



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

”Jag upplever att det är en problematik vi inte kommer ifrån”

**- En kvalitativ studie utifrån
yrkesverksammas perspektiv på styrkor och
svagheter med Läkemedelsassisterad
behandling vid opioidberoende (LARO)**

Kim Holmgren

Kandidatuppsats (SOPA 63)
Aktuell termin VT 2022
Handledare: Anna-Lena Strid

Abstract

Author: Kim Holmgren

Title: ““It seems to me that this is a kind of problem that we can't avoid” A qualitative study based on professionals' perspectives regarding the strengths and weaknesses of drug-assisted treatment for opioid addiction (LARO)

Supervisor: Anna-Lena Strid

Assessor: Lars Harrysson

LARO is a treatment method with strong scientific support, among things it is included in being considered "best practice" according to the EU's EMCDDA. However, despite the scientific support, the treatment is perceived as controversial and has received much criticism. The aim of this study was to research what professionals within LARO themselves consider to be the strengths and weaknesses with the treatment from a professional perspective.

The method used to research the aim was qualitative interviews, where five professionals at two different LARO-receptions were interviewed about what they considered to be strengths and weaknesses with the LARO-treatment from their professional perspective. To analyse the results of the interviews, Antonovsky's health theory, the salutogenic and pathogenic approach, and KASAM were utilized.

The results of the study display that the strengths with the LARO-treatment are, according to the professionals, that they through a continuous process investigate if the patient has an opioid addiction before prescribing LARO. The treatment also enable the possibility for patients and staff at LARO to create a good relationship. LARO likewise provide patients with both medical treatment and counselling. Another strength with the treatment, according to the professionals, were that awareness of the patients' vulnerability in society, made it easier for the professionals to provide help. The weaknesses with the LARO-treatment which the professionals identified, include mortality and medication safety, medication leakage that exist in the treatment receptions, as well as that professionals can become co-dependent with their patients. In turn, this can harm the patients long term.

Key words: co-dependency, LARO, leakage, medication safety, opioid addiction, professionals.

Förord

Jag vill inleda med att tacka Anna-Lena Strid och Lars Harrysson som har haft enormt tålamod med mig genom detta uppsatsarbete.

Jag vill också tacka de fem yrkesverksamma på de båda LARO-mottagningarna som med ärlighet och mod har svarat på mina frågor, och på så vis har gjort det möjligt för mig att genomföra studien.

Jag vill också tacka er som har läst igenom och kommit med förslag på förändringar, också ni som under tiden när uppsatsarbete kändes omöjligt stöttade den mentala processen.

Tack min älskade familj. Tack min högre makt.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	6
1.2 Bakgrund.....	7
1.2.1 Opioidmissbruk blir ett socialt problem	7
1.2.2 Olika sätt att möta narkotikamissbruk	8
1.2.3 Behandling	9
1.2.4 Metadon som behandlingsform.....	10
1.2.5 Från metadonbehandling till LARO-behandling.....	10
Syfte och frågeställningar.....	12
2. Kunskapsläge.....	13
2.1 Vad är ett läckage & sidomissbruk inom LARO?	13
2.2 Vad upplever andra professionella inom socialt arbete med LARO?	14
2.3 En svensk studie om professionellas upplevelser av läckage	15
2.5 Styrkor & Svagheter i LARO	16
2.4 Sammanfattning av kunskapsläget.....	17
2.5 Avslutningsvis.....	17
3 Teori.....	19
3.1 KASAM.....	19
3.2 Resiliens	20
3.3 Det salutogena perspektivet.....	20
3.4 Det patogena perspektivet	21
3.5 Känslfokuserad coping.....	22
4. Metod och metodologiska överväganden.....	23
4.1 Personlig koppling till forskningsproblemet	23
4.2 Val av metod	24
4.3 Hur förhåller jag mig till den kvalitativa metodens begränsningar.....	25
4.4 Tillvägagångssätt och urval.....	26
4.5 Studiens tillförlitlighet.....	28
4.6 Forskningsetiska överväganden & försvårande omständigheter	29
5.1 Styrkor inom LARO	31
5.1.1 Rätt målgrupp.....	31
5.1.2 Stöd gällande sidointag	33
5.1.3 Relation mellan patient och behandlingspersonal.....	35
5.1.4 Medvetenhet kring patientens sociala utsatthet	36
5.2 Svagheter inom LARO	37

5.2.1 Mortalitet och medicinsäkerhet	37
5.2.2 Läckage.....	39
5.2.3 Medberoende	41
6 Avslutande diskussion.....	43
7 Referenslista.....	45
8 Bilagor	49
8.1 Bilaga 1 Intervjuguide	49

1. Inledning

Historiskt såväl som i nutid upplever samhällsmedborgare olika former av sociala problem. Nationalencyklopedin (2022) beskriver sociala problem som en brist i befolkningens levnadsförhållanden. Det kan handla om ett minimikrav på hälsa, bostad, föda och arbetsförhållanden. För att man skall kunna kategorisera problemet som ett socialt problem behöver problemet innefatta så pass många människor att enskilda organisationer eller staten bör ingripa. Sunesson (2000) beskriver att sociala problem är kollektiva problem som påverkar den enskilda individen, men också samhället i stort. Ett socialt problem är så pass omfattande att samhället inte kan blunda för den utsatta gruppen, utan samhället är i behov av att motverka problemens uppkomst samt behandla och stödja de människor som är drabbade av ett aktuellt problem.

Så vad är då skillnaden mellan ett privat problem och ett socialt problem?

Sunesson (2000) tar upp en artikel av Bergmark & Oscarsson om sociala problem där de bland annat diskuterar gränsdragningar mellan det sociala problemet som kräver ett ingripande från samhället och möjligheten att det kan anses vara ett privat problem för individen. Ett exempel på ett socialt problem är missbruk och beroende av narkotika. Missbruksfrågan är så pass omfattande för samhällen att det inte kan ses som ett privat problem för individen utan berör samhället i stort från den missbrukande människan, dess anhöriga till samhällets institutioner.

Så hur möter vi då denna utmaning för socialt arbete som narkotikamissbruk innebär?

Sunesson (2000) menar att samhällets insats att motverka användningen av narkotika har överlåtits till yrkesverksamma aktörer som har i uppdrag att motverka och förhindra uppkomsten av skador som narkotikamissbruk kan leda till. Sunesson menar vidare att behandlingstänkandet kräver expertis.

1.2 Bakgrund

Narkotika började användas inom sjukvården, men fick senare spridning bland människor i allmänhet. Missbrukande individer använder narkotika för att uppnå tillfredsställelse, ett känslotillstånd som bland annat genererar eufori och lyckokänslor, åtminstone till en början. Historiskt sätt användes narkotika i olika behandlingar inom sjukvården, både för att behandla fysisk smärta, och för psykiska besvär. Hur såg bakgrunden ut?

Enligt Blomquist et al. började sjukvården medicinera patienter med olika former av narkotika under 1800-talet, det ansågs ge goda resultat. Narkotikan användes huvudsakligen i behandlingar för att bota och lindra patienter med olika typer av medicinska symptom. Det var inte förrän efter ett par år som uppkomsten av biverkningar som beroende av läkemedel dokumenterades och ansågs som ett problem för patienterna. De mest använda preparatet inledningsvis var opioider vilka hyllades och lovprisades inom bl.a. den svenska sjukvården. Läkare använde opioider inom sjukvården för symptom som fysisk smärta, men också mot oro, ångest och sinnessjukdom. Både män och kvinnor blev behandlade med opioider, dock var det en tydlig skillnad på inom vilket användningsområde som preparatet gavs. Män fick behandling med opioider när de var olycksdrabbade och hade fysiska problem med smärta, medan kvinnor fick behandling för vad som ansågs som diffusa kvinnosjukdomar av psykisk natur. Författarna menar vidare att opioider ansågs som så värdefulla och fullkomliga att det tog lång tid innan den dåtida sjukvården började inse preparatets nackdelar och konsekvenser för individerna som använde det. Fortfarande fanns det ingen indikation eller uppenbara risker för att opioider skulle skapa ett samhällsproblem. Det fanns inte heller någon reglering för framställande av narkotika där innehållet mestadels bestod av opioider som senare började florera bland allmänheten. Flera andra preparat som sömn- och lugnande medel, kokain, cannabis, fick samma medicinska användning som opioider, men inte heller de preparaten kunde man under denna tid koppla till att det skulle uppstå konsekvenser för samhället så länge de användes i det medicinska rummet (Blomqvist et al. 2011)

1.2.1 Opioidmissbruk blir ett socialt problem

Konsekvenserna kom, men det var inte förrän under 60-talet i Sverige som användningen av narkotika kom att anses som ett skrämmande samhällsproblem, och sedermera också ingick i kategorin ”sociala problem”. Media under denna tid visade också ett större intresse för narkotikaproblematik och började upplysa samhället i ämnet. Detta i sin tur ledde till en större

statlig underredning kring narkotikamissbruk och dess konsekvenser som fick namnet Narkomanvårdskommittén (SOU 1969:53). (Blomqvist et al. 2011)

Blomqvist et al. pekar på att det var i början av 70-talet som öppenvården organiserades som ett led i att hjälpa individer med deras beroendeproblematik. Bland annat var psykiatern och docenten i psykiatri Lars Gunne pådrivande inom området, inte minst kring metadonbehandling. Utvecklingen mellan 1983–1984 präglades av att regeringen satsade statliga medel med syfte att starta och utveckla nya institutioner för att komma till rätta med problematiken. Under denna tid kom också HIV/AIDS till Sverige och det skrevs en AIDS-proposition eftersom missbrukande individer löpte risk att bli smittade då en kategori av narkomaner delade sprutor. En del av lösningen på problemet var att personerna skulle uppsökas och motiveras att söka vård i öppenvården. I samband med ökningen av HIV/AIDS ändrade Socialstyrelsen sin inställning kring metadonbehandling för heroinmissbrukare, och gjorde den mer tillgänglig för individer med syftet att motverka de skador som injektionsmissbruket föranledde, bland annat smittspridning och att människor dog av sitt missbruk. (Blomqvist et al. 2011)

1.2.2 Olika sätt att möta narkotikamissbruk

I mötet med narkotikamissbruk kan det dras många paralleller till olika former av behandlingar. Men även om narkotikamissbruk är ett socialt problem där professionella aktörer finns i behandlande syfte, så är det inte bara de som närmar sig missbruksfrågan. Det är därför viktigt att nämna att det finns olika infallsvinklar och olika organisationer som tar sig an missbruk på ett icke-behandlade vis, där målsättningen inte är nykterhet/drogfritt utan där mötet med individen står i fokus utan krav på förändring, exempelvis i samtal med diakon eller präst, även om det å deras vägnar säkerligen är önskvärt att människor finner en nykter och drogfri tillvaro. Ett annat exempel på detta är bland annat "Hela människan" Ria, som är en icke-behandlande organisation och välkomnar individer som lever i utsatthet. Deras sociala arbete består i att möta människan och motverka utanförskap för dem som befinner sig i utsatthet. (Hela människan, 2022) Anonyma Narkomaner och Anonyma Alkoholister är andra exempel på organisationer som närmar sig missbrukande individer på frivillig basis med syfte att genom organiserade möten ge stöd för de människor som identifierar sig som beroende av narkotika eller alkohol, och som vill göra något åt sina problem. Andemeningen med 12-stepsprogrammet är att människor hittar en väg i att förbli missbruksfria. Enda kravet för medlemskap är en önskan om att bli nykter/drogfri. (NA, 2022)

När det kommer till hur det sociala arbetet skall möta den utmaning som narkotikamissbruk för med sig finns det behov av olika behandlingar som tillgodoser detta.

Varför behöver vi behandla? Vems ansvar är det att behandla? och Hur skall det behandlas? För att samhället skall veta vem som tar ansvar i missbruksfrågan så finns det lagar som pekar på inom vilken instans behandling ska ges. I SOL 2001:453 (Socialtjänstlagen) och HSL 2017:30 (Hälso- och Sjukvårdslagen) står det skrivet att det är kommuner och landsting som har skyldighet att erbjuda en behandling vid individers användande av narkotika. Ansvaret för behandling ligger således på socialtjänsten och sjukvården.

1.2.3 Behandling

Det yttersta syftet med att behandla narkotikamissbruk är för att minska risken för den mortaliteten det för med sig. Enligt Folkhälsomyndigheten har antalet narkotikarelaterade dödsfall i Sverige ökat över tid. År 2019 kunde 894 dödsfall i läkemedels- och narkotikaförgiftningar konstateras. Ofta berodde dödsfallen på överdosering av opioider. Det är fler män än kvinnor som dör med koppling till bruk av narkotika. (Folkhälsomyndigheten 2021)

Hur missbruket av narkotika bör behandlas, och vilken behandlingsmetod som rekommenderas redogör Socialstyrelsen för. De menar att den centrala delen för psykologisk och psykosocial behandling är en eller olika samtalskontakter. Individer som är beroende av opioider, centralstimulerande preparat som bland annat amfetamin, bensodiazepiner som är ett lugnande medel, eller sömnmedicin samt individer med ett cannabissmissbruk rekommenderas behandlingsformen ÅP (återfallsprevention). De rekommenderas också KBT (Kognitiv beteendeterapi) samt CRA (Community Reinforcement Approach). Rekommendationen för individer med opioidberoende är också behandling genom läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, härfter förkortat LARO. Samtliga behandlingsformer som nämnts ovan har samtal som huvudfokus, men LARO avviker, då behandlingen visserligen innefattar samtal, men även en ordination från läkare på substitutionsmedicin som innefattar metadon eller buprenorfin som skall lindra abstinensbesvär och sug efter opioider. Innan LARO kom, benämndes den medicinska behandlingsformen som metadonbehandling eller metadonprogrammet. (Socialstyrelsen 2021)

1.2.4 Metadon som behandlingsform

Svensson och Karlsson lyfter fram att det var under 1960-talet som metadon började att användas som behandlingsform för individer med opioidmissbruk, men hade använts redan 1942. Två amerikanska läkare vid namn Vincent Dole och Marie Nyswander var ansvariga för och lanserade behandling med metadon för dåtidens opioidmissbrukare. Dole som läkare och specialist inom metabolism intresserade sig för individer som var beroende av heroin och deras sug efter heroin. Han gjorde kopplingar kring hur gravt överviktiga patienter upplevde liknande kraftiga begär efter mat. Marie Nyswander, läkare och psykoanalytisk terapeut, blev inbjuden till den kommande studien, då hennes egna försök att bota heroinmissbruk inte hade varit framgångsrika. Svensson & Karlsson beskriver vidare hur två manliga individer med heroinmissbruk blev erbjudna fri tillgång till morfin under tiden som studien pågick. Under studien blev försökspersonerna passiviserade och orkeslösa. När studien var över fasades morfinet ut och ersattes med metadon för de båda försökspersonerna. Metadon hade inte tidigare använts vid missbruksvård. Försöksstudien var framgångsrik på så sätt att de båda brukarna ville fortsätta med metadon, och i övrigt lämna sitt missbruk bakom sig. Författarna menar att det senare kom en större studie med Dole & Nyswander där tjugo människor med heroinmissbruk från gatorna i New York plockades upp och introducerades till den tredje studien med metadon som substitutionsmedicin. (Svensson & Karlsson 2018)

Petersson framhåller att Lars Gunne 1966 tog kunskapen från USA gällande substitutionsbehandling och omsatte det till en av världens första metadonprogram, nämligen vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala (Petersson 2013). Wramner (2010) menar att målet med den nya metadonbehandlingen var att på ett varaktigt sätt minska det dåvarande opioidmissbruket i Sverige genom substitutionsbehandling. Behandlingens syfte var att medicinera opioidmissbruk med metadon, dels givet abstinensproblematiken, dels för att förbättra patienternas livskvalité även socialt.

1.2.5 Från metadonbehandling till LARO-behandling

Som de flesta behandlingar har också metadonprogrammet genomgått en förändring från sin start till idag. 1990 bildade Socialstyrelsen ett nationellt metadonråd, 1997 utfärdade rådet riktlinjer för hur metadonprogrammet skulle se ut. Under 2004 fanns det enbart 1200 patienter i Sverige som var inskriva på en LARO-behandling. Enligt Socialstyrelsen (2021) beräknades drygt 4000 under 2019 vara inskrivna i en LARO-behandling i Sverige. 2004 ändrades Socialstyrelsens föreskrifter och de allmänna råden, vilket ledde till att det begränsade antalet

platser för LARO behandling togs bort. Samtidigt under år 2004 lades också buprenorfin, en syntetisk opioid, till i behandlingen. Buprenorfin är inte lika starkt som metadon. Många patienter var inte behöriga för att bli medicinerade med metadon utan fick i stället buprenorfin och fler patienter kunde på så vis ges behandling.

När det kom till kraven för att bli patient inom LARO skedde också där en förändring. Föreskrifterna reviderades under år 2009 då kraven för substitutionsbehandling som tidigare hade krav på två års dokumenterat opioidmissbruk, reviderades till ett år. 2016 lättades restriktionerna för LARO-behandlingen ytterligare och fler individer fick därmed behandling. (HSLF-FS, 2016:1)

Vilken målgrupp vänder sig LARO till idag och vad är syftet med behandlingen?

Enligt Socialstyrelsen beskrivs behandlingen i nutid som att LARO är en behandlingsform som erbjuds till individer som önskar få kontroll över sitt opioidberoende. LARO-behandlingen avgränsas till personer med opioidrelaterade problem, men är inte begränsad till bruket av någon viss sort av opioid. Syftet med LARO är att genom medicinsk behandling, tillsammans med annat socialt stöd, öka möjligheterna för en individ som har ett missbruk av opioider att kunna uppnå drogfrihet. Medicineringen är en skyddsfaktor som erbjuds tillsammans med andra psykosociala insatser. Målet är också att klienten skall kunna öka sitt fysiska och psykiska välbefinnande. LARO-behandlingen skall dessutom verka för att patienten ska kunna få en ordnad försörjning, sysselsättning, genom ett samarbete med aktuell socialtjänst. (Socialstyrelsen 2021)

LARO är en medicinsk behandling för narkotikamissbruk där patienterna ordinerar med narkotikaklassad medicin. Skillnaden mellan LARO och andra behandlingar är den medicinska delen. Grunden för andra behandlingar för narkomani är oftast att klienten skall leva drogfri. LARO har fått kritik. Svensson & Karlsson redogör för denna kritik och de menar att även om LARO är den rekommenderade behandlingsformen för individer med missbruk utav opioider så är behandlingsformen inte riskfri. De menar att de kritiska ståndpunkterna handlar bland annat om att behandlingsformen upprätthåller ett beroende och risken för läckage av medicin, d.v.s. att patienterna säljer eller delar sin ordinerade dos. Författarna beskriver vidare att en vanligt förekommande uppfattning om LARO är att inskrivningskriterierna är för generösa i Sverige. Svensson & Karlsson (2018) Eriksson (2018) redogör för att kraven för ordinerad

LARO-behandling är att patienten är minst tjugo år, (kan i vissa fall ordineras till individer under tjugo) och att patienten skall ha använt opioider under ett år. Andersson & Johnson pekar på att flertalet professionella från socialtjänsten ställde sig kritiska till LARO. De påpekade att behandlingen bland annat kunde uppfattas som kravlös i och med att exempelvis utskrivning för sidomissbruk inte länge var aktuellt. De yrkesverksamma inom LARO tyckte istället att det var bra att behandlingen hade en mer öppen och human inställning till brukarnas sidomissbruk eller andra svårigheter. (Andersson & Johnson 2017)

Min avsikt med denna uppsats är att belysa de yrkesverksamma inom LARO-programmets erfarenheter kring behandlingsformens sätt att fungera.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att öka förståelsen av hur professionella vid två olika LARO-mottagningar förhåller sig till LARO-programmets styrkor och svagheter.

- Hur beskriver de professionella styrkor och svagheter med LARO-programmet?
- Hur förhåller sig de professionella inom LARO-programmet till fortsatt missbruk, samt till läckage och möjliggörande av missbruk hos personer som tidigare inte missbrukat.

2. Kunskapsläge

För att söka tidigare forskning i ämnet om professionellas upplevelser inom LARO-behandlingen har jag använt mig av Lunds Universitets databas LUBsearch. Jag har använt mig av sökord som: *professionella i LARO*, *missbruksbehandling*, *underhållsbehandling*, *professionellas perspektiv* samt de engelska översättningarna *professionals in opioid substitutional treatment (OST)*, *addiction treatment*, *opioid substitutional treatment*. Jag har läst andra uppsatser om liknande ämne och på så vis tittat i andras referenslistor för att få inspiration och därifrån valt att leta upp originalkällor.

Den aktuella forskning som finns inom LARO-behandling är oftast kopplad till ett brukarperspektiv. Det finns inte lika mycket forskning gällande de professionellas perspektiv, speciellt då när det kommer till svagheter och styrkor samt professionellas erfarenhet är kring läckage, eller sidomissbruk. Som inledning till kunskapsöversikten presenteras en kort översikt kring vad sidomissbruk och läckage är för något eftersom det är avgörande för läsaren att ha viss förståelse för dessa två företeelser i relation till forskning om LARO.

2.1 Vad är ett läckage & sidomissbruk inom LARO?

Risken för läckage och sidomissbruk är två områden inom LARO som är förknippade med fara och problematik, både för den inskrivna patienten och för övriga individer i samhället som kan bruka medicinen illegalt. Läckage innebär att en patient inom LARO säljer eller delar sin ordinerade medicin illegalt. Köpare av de narkotikaklassade preparaten kan vara någon inom LARO-programmet eller utanför. Andersson (2021) beskriver i sin forskning att läkemedlen som buprenorfin och metadon som används i LARO-programmet är eftertraktade bland individer som är beroende av opioider, eller av individer som i rusningssyfte vill använda substanserna. Andersson (2021) menar att detta kan anses som en risk med behandlingen för samhället och andra individer och att LARO-behandlingen har ett ansvar att motverka läckage och att patienterna skall få stöd att undvika sidomissbruk.

Olsson et al. beskriver att sidomissbruk inom LARO är när patienterna använder annan eller andra former av narkotika eller substanser som de inte har på recept. Ett sidomissbruk kan leda till att patienten avlider av följderna, speciellt när patienterna använder bensodiazepiner och alkohol som är vanligt förekommande preparat. Författarna beskriver hur ett aktivt sidomissbruk förr ledde till utskrivning från LARO-behandlingen. (Olsson et al. 2011) Peterson

(2013) menar att ofrivillig utskrivning från LARO ökar patienters risk för att överdosera eller avlida på grund av sitt missbruk, men också reglerna för användandet av andra substanser har ändrats och att det därför numera inte sker utskrivningar från LARO-programmet på grund av sidomissbruk.

2.2 Vad upplever andra professionella inom socialt arbete med LARO?

Enligt Johnson & Ritcherts (2015) studie var det yrkesverksamma individer inom socialtjänsten som inte tyckte att det hade blivit bättre med de nya reglerna för utskrivning på grund av sidomissbruk. De yrkesverksamma uttryckte att de uppfattade behandlingen som kravlös. De yrkesverksamma inom LARO uttryckte däremot att förändringen gällande utskrivningen för sidomissbruk hos sina patienter var bra eftersom de ville ha en mer human inställning och symptomtolerans.

Det har också visat sig att andra yrkesverksamma inom LARO har gjort observationer kring att deras patienter hamnat i utsatthet i andra sammanhang för att de har en medicinering som omgivningen inte anser vara i behandlande syfte. Andrews et al. beskriver att andra professionella inom behandlingsvärlden hade upplevelsen kring att patienter på en LARO-mottagning fick ett sämre bemötande hos andra yrkesverksamma som inte arbetade inom LARO. Att LARO-patienter som söker någon annan form av behandling samtidigt som de har underhållsmedicin kunde uppleva ett motstånd hos de yrkesverksamma behandlande individerna, de professionella som arbetar med absolut drogfrihet har svårt att acceptera att LARO-patienterna är medicinerad med narkotikapreparat. Författarna menar att en klient från LARO har en försämrad chans till annan behandling utanför sin mottagning, då en form av stigmatisering kan förekomma (Andrews et al. 2005).

Det har visat sig att de anställdas attityd och kunskap kring medicinsk behandling påverkar klienternas bild av sig själva och betyder mycket i tillfrisknandeprocessen för den hjälpsökande individen. Johnson & Richert (2014) bekräftar den upplevda stigmatiseringen hos individer i LARO-programmet. I studien (Johnson & Richert 2015) framkommer det att de yrkesverksamma i LARO-programmet upplevde att patienterna utsattes för risk i det sociala livet när de tillhörde en LARO-behandling. Intervjupersonerna menade att en medicinering av metadon kunde förknippas med ett aktivt missbruk och att brukarna fortfarande ansågs vara

aktiva narkotikaanvändare. Intervjupersonerna upplevde att denna typ av stigmatisering hade uppstått i brukarnas arbetsliv och försvårat delar av det sociala livet.

2.3 En svensk studie om professionellas upplevelser av läckage

Johnson & Richert har forskat om de yrkesverksamma inom LARO och de professionellas synvinkel kring läckage gällande metadon och buprenorfin. Studien är svensk och de intervjuade var läkare, sjuksköterskor, och kuratorer/socionomer, vilka är de grupper yrkesverksamma som även jag har i min studie. Författarna inleder med att bekräfta att LARO är ansedd som en kontroversiell behandlingsform, även om behandlingen har goda resultat och vetenskapligt stöd. Läckage och läckagets konsekvenser är en hörnsten för kritiken mot LARO som behandlingsform och i flertalet länder har man kopplat metadonrelaterade dödsfall till just läckage från LARO-behandlingar samt att buprenorfin har blivit tillgängligt för unga narkotikamissbrukare. Deras resultat visade på att nästan alla intervjupersoner (22 av 25) upplevde läckage som ett skadligt fenomen i behandlingen. Kritiken och riskerna med läckage delas in i tre kategorier: *Medicinska svårigheter*; *Negativa konsekvenser för LARO*; och *Moraliska aspekter*. (Johnson & Richert 2014)

Medicinska svårigheter: De medicinska riskerna var den kategori som de flesta av intervjupersonerna upplevde som en svaghet med LARO-behandlingen. Intervjupersonerna menade att risken för användandet av de narkotikapreparaten (olaglig användning av metadon och buprenorfin) kan leda till mortalitet ifall de intas utan någon form av medicinsk övervakning. 10 av intervjupersonerna beskrev en dödlig utgång som den högsta risken, och en beskrev de ordinerade medicinerna som potent dödliga preparat. Intervjupersonerna menade att de medicinska riskerna med läckaget kunde leda till att det skapades nya LARO-patienter om preparaten såldes till ungdomar eller individer som inte redan var inskriva i behandlingen och att det på så vis skapades fler opioidberoende individer i samhället. Några av intervjupersonerna upplevde också positiva effekter av läckaget, de menade att det minskade användandet av heroin i samhället då buprenorfin och metadon är mindre skadligt för narkotikaanvändare när brukarna vet vad de innehåller istället för att använda heroin som är lätt att överdosera.

Negativa konsekvenser för LARO: Intervjupersonerna var också orolig för att läckaget skulle skada LARO-behandlingens trovärdighet och det låg rädsla i att andra professionella från andra

instanser som arbetade med missbruk och beroende, samt från politiska makthavare och den generella populationen skulle få ett dåligt intryck av behandlingen.

Moraliska aspekter: Flertalet av de intervjuade upplevde att läckaget av buprenorfin och metadon handlade om bristande moral hos patienterna. De menade att det var ett ansvar patienterna hade genom att vara inskriva på en mottagning att inte förse andra med sin ordinerade medicin och de menade att det var ett motstridigt fenomen då syftet med LARO också är att minska kriminalitet och för normalisering. Intervjupersonerna såg skillnad på om patienterna sålde sin medicin till utomstående i programmet och om de delade med sig av den till en annan patient med mindre dos. Några av intervjupersonerna menade också att de kände sig svikna av patienterna som de hade haft i behandling under en längre tid när det framkom att de sålt sina mediciner.

2.5 Styrkor & Svagheter i LARO

Johnson & Richert (2014) menar att styrkorna i nutidens LARO är att patienterna inte på samma sätt blir utskrivna från behandlingen som de tidigare blev. De kan återfalla i missbruk utan att de blir straffade med att den ordinerade behandlingen tas ifrån dem. På det sättet är det än säkrare behandling än många andra behandlingar för missbruk då ett krav i behandlingsvärden är att klienten/brukaren inte återfaller i missbruk. Eftersom LARO också är en behandling med ett icke existerande utskrivningsdatum så visar deras studie på att de professionella fick en förståelse och empati för de patienter som var inskriva på respektive mottagning. Filteau et al. (2021) bekräftar behovet av att de professionella har en empatisk professionell relation till patienterna och att de professionella på LARO-mottagningarna inte var för ofrivillig utskrivning utan snarare ansåg att det skulle undvikas så mycket som möjligt. Peterson (2011) skriver att ofrivillig utskrivning kan leda till att klienter avlider. I Fugelstad (2006) framgår att för individer som är inskrivna i LARO ökar risken för mortalitet vid utskrivning, vilket även gäller dem som frivilligt lämnar behandlingen jämfört med de patienter som stannar kvar i behandlingen.

Filteau et al. (2021) beskriver i sin studie från USA att de professionella bekräftar att vikten av patientkontakten och att patienterna skall ha en så god vård som möjligt har lett till att de professionella upplever sig utbrända och att risken för medberoende till patienterna är hög. Det upplevdes som en svaghet i behandlingen att de professionella uttryckte att patienterna oftast

var en utsatt målgrupp i samhället och att personalen på mottagningen där de gick för att hämta sin medicin var den enda trygga punkt de hade.

Andrews et al. framhåller att LARO-patienter som söker någon annan form av behandling samtidigt som de har underhållsmedicin kan uppleva ett motstånd hos de yrkesverksamma då professionella som arbetar med absolut drogfrihet har svårt att acceptera att LARO-patienterna är medicinerad med narkotikapreparat. Det har visat sig att de anställdas attityd till och kunskap om medicinsk behandling påverkar klienternas bild av sig själva och kommer betyda en stor del i tillfrisknandeprocessen för den hjälpsökande. En klient från LARO har försämrade chanser till annan behandling utanför sin mottagning, då en form av stigmatisering kan förekomma. (Andrews et al. 2005) Johnson & Richert (2014) bekräftar den upplevda stigmatiseringen hos individer i LARO-programmet.

2.4 Sammanfattning av kunskapsläget

För att sammanfatta svagheter och styrkorna inom LARO visar den tidigare forskningen på att svagheten är att det förekommer läckage av medicin från behandlingen. Det är också en svaghet att patienter blir stigmatiserade i andra instanser under sin behandling. Personalen kopplade läckaget till patienternas bristande moral, d.v.s. en tillitsbrist.

Styrkorna med LARO visade sig vara att utskrivning inte sker som bestraffning och acceptansen för att det kan vara en livslång behandling. Det täta arbetet innebär att den mycket viktiga relationen mellan patient och yrkesverksam upprätthålls, i vissa sammanhang som den enda beständiga för patienten.

2.5 Avslutningsvis

I min undersökning ger jag yrkesverksamma möjligheten att berätta om sitt arbete med LARO och hur de ser på dess styrkor och svagheter. På det sättet presenterar min undersökning en bild av de yrkesverksammas erfarenhet, men samtidigt en konstruerad bild av en verksamhet vilken jag sätter i perspektiv med hjälp av relevant teori.

Vad vi behöver veta mer om är hur de yrkesverksamma i denna undersökning förhåller sig till dessa styrkor eller svagheter framkomna ur forskningen, men finns det andra styrkor och svagheter som de yrkesverksamma i nutid kan redogöra för?

3 Teori

Min teoretiska utgångspunkt hämtas i Antonovskys hälsoteori KASAM. I detta avsnitt redogör för de salutogena- och patogena perspektiven, resiliens samt coping. Utöver Aaron Antonovskys egna skrifter använder jag flera texter som tolkar och utvecklar hans arbeten. Antonovskys teori lyfter styrkor och svagheter i ett hälsoperspektiv och är relevant i förståelsen av de yrkesverksammas förhållningssätt inom LARO, samt hur de ser på styrkor och svagheter i behandlingen. Begreppen hjälper mig att förstå hur personalen hanterar sitt dagliga arbete med en behandling där svagheter med behandlingen är stora, men också hur risker för brukare ska förstås om inte behandlingen genomförs.

3.1 KASAM

Enligt Tamm (2014) står KASAM för känsla av sammanhang (Sense of Coherence (SOC)). För att uppnå KASAM behöver människan uppleva begriplighet, hanterbarhet, och känna meningsfullhet.

Begriplighet: Individens måste förstå olika situationer som den befinner sig i.

Hanterbarhet: Individens behöver kunna känna att situationer är hanterbara.

Meningsfullhet: Individens behöver uppleva känslan av meningsfullhet.

Tamm beskriver dessa tre komponenter som centrala för att uppnå den känsla av sammanhang som är huvudfokus för Antonovskys salutogenetiska synsätt. Om individens uppnår detta kan individens hantera sitt liv och vara vid god hälsa. (Tamm 2014) Brattberg beskriver att individer som upplever KASAM förväntar sig att händelser i livet kommer att kunna förstås och begripas på ett positivt sätt. Författaren menar att hanterbarheten består i att individens känner att det finns resurser som står till individens förfogande den dag något inträffat som inte kunnat förutses. Vad som är resurser kan vara egenskaper som individens själv har, resurser hos en respektive, hos kollegor, läkare, eller varför inte i Gud. När individens har en stark känsla av hanterbarhet kommer hon att kunna möta livet utan att uppleva det som överväldigande. Meningsfullheten kommer ifrån att individens investerar energi och engagemang i sitt liv och/eller i sitt yrkesliv.

Författaren summerar det som att individer med hög KASAM hanterar oväntade händelserna på ett konstruktivt sätt genom att använda sina olika resurser för att minimera skadan eller häva den. Otrygghet förvandlas till hanterbarhet. (Brattberg 2008) Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är alla tre viktiga dimensioner i förhållningssättet bland de yrkesverksamma inom LARO.

3.2 Resiliens

Resiliens är ett begrepp inom Antonovskys hälsoteori som beskriver en förmåga att “komma tillbaka” att ”återhämta sig” eller att “finna sig till rätta”. Det kan appliceras på en enskild individ eller på en grupp människor med förmåga att hantera svårigheter och kriser. (Psykologiguiden 2021) Det har också använts för att beskriva bland annat maskrosbarns känslomässiga förmåga att växa och inte falla i destruktiva mönster på grund av sin uppväxt (Antonovsky 2004). Borge beskriver resiliens som en psykosocial funktion som individen använder när de är utsatta för situationer som är riskfyllda. Resiliens är det som gör det möjligt för socialarbetare/yrkesverksamma att fortsätta arbeta och samtidigt ha idéer om förändring. Det är också en förutsättning för att kunna arbeta normalt i onormala situationer även ifall den yrkesverksamma utsätts för trauma, upplever någon annans trauma eller fara. (Borge 2011) Gassne (2008) menar att resiliens gör det möjligt för socialarbetaren att arbeta i utsatta miljöer, och hantera klienters/patienters traumatiska berättelser och livsöden. Då de yrkesverksamma inom LARO arbetar nära individer, samtidigt som de skall överväga olika riskmoment i behandlingen, anser jag således att det kan vara av nytta för min studie att också från det perspektivet titta på förhållningssätt hos de yrkesverksamma utifrån begreppet resiliens.

3.3 Det salutogena perspektivet

Tamm lyfter fram att Antonovskys salutogena perspektiv fokuserar på hur individer skapar och bibehåller hälsa och de mekanismer som stödjer det snarare än på att de är hälsosamma och starka individer, dessa benämns som skyddsfaktorer. Syftet med Antonovskys forskning var att förstå varför vissa individer hanterar livets svårigheter och motgångar utan att resultatet bestod i ett försämrat hälsotillstånd. Det salutogena synsättet pekar också på att individer bygger erfarenhet om hur kan växa ur svårigheter. (Tamm 2014) Gassne beskriver det salutogena perspektivet utifrån yrkesverksamma socialarbetare. Han framhåller att synsättet främjar och stärker mognad och utveckling hos nätverk, grupper, familjer och individer. Det salutogena perspektivet förhåller sig till processer och faktorer som bidrar till att klara av eller härbärgera

konsekvenserna för professionella som delar patienternas utsatthet. Det salutogena perspektivet är det sunda hos de yrkesverksamma. (Gassne 2008)

Lundin et al. beskriver det salutogena teorin med utgångspunkt ifrån en kurators förhållningssätt till socialt arbete. Patienten får en möjlighet att tillsammans med kuratorn reflektera över sitt liv. Kuratorn fokuserar på begripligheten av processen. Patienten kan tillsammans med kuratorn komma fram till en struktur i problematiken, och kan också få ett nytt perspektiv på situationen med hjälp av kuratorn. Syften är att få patienten att genom begriplighet uppnå hanterbarhet. Kuratorns roll är här att lyfta det hälsofrämjande delarna och stödjer patienten att göra sin situation hanterbar. Om kuratorn skulle vända sig till försvarsmekanismer för att denne upplever problematiken som svår får patienten inte samma bemötande, och mötet skulle inte ha samma salutogena inriktning. (Lundin et al. 2019)

Då jag i min undersökning intervjuat två socialarbetare inom LARO är det intressant att också att se hur de lyfter de hälsofrämjande delarna inom behandlingen och hur de förhåller sig till detta.

3.4 Det patogena perspektivet

Gassne beskriver de patogena perspektivet, vilket också tar sin utgångspunkt i Antonovskys hälsoteori. En yrkesverksam socialarbetare som arbetar inom en organisation kan utsättas för yttre påfrestningar i sitt arbetsliv. Beroende på vad yrkesverksamma möter och utsätts för så har de olika förmågor att hantera det. Vissa yrkesverksamma uthärdar påfrestningarna och utvecklas från upplevelserna, medan andra professionella blir nedslagna. Gassne menar vidare att de yrkesverksamma utvecklar försvarsstrategier för att det skall kunna överleva i det sociala arbetet. Försvarsstrategierna riktas åt olika håll. Den yrkesverksamma kan inrikta sig på yrkesområden eller arbetsuppgifter som upplevs som mindre utsatta/krävande eller lägga skuld och ansvar på den aktuella målgrupp de arbetar med. Gassne framhåller att en professionell kan välja att uppfatta, och bemöta sina klienter som omotiverade eller icke mottagliga till de behandlingsmodeller som de arbetar med. De kan i den påfrestande situationen trycka ifrån sig ansvar genom att uttala sig nedlåtande, att fokusera på för lite resurser till verksamheten från politikernas sida eller på att nuvarande eller tidigare kollegor är inkompetenta i sitt arbete. Gassne ser det patologiska perspektivet i socialarbetarens yrkeskarriär som en riskfaktor i det sociala arbetet när klienter och patienter ges begränsad möjlighet till professionellt bemötande, stöd och vård för de aktuella problem eller hälsotillstånd som finns. (Gassne 2008)

3.5 Känslfokuserad coping

Lazarus & Folkman (1984) presenterar en teori som handlar om hur människan hanterar stress, på hur och vad, i den kognitiva bedömningen, individen i den stressade situationen väljer att agera på. Det har gjorts studier på vårdpersonal i form av sjuksköterskor hur de hanterar stress i situationer. Författarna menar att sjuksköterskor använder sig av olika känslomässiga copingstrategier i sitt yrkesliv. Strategierna kan se olika ut beroende på hur den enskilda yrkesverksamma uppfattar situationen, om den uppfattas som stressande. Målet med strategierna är att minska stress såväl som negativa känslor kring att hantera stress. Konsekvenserna av de känslomässiga copingstrategierna kan upplevas som negativa och vara skadliga för de patienterna. De kan t.ex. innebära att den yrkesverksamma förnekar problem hos den vårdsökande, reagerar defensivt gentemot patienter, och försöker förmedla något positivt i negativa situationer då händelsen skapar en ohanterbar stress hos den professionella. De skriver att känslfokuserad coping kan förändra synen på situationer för att ge de yrkesverksamma utrymme till nya bedömningar, bland annat för att härbärgera och häva hotfulla situationer. De professionella kan göra detta genom att intala sig själva att det finns värre saker i livet att oroa sig för. Lazarus & Folkman menar vidare att de känslfokuserade copingstrategierna skapar problem för den yrkesverksamma då strategierna kan leda till ett självbedrägeri och en verklighetsförvrängning genom att inte uppleva risker och problem för vad de verkligen är (Lazarus & Folkman 1984). Bregar et al. beskriver också att de känslomässiga copingstrategier infinner sig när situationen är opåverkbar, men också i form av bekvämlighet för sjukvårdspersonalen. Strategin används bland annat i arbetet på låsta avdelningar som t.ex. tvångsvård och fungerar som ett skydd för de yrkesverksamma för att hantera stressen i deras yrke. (Bregar et al. 2018)

I teorin och i dess olika begrepp har jag velat ta med både sjukvårdspersonals och socialarbeters perspektiv då de som arbetar på samma mottagning skiljer sig åt i både utbildningsbakgrund och vad arbetet innehåller. Jag uppfattar att de teoretiska begrepp som presenterats ger en samlad bild av vad som är möjligt både för sjukvårdspersonal och socialarbetare.

4. Metod och metodologiska överväganden

I detta avsnitt presenteras och redogörs för det tillvägagångssätt som har använts för att få svar på min studies frågeställningar. Jag redogör för min personliga koppling till forskningsproblemet följt av en genomgång av kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen, och om hur den varit passande för min studie, samt dess begränsningar. Mitt insamlade material diskuteras liksom studiens begränsning. En diskussion förs om etiska överväganden.

4.1 Personlig koppling till forskningsproblemet

Under mina år inom stödboendeenheten kom jag i kontakt med flertalet klienter som var inskrivna på olika LARO-mottagningar. Klienterna hade ordinerats underhållsmedicin och hade i de flesta fallen varit patient på en mottagning under flertalet år. Alla utom en klient sidomissbrukade också regelbundet bensodiazipener, amfetamin och hasch.

I stödboendeenhetens arbetsbeskrivning ingick det ett vara KP (kontaktperson) vilket innebar att varje personal hade som uppgift att stödja och hjälpa ca fyra till fem klienter i sin kontakt med socialsekreterare och andra myndigheter, man var samtalsstöd och gjorde individuella handlingsplaner för den aktuella klienten. Som KP ingick det bland annat att delta under klientens SIP (samordnad individuell plan) för att ge stöd och bidra med adekvat information gällande det aktuella boende som klienten för närvarande hade. För de klienter som var inskrivna på en LARO-mottagning skedde i regel SIP-mötet på den aktuella LARO-mottagningen. Under SIP deltog de berörda, klient, socialsekreterare, kurator från LARO samt en personal från boendeenheten. Syftet med mötet var att belysa eventuella hinder, skriva eller följa upp en handlingsplan osv. Ett återkommande problem som ofta uppstod var klientens sidomissbruk som försvårade för klienten att gå vidare i sin planering, med t.ex. eget boende. Frågan kring läckage, sidomissbruk, och klientens egen förtvivlan, att inte komma vidare genomgått ofta mötet. Klienten befann sig i en behandling, men kunde ändå uppleva sig som begränsad i sin väg framåt. Som personal från stödboendeenheten kunde vi många gånger känna oss frustrerade över LARO-mottagningarna då vi oftast inte såg någon förbättring socialt för klienten. Personalen från stödboendet reagerade också många gånger över den starka påverkansgrad klienterna uppfattades att ha på boendet efter att de hade kommit tillbaka från mottagningen, vilket skapade en misstro för LARO då personalen inom stödboendet upplevde att de inte fick respons från de aktuella LARO-behandlingarna. Många av oss inom socialtjänsten satt kvar i

de gamla reglerna för LARO och vi kunde inte förstå varför vissa av klienterna hade LARO när vi upplevde att det inte ”fungerade”.

4.2 Val av metod

När det kommer till den samhällsvetenskapliga forskningen beskriver Ahrne & Svensson att syftet är att få kunskap kring hur de samhälleliga villkoren som styr människors handlingsutrymme, och hur detta i sin tur skulle kunna påverka dem i saker som de gör, samt hur deras motiv påverkar dem. Begreppet samhälle är omfattande och innefattar olika former av fenomen, som i sin tur formar individers roller inför varandra. Med den samhällsvetenskapliga forskningen söker vi kunskap kring samhället och dess olika samhälleliga fenomen, hur samhället fungerar, hur samhället ger makt till vissa individer, hur samhället fungerar så att vi som individer kan göra saker tillsammans. etc. Vi använder den samhällsvetenskapliga forskningen för att försöka förstå grupper, samhällsklasser, normer, språk, ritualer och regler. Forskarna vill alltså med den samhällsvetenskapliga forskningen förstå olika fenomen så som de sker i samhället. (Ahrne & Svensson 2015) Att försöka förstå vad yrkesverksamma inom LARO gör är ett exempel på detta. Bryman (2018) menar att forskaren frågar sig vilken metod som är en framkomlig väg för att få svar på forskningsfrågorna. Mitt val bygger på hur man kan närma sig upplevelser, i mitt fall kring hur de professionella upplever svagheter och styrkor med en LARO-behandling. Inom LARO existerar normer, regler, och ett språk med begrepp unikt för verksamheten.

För att samla in empiriska data behöver vi vända oss till de människor som lever och verkar inom det som vi vill undersöka och forska om (Ahrne & Svensson 2015). I min studie innebär det att intervjua yrkesverksamma inom LARO och ge dem möjlighet att uttrycka och förmedla sina upplevelser och erfarenheter. Widberg menar att när den kvalitativa metoden används undersöker forskaren egenskaper eller själva karaktären på något. Forskaren undersöker själva karaktärsdragen och egenskaperna. I kvalitativ forskning undersöks mening och innebörd. (Widberg 2006)

Ahrne & Svensson beskriver att forskning kring samhällsvetenskapliga ämnen innebär att forskaren undersöker fenomenet på olika sätt. Forskningen kan gå till väga genom att forskaren intervjuar individer, deltar i sammanhanget och observerar när individer interagerar med varandra. De kan som tredjedel dessutom analysera olika texter som andra individer har skrivit, samt att titta på bilder (Ahrne & Svensson 2015). Jag har valt att intervjua de yrkesverksamma,

men inte gjort några planerade observationer på mottagningarna jag har besökt. Däremot har jag tidigare erfarenhet från mitt yrkesliv som kan komplettera den bild jag får genom intervjuerna för att kunna överväga om det som sägs under intervjuerna kräver fördjupning.

4.3 Hur förhåller jag mig till den kvalitativa metodens begränsningar

Bryman beskriver att kvantitativa forskares kritik har handlat om att de kvalitativa studiernas resultat är alltför subjektiva och impressionistiska, och att resultaten bygger på forskarens osystematiska uppfattningar om vad som skulle vara viktigt. Han menar vidare att kritiken handlar om att det kan skapas relationer, en närhet till undersökningsspersoner som förvränger data, samt att det är svårt att replikera den aktuella forskningen då kvalitativa undersökningar är ostrukturerade och att studien skulle vara beroende av den kvalitativa forskarens uppfinningsrikedom. (Bryman 2018) Då exempelvis en av intervjupersonerna visste vem jag var sedan tidigare, kan dennas svar på intervjufrågorna påverkas av att vi tidigare hade möts i olika sammanhang som hade med missbruksfrågan att göra. Jag har övervägt detta, men upplever inte att så var fallet, utan jag upplevde intervjupersonen som mer trygg då denna visste att jag tidigare hade kunskap i ämnet.

Bryman (2018) pekar på kritik som handlar om bristande transparens när kvalitativa forskare inte redogör för hur intervjupersonerna har valts ut, men menar samtidigt att även om intervjupersonerna redogörs för så innebär det inte att detta skulle vara detsamma som om forskaren har tillämpat kvantitativa forskningskriterier. Jag har reflekterat över detta. De båda cheferna erbjöd mig de andra intervjupersonerna, då de ansåg att de var intresserade av att ställa upp på intervjuer, samt att det, av praktiska skäl finns en begränsning i hur stor kan bli. Vägen in var således en del i ett bekvämlighetsurval.

Min egen erfarenhet av att tidigare ha arbetat med klienter som varit patienter på en LARO klinik kan ha påverkat mig och min förmåga att generalisera eller leda till förutfattade meningar. Jag har därför haft öppna samtal med andra kursare, före detta arbetskamrater, nuvarande arbetskamrater och andra kunniga människor i ämnet. Jag har rannsakat min egen upplevelse och mina värderingar för att synliggöra eventuell forskarbias.

4.4 Tillvägagångssätt och urval

I alla studier som görs så behöver forskaren göra urval och avgränsningar. Ahrne & Svensson (2015) menar att ibland kan den kvalitativa forskningen förknippas med en större kreativitet hos den person som genomför studien. Eftersom jag är ensam skribent fick jag också räkna med mina egna personliga begränsningar, min egen kreativitet och anpassa mig till hur stor studien kunde bli. Med detta menar jag att önskan om att ha fler intervjupersoner hade varit uppskattat, men inte genomförbart då tiden inte fanns. När det kommer till min lokala begränsning har begränsat mig till en mellanstor stad i Sverige där det finns LARO-mottagningar. Bryman menar att de flesta kvalitativa undersökningar är målinriktade. Målstyrt urval möjliggör att kunna besvara forskningsfrågorna. I urvalet har jag använt mig av ett icke sekventiellt urval med en strategi som är mer eller mindre bestämt i min inriktning (Bryman 2018). Med detta menar jag att mitt målstyrda urval i studien innebär att jag exempelvis tar kontakt med yrkesverksamma från en LARO-mottagning eftersom min studie handlar om att söka deras upplevelser och erfarenheter kring styrkor och svagheter inom LARO. Bryman (2018) benämner detta målstyrda urval.

En LARO-mottagning som jag inledningsvis kontaktade var först var positiva till att delta i min studie, men visade sig senare ha ändrat sin inställning till att bidra. Detta rubbade min planering och på så sätt blev detta en försvårande omständighet, men jag kontaktade en annan mottagning och blev väl inbjuden till deras verksamhet.

Intervjuerna var semistrukturerade. May (2013) menar att även om själva intervjun är strukturerad så finns det flexibilitet och ger intervjupersonen möjlighet att styra sina svar i det utvalda ämnet, vilket i sin tur kan resultera i fördjupade svar. Det är till fördel för att studien skulle ge svar på min frågeställning. Jag upplevde att de intervjuade pratade mer och gav ett avslappnat intryck när de delade sin bild av erfarenheter.

I mitt val av intervjupersoner ville jag få ett perspektiv från olika yrken som har både medicinska och sociala relationer till LARO. De yrkesverksamma som jag intervjuade var: en läkare, två socionomer, och två sjuksköterskor vid två olika LARO-mottagningar i en mellanstor svensk stad i Sverige. Två av de intervjuade var chefer.

Jag jämför inte de olika yrkeskategorierna. Jag upplevde att läkaren var väldigt engagerad i att svara på mina frågor och inte rädd att reflektera över att buprenorfin och metadon är livsfarliga

preparat i fall man överdoserar tillsammans med andra preparat. Då den ena socionomen dessutom var chef över mottagningen upplevde jag att denna intervjuperson var mer säker och avslappnad i sina svar, och kunde också utan rädsla trycka på vad det var som kunde vara behandlingens svagheter och styrkor. Även om dessa individer kunde uttrycka svagheter för LARO-behandlingen upplevde jag att de var de två intervjuade som verkligen trodde på behandlingsformen.

Den ena sjuksköterskan var också chef för den aktuella andra mottagningen, också dennas svar upplevdes mer säker och avslappnad i sina svar. De två sista intervjupersonerna, en socionom, och en sjuksköterska var yngre än de andra och var mer återhållsamma i sina svar, vilket resulterade i att jag fick ställa flera följdfrågor. Kvalitén på samtliga intervjuer anser jag var hög och jag motiverar detta genom att jag har en egen erfarenhetsbas kring ämnet och kunde förstå deras olika infallsvinklar och dilemman. Jag upplever också att jag haft förmågan att kunna avväga i fall intervjupersonerna svarade så gott de kunnat, vilket de gjort. Intervjuerna genomfördes på de yrkesverksammas arbetsplats under deras arbetstid. Intervjuerna gjordes individuellt med varje intervjuperson. En gång knackade det på dörren under intervjutillfället, men det var inget som jag upplevde påverkade den intervjuade nämnvärt.

Intervjupersonerna deltog med intresse och engagemang när de svarade på de frågor som ställdes. Bryman (2020) beskriver att forskarens förhållningssätt gentemot intervjupersonerna är av stor vikt för intervjuaren att redan från början få till en så bra och fungerande relation som möjligt och att detta bör eftersträvas under hela intervjun. Jag ringde till de två olika mottagningarna innan jag skrev ett e-postmeddelande till dem. Jag presenterade mig och berättade var jag tidigare hade arbetat. Jag fick en god relation med de båda mottagningarna snabbt. Att jag hade varit yrkesverksam inom socialtjänsten sedan tidigare upplevde jag som välkomnat och underlättade min kontakt.

Bryman (2018) menar att intervjuarens ambition är att få den intervjuade personen lugn och avslappnad. Det gick bra då jag var öppen och ärlig med mina syften och utan dold agenda. Ahrne & Svensson (2015) skriver att intervjuer kan ta från tjugo minuter till flera timmar. Innan intervjun påbörjades underrättades intervjupersonerna om att intervjun skulle ta ca 25–30 minuter. Intervjupersonerna uttryckte också trygghet kring information om intervjuens tidsram. Ahrne & Svensson (2015) menar vidare att det kan vara oerhört krävande för intervjuaren att

göra flera intervjuer under samma dag. Jag hade tre olika möten på respektive mottagning. Vid ett tillfälle intervjuades två personer samma dag.

När transkriberingen var klar började jag göra mig mer och mer bekant med mitt material. Jag läste mitt material upprepade gånger och började urskilja likheter. Jag lyssnade också på inspelningarna ett flertal gånger. Efter detta började jag läsa igenom materialet på ett mer sökande vis för att kunna plocka ut teman. Jag kodade mitt material och tematiserade på följande sätt: · Uppfylls kraven för LARO-behandling hos patienterna · Sidomissbruk · Fördelar och nackdelar med medicinsk behandling.

4.5 Studiens tillförlitlighet

Bryman (2018) beskriver fyra tillförlitlighetskriterier ofta använda inom kvalitativ forskning: trovärdigheten, överförbarheten, pålitligheten samt en möjlighet att styrka och konfirmera.

Bryman (2018) pekar på att det finns många olika beskrivningar av en social verklighet. Under intervjuerna upplevde jag att svaren var samstämmiga, vilket vittnade om att de tillfrågade hade förstått frågan samt gav svar som påvisade det. Under intervjutillfällena upprepade jag för intervjupersonen att om det var något som var oklart skulle de säga till, vilket de också gjorde. Under kodningen fann jag inga tecken på att det skulle ha uppstått missförstånd under intervjuerna. Jag gick igenom mitt material ett flertal gånger och reflekterade över min egen tydlighet och önskan om att de intervjuade skulle förstå och känna sig trygga med frågorna och syftet med undersökningen.

Ahrne & Svensson menar att det är viktigt att studien är trovärdig. Individen som läser uppsatsen/studien skall kunna tro på vad som står. Vidare menar de att vetenskap med en empirisk underbyggnad inte är byggd på spekulationer, men att skribenten/studenten/forskaren måste formulera sig för att få med sig läsarna så att de faktiskt tror på vad som sägs. (Ahrne & Svensson 2015) Studien måste som ovan nämnt vara trovärdig på så vis att läsaren inte ifrågasätter hela innehållet, utan håller sig kritisk till de områden som studien hade kunnat förbättras inom. Som författare ansvarar man för att beskriva de olika stegen i studien. Bryman (2018) menar att överförbarhet innebär att studien metodologiskt är uppbyggd så att svaren kan användas även i andra sammanhang. Det eftersträvades i den aktuella uppsatsen/studien. För överförbarhet eftersträvar man fylliga och täta beskrivningar av tillvägagångssättet.

Bryman (2018) menar att pålitligheten är att studien har ett granskande öga, att materialet och arbetssättet granskas kritiskt. Att man säkerställer och visar på en fullständig redogörelse för vad som har gjorts. Jag har granskat mitt eget sätt att arbeta och tittat igenom anteckningar, intervjuutskriften, gått igenom mina redogörelser osv. Jag har också talat med min handledare och bjudit in handledaren till diskussioner om de olika områden arbetet tar upp. I och med att jag är en ensam skribent har jag flertalet gånger kontaktat min handledare för kortare frågor. Jag har blivit vägledad i mina personliga frågeställningar gällande uppsatsen på ett adekvat sätt. Jag har träffat min handledare regelbundet på Skype samt via telefon och mail. Jag har också senare under studiens gång fått tillgång till en ny handledare som har beskrivit de olika delarna och hjälpt mig att konkretisera. Jag har haft både fysiska möten och Skype-möten med min nya handledare och fått mycket stöd. Bryman (2018) talar om att vi skall använda våra kollegor, och min handledare har fungerat som mitt bollplank vilket har varit av stor vikt för denna studie.

4.6 Forskningsetiska överväganden & försvårande omständigheter

När det kommer till de etiska principerna pekar Bryman på att det berör frågor om integritet, frivillighet och konfidentialitet. Forskningspersonerna skall inte heller påverkas negativt genom någon form av skada eller att känna ett obehag när de deltar i en studie. Inte heller skall deras privatliv exponeras eller att det på något vis ska finnas falska förespeglingar hos författaren. (Bryman 2018) Jag upplevde att jag har hållit mig till dessa ramar för studien. Innan jag genomförde intervjuerna var jag noga med att beskriva för de aktuella personerna att jag ville spela in intervjun. Samtliga samtyckte till detta. Jag underrättade dem också att materialet skulle transkriberas och sedan makuleras direkt efter att uppsatsen var slutförd och examinerad. Jag har spelat in materialet både med en diktafon och med min mobiltelefon. Efter intervjun, lyssnade jag på det inspelade materialet i diktafonen varefter jag raderade den inspelade intervjun från min mobiltelefon. Jag ville försäkra mig om att intervjun hade blivit inspelad, och använde min inspelning i min mobil som en försäkring i fall diktafonen inte hade fungerat som den skulle. Detta inträffade glädjande nog inte. När det kommer till frivillighet bland de intervjuade upplevde jag inte att någon hade känt sig tvingad. Alla medverkade frivilligt och några av dem hade ställt upp på intervjuer i andra studier. De uttryckte att de ville ”ge tillbaka” då de alla hade en högskoleutbildning och själva hade skrivit en uppsats. Bryman (2018) beskriver informationskravet att syftet med studien, det frivilliga deltagandet, rätten att tacka nej om de ångrar sitt deltagande utan att behöva ange orsak. Intervjupersonerna skall också i informationskravet få reda på och veta de olika momenten i undersökningen. Det leder till ett

samtyckeskrav (Bryman 2018) som framhåller att individerna har rätt att bestämma över sin medverkan. De intervjuade har inte skrivit under något samtyckesdokument från mig, utan avtalet gjordes muntligt.

När det kommer till konfidentialitetskravet menar Bryman är att de uppgifter som forskaren får fram i sin undersökning skall behandlas med stor försiktighet. Det innebär att intervjupersonernas uppgifter skall förvaras på ett sådant sätt så att ingen skall kunna komma åt dem. (Bryman 2018) Den fjärde och sista delen är nyttjandekravet vilket beskrivs av Bryman (2018) som ett krav för forskaren att alla de uppgifter som samlas in enbart ska användas för ändamålet för forskningen.

5 Resultat och Analys

I följande avsnitt presenteras min studies resultat och den analys jag gjort. Materialet bygger som sagt på intervjuer med personal. Jag lyfter fram två övergripande teman: **styrkor inom LARO** och **svagheter inom LARO**. Ett antal underteman diskuteras också: För **styrkorna i behandlingen** redovisas: **rätt målgrupp, stöd gällande sidointag, relation mellan patient och behandlare och patientens utsatthet**. För **svagheter i LARO** redovisas: **mortalitet & medicinsäkerhet, läckage och medberoende**.

Jag ger inledningsvis en kortare beskrivning av intervjupersonerna deras utbildning vilken yrkeserfarenhet inom LARO-behandling de har. Då studien är gjord i en mellanstor stad och intervjupersonerna enbart arbetar i privat regi upplevs risken som stor att de skall kunna identifieras om presentationen av dem görs mer utförligt. De fem intervjupersonerna var:

Läkare flera yrkesverksamma år i LARO

Sjuksköterska 1 flera yrkesverksamma år i LARO

Sjuksköterska 2 få yrkesverksamma år i LARO

Kurator 1 (socioonom) flera yrkesverksamma år i LARO

Kurator 2 (socioonom) få yrkesverksamma år i LARO

5.1 Styrkor inom LARO

I detta tema redogörs för LARO-behandlingens styrkor.

5.1.1 Rätt målgrupp

Behandlingssyftet med LARO är att individer med ett specifikt opioidmissbruk kan söka sig till LARO för att genomgå behandling. Behandlingen skall reducera drogsuget och därför minska dödligheten hos individer i missbruk och konsekvenser av andra risker som följer ett användande av narkotika. Då LARO enbart är till för personer som redan har ett tyngre beroende av opioider är det av största vikt att behandlingen enbart ordineras till just dem och inte till andra som enbart brukar opioider vid enstaka tillfällen eller under en kortare period utan

att ha utvecklat ett kemiskt beroende av substanserna. Om fel grupper ges behandlingen kan det resultera i att en icke-beroende patient utvecklar ett under beroende behandlingens gång. Således är frågan ifall de yrkesverksamma upplevde att de patienterna de har på respektive mottagning uppfyllde kriterierna för behandlingen intressant.

Våra patienter på denna LARO-mottagning, de uppfyller kraven med råge! Vi har en mycket noggrann procedur när vi bestämmer oss för att ta in patienter i behandling. Vi gör detta stegvis, de får träffa kurator och läkare, och vi har ett team-möte kring patienten. Vi samlar in dokumentation som styrker att man verkligen har ett opioidberoende. (Läkare)

Läkaren som har rätt att ordinera LARO redogjorde för att de patienter de har idag uppfyller kraven för behandling. Läkarens beskrivning av tillvägagångssättet för urval som en styrka i behandlingen att det finns ett dokumenterat missbruk tillbaka i tiden stärker trovärdigheten för den sökande patienten. Senare under intervjutillfället med läkaren nämndes det att den nuvarande mottagningen övertagit en tidigare mottagning och på samma gång tagit över patienter från den förra ägaren. Läkaren uppgav då att det var två patienter i övergången som denne inte ansåg uppfyllt kraven för en LARO. Individerna är dock fortfarande patienter på samma mottagning.

Kurator 1 bekräftade läkarens utlåtande om att patienterna uppfyller kraven för LARO:

Jag upplever att det uppfyller kraven, och likadant riktlinjerna. Jag sitter ofta med på första bedömningssamtalet, och där är vi noga med att ställa frågor som skall kunna utesluta de som inte tillhör målgruppen, för det är jätteviktigt så att vi inte tillför ett beroende till någon som inte redan har det. Det är grundtesen. (kurator 1)

De båda intervjupersonerna upplevdes lägga stor vikt vid att enbart individer som uppfyller kraven för LARO skall bli erbjudna behandling och utgör bra exempel. Samtidigt bekräftade de andra intervjupersonerna bilden.

Det man kan utläsa från de båda citaten är en viss säkerhet hos de professionella gällande patienternas behandlingstillhörighet och som rätt målgrupp för LARO-behandling. Trots det beskrev läkaren att det finns två patienter på den aktuella mottagningen som läkaren egentligen upplevde inte skulle vara där, men de är där sedan en annan läkare och andra professionella från den tidigare LARO-behandlingsinstitutionen gjort en annan bedömning. Läkarens

uttalande kan ändå upplevas som en svaghet då redogörelsen pekar på att det kan ske felbedömningar i ordinationen. De andra intervjupersonerna uppgav å andra sidan inte att det hade skett någon felbedömning utan var säkra på sina patienter och hänvisade till proceduren de gick igenom innan en ordination gick igenom. Samtliga intervjuade förstod risken med att ”fel” individ kan bli inskriven, samt vikten av att arbeta för att detta inte ska förekomma. Det visar på en riskmedvetenhet och ett salutogent synsätt.

Under intervjutillfällena upplevdes jag tydligt att intervjupersonerna, speciellt de med lång erfarenhet, ”trodde” på LARO som behandlingsform och att det var meningsfullt för dem. När styrkorna inom LARO betraktas utifrån Antonyskys hälsoteori KASAM antyds att intervjupersonerna upplever en begriplighet genom att de är kunniga gällande opioidmissbruk och att de förstår problematiken rent medicinskt. De upplever också hanterbarhet genom urvalsprocessen för individer som söker sig till behandlingen som har ett missbruk, men också för de individer som inte anses lämpliga. Dessutom finner intervjupersonerna en meningsfullhet i sitt behandlingsarbete. Brattberg 2008 beskriver hur detta kan ta sig uttryck i hur intervjupersonerna uppgav att de tar emot patienter som själva valt sin behandling utan påtryckning från socialtjänsten eller andra instanser. De yrkesverksamma arbetar med en patientgrupp som självmant har sökt sig till LARO.

Detta är en fördel för patienterna som beskrivs i den tidigare forskningen när stöd från personal inom LARO är en skyddsfaktor och styrka i behandlingen för patienterna i sitt arbete för en drogfri tillvaro.

5.1.2 Stöd gällande sidointag

Inom vissa behandlingsmodeller/behandlingshem skriver man ut individer som återfaller i missbruk. LARO har också tidigare agerat utifrån det. I dagsläget skrivs inte patienter ut inom LARO på grund av sidointag eftersom ofrivillig utskrivning ökade mortaliteten hos dessa individer. De yrkesverksamma arbetar för att stödja patienterna genom samtal, erbjuda avgiftning, reducera eller ändra deras medicinering. Peterson (2013) visar att yrkesverksammas stöd och toleranta inställning till patienternas egen process i strävan efter att finna en drogfrihet eller att bevara den under tiden de befinner sig i behandling är en styrka inom LARO. Även om toleransen kring sidomissbruk finns är det viktigt att notera att sidomissbruk är kombinerat med livsfara. Läkaren besvarade frågan nedan gällande ifall patienterna hade ett pågående sidointag inom den mottagning där denne arbetade:

Ja många har ett sidomissbruk. Men när man har det så agerar vi och försöker hjälpa patienten att få bukt med sidomissbruket, därför att LARO-behandlingen är i sig en livsfarlig behandling om den kombineras med andra läkemedel. Framför allt bensodiazepiner. Det vet du säkert hur det fungerar att man får en påverkan på andningen, så att man slutar andas. Vi kan inte ha patienter som har ett aktivt sidomissbruk och samtidigt förse dem med en potentiell livsfarlig medicin. (läkare)

Läkaren bekräftar att det finns ett sidomissbruk hos patienterna, samt att mottagningen agerar när det uppdagas, men hur agerar då de yrkesverksamma för att stödja patienterna i samband med det? Frågan om sidointag ställdes även till kurator 1 som mer utförligt beskrev hur de stödjer patienten i problematiken kring sidointag:

Ungefär tio till tjugo procent av patienterna har ett konstant sidointag. Exempelvis THC (hasch, marijuana) där patienterna har rökt i tjugo till trettio år. Där resonerar vi på vår sida att behandlingen handlar om "harm reduction" en skademinering där patienterna får den lägsta dosen av det tryggaste preparatet som är subuxone. Det handlar om att finna någon form av acceptans i det de gör, att hitta andra mål och ibland händer det något på vägen som gör att de slutar, men vi håller inte på att tjata, det försöker vi undvika. Det handlar om att säkerhetsställa behandlingen. När det kommer till bensodiazepiner är vi strikta! Vi reducerar deras dos (buprenorfin, metadon) nästan direkt och remitterar dem till en opiatavdelning. Man får en avgiftning där, sedan får patienterna komma dagligen och hämta sin dos och ta den övervakat så att vi inte får läckage, vi vet att de som sidomissbrukar också läcker medicinerna, och det vill vi inte! (kurator 1)

Det stöd som i första hand erbjuds är att de yrkesverksamma säkerställer medicineringen så att patienterna inte far illa utifrån sitt sidointag. Kurator 1 nämner också att de inte tjatar på sina patienter, att de yrkesverksamma behöver finna någon form av acceptans när det kommer till sidomissbruk av THC exempelvis.

Vi har evidens i forskning att sidomissbruk inom LARO är kopplad till livsfara (Folkhälsomyndigheten 2021). Det bekräftade samtliga intervjupersoner. Det är av vikt att upprepa att LARO är en behandlingsform som får mycket kritik, bland annat för att sidomissbruk existerar och de uppenbara riskerna kopplade till det. Efter att intervjupersonerna bekräftat sidointag hos vissa patienter beskrev de också riskerna kring det. Den tidigare forskningen visar att yrkesverksamma inom LARO har en rädsla för eller motstånd till

sidomissbruk eller läckage. De yrkesverksamma ansåg att det kunde försämra ryktet inom LARO (Johnson & Richert 2015) I min studie upplevdes de yrkesverksamma förtroendeingivande och ärliga när kodningen gjordes. De intervjuade försökte inte minimera eller vifta bort att det existerar ett sidomissbruk, inte heller skuldbelägga patienterna eller peka på deras oförmåga som en förklaring för att sidointaget existerade.

Utifrån de svårigheterna med sidomissbruk och sätten att hantera dem kan man påstå att de yrkesverksamma har ett salutogent förhållningssätt. Personalen inom LARO har accepterat att missbruksvård/narkomanvård i vissa fall kan innehålla tillfälliga återfall, men även ihållande sidointag. Utmaningen för de yrkesverksamma är att reducera skador som kan uppstå. Intervjupersonerna uppvisar en pragmatisk bild av patienternas sidointag och de framhåller inte patienternas oförmågor och svagheter utan förhåller sig till att återfall inom narkomanvård är vanligt förekommande. Stödet ligger också i att patienterna blir remitterade till avgiftning och ges en minskad dos av buprenorfin eller metadon. Även det visar på ett salutogent förhållningssätt till patienternas sidointag. Ingen av de intervjuade önskade att sidointag existerade. En styrka ligger i behandlingens utförande genom att inte skriva ut individer som återfaller och istället engagera sig i ett fortsatt arbete med dem. En annan styrka ligger i personalens agerande i riskfyllda situationer samt att möjligheten att boka in patienter på avgiftning konkret används, något som annars kan vara problematiskt att genomföra i praktiken. Ett icke dömande förhållningssätt och uppenbar kunskap kring återfall gör också att stöd i återfall kan ses som en styrka i LARO-behandling.

5.1.3 Relation mellan patient och behandlingspersonal

En god relation mellan patient och behandlingspersonal är ett positivt inslag i LARO-programmet visar Andrews et al. 2005. I min kodning framkom det specifikt att patienterna uttrycker ett behov av fortsatt relation med de yrkesverksamma när en situation uppstår där en patient har en önskan om att avsluta sin medicinering men inte sin behandling.

Gällande uttappning av LARO, är det inte så många som klarar av det. Det är bra att ha det med sig. Vi uppmuntrar ändå att det är jätteviktigt att är man en av dem som klara av det så skall man absolut göra det. Så något annat finns ju inte på kartan, utan vi uppmuntrar alla som vill avsluta sin LARO. Vi erbjuder eftervård här under 1 år. Så att det inte är så att patienter stannar kvar här och har sin medicin kvar bara föra att kunna ta del av de psykosociala insatserna, för det hör man ibland att när man har pratat med dem ” Jag vill ju inte släppa kontakten med er” så jag fortsätter med min underhållsbehandling, fast jag vet att jag kanske skulle vilja vara utan den, då måste man ju göra något!

Då har vi sagt att man kan gå kvar på mottagningen och ha eftervård med sociala insatser och ta bort medicinen. Det går inte över på en dag så vi har ett stort ansvar att följa de här människorna som väljer att träda av. (Kurator 1)

Exemplet överensstämmer med vad Filteau et al 2021. Beskriver vikten av relationen mellan patient och behandlare. I citatet uttrycker kuratorn att vissa patienter som väljer att avsluta sin medicinska behandling fortfarande har ett behov av kontakt och stöd vilket synliggör vikten av att bygga relation mellan patient och professionell. Upprätthållandet av relationen synliggör att förhållningssättet mellan yrkesverksam och patient är salutogent. Även Lundin et al (2019) pekar på kuratorns förhållningssätt och att den professionella skall leda den hjälpsökande i sin process mot hälsofrämjande mål. De menar också att kuratorn ska göra det begripligt för patienten, i detta fall att patienten vill avsluta sin medicinering men ändå behålla de psykosociala insatserna.

Att det ges fortsatt stöd utan medicinering visar på att behandlingen har ett förhållningssätt kring de psykosociala insatserna och en förståelse för patientens behov av stöd från personalen. Styrkan ligger i personalens medvetenhet och i tillmötesgåendet i det behov som finns.

5.1.4 Medvetenhet kring patientens sociala utsatthet

Johnson & Richert 2015 framhåller att yrkesverksamma inom substitutionsbehandling belyser att deras patienter är en utsatt grupp i samhället. I min studie framkommer det också att så var fallet. Kurator 2 beskrev följande:

Ibland när man har haft patienter, när de har en LARO-behandling så kan det exempelvis försvåra att t.ex. komma på behandlingshem... För då anser man redan då att man har en behandling även om patienterna inte tycker det är tillräckligt med en öppenvårdsbehandling (kurator 2)

Kurator 2 bekräftar patienternas utsatthet i relation till andra yrkesverksamma, vilket också Filteau et al. 2021 redogör för i sin studie från USA. Andrews et al. 2005 pekar också på utsattheten hos LARO-patienter men då från motståndet från andra yrkesverksamma inom behandling. De menar vidare att patienterna inom LARO får svårt att genomföra psykosocialbehandling då andra yrkesverksamma har svårt att acceptera medicineringen. Johnson & Richert 2015 bekräftar det även i sin studie. Kurator 2 visar förståelse för den stigmatisering patienterna kan uppleva, vilket skapar förutsättningar till att ge patienterna stöd i sitt utanförskap. För att förtydliga bilden möter vi sjuksköterska 2:

Det finns en social risk i att dömas av andra människor på grund av sitt missbruk. Jag vet inte jag tycker att det är ganska vedertaget nu, folk dömer inte lika hårt längre någon som befinner sig i en LARO-behandling än som de gjorde tidigare, bara för att de är missbrukare. (sjuksköterska 2)

Intervjuperson bekräftar att det fanns en risk att patienterna kunde bli utsatta på grund av sina missbruk, men också att utanförskapet inte är lika uttalat som det kanske än gång har varit. I den mellanstora staden där intervjuerna gjordes är LARO en etablerad behandlingsmodell med flertalet mottagningar vilket kan normalisera intrycket av att det inte på samma sätt sätter en grupp människor i utanförskap. Sjuksköterska 2 är mer medicinskt kunnig och förankrar sin bild i den kunskapen, medan kuratorn förankrade sin i den sociala problematiken. Trots det lyfter sjuksköterska 2 att det finns risk för utsatthet, vilket tyder på en medmänsklighet, men också på ett salutogent synsätt hos de yrkesverksamma som synliggör patienternas utsatthet och behov av fortsatt stöd.

För att förstå sjuksköterskan kan man använda Antonovskys hälsoteori och begreppet resiliens. Vi vet att resiliens kan beskrivas som att ”återhämta sig”. Hos sjuksköterska 2 ser vi denna i bekräftelsen av utsattheten bland patienterna, men samtidigt finner ett behov att uttrycka att ”det är inte lika farligt nu som det en gång var”. Det kan tolkas som ett sätt att hantera patienternas utsatthet. Man skall också ta i beaktan de få yrkesverksamma år som sjuksköterska 2 har. Resilient agerande är omedvetet hos den yrkesverksamma och skapar förutsättningar att fortsätta arbeta med målgruppen och samtidigt ha idéer och positivt tänkande.

Jag menar att insikten hos intervjupersonerna kring utsatthet hos patienterna är ett salutogent synsätt att närma sig frågan och i det kan de professionella redogöra för att det är en styrka med LARO. Återigen, ingen skuld eller beskyllningar lades på patienterna. I och med att ansvaret gällande utanförskapet inte lades på dem upplever jag det något som de yrkesverksamma är väl medvetna om och som, i relation med patienterna, ger dem stöd i frågor in mot i framtiden.

5.2 Svagheter inom LARO

I detta tema redogörs för svagheter inom LARO-behandlingen.

5.2.1 Mortalitet och medicinsäkerhet

Kritiken kring LARO handlar bl.a. om medicinsäkerhet. Metadon var den främsta orsaken till dödsfall visar Socialstyrelsen (2021) rörande narkotikarelaterade dödsfall och förgiftningar

under åren 2012–2020. Metadon tätt följd av opioiden buprenorfin samt zopiklon (bensodiazepiner) som intervjupersonerna tidigare redogjorde för existerade i patienternas sidointag, var de medel som lyftes fram.

Men vad säger min undersökning om medicinsäkerheten?

... preparaten är ju per definition livsfarliga om de inte hanteras med noggrannhet och kontroller av att man har en drogfrihet i övrigt, men å andra sidan är ju opioidmissbruk något av de dödligaste som finns i missbruksväg om det är obehandlat. (Läkare)

Läkaren bekräftar faran med substanserna om de inte hanteras med noggrannhet. Det är redan nämnt av samtliga intervjuade att det förekommer ett sidomissbruk hos vissa av patienterna, vilket innebär en risk för överdosering och dödlighet. Även om, som det redogjordes för tidigare, sätts in insatser när det förekommer sidomissbruk existerar möjligheten att patienten avlider på grund av behandlingens medicinering i kombination med sidointaget.

Sedan är det ju alltid en risk för överdoseringar, blandmissbruk (sidointag) intag av alkohol och så vidare gör att det är en ökad risk för mortalitet i denna patientgrupp. (Sjuksköterska 2)

Samtliga intervjuade bekräftade risken kring mortalitet ifall det förekommer sidomissbruk. Intervjupersonerna var både eniga och öppna gällande den avgörande svagheten i LARO. I det patogena förhållningssättet märker man att svaren blir kortare. Intervjupersonerna bekräftar risken samtidigt som de lägger till en förklaring, exempelvis att opioidmissbruk är mer dödligt ifall det är obehandlat. Ingen av intervjupersonerna förnekade risken för mortalitet men frågan om hur säkert LARO egentligen är lämnas subtilt obesvarad.

När jag hör utsagorna från de intervjuade förstår jag att deras arbete kan upplevas som mycket tungt och påfrestande. I många fall är det även farligt i den bemärkelsen att de arbetar i en utsatt miljö, men också utifrån att de ser människor fara illa i sitt missbruk. Även om behandlingens mål är att förbättra förutsättningarna för patienterna så är det samtidigt en värld där de yrkesverksamma utsätts för att patienter avlider, skadar sig själv eller andra vilket leder till psykiska påfrestningar. Gassne 2008 pekar på att yrkesverksamma som utsätts för påfrestningar i sitt yrkesliv har olika sätt att hantera de svårigheter som uppstår. Resiliens är en förutsättning för yrkesverksamma att arbeta normalt i en väldigt onormal situation.

Att de yrkesverksamma upplever påfrestningar inom sitt yrke i underhållsbehandling bekräftas i Filteau et al 2021 som bland annat redogör för upplevelsen av utbrändhet hos yrkesverksamma. Även om de båda senaste intervjupersonernas citat redovisade ovan kring styrkor med LARO-behandlingen har varit hälsofrämjande så kan även uppfattas som ett patogent förhållningssätt. Det kan kopplas till att de yrkesverksamma flyttar ansvaret till patienterna genom att notera att behandlingen är medicinskt säker så länge som den följs, vilket de samtidigt tidigare redogjorde för att det inte alltid sker.

5.2.2 Läckage

Efter direkt mortalitet är läckage av medicin från LARO en av de svagheter med behandlingen som också starkt kritiserats Johnson & Richerts (2014)

De jag intervjuat menade att de medicinska riskerna med läckaget kunde leda till att det skapades nya LARO-patienter om preparaten såldes till ungdomar eller individer som inte redan var inskriva i behandlingen, och att det på så vis skapades fler opioidberoende individer i samhället. Johnson & Richerts 2015 studie pekade på läckage som en stor svaghet med behandlingen, men samtidigt var det några av deras intervjupersoner som påvisade positiva effekter av läckaget, då de menade att läckage minskade användandet av heroin i samhället. Förklaringen var då att buprenorfin och metadon är mindre skadligt för narkotikaanvändare, då brukarna får lättare att dosera, samt att innehållet är känt. Det var ingen av intervjupersonerna i min studie som uttryckte att det fanns något positivt kring läckage.

Det förekommer läckage, det gör det. Vi har en hög medvetenhet kring att preparat kan läcka ut, det är något som vi dagligen funderar över. (Läkare)

Även om läkaren bekräftar att det finns ett läckage så är det ingen av intervjupersonerna i denna studie som lyfter de konsekvenser som läckaget kan ha på andra individer. Jag ger ett annat exempel på det från sjuksköterska 1.

Jag upplever nog att denna problematik kommer vi aldrig komma ifrån. Hela tanken är ju på sikt att man skall bli en självständig individ som hanterar sin medicin själv, då ger man fler och fler doser med hem, så någon hundra procentig kontroll kommer man aldrig kunna ha. (sjuksköterska 1)

Sjuksköterska 1 bekräftar att det finns, men också att det är en svårighet som LARO står inför. Samtliga de jag intervjuade uppgav att läckage förekom.

I tidigare forskning Johnson & Richerts 2015 pekar vissa av de yrkesverksamma på att det var patienternas bristande moral som orsakade läckage. Ingen av de som intervjuades i min studie lade ansvaret på de inskrivna patienterna för läckage.

Från sjuksköterska 1 kan man i citatet ovan utläsa en form av patogent förhållningssätt. Inte heller lyfter denne fråga om ansvar från behandlingens sida, inte heller den skada som läckage kan innebära då andra individer som inte är inskriva i LARO kan missbruka medicinen och överdosera, eller avlida. Samtidigt som de intervjuade inte uttryckligen pekat på att det är patienternas bristande moral, de bekräftar enbart att läckaget existerar och menar att det alltid kommer att göra det, då behandlingen är utformad på så vis att det i slutändan är patienten som själv ansvarar över egen medicinering med sina hemdoser.

Vi vet att det förekommer narkotikarelaterade dödsfall där metadon och buprenorfin är substanser som orsakar dem, det bekräftar också mina intervjupersoner. Men hur hanterar de denna vetskap känslomässigt?

En förklaring kan vara att de hanterar läckage genom en känslufokuserad coping som är utbredd bland vårdpersonal Lazarus & Folkeman 1984. De olika strategierna hjälper de yrkesverksamma att hantera stressfyllda situationer, stress som t.ex. ett pågående läckage från mottagningarna kan generera hos de professionella då de bland annat är de som skriver ut preparaten, delar ut dem, och fattar beslut kring patienternas hemdoser. Lazarus & Folkmans 1984 beskriver att den känslomässiga copingen kan vara gynnsam för de professionella då de får distans till svårigheterna de står inför. Är det alltid gynnsamt för patienterna? Det vet vi inte. T.ex. kan strategin ta skepnad av att de yrkesverksamma får en förklaring att ” det finns värre saker”. Jag ser en uppenbar risk att det är vad som lyser igenom i ovannämnda citat. Precis som strategin kan vara till en fördel för individer som arbetar inom ett område där den känslomässiga stressen kan upplevas som stor, kan det också vara en nackdel att ha ett förhållningssätt där den enskilda individen ansvars befriar sig själv och samtidigt lutar sig på utformandet av behandlingen. Bregar et al. 2018 beskriver att strategierna kan vara bekväma för de yrkesverksamma. Samtidigt pekar mitt resultat på att de yrkesverksammans salutogena förhållningssätt genomsyrar deras sätt att arbeta. Jag drar den slutsatsen utifrån att samtliga av de yrkesverksamma inte skuldbelade patienterna för läckaget.

Hur de professionella förhöll sig rent praktiskt till läckaget beskrevs tidigare med att de yrkesverksamma pekade på att individer med sidointag också hade en tendens att vara överrepresenterade bland patienterna vilket bidrog till läckage. Patienterna fick komma dagligen till mottagningen och hämta sin dos, där de bland annat fick ta medicinen övervakat.

De patienter som är instabila dom tatar vi. De förstärker vi ju stödet kring så att de får komma dagligen. Och då per definition får de inte med sig sin medicin så att de kan göra det. (läkare)

Som sjuksköterska 1 beskriver i det tidigare citatet är det svårt att kontrollera de patienter som har hemdoser. Att ha hemdos innebär också att patienten inte lämnar positiva urinprov på andra substanser, vilket sedermera innebär att patienterna har ett större ansvar kring sin egen medicinhantering. Detta ingår i normaliseringen inom LARO, då man vill att patienterna inte skall behöva gå till mottagningen dagligen för att hämta sina mediciner. Det hade nämligen försvårat för dem att klara studier eller behålla ett arbete.

5.2.3 Medberoende

Medberoende hos de yrkesverksamma är en svaghet i LARO-behandlingen som professionella pekar på som en försvårande i Filteau et al (2021) studie från USA. De menade att klienternas utsatthet från resten av samhället bidrog till en förväntad ökad omsorg från personalen. De upplevde ett krav att upprätthålla en väldigt nära patientkontakt vilket sedermera resulterade i att yrkesgruppen blev överbelastad och sjukskrivningar följde.

I min studie kom medberoende också på tal. Sjuksköterska 1 tog upp svagheten med överdriven omsorg som potentiellt skadlig. Intervjupersonen använde just begreppet ”medberoende”.

Sedan är det risker som jag har sett i denna personalgrupp att väldigt många riskerar att bli lite medberoende i förloppet om man inte har en bra distansering. Där ser jag en stor risk för att man egentligen kan skada patienten mer än vad man hjälper dem. (sjuksköterska 1)

Sjuksköterska 1 beskrev att andra kollegor i behandlingen ibland hade en sådan stark önskan att drogtestar skulle vara negativa på andra substanser att de hade svårt att avgöra vad stickan visade för resultat. Stickkan kan visa ett värde, och ibland var värdet lågt vilket visade att patienten kanske bara hade små rester/doser av andra substanser i kroppen. Behandlare på mottagningen hade i dessa situationer svårt att avgöra ifall testet visade positivt eller negativt. Sjuksköterska 1 menade att detta kunde skada patienterna, och att det var en svaghet i

behandlingen. Om det undanhålls att testet visar på rester i kroppen och drogtestet är ”positivt” kan det skada patienterna.

I tidigare forskning från Filteau et al. (2021) beskrivs medberoendet som skadligt för de yrkesverksamma, vilket ingen av mina intervjupersoner pekade på. Däremot belystes problematiken från behandlingens brist att leverera god vård.

Det kan också vara svårdefinierat vad som är ett medberoende och vad som är ett extra stöd från behandlare till patient. Kurator 1 gav exempel på svagheter i behandlingen där det kan anses ingå i kategorin för medberoende. Kurator 1 tar upp olika händelser i citatet nedan som beskriver svårigheter för de professionella gällande avvägningar angående bl.a. anmälningsplikt.

Och körkort skall vi inte prata om, folk förstår ju inte detta med att man inte får köra bil när man är positiv på andra saker, då har läkaren en anmälningsplikt på det. Och helst skall det inte komma barn hit överhuvudtaget, då det är en riskmiljö då det kan förekomma bråk. Då vill man inte ha en två-åring mitt i detta. Det går tufft till. Jättesvåra avväganden. Men det är nyttigt att sitta med, men ibland blir det för mycket emellanåt. (Kurator 1)

Att kurator 1 i slutet av citatet säger ”men ibland blir det för mycket emellanåt” kan kopplas till Filteau et al. (2021) Kurator 1 beskriver bl.a. svårigheterna som de yrkesverksamma upplever med gränsdragningar, vilket kan kopplas till medberoende, men beskriver inte att medberoendet kan skada patienterna på samma sätt som sjuksköterskan 1 gjorde.

Då kurator 1 uttrycker sig öppet om svårigheter inom LARO som denna har fått ta ställning till, kan det upplevas som ett sunt förhållningssätt att våga ”berätta” om hur det egentligen ser ut. Återigen visar de intervjuade på en insikt kring svårigheterna i behandlingen och sina förhållningsätt. Men även om det är insiktsfullt är det ett patogent förhållningsätt att bedriva vård på då kurator 1 skjuter ifrån sig ansvaret för sitt medberoende genom att argumentera för att patienterna inte ”förstår” att de inte kan köra bil exempelvis. Kanske patienterna förstår det och de risker som en olovlig körning medför, men struntar i det? Kurator 1 visar dock på mod genom att dela med sig av den befintliga informationen och återigen visar intervjupersonen på öppenhet och ärlighet.

6 Avslutande diskussion

LARO är en rekommenderad behandlingsform för individer med opioidmissbruk och har både vetenskapligt stöd och utmärkelser som ”best practice” från EU:s expertorgan EMCDDA. Samtidigt är det en behandlingsform som kritiserats av forskare, myndighetspersoner och brukare.

Med vetskapen om detta var det intressant att lyfta frågan kring vad de yrkesverksamma inom LARO upplevde som styrkor och svagheter i behandlingen, samt vad som ansågs som problematiskt inom de områden som tidigare kritiserats.

Resultatet var att de yrkesverksamma beskrev styrkan i behandlingen när det kommer till bedömningen av nya patienter och om de skulle bli ordinerade en LARO-behandling eller ej. De hade ett tydligt regelverk gällande vilka individer som kunde få en plats inom LARO. Flertalet av intervjupersonerna lyfte också riskerna kring en felaktig bedömning, vilket visade på att de professionella uttryckte en noggrannhet kring proceduren, dvs. en styrka i behandlingen. Studiens resultat kring styrkor visar dessutom att de professionella löpande arbetar med en handlingsplan kring sidointaget hos sina patienter. De uppgav att de skrev en remiss till avgiftning, samt att de genom samtal försöker stödja patienten. En styrka var också att patienter med sidointag inte blev utskrivna, något som annars visat sig öka mortaliteten hos patienterna, dvs. vid ofrivillig utskrivning. En ytterligare styrka var att de professionella var väl insatta i sina patienters sociala utsatthet och att de gav dem stöd i detta. En av mottagningarna erbjöd eftervård under ett år för patienter som ville trappa ut sin medicinering men behålla de psykosociala insatserna.

Studiens resultat lyfter primärt två svagheter i behandlingen nämligen mortaliteten och läkemedelssäkerheten. Att substitutionsmedicin är per definition livsfarligt om den hanteras fel, vilket bekräftades av de professionella som uppgav att många patienter sidomissbrukade. Studien visar att läckage också var en svaghet med LARO och något som personalen framhåller är ett problem som de aldrig kommer kunna komma ifrån, tyvärr inte heller att det kan kopplas till mortalitet såväl i LARO-programmet som utanför behandlingen bland andra brukare. Slutligen var medberoende något som de professionella pekade på som en svaghet inom LARO, t.ex. att personal kunde gå in i ett medberoende med sina patienter, vilket kunde skada

patienterna då de professionella bl.a. hade svårt att avgöra om vissa urinprov visade positivt eller negativt.

Studien pekar på att de som arbetar med LARO-behandling i grunden är positiva till formen för insats trots dess svårigheter. Opioidmissbruk är svårbehandlat och LARO utgör en form vars styrkor överväger dess svagheter. För dem det berör, patienterna, utgör den en livsavgörande skillnad om än med stora och ibland riskfyllda insatser. Genom att anlägga de salutogena och patogena perspektiven från Antonovskys (Ange källa) hälsoteori synliggörs hur LARO som insats balanserar mellan dessa två i sin medicinska sättnings, men att det bland de professionella som är verksamma inom LARO framstår som att ett salutogent synsätt är betydelsefullt för att motivera behandlingens existens. Det ligger således väl inom ramen för ett förhållningssätt i linje med ”harm reduction”.

Då min studie är liten där enbart fem olika yrkesverksamma på två olika LARO-mottagningar har intervjuats hade det varit intressant att göra en något mer omfattande studie och se i fall resultatet hade blivit detsamma. Jag tänker framför allt på frågan kring läckage och om professionella i allmänhet upplever att det är en problematik man inte kan komma ifrån. En annan frågeställning som hade varit intressant att fördjupa sig i är ett patientperspektiv, dvs. vad före detta LARO-patienter upplevde att behandlingen hade för styrkor och svagheter.

7 Referenslista

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.
- Andrews, S., Sorensen, J., Guydish, J., Delucchi, K., & Greenberg, B. (2005). Knowledge and Attitudes about Methadone Maintenance among Staff Working in a Therapeutic Community. *Journal of Maintenance in the addiction*, 3(1),
- Andersson, L., & Johnson, B. (2020). Patient choice as a means of empowerment in opioid substitution treatment: a case from Sweden. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(2), 105–117. <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1591342>
- Andersson, L. (2021). Problematisk opioidanvändning: Om opioidrelaterade dödsfall och LARO i södra Sverige. *Malmö University Health and Society, Doctoral Dissertation 2021:6*
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur
- Bergmark, A., Bergmark, Å., & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara om coping*. (1 uppl.) Stockholm: Verkstaden.
- Bregar, B., Skela-Savič, B., & Kores Pesničar, B. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry*, 18(171), [<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1756-1>]
- Bryman, A (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (3., [rev.] uppl.) Malmö: Liber
- Borge, A (2011) *Resiliens: risk och sund utveckling*. (Up 2) Studentlitteratur AB
- Eriksson, T (2017) *Laroboken Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende*. Beroendemedicin Akademiska sjukhuset.
- Eriksson-Zetterquist, U och Ahrne, G. (2015) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB

Filteau, M R. Frances, K.Green, B. (2022)

Community Mental Health Journal (Community ment health j), feb 2022; 58(2): (7p)

Gassne, J. (2008) *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Doktorsavhandling. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer. *Psychological Stress and the Coping Process*. Springer publishing Company

Lundin, A, Benkel I, Johansson B-M Neergaard de Gerd, Öhrling C. (2019) *Kurator inom hälso och sjukvård* Studentlitteratur AB

Jonson, B. Richert, T (2015) Diversion of methadone and buprenorphine from opioid substitutions treatment: The importance of patient's attitudes and norms *Journal of Substance Abuse Treatment*. July, 2015, Vol. 54, p50, 6 p.; Elsevier Science Publishers.

Johnson, B. & Richert, T. (2014). Diversion of Methadone and Buprenorphine from Opioid Substitution Treatment: A Staff Perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 46 (5),

Jonson B, Richert, T. Svensson, B (2017) *Alkohol och narkotiska problem* Studentlitteratur AB

May, T. (2013) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur AB

Olsson, B (red.) Blomqvist, J, Edman, J, Göransson, B, Sahlin, I, Träskman, P Ole, & Törnqvist, D. (2011) *Narkotika om problem och politik*. Nordstedts Juridik AB, Stockholm.

Pettersson, F. (2013). *Kontroll av beroende. substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik*. Malmö: Égalité.

Starrin & Bengtsson (2006) (1 upplagan) *kvalitativ metod och vetenskapsteori* Studentlitteratur AB

Socialstyrelsen (2020)b *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

[<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-3-6607.pdf>] hämtat 2021-06-14

Socialstyrelsen (2021) Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2012–2020

[<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/statistik/2021-11-7650.pdf>] hämtat 2022-08-20

Svensson, B, & Karlsson, P. (2018). *Missbruk av heroin och andra opioider*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Tamm, M (2014) *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur AB

Widerberg, K (2006) *kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur AB

Psykologiguiden (2022) <http://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=resiliens>
Hämtad 2022-07-01

Wrammer, B, Pellmer K, Hellström, C (2010) *Beroende och droger: förekomst effekter, förändringsmöjligheter*. Studentlitteratur Lund

Internetkällor

Anonyma Narkomaner <http://www.nasverige.org>
Hämtad 2022-06-01

FASS (2022) Metadon DnE <http://www.fass.se/LIF/product?nplId=20070329000030>
Hämtad: 2022-04-22

FASS (2022) Buprenorfin
<https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20100715000105> hämtad: 2022-04-22

FASS (2022) Elvanse <https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20140730000117>
Hämtad: 2022-04-26

FASS (2022) Bensodeazepiner/Diazepam

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19670228000021&docType=6> Hämtad: 2022-04-27

Folkhälsomyndigheten (2020) Narkotikans

skadeverkningar. [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/atgarder-som-kan-minska-skador-och-dodsfall-av-narkotika/>] Hämtad 2021-07-09

Ria Hela människan (2022) <http://helamanniskan.se/Helsingborg/>

Hämtad 2022-05-01

Nationalencyklopedin, sociala problem

<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/sociala-problem>

Hämtad 2022 06-01

Nationalencyklopedin, opioider.

[<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/opioider>]

Hämtad 2022-02-02

Nationalencyklopedin, opioidmissbruk.

[<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/opioider>]

Hämtad 2022-02-02 -2022)

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/riktlinjer/lakemedelsriktlinjer/laro-lakemedelsbehandling.pdf>

Hämtad 2022-08-15

Lagar

SFS 2001:435. Socialtjänstlag

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag

8 Bilagor

8.1 Bilaga 1 Intervjuguide

- Personlig presentation och vad jag studerar samt vart jag arbetar
- Kortare beskrivning gällande vad studies syfte är
- Underrättar samtliga deltagare om deras anonymitet samt möjligheten att bryta deltagandet när som helst.
- Har deltagaren några frågor innan? Eller vill deltagaren att jag skall förtydliga något område?

Information om intervjupersonen

1. Vad för yrkeskategori tillhör du?
2. Har du lång eller kort erfarenhet kring att arbeta inom LARO?

Intervjufrågor

- Hur upplever de professionella att patienterna på er mottagning uppfyller kraven och riktlinjer för LARO-behandling?
- Upplever du att det finns ett sidomissbruk hos patienterna? Och om det finns hur det ser ut?
- Finns det risker med LARO-behandlingen, och om så är fallet vilka är då de?
- Finns det sociala risker med LARO?
- Finns det en etisk problematik med denna typ av behandling? Och om så är fallet vad är då det?
- Förekommer det läckage bland patienterna?
- Förekommer det sidomissbruk bland patienterna?