det muligt for læserne af mit speciale at vurdere min fortolkning af det sagte ud fra *deres* perspektiv og præmisser – og hermed stille det til rådighed for alternative fortolkninger.

Opbakning til metoden

Samlet set mener jeg, at mit forskningsdesign og mine metodevalg har været frugtbare for projektets formål og til besvarelsen af mine undersøgelsesspørgsmål. Mine valg indebærer en række muligheder og begrænsninger, hvilket jeg i ovenstående har søgt at forholde mig til. Videnspåstande må grundlæggende vurderes ud fra det regelsæt eller de rammer, de er skabt under - og ikke ud fra universelle sandhedskriterier. Med dette udgangspunkt mener jeg at have både redegjort for og diskuteret den videnskabelige kvalitet af mine resultater og konklusioner.

Kapitel 11

Konklusion

Med dette projekt har jeg rettet et udforskende blik mod de faglige holdninger, der er repræsenteret blandt behandlere i den ambulante alkoholbehandling i Danmark. Mere specifikt har jeg stillet skarpt på, hvad alkoholbehandlerne *baserer* deres faglige holdninger og vurderinger på. Jeg har udforsket det repertoire af argumenter, som behandlerne bringer i spil, når de skal begrunde deres holdninger eller vurderinger, og jeg har søgt en forståelse af behandlernes perspektiver samt de nuancer og forskelle, der har vist sig. Mit ærinde har været at bidrage til en indsigt i og forståelse af, hvad der informerer behandlernes faglige holdninger - og herpå belyse, hvilken betydning det kan vurderes at have for den alkoholbehandling der udføres.

Min undersøgelse er gennemført som en kombination af en vignetundersøgelse samt kvalitative interviews med afsæt heri. Projektets fund og analyser bygger på individuelle interviews med 12 behandlere fra ambulante alkoholbehandlingstilbud i Danmark, som alle er blevet præsenteret for de samme to vignetter. Disse to vignetter har dannet rammen om det efterfølgende interview.

Analysen af min empiri viser, at behandlerne i min undersøgelse baserer deres faglige holdninger og vurderinger på hhv. viden og værdier. Den teoretiske og metodiske viden, der af behandlerne refereres til, er relativt enslydende. I modsætning hertil ses en væsentlig variation, hvad angår de værdier, som behandlerne relaterer deres holdninger til. Her har jeg identificeret en række forskellige værdier, som på forskellig vis danner baggrund for behandlernes faglige holdninger og vurderinger. Jeg kan således konkludere, at behandlerne dels baserer deres holdninger på viden og dels på en række nærmere definerede værdier.

Min empiri viser endvidere, at behandlerne på en række områder ses at være forskellige.

Diversiteten viser sig bl.a. i, hvorvidt det er viden eller værdier, der af behandlerne anvendes som begrundelse for deres holdninger, men også i relation til den række af værdier, der af behandlerne tales frem. Her drejer forskellene sig overordnet om, *hvilke* værdier den enkelte behandler baserer en given holdning på, samt hvilken *anvendelse og betydning* af de enkelte værdier, der ses blandt behandlerne.

Laclau & Mouffes diskursteori udgør det overordnede perspektiv for en analyse af, hvordan forskellene blandt behandlerne kan forstås. Analysen tager udgangspunkt i teoriens begreber om 'diskurs', 'flydende betegnere' og 'hegemoniske kampe'. Jeg konkluderer, at de viste forskelle kan forstås som et udtryk for, at der i den ambulante alkoholbehandling eksisterer (i hvert fald) fire forskellige diskurser, som behandlerne trækker på, når de skal begrunde deres faglige holdninger og vurderinger. Disse diskurser identificerer jeg som diskursen om hhv. Den anerkendende socialarbejder, Den kompetente fagperson, Den nøgterne hjælper og Det autentiske menneske. Inden for hver diskurs knyttes en række begreber sammen på en bestemt måde, hvilket giver begreberne en bestemt betydning. Disse begreber omfatter bl.a. den viden og de værdier, som behandlerne baserer deres faglige holdninger på. Den viden og/eller de værdier, som behandlerne bringer i spil i deres argumentation, kan således ses som knyttet til en bestemt diskurs. Jeg konkluderer hermed, at diversiteten blandt behandlerne kan forstås som et udtryk for, at behandlerne i deres holdninger trækker på disse fire forskellige diskurser.

Ved hjælp af begrebet 'flydende betegnere' underbygger og nuancerer jeg forståelsen af de konstaterede forskelle blandt behandlerne, hvad angår deres måde at *anvende* værdierne på. Flere centrale værdier ses blandt behandlerne at blive anvendt på forskellig vis, herunder bl.a. værdierne 'anerkendelse' og 'ansvar'. Disse værdier ses ligeledes at optræde i mere end én af de identificerede diskurser. Min analyse viser, at disse værdier tilskrives forskellig betydning inden for hver enkelt diskurs. Betydningen af værdierne ligger ikke fast, men flyder; betydningen afhænger af, hvilken diskurs den enkelte værdi knytter an til. I kraft af diskursernes kamp om at fastlåse betydningen på hver deres måde, bliver disse centrale værdier til 'flydende betegnere'. På denne baggrund konkluderer jeg, at diversiteten i hvordan behandlerne anvender de enkelte værdier, ligeledes kan forstås som sammenhængende med, hvilken diskurs behandleren trækker på. Samlet set kan variationen og forskellene blandt behandlerne forstås som udtryk for og udfald af en række diskursive hegemoniske kampe. De fire diskurser kæmper om at dominere, men ingen af dem har, med Laclau & Mouffes begreb, opnået hegemoni.

Jeg vurderer, at Laclau & Mouffes diskursteori som analytisk perspektiv kan bidrage til en forståelse af diversiteten i, hvad alkoholbehandlerne i min undersøgelse baserer deres faglige holdninger og vurderinger på. Med dette afsæt ses tilstedeværelsen af forskellige, konkurrerende diskurser at

udgøre baggrunden for en variation i, både hvorvidt holdninger baseres på viden eller værdier, hvilke værdier der anvendes samt hvilken betydning værdierne tilskrives. Jeg konkluderer på denne baggrund, at forskellene blandt behandlerne kan forstås som et udtryk for, at behandlerne i varierende grad trækker på disse forskellige diskurser.

Afslutningsvis har jeg diskuteret, hvilken betydning resultaterne af min undersøgelse og mine analytiske fund kan vurderes at have for den alkoholbehandling, som udføres. I diskussionen af dette har jeg fokuseret på to tematikker; målet om en ensartet og *kvalitetssikret* behandling samt målet om en ensartet og *god* behandling i mere normativ forstand.

Jeg argumenterer for, at det i bestræbelserne på at sikre en alkoholbehandling af høj kvalitet kan anfægtes, om et fokus på at tilføre behandlerne en teoretisk og metodisk viden er tilstrækkeligt. På baggrund af mine fund af at behandlernes værdimæssige afsæt har indflydelse på, både om og hvordan den teoretiske og metodiske viden anvendes, konkluderer jeg, at en vidensformidling må kombineres med et fokus på værdiers betydning, hvis målet om en ensartet og kvalitetssikret behandling skal understøttes.

I min diskussion holder jeg endvidere mine fund og indsigter op imod Høilund & Juuls begreb om anerkendelse som det normative ideal for praktisk socialt arbejde. I en vekslen mellem det diskursteoretiske og det kritisk, normative perspektiv diskuterer jeg synet på og forståelsen af, hvad *god* alkoholbehandling er. Som følge af denne diskussion konkluderer jeg, at det rent faktisk er af betydning for den udførte behandling, at det tydeliggøres, hvilket indhold de enkelte værdier tilskrives. Uden denne tydeliggørelse, kan en behandling forankret i socialfaglige værdier ikke sætte en *bestemt* retning eller ramme for praksis, og målet om ensartethed udfordres ligeledes. En tydeliggørelse af betydninger er også afgørende, hvis vi ønsker at diskutere, hvad *god behandling* er (forstås som) eller burde være.

I mine metodiske efterrefleksioner pointerer jeg, at mine resultater må ses i lyset af den specifikke kontekst, som de i undersøgelsen anvendte vignetter udgør. I kraft af undersøgelsens fokus på behandlernes holdninger kan jeg ligeledes kun udtale mig om, hvad holdningerne *baserer* sig på – og ikke forudsige om eller hvordan holdningerne omsættes til reelle handlinger.

Yderligere undersøgelser via observationer i praksis, vil kunne tilføje mine resultater et ekstra – og interessant – perspektiv. Ligeledes vil undersøgelser med fokus på borgernes perspektiv kunne bidrage med indsigter i, hvorvidt borgerne kan genkende den viden og de værdier, som behandlerne selv udtrykker som afgørende for deres holdninger og vurderinger – og dermed understøtte eller udfordre resultaterne og konklusionerne fra min undersøgelse.

Samlet set er mine resultater i overensstemmelse med andre undersøgelser af velfærdsprofessionelles holdninger, som er foretaget i dansk sammenhæng (Ejrnæs, 2006; Ejrnæs & Monrad, 2010). Disse tidligere undersøgelser fandt, at der var store forskelle og høj grad af uenighed i de faglige holdninger blandt de professionelle. Min undersøgelse supplerer disse tidligere undersøgelser ved at tilføje viden om, at der også ses at eksistere en betydelig diversitet i, hvad behandlerne *baserer* deres faglige holdninger og vurderinger på – samt en indsigt i hvori disse forskelle består, og hvordan disse kan forstås.

Når jeg konkluderer, at værdier spiller en væsentlig rolle for, om og hvordan viden bliver anvendt i behandlingen, underbygger det ligeledes disse tidligere undersøgelser konklusioner af, at en vidensbaseret professionalisme og faglighed ikke i sig selv kan sikre en ensartethed. Min undersøgelse supplerer disse konklusioner med perspektiver på, hvordan værdier også betyder noget for, hvad der opfattes som *god* behandling, og hvordan dette mål kan (eller bør) efterstræbes.

Værdier betyder faktisk noget (i mere end én forstand).

Litteraturliste

- Andersen, N. Å. (1999). *Diskursive analysestrategier: Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Banks, S. (1995). *Ethics and Values in Social Work*. MACMILLAN.
- Barter, C. & Renold, E. (2000). I wanna tell you a story: Exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(4), 307–323. <https://doi.org/10.1080/13645570050178594>
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3 udg.) (s. 15-32). Hans Reitzels Forlag.
- Brænder, M., Kølvråa, C. & Laustsen, C. B. (2014). *Samfundsvidenskabelig tekstanalyse*. Hans Reitzels Forlag.
- Collin, F. (2021). *Socialkonstruktivisme: En introduktion*. Samfundslitteratur.
- Danmarks Statistik (u.å.). *Kommunegrupper*. Lokaliseret d. 1/2-2022 fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/kommunegrupper>
- Dansk Socialrådgiverforening (u.å.). *IFSW – International Federation of Social Workers*. <https://socialraadgiverne.dk/om-dansk-socialraadgiverforening/internationalt-samarbejde/ifsw-international-federation-of-social-workers/>
- Dreier, N. H. & Østergaard, K. L. (2015). Professionelle forholdemåder – et forslag til en analytisk model. *Fokus på familien*, 42(2), 87–107. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.18261/ISSN0807-7487-2015-02-02>
- Egelund, T. (2016). Socialt arbejde. I I. H. Møller & J. E. Larsen (red), *Socialpolitik* (4. udgave, s. 541-562).

- Ejrnæs, M. (2006). *Faglighed og tværfaglighed: Vilkaere for samarbejde mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere*. (2. udgave). Akademisk Forlag.
- Ejrnæs, M., & Monrad, M. (2010). *Enighed, Uenighed og Udvikling: Pædagogisk faglighed i daginstitutioner*. BUPL. <https://docplayer.dk/105182208-Enighed-uenighed-og-udvikling-paedagogisk-faglighed-i-daginstitutioner-af-morten-ejrnaes-og-merete-monrad.html>
- Ejrnæs, M. & Monrad, M. (2012). *Vignetmetoden: Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling*. Akademisk Forlag.
- Ejrnæs, M. & Monrad, M. (2013). Profession, holdning og habitus: Forholdet mellem pædagogers og forældres holdninger til pædagogiske spørgsmål i daginstitutioner. *Dansk sociologi*, 24(3), 62-83,110-111. <https://www-proquest-com.zorac.aub.aau.dk/scholarly-journals/profession-holdning-og-habitus-forholdet-mellem/docview/1555634671/se-2?accountid=8144>
- Erhvervsstyrelsen (u.å.). *Om Tilbudsportalen*. <https://tilbudsportalen.dk/>
- Finch, J. (1987). The Vignette Technique in Survey Research. *Sociology (Oxford)*, 21(1), 105–114. <https://doi.org/10.1177/0038038587021001008>
- Gilje, N. (2017). Hermeneutik – teori og metode. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.), *Kvalitativ analyse: Syv traditioner* (s. 125-152). Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, A. D. (2017). Laclau og Mouffes diskursteori. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.), *Kvalitativ analyse: Syv traditioner* (s. 343-365). Hans Reitzels Forlag.
- Howarth, D. (2005). *Diskurs: En introduktion*. Hans Reitzels Forlag.
- Hughes, R. (1998). Considering the Vignette Technique and its Application to a Study of Drug Injecting and HIV Risk and Safer Behaviour. *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 381–400. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00107>
- Højlund & Juul (2015). *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde* (2. udg.). Hans Reitzels Forlag.

- Jensen, C. (1997). Fra økonomisk til politisk logik. I C. Jensen (red.), *Demokrati og hegmoni: Ernesto Laclau og Chantal Mouffe* (s. 7-14). Akademisk Forlag.
- Jessen, M. H. & Hansen, A. D. (2021). Analysestrategi med Foucault og Laclau – civilsamfundet som styringsteknologi og flydende betegner. I E. Husted & J. G. Pors (red.), *Eklektiske analysestrategier* (s. 63-86). Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- Juul, S. (2016). Afvigelse og socialpolitik i diagnosesamfundet. I I. H. Møller & J. E. Larsen (red.), *Socialpolitik* (4. udgave) (s. 605-626).
- Juul, S. (2018). Videnskabsteoretiske kontroverser i forskningen i socialt arbejde. I S. P. Olesen & M. Monrad (red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 319-346). København: Hans Reitzels Forlag.
- Komponent. (u.å.). *Uddannelse i offentlig ambulans alkoholbehandling*.
www.komponent.dk/alkoholbehandler
- Kristiansen, S. (2017). Fortolkning, forståelse og den hermeneutiske cirkel. I M. Järvinen & N. Mik Meyer (red.), *Kvalitativ analyse: Syv traditioner* (s. 152-172). Hans Reitzels Forlag.
- Krogstrup, H. K. (2018). Er vi forberedte, når evidensbølgen klinger af? I L. T. Kongsgaard & M. H. Rod (red.), *Bedre begrundet praksis: Velfærdsudviklingen efter evidensbølgen* (s. 33-52).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3 udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Laclau, E., & Mouffe, C. (2002). *Det radikale demokrati: Diskursteoriens politiske perspektiv*. Samfundslitteratur Press.
- Laclau, E. & Mouffe, C. (2014). *Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics* (2nd ed.). VERSO.

- Landou, R. & Osmo, R. (2003). Professional and personal hierarchies of ethical principles. *International Journal of Social Welfare*, 12(1), 42-49. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1111/1468-2397.00007>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Lægehåndbogen. (2021). *Mani og bipolar lidelse*. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/mani-og-bipolar-lidelse/mani-og-bipolar-lidelse/>
- Lægehåndbogen. (2022). *Alkoholproblemer*. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/alkohol/alkoholproblemer/>
- Mattison, M. (2000). Ethical decision making: The person in the process. *Social Work*, 45(3), 201-12. <https://doi.org/10.1093/sw/45.3.201>
- May, P. J. & Winter, S. C. (2007). Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(3), 453–476. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum030>
- Monrad, M. & Grünfeld, M. (2017). Disagreement as reparative critique in the development of social work practice. I K. Høgsbro & I. Shaw (Eds.), *Social Work and Research in Advanced Welfare States* (s. 131-142). Routledge. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.4324/9781315279015>
- Monrad, M. & Olesen, S. P. (2018). Kvalitet og kritik. I S. P. Olesen & M. Monrad (red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 293-318). Hans Reitzels Forlag.

- Nissen, M. A. & Harder, M. (2008). Forandringer i det sociale velfærdsarbejde - om oplevelsen af styring og socialrådgiveres strategier. *Nordisk sosialt arbeid (Trykt Utg.)*, 28(3-04), 233–246.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3037-2008-03-04-07>
- Olsen, H. (2008). *Holder holdninger? Holdningsbegreber og holdningsmålinger*. Akademisk Forlag.
- Phillips, L. (2020). Diskursanalyse. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3 udg.) (s. 377-406). Hans Reitzels Forlag.
- Serviceoven, LBK nr 170 af 24/01/22
- Sjursen, J. (2016). Introduktion. I J. Sjursen, N. Brünes, R. Olsen, O. Kjærgaard & K. Munk (red), *Udsat for evidens. En antologi om evidensbølgens indtog på området for socialt udsatte* (s. 8-15). Rådet for Socialt Udsatte.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2020). *Offentligt finansieret alkoholbehandling: Sundhedsdata-indblik*.
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/alkoholstatistik/alkoholbehandling-i-danmark.pdf>
- Sundhedsloven, LBK nr 210 af 27/01/2022
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Behandling af alkoholafhængighed: National klinisk retningslinje*.
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/NKR-alkoholbehandling.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2019a). *Udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse: National klinisk retningslinje*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-alkoholafh%C3%A6ngighed-og-psykisk-lidelse/National-klinisk-retningslinje-alkoholafhaengighed.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2019b). *Sundhedsstyrelsens Servicetjek af Offentligt finansieret alkoholbehandling*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Alkoholservicetjekket/Sundhedsstyrelsens-servicetjek-paa->

[offentligt-finansieret-](#)

[alkoholbehandling.ashx?la=da&hash=6FB9205926041285DE707C8CD4322E4A27682B07](#)

Anvendt referencestandard: APA, 7. udgave.