



LUNDS
UNIVERSITET

“Vi bör inte men vi får, alltså vi behöver inte låta bli”

- De professionella kopplade till LARO's upplevelser av möjligheten att utforma en
individuellt anpassad behandling -

Helena Zaar & Patrizia Wirsén
Kandidatuppsats, Våren 2021
Socionomprogrammet, Lund
Handledare: Johan Cronehed

Abstract

Authors: Helena Zaar & Patrizia Wirsen.

Title: "We should not but we get, so we do not have to give up" - The professionals linked to LARO's experiences of the possibility of designing an individually tailored treatment - [translated title]

Supervisor: Johan Cronehed

Assessor: Annika Capelán Köhler

The aim of this qualitative study was to investigate how the professionals' linked to LARO-clinics experience the possibility of designing an individually adapted treatment. We conducted five semi-structured interviews with various professions from different LARO-clinics in Skåne. For our analysis, we have applied Lipsky's theory of Street-level bureaucracy and discretion. We have also used Antonovsky's salutogenic perspective and KASAM (Sense of context) with the concepts of comprehensibility, manageability and meaningfulness. The results of the study shows that all interviewees feel that they can influence and have room for maneuver regarding the design of the psychosocial interventions. The obstacles that are raised concern the pandemic, the patients' own will and lack of comprehension due to comorbidity, which everyone appreciates as high in the patient group. The majority of the interviewees believe that patients who go in and out of treatment throughout life are the ones who have the most difficulty managing the process. The goal of the process is also highlighted as limiting the patient group. Further we identify that all interviewees believe that the National Board of Health and Welfare's regulations are clear and that there are good guidelines for interpreting them. At the same time, the interviewees state that they believe that LARO clinics interpret the regulations differently. The differences they highlight are mainly the choice of drugs for medical treatment and how restrictive they are regarding sideabuse. At last, a major theme has been about collaboration with other organisations that are perceived as both positive and negative, which is dependent on factors such as the division of roles and trust in each other's profession.

Keywords: LARO, opioidberoende, socialstyrelsens föreskrifter, handlingsutrymme, samverkan.

Förord

Vi vill inleda med att tacka de som gjort uppsatsen möjlig för oss att genomföra. Vi vill först och främst rikta ett stort tack till de professionella på LARO som har tagit sig tid och ställt upp på intervjuer och bidragit med sina upplevelser. Deras medverkan har haft ett stort värde för vårt arbete framåt. Vi vill också tacka vår handledare Johan Cronehed för det stöd och den kontinuerliga feedback vi fått under arbetsprocessen för att färdigställa vår uppsats.

Lund, våren 2021

Helena Zaar & Patrizia Wirsén

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Begreppsdefinition	1
1.2 Bakgrund	2
1.2.1 Historik	2
1.2.2 Föreskrifter	3
1.2.3 Tillgång till LARO	4
1.2.4 Psykosociala interventioner	5
1.2.5 LARO-behandlingen	7
1.3 Tidigare forskning	9
1.3.1 LARO & Socialstyrelsens föreskrifter	9
1.3.2 Hur professionella legitimerar LARO	10
1.3.3 Förutsättningar & erfarenheter av handlingsutrymme	11
1.3.4 Risker & sideeffekter vid LARO-behandling	12
1.4 Problemformulering	14
1.5 Syfte & frågeställning	15
2. Teoretisk tolkningsram	16
2.1 Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater & handlingsutrymme	16
2.2 Det salutogena perspektivet	18
2.3 En kombination av våra teoretiska infallsvinklar	19
3. Metod och metodologiska övervägande	20
3.1 Val av metod	20
3.1.1 Kvalitativ studie med abduktiv ansats	20
3.1.2 Semistrukturerade intervjuer	20
3.2 Urval	22
3.3 Metodens tillförlitlighet	23
3.4 Forskningsetiska överväganden	24
3.5 Analys av intervjuer	26
3.6 Arbetsfördelning	27
4. Resultat och analys	27
4.1 Presentation av intervjupersonerna	27
4.2 Psykosocialt stöd och/eller behandling	28
4.2.1 Begriplighet	29
4.2.2 Hanterbarhet & delaktighet	30
4.2.3 Meningsfullhet & målbild	31
4.3 Socialstyrelsens föreskrifter	32
4.3.1 Avstängningsreglerna	33
4.3.2 Ettårsregeln	35
4.4 Samverkan	36
4.5 Sammanfattning av resultat & analys	38
4.5.1 Psykosocialt stöd och/eller behandling	38

4.5.2 Socialstyrelsens föreskrifter	39
4.5.3 Samverkan	40
5. Avslutande diskussion	40
6. Referenser	42
7. Bilagor	46
7.1 Bilaga 1 - Informationsbrev	46
7.2 Bilaga 2 - Intervjuguide	47

1. Inledning

1.1 Begreppsdefinition

LARO

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (Socialstyrelsen 2020).

Naloxon

Ett preparat som häver överdoser av opioider (Socialstyrelsen 2020).

Opiatregeln

Socialstyrelsens avgränsning av det diagnostiska begreppet ”opiatberoende”, som omfattade endast tre specifika opioider, var unik och kallades för opiatregeln (Monwell 2019).

Opiater

“Opium innehåller ett antal verksamma opiumalkaloider bland annat morfin, noskapin, kodein, papaverin och tebain. Substanser som har sitt ursprung i opiumvallmon kallas opiater” (Monwell 2019).

Opioider

Opioider är en samlingsnamn för opiater (opiumalkaloider/opiater som morfin och opium) och syntetiska ämnen (metadon, tramadol, fentanyl; semi-syntetiska som heroin, oxikodon, buprenorfin) som verkar genom opioidreceptorerna i det centrala nervsystemet, CNS. (Johnsson 2010; Monwell 2019).

SIP

SIP står för samordnad individuell plan. En SIP initieras om den enskilde har behov av insatser från både Regionen (hälso- och sjukvården) och kommunen. En samordnad individuell plan utformas utifrån den enskildes behov och tas fram tillsammans med patienten och de professioner och personer som denne önskar ska närvara (1177 Vårdguiden 2018).

Återfallsprevention

Återfallsprevention är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) som har till syfte att förebygga återfall i missbruk. Metoden började användas i Sverige under senare delen av 1980-talet och har utvecklats av amerikanska forskare (Socialstyrelsen 2019c).

1.2 Bakgrund

1.2.1 Historik

LARO introducerades i New York under mitten av 1960-talet av invärtesmedicinaren Vincent Dole och psykiatern och psykoanalytikern Marie Nyswander, då med metadon som underhållsbehandling (Johnsson 2010; Monwell 2019). I Sverige introducerades metadonbehandlingen år 1966 och under 1970-talet vidgades den över Europa i olika omfattning och varianter. Socialt stöd och psykosociala interventioner rekommenderades som kompletterande insatser redan från start. Under 1990-talet tillkom flera alternativ till metadon, bland annat buprenorfin i form av subutex. Under samma period upplevde flera länder i Europa en ”heroinvåg” och program med en ökad tillgänglighet till LARO togs fram, vilket ansågs bidra till färre antal heroinrelaterade överdoser. Inledningsvis fanns LARO-behandling endast i Uppsala men under 1980-talet startades en öppenvårdsmottagning upp i Stockholm. Under 1990-talet expanderades metadonbehandlingen till Skåne och fanns då i Malmö och Lund. Det dröjde till år 2004 innan Göteborg fick sin första LARO-mottagning (Monwell 2019).

I Sverige har metadon- och subutexbehandling lett till flertalet konfliktfyllda narkotikapolitiska debatter (Monwell 2019). Johnsson (2010) lyfter hur läkemedelsassisterad rehabilitering med metadon eller buprenorfin är den mest vedertagna behandlingsmetoden vid opioidberoende, men att det trots solid stöd från forskningen anses vara en kontroversiell metod. Anledningen till detta är, enligt författaren, uppfattningar som handlar om att behandlingen enbart byter en drog mot en annan, att patienten upprättar och kvarhålls i ett beroende, att behandlingen konkurrerar ut läkemedelsfria behandlingsformer samt risken för läckage till den illegala drogmarknaden, störningar för omgivningen och för dödsfall.

Då subutex introducerades i Sverige år 1999 kunde alla läkare förskriva det och tillgängligheten som det medförde skapade problem eftersom preparatet etablerades som en illegal drog. Detta eldade på den redan infekterade debatten kring behandlingen. Under 2000-talet arbetade Socialstyrelsen fram informationsmaterial för att sprida kunskap kring behandlingen med stöd av aktuell forskning, vilket ledde till ett ökat förtroendet och att den infekterade debatten dämpades något. Under år 2005 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter i kraft vilket innebar att preparaten subutex och metadon reglerades i samma föreskrift. Den tidigare begränsningen angående hur många som fick delta i behandlingen togs bort och

LARO-mottagningar tillkom över hela Sverige. LARO har fortsatt att expandera och år 2018 fanns det 176 mottagningar i landet (Monwell 2019).

Johnsson (2010) lyfter två former av filosofier kopplade till LARO-behandling som uppkom på 1960-70-talet. Den ena filosofin belyser långtidsbehandling, vilken har en biokemisk- och medicinsk grund, som i modern tid belyser att ett opioidberoende är en kronisk sjukdom i hjärnan, vilket fordrar kontinuerlig behandling för att hålla symtomen i schack. Enligt denna filosofi är målet att reducera symtomen och stabilisera patienten så att social rehabilitering kan ske. Den andra filosofin belyser korttidsbehandling, vilken betraktar missbruket som orsakat av sociala eller psykologiska förhållanden. Målsättningen med korttidsbehandlingen riktas åt att pågå under en limiterad tid för att avbrytas då de psykosociala orsakerna till missbruket har försvunnit. I början av 1980-talet var de flesta medicinska forskare överens om att metadonbehandling borde vara en livslång behandling, åtminstone för merparten av patienterna. Svensk forskning från år 1990 och framåt visar att avbrott i behandling medför en förhöjd dödlighet i jämförelse med de som stannar kvar i sin behandling.

1.2.2 Föreskrifter

LARO styrs av föreskrifter som Socialstyrelsen arbetar fram på uppdrag av Regeringen. Föreskrifterna kompletteras med andra dokument, exempelvis nationella riktlinjer gällande bedömningsinstrument, läkemedelsbehandling, psykosocial behandling och sociala stödinsatser. Socialstyrelsen tillhandahåller handböcker med stöd för hur tillämpningen ska ske. Föreskrifterna som reglerar LARO innehåller riktlinjer kring vilken målgrupp som behandlingen riktar sig till och vad som krävs för att kunna delta i behandlingen (Monwell 2019).

Föreskrifterna för LARO trädde i kraft år 1972 och har därefter ändrats över tid. Under 1970-talet var kravet för att få tillgång till behandlingen att den enskilde hade minst fyra års dokumenterat intravenöst opiatmissbruk och även tre medicinfria försök av behandling (Monwell 2019). För att få tillgång till behandlingen skulle den enskilde vara mellan 21-40 år samt inte ha någon psykiatrisk diagnos eller ha andra beroenden förutom det pågående heroinmissbruket. Med åren mildrades kriterierna och de med blandmissbruk samt psykiatriska diagnoser var inte längre per automatik uteslutna från behandlingen (Johnsson 2010). Att det ska vara dokumenterat innebar då och innebär fortfarande att uppgifterna ska kunna styrkas med hjälp av myndighetsdokument som exempel sociala utredningar, polisrapporter eller medicinska akter. År 2005 ändrades kraven i föreskrifterna till två års

dokumenterat opiatberoende (Monwell 2019) samt att det krävdes att patienten skulle ha fyllt 20 år (Johnsson 2010). Johnsson (2010) belyser dock att det inte är ålder som är ett dominerande kriterium utan fokus bör läggas på hur lång tid missbruket har fortgått, då det tar mellan ett till två år att utveckla ett heroinberoende. Författaren menar att de personer som har missbrukat heroin under kortare tid än så inte bör bli inskrivna på LARO-behandling då det finns en god möjlighet att missbruket kan behandlas utan läkemedel.

År 2009 ändrades kravet till ett års dokumenterat opiatberoende och definitionen av opiatberoende stramades åt och relaterades till heroin, morfin eller opium. Detta innebar att endast tre preparat i substansgruppen opioider inkluderades. Denna föreskrift tillkom av en oro för ett ökat missbruk av subutex som spridits på den illegala marknaden. Regeln kom att kallas ”opiatregeln” och ledde till att många exkluderades från LARO-behandling. Opiatregeln uppfattades inom LARO som problematisk då individer med ett allvarligt opioidberoende som var i dålig fysisk kondition nekades tillgång till behandling. År 2016 ändrades föreskrifterna igen då det konstaterades att regelverket brast och kravet ändrades till att en medicinskt ansvarig läkare bedömer att ett opioidberoende har funnits i mer än ett år (Monwell 2019).

Monwell (2019) beskriver skillnaderna och oklarheterna gällande tillämpning och tolkning av LARO-föreskrifterna ur ett rättsligt perspektiv för patienterna och påtalar vikten av en likvärdig vård över hela landet. Socialstyrelsen (2019b) har gjort en uppföljning som visat på att tillgången till LARO-behandling varierar över landet samt att både insatser och resurser skiljer sig åt mellan Regionerna. Skillnaderna består exempelvis av hur utredningarna går till och vilken vård och behandling som ges. Detta har lett till att Socialstyrelsen på uppdrag av Regeringen har tagit fram ett kunskapsstöd som innehåller en modell för LARO-behandlingen och som beskriver bestämmelser och rekommendationer som anses lämpliga. Syftet är att minska skillnaderna och att vården ska bli mer likvärdig och god för patienter oberoende av var de bor i landet.

1.2.3 Tillgång till LARO

Johnsson (2010) menar att det redan inledningsvis vid LARO's uppkomst fastställdes kriterier för vilka som skulle få möjlighet att ta del av behandling. Detta för att undvika att skapa ett beroende som inte redan existerar hos patienterna.

HSLF-FS 2016:1 12 4 kap. 2 § Den patient som ordineras läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska av den läkare som ordinerar behandlingen bedömts ha ett opioidberoende sedan minst ett år (Socialstyrelsen 2020).

För att en individ ska få tillgång till LARO-behandling krävs det att det finns en fastställd diagnos för opiat- eller opioidberoende. Diagnosen är ett sätt att få en bild av sjukdomen och för att kunna användas som underlag i behandlingen (Monwell 2019). Författaren beskriver att tillvägagångssättet för bedömningarna varierar. Ibland gör läkare bedömningar på egen hand och ibland tillsammans med kuratorer eller sjuksköterskor. Patientens dokumentationshistorik hämtas antingen från dennes sjukhusjournal, socialtjänsten, polisen eller från kriminalvården och sedan sammanvägs psykiatriska, somatiska och sociala faktorer med hjälp av instrument som LARO använder för att bedöma medicinska risker. Samverkan med andra verksamheter, såsom socialtjänsten, uppges ske i varierad grad.

Att få en diagnos kopplat till beroende eller beroenderelaterad ohälsa kan leda till både positiva och negativa effekter. Enligt Monwell (2019) menar flertalet forskare att några av de negativa effekterna är att det kan leda till diskriminering, stigmatisering och risk för att bli sämre bemött inom vården. De positiva effekterna med diagnosen är att problemen beskrivs som en sjukdom vilket kan leda till att individen identifierar sig som en patient i stället för en missbrukare och därigenom befrias från skuld, skam samt moraliserande värderingar. Johnsson (2010) menar att patienter kopplade till LARO är en socialt missaktad grupp då de inte längre är i samma fas som tidigare, men inte heller är som "vanliga" personer utan missbruk. Detta sociala stigma medför att flertalet patienter försöker hemlighålla sin behandling. Författaren lyfter att det med anledning av detta sociala stigma är vanligt att patienterna har en önskan att avsluta behandling och klara sig utan läkemedel.

1.2.4 Psykosociala interventioner

HSLF-FS 2016:1 12 5 § Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska bestå av: 1. behandling med läkemedel som utgör narkotika och som har godkänts för behandling av opioidberoende, samt psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. De insatser som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet. (Socialstyrelsen 2016).

Monwell (2019) beskriver att det finns ett stort stöd för god effekt av psykosociala interventioner vid missbruk och beroendeproblematik. Vad gäller psykosocial behandling och stödinsatser på LARO så är forskningen enligt författaren begränsad och splittrad med anledning av att de psykosociala insatserna är många och fältet brett. Dock finns det studier som visar på god effekt av psykosociala behandlingar och stödinsatser på LARO. Dessa studier visar på att de patienter som får psykosociala insatser stannar kvar i LARO-behandlingen i större utsträckning och även lämnar negativa drogprover i högre utsträckning. Det finns även studier som visar att återfallsprevention i samband med LARO minskar graden av återfall. Skillnaden var att i gruppen som fick återfallsprevention så återföll 36 procent i missbruk medan i gruppen som inte fick återfallsprevention så återföll 64 procent i missbruk. Gällande socialt stöd i samband med LARO finns studier som visar att det förbättrar livssituationen. De aspekter som mättes i studien var sysselsättningsgrad, boendestabilitet, kontakt med rättsväsendet och försäkringsvillkor. Johnson och Richert (2014) menar att det är av vikt att psykosociala och livsstilsförändrade interventioner sker som ett komplement till läkemedelsbehandlingen. Detta för att förebygga återfall samt för att ge stöd åt att exempelvis bryta sig loss från en kriminell livsstil, om de är i behov av det. Psykosociala och livsstilsförändrade interventioner kan göras genom att initiera sysselsättning eller andra aktiviteter som är gynnsamma för att skapa nya relationer med personer utan koppling till droger. Enligt Stöver (2012) uppskattar även Världshälsoorganisationen (WHO) att de mest effektiva interventionerna vid opioidberoende innefattar läkemedelsassisterad behandling i kombination med psykosocial behandling.

Det finns brukarstudier som påvisar att individen kan uppleva sig både ensam och isolerad när livsstilen förändras och inte längre är missbrukscentrerad. Sysselsättning uppges av Monwell (2019) vara en stor del i återhämtningen och en viktig faktor för att förändra identiteten till att vara en någon med ansvar, fungerande ekonomi och fritidsaktiviteter. Författaren pekar även på studier som påvisar vikten av att patienten tillåts vara delaktig i behandlingens utformning. Som det står i HSLF-FS 2016:1 12 5 § punkt 2 ”De insatser som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet” (Socialstyrelsen 2019a).

Johnsson (2010) menar att det finns behov av att skapa behandlingsmodeller som involverar patienterna i behandlingsprocessen genom att ta hänsyn till deras åsikter och erfarenheter. Författaren lyfter exempelvis att flertalet patienter inskrivna i LARO upplever att det finns en överdriven kontrollmekanism i programmet. Johnsson (2010) menar att en god och individuellt anpassad behandling är det bästa sättet att undvika störningar. Att

patienterna har en begriplighet gällande vilka regler som gäller, att lokalerna är anpassade och att det skapas rullande scheman för dosering och provtagning.

Johnsson (2010) lyfter två viktiga framgångsfaktorer vid LARO-behandling. Den ena faktorn handlar om samverkan med andra aktörer. Författaren menar att patienterna ofta har många olika former av problem samt funktionsnedsättningar som inte enbart läkemedelsbehandling på LARO kan lösa. Den andra faktorn som författaren belyser handlar om att LARO-mottagningens programstorlek ska vara adekvat för att öka möjligheten att tillhandahålla en god vård. LARO-mottagningen bör varken ha för få eller för många patienter inskrivna samtidigt. Författaren menar att småskalighet skapar en organisatorisk sårbarhet som kan medföra att förändringar i exempelvis personalstyrkan kan få tydligt negativa konsekvenser, medan storskalighet kan öka risken för störningar i omgivningen och uppkomsten av en ogynnsam terapeutisk miljö för patienten. Att patienten sätts i centrum lyfts av Monwell (2019) som positivt, likaså bemötande från personal och vikten av en god relation med behandlarna lyfts som en stor faktor för att patienten stannar kvar i LARO-behandlingen.

1.2.5 LARO-behandlingen

Opiatberoende är svårbehandlat och forskning har inte kunnat peka på några tydliga stöd på bestående effekter av läkemedelsfri behandling. Den ledande behandlingsmetoden är läkemedelsassisterad behandling med metadon eller buprenorfin (Johnsson & Richert 2014). Grundläggande i LARO är att patienten ska få en individuellt anpassad dos av metadon, en så kallad underhållsmedicinering, för att minska sug efter opiater och för att effekten av en potentiell heroininjektion ska minskas. En lagom underhållsdos ska medföra att patienten vare sig upplever abstinens eller ruseffekter och därav kan fungera som en opåverkad person, under förutsättning att det inte finns ett etablerat sidomissbruk. Johnsson (2010) lyfter att patienten, då denna har ett mer stabilt metadonintag, ska bli mer receptiv för sociala och psykologiska stödåtgärder. I Sverige är buprenorfin, som godkändes i Sverige år 1999, ett vanligt preparat vid LARO-behandling. Buprenorfin leder ofta till en mer otillräcklig dämpning av drogsuget än metadon dock är fördelarna med buprenorfin att preparatet har färre biverkningar samt är mindre toxiskt än metadon (Johnsson 2010).

Johnsson (2010) lyfter att det i Sverige sedan år 2006 finns tillgång till suboxone som är ett kombinationspreparat innehållande buprenorfin och naloxon. Då suboxone tas under tungan fungerar den som subutex, men om det snorkas eller injiceras så aktiveras naloxonet

vilket medför att buprenorfineffekten minskar. Detta preparat är utformat för att minska dess attraktion på den illegala marknaden, dock kan även suboxone missbrukas.

Det som avgör vilket läkemedel och vilken dos som ordineras under LARO-behandlingen är patientens fysiska och psykiska mående i kombination med bedömningen av allvarligheten av dennes beroende och tolerans. Patienten får initialt en kontaktperson och målsättningen under de första månaderna av behandlingen är att patientens situation ska stabiliseras och att det ska skapas en allians med behandlingspersonalen. Förändringen i livet för patienten är ofta påtaglig då denne under behandling dagligen behöver passa tider för medicinuthämtningar, provtagningar samt hålla kontakten med behandlingspersonalen. I början av behandlingen är kontakten väldigt tät och efterhand som patienten stabiliseras ändras rutinerna och kontakten blir mindre frekvent (Monwell 2019). I medicinsk forskning har det visats att faktorer som dosnivåer, behandlingstid och utnyttjande av olika psykosociala insatser har stor inverkan på behandlingsresultatet (Johnsson 2010). Författaren menar att LARO har beskrivits som den behandling som har mest regler, vilka tydliggörs i Socialstyrelsens föreskrifter som inbegriper strikta direktiv om exempelvis urinkontroller och hämtningsrutiner.

Monwell (2019) beskriver att behandlingsarbetet sker i team med personal från flera professioner som kan omfatta läkare, kurator, psykolog, sjuksköterska, socionom, arbetsterapeut och sjukgymnast. Det kan inom Regionen erbjudas vissa psykosociala insatser som exempelvis återfallsprevention medan psykosocial behandling i huvudsak erbjuds från kommunens socialtjänst. Exempel på psykosocial behandling är behandlingshem, tolvstegsbehandling, haschavvänjningsprogram eller kognitiv beteendeterapi. Socialtjänsten tillhandahåller även socialt stöd i form av exempelvis kontaktperson, stöd till anhöriga, ekonomiskt bistånd, färdighetsträning eller case managers (CM). Psykosocial behandling och/eller stöd ska ges efter individens behov, men enligt Monwell (2019) är det i praktiken mer avgörande vilka insatser som finns tillgängliga i kommunen.

Johnsson (2010) menar att de flesta svenska LARO-program verkar utifrån ett så kallat högdoserande långtidprogram som även ger bäst resultat på individuell nivå. Författaren menar att majoriteten av patienterna får ett bättre liv med stöd av behandlingen, men att många patienter, i varierande grad, har problem med sidomissbruk, återfall, och andra sociala och medicinska svårigheter. Det är bara liten andel av patienterna som helt lämnar missbrukslivet bakom sig. Det finns även de patienter inte kan tillgodose sig behandlingen och har ett vidsträckt sidomissbruk och/eller kriminalitet. De avbryter ofta behandlingen på eget initiativ eller genom så kallad ofrivillig utskrivning. Författaren visar att de

skadelindrande ambitionerna vid lågdosprogram visar utmärkande förbättringar på gruppnivå gällande dödlighet, kriminalitet, hälsotillstånd och illegal droganvändning. Det är dock mer vanligt med återfall kring opioidmissbruk samt låg andel som stannar kvar i behandling.

1.3 Tidigare forskning

1.3.1 LARO & Socialstyrelsens föreskrifter

Monwell (2019) har skrivit en avhandling som handlar om läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende och om Socialstyrelsens föreskrifter som gällde mellan år 2009 och år 2016. Föreskrifterna gjorde gällande att endast personer med ett opiatberoende till heroin, morfin eller opium hade möjlighet att söka behandling via LARO. Sedan den 15 februari år 2016 gäller istället att alla med opioidberoende kan söka behandlingen.

Monwell (2019) visar på att problemtygden hos de som söker sig till en LARO-behandling är omfattande. Författaren har tagit del av ASI-intervjuer (Addiction Severity Index) som utreder och kartlägger individen under sju olika livsområden, fysisk och psykisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem samt familj och umgänge. I avhandlingen beskriver författaren en allvarlig problemtygnd inom alla sju livsområden hos de undersökta individerna. Problem med narkotika var dock det som skattades som mest allvarligt och individerna uppvisade ett omfattande behov av behandling och vård.

Monwell (2019) har studerat LARO-patienter och jämfört de patienter som fullföljt behandlingen, de som avbrutit och återupptagit den och de som avslutat behandlingen i förtid. Författaren anser att den största förbättringen finns hos patienterna med en oavbruten LARO-behandling, då de inom samtliga ASI-områden hade en påtagligt förbättrad livssituation. Författaren konstaterar även att de patienter som avbrutit LARO och som ”inte återfinns i kontrollerad miljö” (Monwell 2019) har återgått till ett missbruk av hög allvarsgrad. Vidare anser författaren att det finns bra evidens för effekten av LARO vid opioidberoende som påvisar minskat missbruk och kriminalitet, förbättrad hälsa, lägre risk att dö i förtid samt samhällsekonomiska vinster. LARO-behandling beskrivs vidare av författaren som en ”möjliggörande faktor” (Monwell 2019) för att nå framgång i rehabilitering vid opioidberoende. Författaren beskriver även hur LARO-behandlingens intention redan från dess start har varit att utgå från ett holistiskt perspektiv och ta hänsyn till patientens alla livsområden. Detta visar sig i både behandlingen och föreskrifterna som kräver tillgång till psykosocial behandling och stöd parallellt med behandlingen.

1.3.2 Hur professionella legitimerar LARO

Ekendahl (2011) har gjort en studie med fokus på hur professioner som arbetar med underhållsbehandling med metadon legitimerar metoden relaterat till evidens, läkemedelspolitik och behandlingsfilosofi. Författaren menar att underhållsbehandling länge varit och till viss del fortfarande är kontroversiellt i Sverige eftersom behandlingen syftar till att minska skadeeffekten via en säker konsumtion hos patienterna och inte till att eliminera droganvändningen helt. Detta trots att evidens visar att det är den effektivaste behandlingen att hjälpa opioidmissbrukare både att överleva och att leva ett mindre destruktivt liv. I diskussionerna om underhållsbehandling vävs ofta evidens samman med värderingar vilket, enligt Ekendahl (2011), betonar vikten av att analysera underhållsbehandling vidare.

Ekendahl (2011) kommer fram till tre viktiga funktioner gällande underhållsbehandling som sammanflätar evidens med skademinimering och narkotikapolitiska värderingar som han beskriver som avhållsamhetsorienterade. De tre funktionerna som författaren identifierade i underhållsbehandling är terapeutisk intervention, skadereduktion och funktionen pragmatisk lösning. Intervjupersonerna i studien beskrev underhållsbehandling som medicinskt nödvändig kombinerat med psykosocial behandling med syfte att rehabilitera och arbeta för drogfrihet.

Ekendahl (2011) beskriver att metadon, trots att det är en potent opiat, kan konstrueras och användas som ett rehabiliterande ämne eftersom det hjälper användaren att lura begäret efter exempelvis heroin. Metadon, som ges till en opioidmissbrukare, ger ingen euforisk känsla, får inte patienterna att bete sig på ett sätt som motsäger rehabilitering och funktionen är att lindra smärta snarare än att ge glädje. Vidare menar författaren att uppfattningen av metadon som medicin bidrar till en normalisering av underhållsbehandling som en terapeutisk intervention. Ekendahl (2011) menar att en bidragande faktor till normaliseringen är att patienterna som får metadon har möjlighet att utveckla sociala aspekter som exempelvis att arbeta. Metadonet ges ett syfte att bygga upp normalitet snarare än att bara minska drogrelaterade skador och författaren understryker vikten av att patienterna får tillgång till psykosocialt stöd och/eller behandling för att det ska fungera som helhet. Ekendahl (2011) kommer fram till att det är de psykosociala insatserna som gör underhållsbehandlingen till en komplett behandling och beskriver metadon och subutex som en mindre komponent om man ser till hela behandlingsprogrammet. Opioidberoende beskrivs som ett komplext problem och för att lyckas bryta det krävs struktur och syfte tillsammans med medicinen, vars tanke är att ge stabilitet i kaoset som ett opioidmissbruk ger. När det fungerar leder det till avhållsamhet,

ordning, förbättring och kontroll för den med missbruksproblem, vilket är målet med svensk narkotikapolitik och således viktigt för underhållsbehandlings normaliseringsprocess.

Ekendahl (2011) beskriver att innehållet i underhållsbehandlingen ständigt förbättras för att passa både individen och samhället och betonar vikten av att det som styr är bästa praxis och inte de moraliska aspekterna. Individen som helhet betonas och vikten av att möta patienten där denne befinner sig för att finna sina mål i rehabiliteringen. Ekendahl (2011) kommer sammanfattningsvis fram till att det som gör underhållningsbehandling legitim är att opioidmissbrukarna övervakas, att medicinen inte ger ett rus och att den kombineras med psykosociala insatser som syftar till livsstilsförändring och personlig utveckling.

1.3.3 Förutsättningar & erfarenheter av handlingsutrymme

Wörlén (2010) har gjort en enkätstudie som undersöker förutsättningarna för och erfarenheter av handlingsutrymme och prioriteringar i socialtjänsten. Wörlén (2010) beskriver hur åren fram till finanskrisen år 2008 överlag ledde fram till förbättringar för kommunerna men att arbetet med tydliga och väl övervägda prioriteringar mellan de olika verksamheterna starkt har etablerat sig i det politiska arbetet. Det har lett till att resurserna ska satsas där de gör störst effekt och hur detta görs bäst råder delade meningar om. Diskussionerna om prioriteringar och hur resurser ska fördelas förs ständigt och påverkas främst i tider av ekonomisk nedgång. Missbruksvården är en av de verksamheter som främst prioriteras när då besparingar ska göras.

Wörlén (2010) menar att beslutsfattare på alla nivåer anser att prioriteringar är komplext och svårt då så många aspekter måste beaktas. Författaren betonar också den känslomässiga aspekten av prioriteringar eftersom när vissa behov blir tillgodosedda så blir i förlängningen inte andra det. Prioriteringar beskrivs av författaren som ”mer eller mindre medvetna val utifrån föreställningar om vilka behov och krav som föreligger, vilken legitimitet dessa har och vilka insatser samhället har att erbjuda” (Wörlén 2010). Viktiga begrepp att ta hänsyn till beskrivs som jämlikhet och rättvisa. Dock, beskriver Wörlén (2010), att det i praktiken är svårt att göra dessa avvägningar då det handlar om att de professionellas uppfattning av både kommunens regler och svensk lag, samtidigt som det finns både medvetna och omedvetna personliga preferenser. Socialarbetarens verklighet kan dessutom innefatta tidsbrist, otillräcklig information samt avsaknad av den logik som präglar det politiska arbetet och därmed gör exempelvis resursfördelningens motiv otydlig.

De principer som, av Wörlén (2010), beskrivs som grundläggande för hur

prioriteringar ska göras är meriteringsprincipen, behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Meriteringsprincipen beskrivs som att den som förtjänar stödet mest eller kan använda det på bäst sätt ska få förtur. Med behovsprincipen menas att prioriteringar ska göras efter individens behov. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det alternativ som har lägst kostnader som kan tillgodose individens behov ska väljas. Av dessa principer så menar författaren att behovsprincipen är den mest centrala. I Wörléns (2010) studie framkommer att klienter i behov av missbruksvård hamnar längre ner på skalan gällande att bedömningar av prioritering då besparingar ska göras.

Wörlén (2010) beskriver att prioriteringar handlar om beslutsfattande och att det till störst del sker på tjänstemannanivå av vilka hon kallar gräsrotsbyråkrater. Gräsrotsbyråkraterna har oftast ett stort handlingsutrymme gällande att avgöra vem som har rätt till hjälp och i hur stor utsträckning. Författaren förtydligar dock att socialarbetarens handlingsutrymme inte på något sätt är gränslöst utan att den styrs av både lagar, interna riktlinjer och regler och att dessa definierar de yttre gränserna för socialarbetarens handlingsutrymme.

I Wörléns (2010) studie uppger cirka 90 procent av de tillfrågade att de tycker att de har en stor frihet gällande att bestämma på vilket sätt deras arbete ska utföras. Det som anges som den mest hämmande faktorn i beslutsfattandet är bristen på resurser i verksamheten, exempelvis i missbruksvården. Wörlén (2010) uppger att när det kommer till vilken typ av prioriteringar som socialarbetarna tvingas göra så anger flertalet att det handlar om hur mycket tid som ska avsättas till ärendet och att de prioriterar i turordningen mellan klienterna.

1.3.4 Risker & sidoeffekter vid LARO-behandling

Johnsson (2010) har gjort en forskningsöversikt om risker och sidoeffekter vid LARO-behandling. Författarens belyser hur behandlingsformen, trots solid forskningsstöd, är omtvistad och har som syfte att klargöra de tvivel och risker som finns kring behandlingen och utröna vari detta som det finns en adekvat oro. De tvivel och risker som lyfts i studien berör huruvida behandlingen enbart byter en drog mot en annan, om behandlingen medför att patienten upprättar och kvarhålls i ett beroende, om det finns risk att behandlingen konkurrerar ut de läkemedelsfria behandlingsformerna, om risken för läckage till den illegala drogmarknaden, om risken för störningar för omgivningen samt risken för dödsfall orsakade av överdoser i och utanför behandling.

Gällande kritiken att underhållsbehandling endast byter en drog mot en annan och att

den enda skillnaden är att den ena drogen är laglig och denna andra inte är det så menar Johnsson (2010) att preparaten skiljer sig åt. Författaren pekar på att opioider är korttidsverkande medan underhållsmedicinen är långtidsverkande, vilket medför en ökad stabilitet för patienten. Vidare har exempelvis buprenorfin en depåeffekt som medför att ännu större intag inte medför ökad effekt. Det finns även markanta skillnader i påverkan på hjärnans limbiska system där opioider medför ökad stressreaktion med ökat drogsug medan underhållsmedicinen medför att stressen och drogsuget minskar. Författaren menar att ovanstående kritik mer härstammar från en moralisk kompass.

Kritik kring risken att behandlingen upprättar och bibehåller ett beroende menar Johnsson (2010) är befogad och pekar på att det finns strikta kriterier för att få delta i behandlingen för att undvika detta scenario. Kriterierna är formade utifrån erfarenheter och forskning och har förändrats över tid för att passa målgruppen. Det rör sig exempelvis om specifik åldersgrupp samt dokumenterat missbruk under en specifik tid. Författaren menar att det centrala kriteriet handlar om hur länge missbruket har pågått då det tar mellan ett och två år att utveckla ett opioidberoende. Johnsson (2010) anser att det flaggar för att de personer som missbrukat kortare tid än så bör ingå i en läkemedelsfri behandlingsform.

Johnsson (2010) lyfter farhågorna kring att LARO-behandling konkurrerar ut de läkemedelsfria behandlingarna och menar att det är viktigt att båda behandlingsformerna finns. Författaren anser att en läkemedelsfri behandling är det bästa men pekar på vikten av att det finns alternativ för de som inte vill eller klarar att bryta opioidmissbruket utan läkemedel. Johansson (2010) påtalar att studier kring läkemedelsfri behandling för de med ett utvecklat heroinberoende inte har påvisat några tydliga varaktiga effekter. Det finns å andra sidan ett starkt vetenskapligt stöd för den behandlingsform som inbegriper läkemedel.

Johansson (2010) belyser kritiken om läckage till den illegala drogmarknaden som den mest allvarliga risken med LARO-behandling då det kan medföra ökat missbruk och dödsfall. Författaren menar att det finns kunskapsluckor kring läckage vid LARO-behandling samt att det finns indikationer att läckage av metadon på senare år har ökat. Författaren lyfter i sin studie vikten av att nå rätt målgrupp och att behandlingen inbegriper läkemedel som inte är attraktiva på den illegala drogmarknaden.

Johnsson (2010) menar att omgivningsstörningar från LARO-patienter kan medföra att LARO-behandlingen får ett dåligt rykte. LARO-behandlingar i Sverige är därför oftast förlagda vid sjukhusområden. Författaren belyser att möjligheten att undvika störningar ökar med en god anpassad vård där patienterna har en begriplighet om behandlingen, lokalen har fysiska förutsättningar, antalet patienter är lagom samt där det finns ett rullande schema för

provtagning och utlämning av doser. Dödsfall relaterade till underhållsbehandlingen menar Johnsson (2010) är sällsynt i Sverige men att de sker både i och utanför behandlingen. De dödsfall som sker utanför är normalt en följd av läckage medan dödsfall i behandlingen relateras till antingen sidomissbruk, att patienten inledningsvis uppgett felaktig beroendecomfattning samt okänd leversjukdom.

Sammanfattningsvis menar Johnsson (2010) att riskerna med LARO-behandlingen är överdrivna men viktiga att belysa. Författaren pekar på att forskning har uppvisat goda resultat med högstrukturerad behandling med grund i positiv förstärkning av eftersträvansvärda beteenden och poängterar vikten av att öka patienternas delaktighet i vårdprocessen. Samverkan och storleksanpassande LARO-mottagningar lyfter författaren som viktiga framgångsfaktorer. Detta då patienter ofta har en samsjuklighet och fler vårdgivare inblandade. Gällande mottagningarna så menar Johnsson (2010) att om de är för stora så ökar risken för problem med omgivningen och kan leda till terapeutiskt ofördelaktiga villkor och om de är för små finns det risk för organisatorisk sårbarhet.

1.4 Problemformulering

LARO är en av de insatser som lyfts fram i Regeringens ANDT-strategi (strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken) som har som övergripande mål att arbeta för ett samhälle fritt från dopning och narkotika, med reducerade sociala och medicinska skador orsakade av alkohol samt ett avtagande tobaksbruk (Socialstyrelsen 2020). Regionen ansvarar för de medicinska insatserna som LARO-behandling innebär samt för abstinensbehandling, vård för psykisk samsjuklighet och sprutbytesverksamhet. Kommunernas socialtjänst har huvudansvaret för de vård- och behandlingsinsatser som inte är av medicinsk karaktär och som kan ske i någon form av öppenvård, institutionsvård eller tvångsvård. Samsjuklighet av både psykisk- och somatisk karaktär hos patientgruppen är generellt sett hög. Det är vanligt att patienter har någon form av psykossjukdom, ångest, depression, neuropsykiatriska funktionshinder eller personlighetssyndrom (Andersson & Johansson 2018). Problematik med samsjuklighet medför att det är än mer viktigt att det finns adekvat kompetens samt att samverkan mellan olika vårdgivare fungerar. Samverkan mellan LARO och socialtjänsten sker frekvent i enskilda patientärenden. Gemensam medverkan vid SIP är en vanlig form för samverkan. Ibland sker samverkan även på mer övergripande nivå, exempelvis genom studiebesök, planeringsmöten och strategimöten. De patienter som socialtjänsten kommer i kontakt med är oftast personer som har omfattande problem med sidomissbruk, mår dåligt på olika sätt och/eller har en svår social situation som de behöver hjälp med (Andersson &

Johansson 2018).

Antalet patienter inskrivna på LARO har ökat markant de senare åren. Ökningen kan enligt Andersson och Johansson (2018) förklaras med en ökad tillgänglighet till LARO-mottagningar med anledning av vårdvalet som infördes år 2014, etablering av privata LARO-mottagningar samt förändrade föreskrifter vid utskrivningar från LARO. Fram till år 2016 blev LARO-patienter med omfattande sidomissbruk mer ofta utskrivna från sin pågående behandling, medan patienterna idag får stanna kvar i sin behandling. Sidomissbruk kan inbegripa både kortvariga och mer långvariga utmaningar. Det är vanligtvis substanser som alkohol, cannabis, sedativa läkemedel, centralstimulerande droger som kokain och amfetamin och nya "nättdroger" som inbegrips i ett sidomissbruk (Andersson & Johansson 2018).

Opioidberoende orsakar avsevärd skada både för den enskilde och för samhället. Direkt ekonomisk belastning sker i form av exempelvis straffrättsliga kostnader och sjukvård medan en mer indirekt påverkan sker i form av sociala bidrag till följd av exempelvis arbetslöshet (Stöver 2012).

1.5 Syfte & frågeställning

Då föreskrifterna kopplade till LARO har varit under en kontinuerlig utveckling för att skapa den bästa möjliga behandlingen för den enskilde anser vi att det är av stor vikt att belysa förutsättningar för att utforma en individuellt anpassad behandling. Detta genom att undersöka de professionellas upplevelser utifrån faktorer som handlingsutrymme, samverkan och rådande föreskrifter. Syftet med vår studie är att undersöka hur professionella kopplade till LARO upplever möjligheten att utforma en individuellt anpassad behandling. Våra frågeställningar är följande:

- Hur upplever de professionella möjligheten att tillhandahålla individuellt anpassat psykosocialt stöd och /eller behandling parallellt med underhållsbehandlingen?
- Hur upplever de professionella sitt handlingsutrymme i förhållande till Socialstyrelsens föreskrifter?
- Hur upplever de professionella samverkan med andra verksamheter gällande att utforma en individuellt anpassad behandling?

2. Teoretisk tolkningsram

2.1 Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater & handlingsutrymme

Vi har valt att använda oss av den nordamerikanska statsvetaren Michael Lipsky's begrepp "street-level bureaucrats" samt "discretion" som vår teoretiska tolkningsram (Lipsky 1980), då vårt syfte är att studera det upplevda handlingsutrymmet hos de professioner som arbetar i ett patientnära arbete. Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) lyfter hur begreppet "street-level bureaucrats" kan översättas till gräsrotsbyråkrat, gatubyråkrat eller frontlinjebyråkrat. Oberoende av vilken översättning en väljer finns det en innebörd i begreppet att tydliggöra den position som den professionella befinner sig i när denne i sin roll som representant för en myndighet möter en samhällsmedborgare. Vi kommer i vår studie framöver att använda oss utav översättningen "gräsrotsbyråkrat", vi kommer att benämna begreppet "discretion" som handlingsutrymme samt benämna samhällsmedborgaren som en patient då vår studie rör en specifik organisation, LARO, som benämner de hjälpsökande som patienter. Svensson, Johansson och Laanemets (2008) lyfter att det är av vikt att förstå att det gäller en individ i samhället och att denne inte enbart definieras efter sin kontakt med myndigheten.

Gräsrotsbyråkratin har sitt ursprung från begreppet "byråkrati" vilket karaktäriseras av begreppen specialisering, regelstyrning och stark kontroll (Johansson 2007). Lipskys (1980) teori om gräsrotsbyråkrati skiljer sig från ovanstående begrepp företrädesvis genom det handlingsutrymme som de professionella i organisationerna har. Hansson (2017) lyfter Lipskys reflektioner kring gräsrotsbyråkrater som beslutsfattare och att de har en betydande effekt på det konkreta genomförandet av politiska beslut. Författaren menar att om gräsrotsbyråkraterna är tids-, informations- och resursmässigt begränsade kan det medföra att systematiska metoder skapas som medför att deras insatser inte kan utföras enligt de högsta standarderna för beslutsfattande. Hansson (2017) framhäver att Lipskys begrepp "discretion" belyser det handlingsutrymme som gräsrotsbyråkraterna har att tillgå för att göra prioriteringar och tolkningar i individuella ärenden. Gräsrotsbyråkrater måste tolka de regler som styr organisationen och samtidigt implementera reglerna i förhållande till specifika omständigheterna för den enskilde patienten. Detta handlingsutrymme medför att det är gräsrotsbyråkraterna som "gör politik", det vill säga verkställer politiska beslut, och därmed även en viktig länk mellan det demokratiska samhället och samhällsmedborgarna.

Svensson, Johansson och Laanemets (2008) belyser hur gräsrotsbyråkraterna, i mötet med patienten, har ett ansvar att fånga upp och stödja patientens behov av stöd i förhållande till organisationens uppdrag samt vikten av att båda parterna ska uppleva att mötet och de beslut som tas vilar på en rättssäker grund. För att möjliggöra detta har gräsrotsbyråkraterna stöd av sin specifika kunskap samt de resurser som organisationen har att tillgå. Svensson, Johansson och Laanemets (2008) belyser hur ett handlingsutrymme kan tas i anspråk på olika sätt. Författarna menar att handlingsutrymmet formas av olika faktorer som exempelvis organisationen uppbyggnad, rutiner och uppdrag, olika professionella tolkningar samt traditioner och värderingar hos både de professionella och de patienter som söker sig till organisationen. Även samspelet mellan gräsrotsbyråkrater och patienten påverkar handlingsutrymmet. Lipsky (1980) menar att bristande resurser och ofrivilliga patienter även påverkar arbetsvillkoren för gräsrotsbyråkrater vilket i sin tur kan påverka handlingsutrymmet negativt.

Svensson, Johansson och Laanemets (2008) belyser den makt som gräsrotsbyråkrater har i sitt handlingsutrymme. Johansson (2007) pekar på begreppet "gränsöverskridande" som källan till gräsrotsbyråkraternas makt. Begreppet syftar till att beskriva att gräsrotsbyråkrater både har förfogande till de förstahandsuppgifter som patienter lämnar och samtidigt har kunskap om organisationen och dess möjligheter att tillgodose behoven. En makt som antingen kan nyttjas till patientens fördel eller organisationens fördel, eller som Knutagård (2016) beskriver det som möjligheten att "ge stöd" eller "kontrollera". Det finns med andra ord möjligheter för gräsrotsbyråkrater att påverka sitt handlingsutrymme så att patienten får adekvat stöd.

Knutagård (2016) beskriver hur gräsrotsbyråkraternas handlingsutrymme regleras av en delegationsordning där de yttre ramarna är fastställda för gräsrotsbyråkraternas maktutövning. Meuwisse och Swärd (2016) lyfter hur gräsrotsbyråkrater i sitt patientnära arbete, trots underlydande position i organisationen, har en betydande makt att påverka utgången för patienter i enskilda ärenden. Knutagård (2016) menar att det kan se olika ut hur gräsrotsbyråkraterna nyttjar sitt handlingsutrymme. Från att inte nyttja det för patientens fördel till att passera den "tillåtna" ramen. I handlingsutrymmet anstår det gräsrotsbyråkrater att förhålla sig till lagar och föreskrifter och samtidigt använda sitt omdöme och agera utifrån yrkets moraliska koder. Gräsrotsbyråkrater måste beakta både kravet på att behandla varje individ lika utifrån lagen men samtidigt också göra en individuell bedömning beroende på omständigheterna (Hansson 2017).

Swärd och Starrin (2016) menar att handlingsutrymmet som gräsrotsbyråkrater har i

sitt åtagande är en viktig del, då det är svårt att på förhand avpassa hur relationer utformas, vilka moraliska och etiska dilemman som uppstår i mötet mellan gräsrotsbyråkrat och patient samt hur de ska hanteras. Lipsky (1980) understryker vikten av handlingsutrymme i de yrken där det är ofrånkomligt med mänsklig interaktion och där ärenden är av komplex karaktär. Detta då komplexa ärenden inte kan hanteras utifrån enbart formella regler och föreskrifter. Ett handlingsutrymme är av vikt för att gräsrotsbyråkrater ska kunna visa samhället och dess medborgare en flexibilitet och medkänsla och mindre rigiditet. Handlingsutrymmet bidrar även till ökad känsla av autonomi hos gräsrotsbyråkraterna och medför att patienterna får en ökad tro på att gräsrotsbyråkraterna har nyckeln till deras välbefinnande som i sig medför att välfärdsstaten legitimeras. Gräsrotsbyråkrater skapar policy utifrån två aspekter. Genom att de nyttjar sitt handlingsutrymme när de fattar beslut för patienten samt då dessa tagna beslut formas till rutiner i organisationen (Lipsky 1980).

2.2 Det salutogena perspektivet

Den medicinske sociologen och professorn Antonovsky myntade år 1979 det salutogena perspektivet i sin bok *Health, Stress, and Coping*. Begreppet salutogena härrör från latinets *salu'te* som betyder hälsa samt från det grekiska ordet *genesis* som står för ursprung. Det salutogena perspektivet fokuserar på det som är främjande och utvecklande för hälsan i stället för det patogena perspektivet som fokuserar på vad som förhindrar mognad och utveckling och alstrar sjukdom (Gassne 2008).

Enligt Gassne (2008) menar Antonovsky att människans tillvaro är fullt av oundvikliga utmaningar och svårigheter som måste hanteras, så kallade stressorer. Det innebär vidare att det inte är själva laddningen i stressorerna eller de utmaningar som påverkar utgången utan det är hur individen tar och förhåller sig till situationen eller det inträffade. Det salutogena perspektivet innebär att stressorer inte enbart är belastande för individen, utan även en möjlighet till utveckling. Enligt perspektivet är det individens KASAM, känsla av sammanhang, som är avgörande för den enskildes motståndskraft och för vilka konsekvenser som uppstår. KASAM inbegriper delarna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. De generella motståndsresurser som lyfts hos individen i samhället är *jagstyrka, socialt stöd, kulturell stabilitet* och *god ekonomi*, dessa är av vikt för individen att hantera livet och dess stressorer. Då en individ återkommande utsätts för stressorer kommer motståndsresurser aktiveras och forma en förutsägbarhet och begriplighet för den enskilde. I utmaningarna med olika stressorer utvecklas livserfarenhet som leder till att den enskilde

ökar sin hanterbarhet vilket medför att den enskilde kan liknas vid en aktör i livet istället för ett offer av de omständigheter en utsätts för. Hanterbarheten kan liknas vid coping. I KASAM lyfts meningsfullhet som en viktig del. Upplevelsen av meningsfullhet bottnar i att den enskilde har en begriplighet och hanterbarhet i sitt liv, men även huruvida den enskilde upplever sig värdefull och sedd av omvärlden. Meningsfullhet är den emotionella komponenten som inbegriper motivation (Gassne 2008).

2.3 En kombination av våra teoretiska infallsvinklar

Vi har valt två olika teoretiska infallsvinklar i vår studie då de agerar som två olika analytiska verktyg för att binda samman vår studie. Teorin om gräsrotsbyråkrater och det teoretiska begreppet handlingsutrymme har en direkt relevans för studiens syfte och frågeställningar, detta då de professionella kopplade till LARO kan liknas vid en gräsrotsbyråkrat då de arbetar i ett patientnära arbete och har organisationens föreskrifter och lagar att förhålla sig till. Teorin är passande för studien då den öppnar upp för möjligheten att analysera och öka förståelsen för komplexiteten kring de professionellas roll samt vilka dilemman denne möter i det sociala arbetet. Den andra teoretiska infallsvinkeln, det salutogena perspektivet med de teoretiska begreppet KASAM som omfattas av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, lämpar sig väl och har en direkt relevans för studiens syfte och frågeställningar. Detta då de professionella uttrycker sin upplevelse av att ge stöd kopplat till patienternas begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Det salutogena perspektivet lyfter även upp möjligheter till ökad förståelse kring vad som bidrar eller begränsar i den professionellas vidare behandlingsarbete med patienterna.

Vi anser att kombinationen av de båda teoretiska infallsvinklarna kompletterar varandra på så sätt att teorin om gräsrotsbyråkrater och handlingsutrymme kan fånga upp de professionellas förutsättningar för att möjliggöra en individuellt anpassad behandling, medan det salutogena perspektivet fångar upp hur de nyttjar förutsättningarna för patientens bästa. Att välja de båda teoretiska infallsvinklarna möjliggör att vi kan fullfölja studiens syfte och besvara våra frågeställningar på bästa sätt.

3. Metod och metodologiska övervägande

3.1 Val av metod

3.1.1 Kvalitativ studie med abduktiv ansats

För att följa studiens syfte och få svar på våra forskningsfrågor som berör de professionellas upplevelser av att kunna utforma en individuellt anpassad behandling för patienterna, fann vi att en kvalitativ forskningsmetod med abduktiv ansats var bäst lämpad. Svensson (2015) beskriver abduktiv ansats som en växelverkan mellan induktiv och deduktiv ansats där forskaren rör sig mellan teori och empiri. Induktion belyser hur forskaren strävar efter att konstruera en teori utifrån empiri medan en deduktion bygger på logik och att man utifrån teorier drar slutsatser eller hypoteser som sedan prövas. Vi anser att vår studie är en kvalitativ studie utifrån en abduktiv ansats då vi, utifrån intervjupersonernas föreställningsvärld, lägger grunden för vår teoretiska skildring, vilket kan kopplas ihop med det som Bryman (2018) lyfter som karaktäristiskt för den abduktiva ansatsen. Bryman (2018) lyfter att det är karaktäristiskt i en kvalitativ studie att studien anpassas och formas under tidens gång, att det finns en mer ostrukturerad form som möjliggör att forskaren får ta del av upplevelsens kärna och inte låser sig fast vid specifika antaganden och begrepp. Vår studie kännetecknas av denna följsamhet och ostrukturerade form då vi under vår datainsamling har fått till oss upplevelser som har medfört nya tankebanor. Vi har under det inledande arbetet med studiens haft idéer om olika teoretiska tolkningsramar, men har under studiens gång, under datainsamlingen samt efteråt då vi kodat materialet, fått tänka om och därefter fastställa studiens teoretiska tolkningsramar.

3.1.2 Semistrukturerade intervjuer

Vi har använt oss av semistrukturerade intervjuer för insamling av data till vår studie. Bryman (2018) menar att dessa intervjuer är mer generella och att det med denna insamlingsmetod läggs en större vikt vid intervjupersonernas subjektiva upplevelser, vilket även är syftet med vår studie. Förtjänster med metoden är att vi når ett djup och få ta del av upplevelser från intervjupersonerna. Med semistrukturerad intervju som metod har forskare en viss kontroll över vilken data som samlas in och det finns plats för en nyanserad utveckling under intervjun.

Under de semistrukturerade intervjuerna har vi använt oss av en intervjuguide (se

bilaga 2) som utgångspunkt men har samtidigt haft möjligheten att låta intervjuerna ändra riktning beroende vad som har skett under intervjun. Detta kan kopplas samman med det som Bryman (2018) belyser kring att intervjuguiden inte behöver följas i samma utsträckning som det finns krav på i kvantitativ forskning. Vi skapade vår intervjuguide tidigt under vår arbetsprocess, vilket Bryman (2018) tar upp som gynnsamt för att det lättare genererar fler frågor ur de redan formulerade frågorna. Då vi skapade vår intervjuguide följde vi Brymans (2018) råd att inte utforma för specificerade frågor, vilket medförde att vi följde vår planerade struktur för att besvara studiens frågeställningar, men samtidigt var vi öppna för alternativa utvecklingar under intervjuernas gång. Vi formade vår intervjuguide på så sätt att det inledningsvis skulle läggas fokus på intervjupersonens bakgrund och profession för att sedan ledas över till de mer tyngre frågorna som krävde större fokus och koncentration av intervjupersonerna. Avslutningsvis ställde vi kompletterande frågor. Under intervjuerna har vi följt Brymans (2018) råd om hur en framgångsrik intervjuare ska bete sig. Vi har varit noggrant förberedda samt goda och flexibla lyssnare.

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) beskriver hur val av plats kan påverka intervjun. De menar att faktorer som att vara ostörda från omgivningen eller om intervjun tar plats i hemmet eller på arbetsplatsen kan påverka svaren vi får. Vi har med anledning av rådande pandemi inte kunnat påverka de ovanstående omständigheterna författarna beskriver då vi inte kunnat utföra intervjuerna med intervjupersonerna i fysisk form. För att följa restriktioner från Folkhälsomyndigheten har vi bokat in intervjuer via digital plattform och vid två tillfällen har tekniken försvårat för oss, vilket har medfört att vi genomfört telefonintervjuer. Bryman (2018) lyfter att digitala möten ökar flexibiliteten i intervjun då det underlättar att förändringar i planering kan ske under tiden, att det gynnar tidsmässiga och ekonomiska resurser då vi inte behövt resa iväg samt att det upplevs som mer bekvämt för intervjupersonerna vilket kan resultera i att fler deltar i studien. Bryman (2018.) belyser även att det kan uppstå tekniska svårigheter med inspelning och/eller nätuppkoppling, vilket kan minska samtalskvaliteten och även förutsättningarna för korrekt transkriberingen. Bryman (2018.) lyfter även det faktum, vilket kan ses som en paradox, att det finns indikationer på att tänkbara intervjupersoner tenderar att i högre omfattning utebli från intervjuer i förhållande till mer sedvanliga intervjuer. Detta fick vi erfara vid ett tillfälle då intervjupersonen inte dök upp på avtalat zoom-möte och därefter inte heller var möjlig att omboka.

Vi har haft som mål att följa Eriksson-Zetterquist och Ahrnes (2015) råd att anpassa tiden för intervjun till intervjupersonens önskemål. Författarna belyser även vikten av att begränsa intervjun till en normalt tid (ca en timme) samt att inte intervju för många individer

under en och samma dag då det krävs en stor koncentration att vara aktivt lyssnande. Även dessa råd har vi följt i vår studie.

3.2 Urval

Vi har skickat ut förfrågningar om intervju-medverkan via mail (se bilaga 1) till både privata och Regionala LARO-mottagningar i Skåne. Utifrån IVO's (Inspektionen för vård och omsorg) (2021) sammanställning av de vårdgivare som erbjuder LARO-behandling har vi funnit mottagningar organisationer kopplade till Region Skåne och därefter fått kontakt med intervjupersoner. Vi har valt att begränsa vårt urval till LARO-mottagningar i Skåne då en nationell studie inte tidsmässigt skulle vara möjligt. Vi anser även att övergripande urval, Region Skåne, är lämpligt då Regionen enligt Andersson och Jonson (2018) sedan tidigare är banbrytande avseende utveckling av vårdinsatser för personer med narkotikaberoende.

Vårt urval av intervjupersoner, som Bryman (2018) kallar enheter, har varit målstyrt. Detta då vi valt att inrikta oss på individer med olika professioner kopplade till LARO i Region Skåne. Vi började med att, som Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) beskriver, göra ett urval av organisation för att sedan välja ut de individer vi ville intervjua. Det har varit av vikt i vår studie och i vår insamling av data att intervjupersonerna har ett patientnära arbete, som exempelvis psykolog, läkare, kurator eller annan behandlingspersonal. Detta lyckades vi med då tre av våra intervjupersoner är kuratorer och två sjuksköterskor. Bryman (2018) beskriver att målstyrda urval används då forskningsfrågorna kräver att intervjupersoner har en viss kompetens som gör det möjligt att svara på dessa. Vi har även varit öppna för att utveckla vårt urval till ett snöbollsurval. Författaren beskriver snöbollsurval som att forskaren först vänder sig till utvalda personer att intervjua och att dessa i sin tur rekommenderar andra medverkande med kunskaper som är relevanta för studien. Detta är dock inget vi har haft behov av då vi inledningsvis fick god respons av våra utskickade förfrågningar om medverkan.

Storleken på vårt urval har till viss del styrts av hur många individer som tackat ja till medverkan och hur mycket tid vi haft till vårt förfogande. Då vi intervjuat med stöd av digital plattform och telefonkontakt har det medfört att vi vunnit tid på att inte behöva förflytta oss till platsen där intervjupersonen befunnit sig och därmed har vi hunnit intervjua fler på kortare tid. Antalet intervjuer har även styrts av det Bryman (2018) kallar en teoretisk mättnad. Vilket har inneburit att vi efter fem utförda intervjuer inte har upplevt behov av att uppsöka fler intervjupersoner. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) menar att mättnaden uppnås när forskare känner igen svaren de får i ett flertal intervjuer. Vidare anser författarna

att kvalitativa forskare inte från början behöver avgöra hur många som ska intervjuas för studien, utan att de under arbetets process kan avgöra detta utefter vilket behov som uppstår.

3.3 Metodens tillförlitlighet

Validitet och reliabilitet är viktiga kriterier för att bedöma kvaliteten i en kvantitativ undersökning. När det gäller validitet är frågan huruvida forskarna mäter det som de avsett att mäta. Reliabilitet handlar om resultaten blir detsamma om studien genomförs på nytt.

Begreppen validitet och reliabilitet är mer adekvata begrepp i kvantitativa undersökningar och det finns en tveksamhet att använda begreppen i en kvalitativ studie. Detta då begreppen syftar till att studien ska komma fram till en absolut bild av fenomenet som studeras vilket därmed begränsar att det kan finnas fler perspektiv av det studerade fenomenet, vilket är mer synonymt med en kvalitativ ansats (Bryman 2018). Författaren belyser *tillförlitlighet* och *äkthet* som två huvudsakliga kriterier för bedömning av kvalitativa studier. Utifrån vår studies syfte och frågeställningar har vi strävat efter att uppfylla att vår metod genererar en tillförlitlig studie i enighet med kriterierna som Bryman (2018) beskriver.

Tillförlitlighet består enligt Bryman (2018) av fyra delkriterier med jämförbarhet i den kvantitativa forskningen. De är *pålitlighet*, *trovärdighet*, *överförbarhet* och *en möjlighet att styrka och konfirmera*. *Pålitlighet* innebär bland annat att forskaren redogör för den process som studien omfattar. Allt från hur urvalet resonerats fram till att transkriberade intervjuer finns tillgängliga, vilket vi anser oss har gjort. Vad gäller *trovärdigheten* så innebär den, enligt Bryman (2018), bland annat att forskaren följer de regler som finns och att intervjupersonerna får del av det färdiga materialet för att bekräfta att forskaren uppfattar denna på ett korrekt sätt. Vi har erbjudit och uppmuntrat respondentvalidering redan inledningsvis, genom att möjliggöra återkoppling vid behov exempelvis om vi behöver förtydligande samt att vi kommer sända den färdiga studien till de intervjupersoner som så önskade. Bryman (2018) belyser hur kvalitativa studier tenderar att fokusera på en smal grupp och gå mer på djup än bredd, vilket även vår studie fokuserar på. För att vår studie ska ha en *överförbarhet* har vi, som Bryman (2018) beskriver det, frambringat fylliga och täta skildringar och gjort en grundlig materialinsamling. Detta för att kunna granska hur pass överförbart materialet är till en annan kontext. När det kommer till *möjligheten att styrka och konfirmera*, vilket innebär att det ska vara tydligt att forskaren inte medvetet påverkat studien, så anser vi att det är svårt för oss att bevisa mer än att vi transkriberat intervjuerna.

Äkthet består av *ontologisk autenticitet*, *pedagogisk autenticitet*, *rättvis bild*,

katalytisk autenticitet samt *taktisk autenticitet* (Bryman 2018). Dessa kriterier berör i allmänhet mer forskningspolitiska följder. Med *ontologisk autenticitet* ställs frågan till forskaren om studien medför att de medverkande får en ökad förståelse för det studerade fenomenet (Bryman 2018). Vi anser att vår studie bidragit till en ökad förståelse för de professionellas kontext gällande LARO-patienters möjligheter till en individuellt utformad behandling. Detta då intervjupersonerna har fått ta del av studien och därmed andra professionellas upplevelser kopplade till samma kontext. Med *pedagogisk autenticitet* menas det om studien ger en bättre bild av andras perspektiv i samma kontext (Bryman 2018). Vi anser att vår studie med en respondentvalidering bidragit med ett förtydligande och en nyanserad bild av kontexten vilket i sig kan medföra att de medverkande får en ökad förståelse för hur fenomenet ses av andra.

Med kriteriet *en rättvis bild* ställs frågan till forskaren om studien rättvist belyser alla medverkandes åsikter och uppfattningar som kommer fram under studiens gång (Bryman 2018). Då vår studies syfte är att belysa upplevelser har det för oss varit av högsta vikt att vi framställt intervjupersonernas åsikter vilket även styrks av citat i analysen. *Katalytisk autenticitet* syftar på om huruvida studien bidragit till att de medverkande kan ombilda sin situation utifrån studiens resultat (Bryman 2018). Vi anser att denna möjlighet finns, då de medverkande med utskick av vår studie får möjlighet att ta del av de andra intervjupersonernas upplevelser, vilket kan så ett frö för nya tankar hos de professionella. Med *taktisk autenticitet* menas det om studien har gett de medverkande möjligheter att företa sig att göra förändringar om det finns behov av det (Bryman 2018). Vi anser att studien, genom att uppmärksamma varierade upplevelser av en kontext, kan medföra att det skapas diskussioner som kan utveckla organisationen.

3.4 Forskningsetiska överväganden

Vi anser att vår studie hade blivit än mer intressant om vi hade intervjuat patienter på LARO om deras upplevelse utifrån de forskningsfrågor vi ställt. Dock anser vi att det ur ett etiskt perspektiv hade blivit svårare att genomföra. Dels hade vi haft svårigheter att identifiera personerna utan att kränka deras integritet och frågorna hade blivit känsligare att ställa. Därför valde vi att rikta frågorna till professionella med god insikt i verksamheten och med ett patientnära arbete istället. Öberg (2015) skriver om vikten av etiska principer gällande urvalet av intervjupersoner och menar att forskaren ska ställa sig frågan om det är rättfärdigt att göra intrång i personens privata sfär. Lind (2019) beskriver att de forskningsetiska

principerna som finns går enligt en etikprövningslag och främst har till uppgift att skydda de individer som medverkar i studier. Författaren menar att kunskapsintressen som finns i samhället eller hos forskare aldrig får påverka de som medverkar i studien negativt. Författaren beskriver vidare att studentuppsatser, som vi författat, inte räknas som forskning och därför inte behöver etikprövas enligt lag. Vi har dock gjort vårt yttersta för att följa regler och riktlinjer. Bryman (2018) menar att kravet på att skydda personerna som ingår i studien även inkluderar att se till så att de inte upplever obehag. Detta stärker oss ytterligare i att urvalet styrdes till professionella istället för patienter. Genom att vända oss till professionella anser vi att vi även tagit hänsyn till att inte inkräkta i deras privatliv. Bryman (2018) beskriver vikten av att fundera över hur privat karaktär frågorna har. Han menar att undersökningar eller studier som innefattar för känsliga frågor om privata åsikter kan vara svåra att hantera. Vi anser att då vi vänt oss till de professionella och deras åsikter om verksamheten så är inte frågorna av privat karaktär även om svaren kan vara subjektiva och personliga.

Vi har även sett till att, som Lind (2019) skriver, skydda personuppgifterna hos våra intervjupersoner så att de inte har spridits och att de har förblivit anonyma. Vi har presenterat intervjupersonerna utifrån fingerade namn utifrån en alfabetiskt ordning kopplade till den ordning vi utförde intervjuerna. Vidare har vi respekterat Vetenskapsrådets (2021) särskilt viktiga krav vilka benämns som tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar. Tillförlitlighet handlar om forskningens kvalitet, ärlighet innebär att studien ska vara transparent, rättvis och objektiv, respekt ska visas studiens deltagare och ansvar för studien skall tas under hela processen och efteråt. Lind (2019) beskriver de viktigaste av Vetenskapsrådets krav och benämner dem som integritet, frivillighet och konfidentialitet. Vi har, i samband med att vi skickat ut förfrågan om medverkan, informerat om studien och dess syfte, bitt intervjupersonerna om samtycke samt informerat om att vi arbetar efter Vetenskapsrådets riktlinjer. Intervjupersonerna har även fått information om att de när som helst får avbryta sin medverkan. Vi har, som Öberg (2015) rekommenderar, i förväg informerat om vilka typer av frågor vi tänkt ställa så att intervjupersonerna fått möjlighet att förbereda sig. En av intervjupersonerna fick, efter förfrågan, även intervjuguiden skickad till sig inför intervjun. Författaren menar att forskaren även bör delge individerna som medverkat den färdiga studien, vilket vi har erbjudit och det flesta tackat ja till.

3.5 Analys av intervjuer

Vi utförde tre av våra intervjuer via digitala plattformar (Zoom och Teams) och spelade även in intervjuerna med hjälp av dessa verktyg. Inspelningarna skedde självklart efter samtycke från intervjupersonerna. Detta gjorde vi för att öka möjligheten att vi som intervjuare kunde koncentrera oss på intervjun och inte missa viktig information från individerna vi intervjuade, som exempelvis hur de uttryckte sig och deras kroppsspråk (Bryman 2018). Två av intervjuerna hade vi via telefon då tekniken inte fungerade vid dessa tillfällen. Vi hade även, som Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) rekommenderar, tillgång till papper och penna för att kunna anteckna bland annat frågor som vi ställde längre fram i intervjun. Därefter transkriberade vi noggrant intervjuerna och då det, som Bryman (2018) poängterar, kräver mycket tid så hade vi planerat noga för det. Vi tog även till oss Brymans (2018) råd om att transkribera intervjuerna kontinuerligt då det enligt honom gör forskaren uppmärksam på teman som dyker upp och som vi då kunde fokusera mer på i de återstående intervjuerna.

Efter att vi transkriberat vår insamlade data läste vi och blev förtrogna med vårt material. Vi visste ju inte vad som skulle framträda och hur mycket likheter eller olikheter det skulle komma att finnas. Vi behövde, som Rennstam och Wästerfors (2015) skriver, sortera i materialet för att få det överskådligt. Sättet vi valde att sortera på var genom kodning. Till en början valde vi att följa författarnas råd och koda öppet, det vill säga att vi till att börja med tittade så spontant som möjligt på materialet och försökte finna ut kategorier. Då vi ansåg oss ha funnit dessa och såg ett mönster så började vi koda mer selektivt. Utifrån våra frågeställningar har vi urskiljt kategorierna psykosocialt stöd och/eller behandling, begriplighet, hanterbarhet och delaktighet, meningsfullhet och målbild, Socialstyrelsens föreskrifter, avstängningsreglerna, ettårsregeln och samverkan. Även Bryman (2018) rekommenderar att materialet bör kodas så tidigt som möjligt och att forskaren till en början ska försöka att inte fundera över eventuella tolkningar. Han poängterar även att forskaren bör granska koderna kritiskt och menar att all information både kan och bör kodas på flera sätt. Det kom även bli så att vi behövde, som Rennstam och Wästerfors (2015) kallar det, reducera i vårt material då inte allt får plats att visas upp. Gällande de citat vi valt ut ur vår material har vi ansträngt oss för att se till att det är representativt för våra intervjuer och inte bara ett citat som passar in i texten, författarna kallar det för att "skapa skärpa". Slutligen har vi analyserat materialet för att skapa och resonera fram våra egna förklaringar och tolkningar, detta kallar författarna att argumentera.

3.6 Arbetsfördelning

Under utförandet av vår studie har vi valt att utföra merparten av arbete ihop för att vi båda ska ha en likvärdig insikt och förståelse för det sociala fenomen vi studerat. Under insamlandet av tidigare forskning och bakgrund till vår studie har vi eftersökt litteratur på egen hand, sammanfattat delar som vi ansett betydelsefulla för studien för att sedan gemensamt ta beslut om vad i vårt insamlade material som är av relevans för vår studie. Vi har haft som mål att vi båda ska delta i samtliga intervjuer, för att möjliggöra att en av oss kan observera, få en helhetssyn och inflika vid behov. Detta har fungerat bra, men vid ett tillfälle fick vi dela upp oss då vi hade två intervjuer bokade vid samma tillfälle. Transkriberingen av våra intervjuer har vi fördelat jämnt och kodningen av vårt insamlade datamaterial, analysarbete och diskussionen har vi genomfört tillsammans.

4. Resultat och analys

Vi kommer att inleda med att presentera våra intervjupersoner för att därefter lägga fram vårt resultat av de fem intervjuerna som analyseras utifrån våra valda teoretiska ramar. I kodningen av vår insamlade data har vi identifierat olika teman som kommer att styra dispositionen i vår analys och illustreras som rubriker. När vi har skrivit ut citat i analysen har vi använt tre punkter inom klamrar, [...], för att påvisa att vi har tagit bort ord från transkriberingen och enbart tre punkter, ..., för att påvisa att intervjupersonen pausar i sin beskrivning.

4.1 Presentation av intervjupersonerna

Sammantaget har vi genomfört fem intervjuer med professionella kopplade till fem LARO-mottagningar i Skåne. Vi kommer att benämna intervjupersonerna som Agnes, Berit, Cecilia, David och Erika. Alla intervjupersonerna har ett patientnära arbete men har olika utbildningar och professioner. Agnes och Cecilia arbetar som sjuksköterskor medan Berit, David och Erika är utbildade socionomer och arbetar som kuratorer. En av mottagningarna kopplade till intervjupersonerna är att anses som liten med 25 patienter inskrivna, tre mottagningar kan anses som medelstora med 60-75 patienter inskrivna och en mottagning

kan anses som en stor då de har 170 patienter inskrivna. Alla våra intervjupersoner var kopplade till LARO-mottagningar i privat regi. De professionella som vi har intervjuat har ett patientnära arbete med organisationens föreskrifter och lagar att förhålla sig i sitt handlingsutrymme, vilket kan kopplas ihop med Lipskys teori om gräsrotsbyråkrati och handlingsutrymme.

4.2 Psykosocialt stöd och/eller behandling

I Socialstyrelsens (2016) föreskrifter står att det parallellt med underhållsbehandling på LARO även ska inbegripas psykologisk, psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. Det står även skrivet att de insatser som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för dennes självbestämmande och integritet. Detta går hand i hand med det Svensson, Johansson och Laanemets (2008) belyser gällande gräsrotsbyråkraterna. Att de professionella i mötet med patienten har ett ansvar att fånga upp och stödja patientens behov av stöd i förhållande till organisationens uppdrag samt att båda parterna ska uppleva att mötet och de beslut som tas vilar på en rättssäker grund. För att möjliggöra detta har gräsrotsbyråkraterna stöd av sina specifika kunskaper samt de resurser som organisationen har att tillgå. Vi frågade intervjupersonerna hur de upplever möjligheten att tillhandahålla en individuellt anpassad behandling och psykosocialt stöd och fann många likheter i svaren, men även skillnader. Både Berit och Erika var inledningsvis tveksamma gällande innebörden av psykosociala insatser, men samtliga intervjupersonerna uppgav sedan att de på sin LARO-mottagning har tillgång till olika psykosociala insatser som samtalsstöd, MI (motiverande samtal), utredningar och gruppaktiviteter. Tre av intervjupersonerna, Agnes, David och Erika, uppgav att de dessutom har tillgång till återfallsprevention och ADHD-skola. Samtliga intervjupersoner upplever att de kan påverka utformningen av de psykosociala insatserna men påpekar samtidigt att det är patienterna som bestämmer om de vill medverka eller tillgodose sig någon social behandling eller stöd utöver underhållsbehandlingen. En av intervjupersonerna påtalar dock att det finns svårigheter med att tillhandahålla vissa psykosociala insatser för de patienter som har ett sidomissbruk.

...Jag hade önskat att det funnits ett ställe där de som testas positivt ändå kunde få en sysselsättning. Det finns ju inte den möjligheten här i Sverige... men i Danmark har de en form av sysselsättning som kan liknas vid Samhall och där får de gå till jobbet även om de testas

positivt... Jag menar... våra patienter har ju sällan något utvidgat socialt nätverk... i positiv bemärkelse då med vänner och familj. Och om de då inte har någon sysselsättning heller så är det svårt att utveckla sitt mående i positiv riktning. (Cecilia)

Utifrån ovanstående citat kan vi identifiera att det finns upplevda begränsningar kring att utforma en individuellt anpassad behandling. Enligt Antonovsky (Gassne, 2008) är *jagstyrka, socialt stöd, kulturell stabilitet* och *god ekonomi* generella motståndsresurser hos individen för att hantera livet och stressorer. Detta kan kopplas samman med de resurser som den enskilde tillgodogör sig när denne har en meningsfull sysselsättning, då det finns socialt stöd i form av arbetskamrater, ekonomisk stabilitet, delaktighet i en kulturell samvaro som även medför ökad jagstyrka då den enskilde upplever sig värdefull.

Samtliga intervjupersonerna lyfter att den pågående pandemin har medfört begränsningar gällande att tillhandahålla psykosociala insatser som inbegriper gruppaktiviteter. David berättar att de innan pandemin exempelvis hade en kvinnogrupp för att stärka den målgruppen som han menar är mer utsatt. Berit berättar att de hade en grupp för de patienter som är äldre än 55 år där de diskuterar olika teman som exempelvis hepatit C eller skuldhantering. Agnes beskriver att pandemin har begränsat dem med att de har försökt att hitta andra vägar för att ändå möjliggöra de psykosociala insatserna i grupp.

Vi har försökt att hålla det lite vid liv men ändå under vissa restriktioner. Vi har till exempel fredagsfrukost, som vi kallar det, vi sitter och äter ihop och vi pratar nutrition och vi pratar om hur man betar sig när vi sitter och äter i grupp. (Agnes)

4.2.1 Begriplighet

Enligt Antonovsky är det individens KASAM, känsla av sammanhang, som är avgörande för den enskildes motståndskraft och för vilka konsekvenser som kan uppstå. KASAM består av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Gassne 2008). Alla fem intervjupersoner framför att de upplever att begripligheten hos patienterna gällande behandlingsprocessen varierar. Att de upplever att den till stor del hänger samman med hur samsjukligheten ser ut. Samtliga intervjupersoner tar upp samsjuklighet som en stor faktor och Agnes uppskattar att

minst 90 procent av deras patienter har någon form av samsjuklighet. Intervjupersonerna uppskattar ADHD som den vanligaste diagnosen hos patienterna som är inskrivna på LARO men poängterar att majoriteten av patienterna, efter många år av allvarligt missbruk och kanske hemlöshet, har dragit på sig en hel del trauman. Berit framför att hon upplever att patienterna inte alltid vill förstå om det inte blir precis som de vill. De övriga fyra intervjupersonerna menar att begripligheten kring behandlingsprocessen kommer efterhand och att det handlar mycket om upprepning samt att påminna och lära känna patienterna. David beskriver patienternas begriplighet kring sin vårdplan på följande sätt:

...Det är väldigt varierande. De är en hel drös med ADHD: i regel medicinerar vid dem. Det kan de få av oss. Då är begripligheten bättre. Det är viktigt att lära känna patienterna och att ha insikt i att en kan behöva dela upp vårdplaneringen för att patienten ska orka med. Vi har ett gäng med psykossjukdomar. Med dem kan det vara så att vi skriver en väldigt luftig vårdplanering som inte innehåller några krav och delmål. Om det inte finns direkt uttryckta av patienten. Den säger mest, fortsatt vård via LARO, typ. (David)

4.2.2 Hanterbarhet & delaktighet

Antonovsky beskriver att då den enskilde ökar sin hanterbarhet medför det att denne kan liknas vid en aktör i livet istället för ett offer av de omständigheter en utsätts för. Hanterbarheten kan liknas vid coping (Gassne 2008). Gällande patienternas hanterbarhet och delaktighet i behandlingen så tar samtliga intervjupersonerna upp olikheterna hos patienterna. Samtliga intervjupersoner är överens om att det huvudsakligen går att urskilja tre kategorier av patienter, men att det givetvis finns de patienterna som inte tillhör någon av kategorierna. De kategorier som urskiljs är de med livslång behandling, de med kort nedtrappning på ungefär två år och de patienter som kommer och går i behandlingar genom hela livet. Den sistnämnda kategorin är den som av intervjupersonerna anser mest utmanande att göra delaktiga i behandlingsprocessen. Samtliga intervjupersonerna säger att de alltid försöker göra patienterna delaktiga. Avböjer patienten menar de att de endast kan verka genom att försöka påverka motiverande.

De är delaktiga under hela processen men det finns dock viss ambivalens hos patienterna. Vissa har svårt med affektreglering... det är svårt att ge en begriplig delaktighet i början och även då och då under tidens gång. De är mer följsamma när det lagt sig och vant sig vid personalen. (Erika)

4.2.3 Meningsfullhet & målbild

Antonovsky lyfter meningsfullhet som en viktig del. Upplevelsen av meningsfullhet bottnar i att den enskilde har en begriplighet och hanterbarhet i sitt liv, men även huruvida den enskilde upplever sig värdefull och sedd av omvärlden. Meningsfullhet är den emotionella komponenten som inbegriper motivation (Gassne 2008). Målbilden hänger enligt intervjupersonerna samman med vilken av de tidigare nämnda kategorierna patienten tillhör. Cecilia och Erika framhäver att det är vanliga är att patienten inledningsvis inte har någon direkt målbild men att den sakteligen arbetas fram tillsammans med personalen på LARO. Vilket kan kopplas ihop med vad Agnes och David framför, att målbilden hänger samman med patientens motivation och att det är av vikt att tydligt beskriva i vårdplanen vilket syfte som ligger till grund för behandlingen. Berit beskriver sin upplevelse om att målbilden med behandlingen ser olika ut och att den är högst individuell, men menar att det vanligaste är att patienterna helt enkelt vill få livet att fungera, att undvika kriminella banor och förbättra sin hälsa.

...Patienterna är oftast nöjda med att bli hyfsat drogfria och har inte något emot att vara inskriven vid LARO-behandling hela sitt liv.
(Cecilia)

Samtliga är överens om vikten av att skapa en målbild för att hjälpa patienten vidare.

[...] när de tar sitt första återfall kan man säga att, men kommer du ihåg nu att du sa att du måste få träffa dina barn igen... vårdplanen är ett redskap för oss också att hålla dem fast vid målet. (Agnes)

4.3 Socialstyrelsens föreskrifter

Föreskrifterna som styr LARO är framarbetade av Socialstyrelsen på uppdrag av Regeringen. Föreskrifterna innehåller riktlinjer kring vilka som kan delta i behandlingen och vad som gäller under behandlingen (Monwell 2019). När vi frågade intervjupersonerna om hur de upplever sitt professionella handlingsutrymme i förhållande till Socialstyrelsens föreskrifter framkom lite olika svar, dock upplever samtliga att föreskrifterna och riktlinjerna är tydliga. David menar att han vet hur han ska följa föreskrifterna och vart han ska vända sig om det uppstår oklarheter. Agnes och Erika tycker att föreskrifterna kan tolkas olika vilket medför att det kan skilja hur olika mottagningar och medarbetare förhåller sig till olika punkter i föreskrifterna.

[...] det är dels hur man tolkar regelverket men också hur man faktiskt reagerar på det. Det har jag märkt att det kan vara ganska stor skillnad.(Agnes)

Samtliga, förutom Berit som inte upplevde sig vara så insatt i föreskrifterna som hon önskade, är överens om att det finns ett handlingsutrymme i arbetet utifrån föreskrifterna. Swärd och Starrin (2016) belyser att handlingsutrymmet som gräsrotsbyråkrater har i sitt åtagande är en viktig del, då det är svårt att på förhand avpassa hur relationer utformas, vilka moraliska och etiska dilemman som uppstår i mötet mellan gräsrotsbyråkrat och patient samt hur de ska hanteras. Cecilia menar att det finns en risk att föreskrifterna lutar sig för mycket på tidigare forskning och inte följer samtiden.

Jag tycker att det är de professionella med ett patientnära arbete som ska utveckla föreskrifterna [...] behandlingen hade blivit bättre om de hade fått mer fria händer. (Cecilia)

Lipskys begrepp "discretion" belyser det handlingsutrymme som gräsrotsbyråkraterna har att tillgå för att göra prioriteringar och tolkningar i individuella ärenden. Gräsrotsbyråkrater, liksom de professionella på LARO, måste tolka de regler som styr organisationen och samtidigt implementera reglerna i förhållande till specifika omständigheterna för den enskilde patienten. David lyfter ett exempel som berör det faktum att de professionella på LARO inte får arbeta uppsökande och menar att gränsen mellan vad som är uppsökande eller inte är otydlig. Han berättar om ett tillfälle då han bestämt med en patient att denne skulle höra av

sig inom en vecka, men då patienten inte hörde av sig valde att han själv ringa upp. Han menar att en som professionell kan tolka föreskrifterna till patientens fördel. Här kan vi identifiera att David lyfter den flexibilitet som finns i handlingsutrymmet och som Lipsky (1980 s.15f) understryker är av vikt i de yrken där det är ofrånkomligt med mänsklig interaktion och där ärenden är av komplex karaktär. Detta då komplexa ärenden inte kan hanteras utifrån enbart formella regler och föreskrifter.

Nedan kommer vi att redogöra för upplevelsen av de direktiv i föreskrifter som intervjupersonerna diskuterade mest.

4.3.1 Avstängningsreglerna

Avstängningsreglerna, det vill säga vad som krävs för att kunna stänga av en patient från behandlingen, lyftes vid samtliga intervjuer. De fem intervjuade uttrycker att de uppskattar de nya föreskrifterna bättre än de gamla som var mycket strängare. Det som framhävs som positivt är att patienten inte längre blir avstängd för sidomissbruk. Samtliga är överens om att de inte tycker det är produktivt eller för patientens bästa att de blir utskrivna för sidomissbruk. David menar att de tidigare reglerna kring sidomissbruk medförde att vissa patienter blev rena men att det även orsakade dödsfall. Berit beskriver sin upplevelser om det tidigare systemet på följande sätt:

Det var ju fruktansvärt förr, alltså att man kunde bli utskriven och bara kastad till gatan. Sen var det ju sex månaders väntetid innan man kom in igen. Så det nya systemet är ju bra mycket bättre. Det är inte tanken att folka ska gå omkring och få legala droger på det sättet men man värnar ju om människan på så sätt att man inte lämnar dem åt sitt öde... det var ju jättemånga som for illa när de väl blev utskrivna. Det var fruktansvärt. (Berit)

Erika beskriver att hon, trots att hon föredrar det nya systemet, upplever begränsningar i sitt handlingsutrymme i de fall där patienterna har ett omfattande sidomissbruk.

...Samtidigt upplever jag svårigheter med de som sidomissbrukar kraftigt... det finns ju inte något sätt att bromsa detta längre, mer än med motivering... och genom att medicinen då måste hämtas varje dag. (Erika)

Att stänga av en patient på grund av hot och våld anses av Berit, Cecilia och Erika vara en giltig anledning medan Agnes och David hävdar att det har blivit svårare. Agnes berättar följande:

Det var ett fall 2018 som en sköterska blev misshandlad utanför sitt jobb av en patient som stod och väntade på henne... och var missnöjd med någonting. Och det var inte skäl nog... dem ville ju skriva ut patienten men han överklagade till IVO och fick då medhåll. Så jag tänker att det kan vara på både gott och ont för att den här patientgruppen lever hela tiden i gränslandet av att vara sig själv och att inte vara sig själv... beroende på om det tagit något eller inte... om de tagit något sidointag. Jag tycker ju att det är viktigt att man som läkare ska kunna fortsätta att göra bra medicinska bedömningar och bedömer läkaren att det inte är medicinskt försvarbart då kan man ju kunna skriva ut patienten... men det har blivit svårare. (Agnes)

David menar att det är ovanligt att patienterna blir avstängda från en underhållsbehandling då de flesta patienter vill bibehålla sin redan pågående behandling. Han berättar vidare att om en patient blir avstängd är det kopplat till medicinska skäl och att faktorer som hot och våld inte är något som Socialstyrelsen framför som skäl för avstängning.

...Jag pratade med vår läkare för ett tag sedan kring en patient. Kan vi inte göra oss av med patienten, han är ju livsfarlig. 'Nej Socialstyrelsen tycker att om han knivhugger dig som ska du vara sjukskriven sen ska du komma tillbaka och ha stödsamtal med honom', jaja det låter ju rimligt... Nog för att man blir härdad, men det låter konstigt. (David)

Sidomissbruket togs upp i alla intervjuer. Berit beskriver att om patienten sidomissbrukar kan de behöva dra ner på den medicinska behandlingen och det kan bli aktuellt med annan behandling som exempelvis avgiftning. Erika upplever svårigheter med att dra ner på medicineringen då hon menar att patienten då riskerar att få abstinens och då tar ännu mer droger. Agnes och Cecilia beskriver att de främst upplever bensodiazepiner som ett problem, att det är en frekvent förekommande och en populär drog för patienterna. Föreskrifterna

upplevs av intervjupersonerna ha en tydlighet men en av intervjupersonerna, Agnes, menar att ordet ”bör” gör att LARO-mottagningar kan välja att arbeta på olika sätt.

[...] det står ju i direktiven från Region Skåne att man bör avstå från bensodiazepiner i kombination med LARO-läkemedel eftersom att där är för stora medicinska risker [...] och det här är ju också svårt för att vissa patienter behöver ju faktiskt dessa medicinerna [...] ett bör-ord ger ju lite att vi bör men vi får, alltså vi behöver inte låta bli... Den tycker jag är lite svår just den meningen. (Agnes)

Detta som beskrivs ovan kan kopplas ihop med det som Hansson (2017) lyfter kring gräsrotsbyråkraternas handlingsutrymme. Att det är ålagt dem att förhålla sig till lagar och föreskrifter och samtidigt använda sitt omdöme och agera utifrån yrkets moraliska koder. Att gräsrotsbyråkrater måste beakta både kravet på att behandla varje individ lika utifrån lagen men samtidigt också göra en individuell bedömning beroende på omständigheterna.

4.3.2 Ettårsregeln

I Socialstyrelsens (2019a) föreskrifter står att patienten, för att kunna ordinerats underhållsbehandling, ska bedömas ha ett dokumenterat opioidberoende sedan minst ett år. Under intervjuerna frågade vi vad intervjupersonerna ansåg om ettårsregeln, om de upplevde att den gjorde tillgången till LARO antingen för lätt eller för svår. Berit framför under intervjun att hon inte ser några problem med ettårsregeln då hon menar att patienterna inte söker LARO-behandling i första hand då det är en väldigt krävande behandling.

...Ofta är det ju... det handlar ju om dokumentation, att man ska ha det dokumenterat. Jag är lite skeptisk... Missbruket har ju säkerligen påbörjats mycket tidigare än vad som finns dokumenterat i olika journalsystem... så det tycker jag inte är något problem. Och sen har vi ju inte jättemånga ungdomar på det sättet [...] Det är ingen dans på rosor, man måste komma hit, man måste lämna prover... man är ju väldigt ofri på det sättet. Det kräver en hel del av patienterna. Många väljer kanske att missbruka ute istället för att vara friare... det finns ju dem också som inte vill gå in på LARO på grund av den... ja... kontrollen, det som krävs för att vara på LARO. (Berit)

Cecilia, David och Erika uppger att de tycker det är viktigt att bekräfta att patienten har ett faktiskt beroende och inte ett bruk som skulle kunna hanteras med en läkemedelsfri behandling. De berättar att deras mottagningar inte använder ettårsregeln i samma utsträckning som tidigare. Cecilia lyfter att LARO mer och mer frångår regleringen med anledning av att de finns de individer som riskerar att överdosera droger för att hamna i journalsystemet men menar samtidigt att ettårsregeln är viktig för att förhindra att den enskilde hamnar i eller bibehåller ett beroende. Följande citat beskriver Davids resonemang kring ettårsregeln, vilket kan kopplas till det Lipsky (1980) beskriver som komplexa ärenden, vilka inte kan hanteras utifrån enbart formella regler och föreskrifter utan ibland måste hanteras med flexibilitet.

Ibland är det så att man tycker att dokumentationen inte är tillräcklig men det finns en risk för liv och död här. Då brukar jag marschera in till läkaren [...] Och så brukar vår läkare säga 'okej, då bokar vi in människan så pratar vi och ser'. Om även läkaren tycker det finns risk för liv och död får läkaren göra vissa undantag från... ja man kan säga att dokumentationen inte är tillräcklig men vi bedömer att situationen är så och så... (David)

4.4 Samverkan

Då LARO-mottagningarna inte har möjlighet att erbjuda all psykosocial behandling och stöd som kan behövas för att tillgodose individens behov behövs samverkan med andra instanser, exempelvis kommunens socialtjänst. Socialtjänsten är de som tillhandahåller exempelvis behandlingshem, tolvstegsbehandling och även socialt stöd som exempelvis kontaktperson och ekonomiskt bistånd (Monwell 2019). Vi frågade våra intervjupersoner om deras upplevelse av samverkan med andra verksamheter gällande att utforma en individuell anpassad behandling. Agnes, Berit, David och Erika uppgav att de överlag hade positiva erfarenheter av samverkan med socialtjänsten. Cecilia och David menar att samverkan fungerar olika beroende på vilken kommun eller instans LARO-mottagningen samverkar med. David upplever en god samverkan med vissa enheter av socialtjänsten som exempelvis vuxenvården, då de har en större kunskap om LARO och där det samtidigt finns en tydlig rollfördelning. David framför att han upplever att samverkan med omsorgsförvaltningen är

sämre då professioner från LARO och handläggarna från omsorgen inte tolkar lagrummen lika, det vill säga tolkningen huruvida den enskilde har rätt till insatser från kommunen.

[...] vi tycker att vissa av våra patienter kan kvalificeras till LSS [...] och så säger LSS, jaha...men vad vet vi är missbruk och vad som är sjukdom..då kan vi hamna i stökiga diskussioner om.. ja det är vår bedömning...och så säger de, ja med detta är min bedömning [...]
(David)

Cecilia upplever att det finns en god samverkan med vårdcentraler, då det finns en vinst av samverkan medan det fungerar sämre med exempelvis Arbetsförmedlingen och socialtjänsten som hon upplever inte har en vinst med samverkan. Cecilia menar att samverkan påverkas negativt av organisatoriskt otydliga direktiv, vilket nedanstående citat illustrerar.

Det finns en otydlighet i rollfördelning mellan exempelvis socialtjänstens olika professioner vilket gör att det blir förvirrande för patienterna. (Cecilia)

Agnes, David och Erika tar upp att ett gemensamt system för journalföring och dokumentation hade underlättat arbetet. Cecilia framförde att en samverkan som gynnar patienten inbegriper att samverkanspartners involverar varandra i ärendet. En av de aspekter som Agnes upplevde som den viktigaste i samverkan med socialtjänsten var huruvida professionerna på LARO kände sig hörda av handläggaren på socialtjänsten gällande deras bedömning av patientens behov.

...Där kan jag säga att gällande samverkan med socialtjänsten så är det för de här patienterna avgörande att socialsekreterarna känner dem... att de... alltså att de lever upp till och gör sin del av planeringen. Har man då bestämt att socialsekreteraren ska kolla upp någonting... som sysselsättning eller så till nästa vårdplanering...så är det viktigt för hela förloppet att alla har gjort sina delar av planeringen. Men också att socialsekreterarna lyssnar in oss som ser patienterna dagligen och lyssnar in oss i exempelvis vad det är för svårigheter de kan ha gällande exempel ett erbjudande om sysselsättning. (Agnes)

Här påtalar Agnes vikten av att de professionella de samverkar men också använder sitt handlingsutrymme för att gynna patienten. Det kan kopplas ihop med det som Knutagård (2016) beskriver, att det i gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme finns en makt som antingen kan nyttjas till patientens fördel eller organisationens fördel, det vill säga att det finns möjligheter för gräsrotsbyråkrater att påverka sitt handlingsutrymme så att patienten får adekvat stöd.

4.5 Sammanfattning av resultat & analys

4.5.1 Psykosocialt stöd och/eller behandling

Utifrån studiens första frågeställning som berör hur de professionella upplever möjligheten att tillhandahålla individuellt anpassat stöd/behandling parallellt med underhållsbehandlingen framgår det att alla intervjupersoner uppger att de har tillgång till psykosociala insatser på deras LARO-mottagning, om än i olika utsträckning. Samtliga upplever att de kan påverka och har ett handlingsutrymme gällande utformningen av de psykosociala insatserna. De hinder som lyfts under intervjuerna berör pandemin, patienternas egna vilja till att medverka och att ta emot det psykosociala stödet.

Intervjupersonerna menar att begripligheten gällande behandlingsprocessen, då inberäknat de psykosociala stödet, är av varierande grad hos patienterna. Den faktor som intervjupersonerna anser har störst påverkan på patientens begripligheten är samsjuklighet som samtliga uppskattar som hög hos patientgruppen. Majoriteten av intervjupersonerna framhåller att viktiga faktorer för ökad begriplighet i behandlingsprocessen handlar om att bygga upp en trygg relation mellan patient och behandlingspersonal samt att det sker ett kontinuerligt arbete med påminnelser och upprepade moment.

När det handlar om hanterbarhet och delaktighet framkommer det under intervjuerna att samtliga intervjupersoner huvudsakligen urskiljer tre kategorier av patienter som påverkar möjligheten till delaktighet. De kategorier som lyfts är patienter med livslång behandling, de med kort nedtrappning på ungefär två år och de patienter som kommer och går i behandlingar genom hela livet. Intervjupersonerna är eniga om att det är mest utmanande att öka hanterbarheten och delaktigheten i behandling för den sistnämnda kategorin.

Intervjupersonerna lyfter olika aspekter av patienternas motivation till att skapa målbilder. Merparten av intervjupersoner menar att patienterna inledningsvis inte har någon

direkt målbild med behandlingen och att det hänger samman med deras förmåga till begriplighet och hanterbarhet av sin livssituation samt motivation till livsstilsförändring. En av intervjupersonerna upplever att den vanligaste målbilden handlar om att bara få livet att fungera. Två av intervjupersonerna menar att det är ett viktigt verktyg för de i sitt motiverande arbete att få målbilden nedskrivna i vårdplanen för att fånga upp patienter när motivationen sviktar.

4.5.2 Socialstyrelsens föreskrifter

Utifrån studiens andra frågeställning som berör hur de professionella upplever sitt handlingsutrymme i förhållande till Socialstyrelsens föreskrifter kunde vi identifiera att samtliga intervjupersoner anser att Socialstyrelsens föreskrifter är tydliga och att det finns bra riktlinjer för att tolka dem. Samtidigt uppger intervjupersonerna att de anser att LARO-mottagningar tolkar föreskrifterna olika. Skillnaderna de belyser är främst val av läkemedel och hur restriktiva de är gällande sidomissbruk. Gällande sidomissbruk så tycker intervjupersonerna att det är bra att patienterna inte blir utskrivna för det, men Erika anser att det är svårt att förhålla sig till de som sidomissbrukar kraftigt och att handlingsutrymmet blir begränsat när det inte går att skriva ut patienten från behandlingen. Agnes beskriver att direktiven från Region Skåne innehåller ett ”bör” i texten kring bensodiazepiner och uttrycker att det försvårar arbetet. Cecilia uttrycker en önskan om att personer med ett patientnära arbete ska vara med att utforma föreskrifterna.

När det kommer till att skriva ut en patient från behandlingen på grund av hot och våld går åsikterna isär. Tre av intervjupersonerna anser att just hot och våld är grund för utskrivning, men två av intervjupersonerna menar att det inte är en giltig grund och berättar att Socialstyrelsen och IVO satt stopp för utskrivningar på grund av hot och våld.

Ettårsregeln är den föreskrift där intervjupersonerna uttrycker störst handlingsutrymme och samtliga intervjupersoner anser att regeln är befogad. De uttrycker att det vanligen inte är någon svårighet i att finna dokumentationen då majoriteten som söker till LARO har ett långt och allvarligt missbruk bakom sig. Två av intervjupersonerna beskriver även att i de fall där dokumentation inte finns så kan personalen använda sitt handlingsutrymme och bedöma missbrukets allvarlighetsgrad på annat sätt.

4.5.3 Samverkan

Utifrån studiens tredje frågeställning som berör hur de professionella upplever samverkan med andra verksamheter gällande att utforma en individuellt anpassad vård har vi kunna identifiera att samverkan med andra verksamheter både upplevs positivt och negativt beroende på många olika faktorer. Det som bland annat benämns som viktiga faktorer för att kunna möjliggöra en god individuellt anpassad behandling är att det finns en tydlighet kring rollfördelning och att det finns ett förtroende för de olika professionernas bedömningar. Tre av intervjupersonerna anser att det finns begränsningar med att de samverkande parterna inte har ett gemensamt journalsystem. En av intervjupersonerna, Cecilia, hade dock en lite mer negativ syn på samverkan och kopplade detta till ett vinstintresse. Hon tyckte sig se ett samband mellan ekonomisk vinning och engagemang när det kommer till samverkan.

5. Avslutande diskussion

Föreskrifterna kopplade till LARO har varit och är fortfarande under kontinuerlig utveckling med syfte att skapa bästa möjliga vård och behandling för den enskilde, samtidigt som föreskrifternas utformning även är påverkad av de samhälleliga värderingarna kring behandlingsformen. Med bakgrund av detta har vi haft som syfte med vår studie att belysa hur professioner kopplade till LARO-mottagningar upplever sina möjligheter att tillgodose en individuellt anpassad behandling. Detta genom att undersöka de professionellas upplevelser utifrån faktorer som handlingsutrymme kopplat till psykosociala insatser, samverkan och rådande föreskrifter.

I vår studie har vi kunnat urskilja att samtliga intervjupersonerna upplever att de har ett handlingsutrymme i sin profession samtidigt som de framhäver en komplexitet som inbegriper för- och nackdelar för både patienter och professionella. Vi kan identifiera att en samverkan som är gynnsam för patienten inbegriper tydlig rollfördelning och respekt för de olika professionernas förmåga att göra adekvata bedömningar. Vidare lyfts det att ordet "bör" i föreskrifterna både kan generera i ett ökat handlingsutrymme och osäkerhet samt svårigheter att tolka. Denna otydlighet framkommer bland annat i intervjupersonernas upplevelser och kunskap kring huruvida det går att stänga av en patient från LARO på grund av hot och våld. Utifrån vår empiri kan vi även urskilja upplevelser av begränsningar i möjligheterna att tillgodose en meningsfull sysselsättning för patienter med ett sidomissbruk. De båda teoretiska infallsvinklarna, Lipsky's teori om gräsrotsbyråkrater och handlingsutrymme och

det salutogena perspektivet, har gjort det möjligt att fånga upp både de professionellas förutsättningar för att möjliggöra en individuellt anpassad behandling och hur de professionella nyttjar förutsättningarna för patientens bästa.

Vår studie bidrar till kunskapsläget på så sätt att vi har pekat på hur upplevelsen av tolkningsbara föreskrifter både möjliggör och försvårar för de professionella i deras arbete. Föreskrifterna möjliggör en individuellt anpassad behandling då de olika professionerna kan arbeta flexibelt, samtidigt som samsynen kring föreskrifterna mellan olika LARO-mottagningar kan komma att te sig olika beroende på hur föreskrifterna tillämpas lokalt. Vi tror att det krävs ett kontinuerligt arbete kring hur de professionella förhåller sig till föreskrifterna samt kring samverkan mellan LARO-mottagningar. Vi ser en vikt av att både problematisera och diskutera möjligheter i den flexibilitet som föreskrifterna erbjuder.

I vår studie har vi intervjuat fem personer, vilket är att anse som en liten studie. Det har medfört att vi inte har kunnat urskilja olika upplevelser beroende på intervjupersonens profession eller beroende på LARO-mottagningens storlek. Vi anser att det hade varit intressant att genomföra en större studie för att kunna se om det finns variationer på upplevelser beroende på vilken profession som intervjuas eller om storleken på LARO-mottagningen har någon påverkan.

6. Referenser

Andersson, Lisa & Björn Johnson (2018) VALFRIHET OCH EGENMAKT - En utvärdering av Regions Skånes vårdval för LARO. Malmö: FoU-rapport 2018:1

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber

Ekendahl, Mats (2011) The limits of legitimacy: Service providers' views on maintenance treatment in Sweden. Department of Social Work, *Addiction Research and Theory*, Informa Healthcare October 2011; 19 (5): 427–437.

Eriksson-Zetterquist Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

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

Hansson, Jonas (2017) *Mind the blues - Swedish police officers' mental health and forced deportation of unaccompanied refugee children*. Doktorsavhandling. Umeå: Department of Public Health and Clinical Medicine Epidemiology and Global Health.

IVO. Inspektionen för vård och omsorg (2021) Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) [Elektronisk]
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/register/laro/laro-lista-2021-04-29.pdf>. [Hämtat: 210430].

Johnson, Björn & Torkel Richert (2014). Diversion of Methadone and Buprenorphine from Opioid Substitution Treatment: A Staff Perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 46 (5), s. 427-435.

Johnsson, Björn (2010). Risker och sidoeffekter i läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende – en forskningsöversikt. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 17 (1): 46-66.

Johansson, Roine (2007) *Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Arkiv förlag

Knutagård, Marcus (2016) Det sociala arbetets aktörer och frågan om förändring. I: Anna Meuwisse, Hans Swärd, Sune Sunesson och Marcus Knutagård (red.) *Socialt arbete, en grundbok*. Tredje utgåvan. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

Lind, Rolf (2019) *Vidga vetandet. Teori, metod och argumentation i samhällsvetenskapliga undersökningar*. Lund: Studentlitteratur.

Lipsky, Michael (1980) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel sage foundation.

Monwell, Bodil (2019) *En dyster parentes – opiatregeln i svensk LARO-behandling 2010–2016*. Doktorsavhandling. Jönköping: Jönköping University School of Health and Welfare.

Meuwisse, Anna & Hans Swärd (2016) Socialt arbete i internationellt jämförande perspektiv. I: Anna Meuwisse, Hans Swärd, Sune Sunesson & Marcus Knutagård (red.) *Socialt arbete, en grundbok*. Tredje utgåvan. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) Att analysera kvalitativt material. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Socialstyrelsen (2019a) Senaste version av HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende [Elektronisk]
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20161-om-lakemedelsassisterad-behandling-vid-opioidberoende/> [Hämtat: 210413].

Socialstyrelsen (2019b) Kunskapsstöd ska ge mer likvärdig vård vid opioidberoende [Elektronisk]
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/kunskapsstod-ska-ge-mer-likvardig-var-d-vid-opioidberoende/> [Hämtat: 210413].

Socialstyrelsen (2019c) Återfallsprevention [Elektronisk]
<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/aterfallsprevention/> [Hämtat: 210430].

Socialstyrelsen (2020) Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst [Elektronisk]
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-3-6607.pdf> [Hämtat: 210301].

Svensson, Kerstin, Johnsson, Eva & Laanemets, Leili (2008). *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur.

Svensson, Peter (2015) Teorins roll i kvalitativ forskning. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Stöver, Heino (2012) Assessing the current state of public-health-related outcomes in opioid dependence across Europe: data from the EQUATOR analysis. Lucca. Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14 (2012:04).

Swärd, Hans & Bengt Starrin (2016) Makt i socialt arbete. I: Anna Meuwisse, Hans Swärd, Sune Sunesson & Marcus Knutagård (red.) *Socialt arbete, en grundbok*. Tredje utgåvan. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

Vetenskapsrådet (2021) Etik i forskningen [Elektronisk]
<https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html> [Hämtat: 210602]

Wörlén, Marie (2010) Att prioritera i socialtjänsten – Om kommunalt handlingsutrymme och beslutsfattande. *Socialvetenskaplig tidskrift, nr 1, s. 28-45*.

Öberg, Peter (2015) Livshistorieintervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

1177 Vårdguiden (2018) Samordnad individuell plan [Elektronisk]

<https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/sa-samarbetar-var-d-och-omsorg/samordnad-individuell-plan-sip2/> [Hämtat: 210426].

7. Bilagor

7.1 Bilaga 1 - Informationsbrev

Informationsbrev om medverkan i studie

Hej,

Vi är två studenter som läser sjätte terminen på socionomprogrammet på Lunds universitet som skriver vår kandidatuppsats. Syftet med vår kandidatuppsats är att studera hur professionella kopplade till LARO upplever möjligheten att utforma en individuellt anpassad behandling för patienterna.



Vi skickar detta informationsbrev med en önskan om att få möjlighet att intervjua professionella med ett patientnära arbete som exempelvis psykolog, läkare, kurator, sjuksköterska eller annan behandlingspersonal.

Deltagandet i studien är självfallet helt frivilligt och kan avbrytas när som helst. Alla medverkande kommer att avidentifieras och allt material behandlas konfidentiellt. Intervjuerna kommer, på grund av rådande pandemi, att genomföras via Zoom eller annan digital plattform och vi önskar att få spela in intervjun för att underlätta i vår transkribering. Det kommer enbart att vara vi själva och möjligen vår handledare som tar del av det inspelade materialet som efter studien kommer att raderas. Intervjun kommer att vara semi-strukturerad och en intervjuguide kommer att ligga till grund för intervjun. Har ni önskemål om att ta del av intervjuguiden innan intervjun är det möjligt. Vårt mål är, förutom att få vår studies frågeställningar besvarade, att få en ökad insikt och kunskap om LARO's verksamhet. Vi beräknar att intervjun kommer att ta cirka en timme.

Om du vill ta del av uppsatsen när den är färdigställd eller har något annat du vill tillägga är du välkommen att kontakta oss.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Helena Zaar

Tel:

[Mail:](#)

Patrizia Wirsén

Tel:

[Mail:](#)

Handledare: Johan Cronehed, Socialhögskolan, Lunds universitet.

7.2 Bilaga 2 - Intervjuguide

Intervjuguide

Syfte:

Att få utökad förståelse för hur LARO's verksamheter fungerar utifrån de föreskrifter som socialstyrelsen förordar. Vilket handlingsutrymme de professionella på LARO upplever att de har att möjliggöra för patienterna att de tillgodoses en individuellt utformad behandling. Vilken psykosocialt stöd eller behandling som tillgodoses på LARO respektive via kommunens socialtjänst samt hur de professionella upplever att samverkan mellan Regionen och kommunen kring de psykosociala insatserna fungerar.

Studiens frågeställningar:

- Vilka psykosociala stöd och/eller behandlingar tillhandahålls parallellt med medicinsk behandling på LARO?
- Vad anser de professionella kopplade till LARO om sitt handlingsutrymme i förhållande till socialstyrelsens föreskrifter?
- Hur upplever de professionella kopplade till LARO att samverkan mellan LARO och kommunens socialtjänst påverkar möjligheten för en individuell plan?

Bakgrund/tjänst och arbetsuppgifter:

- Vilken tjänst har du?
- Vilka arbetsuppgifter har du och vad innebär de?
- Vilken utbildning har du?
- Hur länge har du arbetat här?

LARO-verksamheten:

- Vilka professioner arbetar i er verksamhet?
- Vilka faktorer ser du som avgörande för att patienter väljer LARO?
- Hur många patienter har ni för tillfället inskrivna?
- Hur många patienter kan ni ha inskrivna samtidigt? Maxtak?
- Hur länge brukar patienterna stanna på LARO/Behandlingstiden?

Föreskrifter:

- Hur upplever du möjligheten att tolka och följa föreskrifterna i det klientnära arbetet?
- Vilka fördelar ser du med LARO och föreskrifterna som gäller?
- Vilka begränsningar ser du med LARO och föreskrifterna som gäller?
- Upplever du att du har ett tillräckligt handlingsutrymme gällande arbetet med patienterna?
- Vad tycker du om förändringen i föreskrifterna gällande sidomissbruk?
- Vad tycker du om ett-års-regeln (dokumenterat beroende...)?

Psykosocial behandling:

- Erbjuder ni psykosocial behandling eller stödinsatser i er verksamhet eller i samverkar ni med andra? Vilka?

- Vad för psykosocial behandling/stöd finns att tillgå på LARO?
- Vad för psykosocial behandling/stöd finns att tillgå via er samverkan med socialtjänsten eller andra vårdgivare?

Samverkan med socialtjänsten/kommunen/andra vårdenheter:

- Hur ser du på er samverkan med socialtjänsten/andra vårdenheter?
- Vad anser du är positivt med samarbetet? Vad fungerar i samverkan?
- Vad anser du är negativt eller hade behövt förbättras gällande samarbetet/samverkan?
- SIP. Har ni tjänstemanna möten innan SIP:ar?
- Vilket journalsystem kan både Region och Kommunen ta del av? Mina planer? *Har ni gemensamma verksamhetssystem som möjliggör att patienten/klientens behov är tydliga för alla som bidrar den enskildes behandling?*

Individuell plan

- Vilka är delaktiga i den individuella vårdplanen?
- Har du möjlighet att påverka vårdplanen?
- Hur upplever du att patientens begriplighet i behandlingsprocessen ser ut?
- Hur upplever du att patientens hanterbarhet i behandlingsprocessen ser ut? (Patientens delaktighet)
- Hur upplever du att patientens målbild i behandlingsprocessen ser ut? (Meningsfullhet)

- Hur upplever du förutsättningarna för att fortsätta en behandling för patienter som blir frihetsberövade?
- Hur ser det ut med samsjuklighet för patienterna?
- Hur ser du på avstängnings-reglerna?
- Har det hänt att ni använt er av dem? Vad föranledde detta? Vad blev resultatet?

Avslutande/sammanfattande frågor:

- Hur upplever du att LARO fungerar för patienterna?