



Institutionen för socialvetenskap

Socionomprogrammet 210 hp

”Man önskar ju inget hellre än att vara utan den här kemiska fotbojan”

- En kvalitativ studie av deltagares upplevelse av LARO-behandling

Abdoulie Drammeh och Milica Janković

SOC63, Examensarbete inom socialt arbete, 15 hp

SOC6, VT24

Handledare: Martin Börjeson

Examinator: Anders Kassman

Sammanfattning

Studiens syfte är att undersöka individens subjektiva upplevelse av att genomgå läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende (LARO). För att besvara studiens syfte och frågeställningar har vi använt oss av kvalitativ metod i form av både fokusgruppintervju och individuella intervjuer. I fokusgruppintervjun intervjuade vi tre yrkesverksamma för att bredda våra kunskaper inom ämnet och även för hjälp till utformningen av intervjuguiden för de individuella intervjuerna. De individuella intervjuerna bestod av sex intervjupersoner, tre som har LARO-behandling i dagsläget och tre som tidigare har haft det. Materialet från fokusgrupp- och de individuella intervjuerna presenteras i empirin med hjälp av en tematisk analys. Empirin har sedan analyserats med hjälp av tidigare forskning och Goffmans teori om stigma.

Studien visar att det finns flera olika aspekter som framkommer som viktiga i individens upplevelse av att ha LARO-behandling. I studien har särskilt fysiska biverkningar och känslomässig avstängdhet lyfts som en viktig aspekt. Även sidomissbruk verkar vara något studiens deltagare anser vara ett viktigt problem. Hämtningen av medicin och kontroll är också en aspekt som verkar vara en stor del av att ha LARO-behandling. En viktig aspekt är även behandlingens livräddande förmåga, men trots denna verkar dessutom en bundenhet till behandlingen upplevas som ett problem av deltagarna. Studien visar en variation i hur individen med LARO-behandling påverkas av sociala sammanhang. Å ena sidan verkar relationerna till närstående och familj i vissa fall ha fortsatt varit fungerande, eller till och med bättre. Å andra sidan beskrivs relationerna ha försämrats. Vi kan även se hos samtliga deltagare att de varit varsamma med vilka de var öppna för om sin behandling. Studien visar att i vissa fall kunde omgivningen vara förstående, i andra fall kunde omgivningen se ner på individen. Hos våra intervjudeltagare är upplevelsen av personalens bemötande i stort positiv. Studien diskuterar skillnader i åsikter gällande frågan kring huruvida man kan vara drogfri under pågående LARO-behandling. Vissa respondenter anser att man kan vara drogfri, men lyfter sidomissbruk som ett hinder. Andra respondenter anser att man inte riktigt kan klassas som drogfri ifall man erhåller substitutionsbehandling.

Nyckelord: LARO-behandling, substitutionsbehandling, metadon, buprenorfin, Subutex, stigma

Titel: "Man önskar ju inget hellre än att vara utan den här kemiska fotbojan" – En kvalitativ studie av deltagares upplevelse av LARO-behandling

Abstract

The purpose of the study is to examine individuals' subjective experiences of undergoing medication-assisted treatment for opioid dependency (LARO). To address the study's purpose and research questions we used a qualitative method, utilizing both focus group interviews and individual interviews. In the focus group interview we interviewed three professionals to broaden our knowledge of the subject and to assist in the development of the interview guide for the individual interviews. The individual interviews included six participants: three currently undergoing LARO-treatment and three who have previously undergone it. The material from the focus group and individual interviews is presented in the empirical section using thematic analysis. The empirical data were then analyzed with the help of previous research and Goffman's theory of stigma.

The study reveals several important aspects of individuals' experiences with LARO treatment. Physical side effect and emotional numbness were highlighted as significant issues. Concurrent substance abuse also appears to be a major concern among the study's participants. The process of medication retrieval and monitoring is another significant aspect of LARO treatment. While the treatment's life-saving potential is acknowledged, participants also expressed a sense of dependency on the treatment as problematic. The study shows variability in how individuals undergoing LARO-treatment are affected by social contexts. On one hand, relationships with close ones and family sometimes remained functional or even improved. On the other hand, some relationships are described as deteriorated. All participants were cautious about whom they disclosed their treatment to. The study shows that the surrounding environment could be understanding in some cases. While in other cases, individuals were looked down upon. The participants' experiences with the staff's attitude are generally positive. The study discusses differing opinions on whether one can be considered drug-free while undergoing LARO treatment. Some respondents believe that one can be drug-free but highlight concurrent substance abuse as an obstacle. Other believe that one cannot be truly considered drug-free if receiving substitution treatment.

Key words: opioid substitution treatment, substitution treatment, methadone, buprenorphine, Subutex, stigma

Title: "One Wishes for Nothing More than to Be Free from This Chemical Shackle" – A Qualitative Study of Participants' Experience of Opioid Substitution Treatment

Förord

Vi vill tillägna ett stort tack främst till våra intervjudeltagare. Ert samarbete har möjliggjort att vi kunnat genomföra den här studien och vi är tacksamma för att ha fått ta del av era livsberättelser.

Vi vill även tillägna ett stort tack till vår handledare Martin Börjeson. Med hjälp av din vägledning och reflektioner har vi kunnat skriva denna studie.

Ett stort tack till kursansvarige Hélène Lagerlöf. Dina föreläsningar, den omfattande förberedande hemtentamen och fredagspeppen har hjälpt oss mycket.

Vi vill även tacka alla som har hjälpt oss att korrekturläsa och givit oss feedback under studien. Ni har också sett till att denna studie kunnat fullbordas.

Ett sista tack till våra familjer, partners, vänner, kollegor och arbetsplatser som stått ut med oss och tvingats agera bollplank. Ni har bidragit med stöttning och förståelse för oss under denna tid. Utan er hade detta inte varit möjligt.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Abstract	3
Förord	4
1. Inledning	8
1.1 Problemformulering	8
1.2 Syfte och frågeställning	9
1.3 Begreppsdefinition	10
1.4 Bakgrund	10
1.4.1 Skifte i narkotikapolitiken	10
1.4.2 Läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende	11
1.5 Uppsatsens disposition	12
2. Metod	13
2.1 Fokusgrupp	13
2.1.1 Urval fokusgrupp	13
2.2 Individuella intervjuer	14
2.2.1 Urval individuella intervjuer	14
2.3 Tillvägagångssätt intervjuer	15
2.3.1 Informationsbrev och samtyckesblankett	15
2.3.2 Fokusgrupp	15
2.3.3 Individuella intervjuer	16
2.4 Bearbetning och tolkning av data	16
2.5 Förförståelse	17
2.6 Reliabilitet och validitet	17
2.7 Etiska ställningstaganden	18
3. Tidigare forskning	20
3.1 Tillvägagångssätt litteraturgranskning av tidigare forskning	20
3.2 Presentation av tidigare forskning	21
3.2.1 Effekter av substitutionsprogram	22
3.2.2 Stigmatisering	22
3.2.3 Ensamhet	23
3.2.4 Maktobalans och kontroll	23
3.2.5 Syn på drogfrihet	24
3.2.6 Sammanfattning	25
4. Goffmans teori om stigma	26
4.1 Begreppet stigma	26

4.2	Misskrediterad och misskreditabel	26
4.3	Diskriminering av stigmatiserade personer	26
4.4	LARO-patient - Person med tillrättad fläck?	27
4.5	Isolering som stigmatiserad	27
4.6	De egna och de upplysta	28
4.7	Den moraliska karriären.....	28
4.8	Att dölja sitt stigma.....	29
4.9	Sammanfattning.....	30
5.	Empiri fokusgruppintervju.....	31
5.1	Positiva aspekter av LARO.....	31
5.2	Negativa aspekter av LARO	32
5.3	Är man drogfri om man tar LARO?	33
5.4	Vad tar vi med oss till de individuella intervjuerna	34
	Tabell 1. Genererade frågor till intervjuguiden utifrån teman i fokusgruppen	34
6.	Empiri individuella intervjuer.....	35
	Tabell 2. Presentation av intervjustudiens deltagare.....	35
6.1	Upplevelsen av att ha LARO	35
6.1.1	Biverkningar till följd av behandlingen	35
6.1.2	Sidomissbruk	37
6.1.3	Kontroll och hämtning av medicin	38
6.1.4	LARO räddar liv	39
6.1.5	Kemisk fotboja.....	40
6.2	LARO-patienten i sociala sammanhang	41
6.2.1	Relationer och LARO	41
6.2.2	Öppenhet om LARO.....	42
6.2.3	Andras syn på en.....	43
6.2.4	Personalens bemötande.....	44
6.3	Kan man vara drogfri och ha LARO?.....	45
7.	Analys	47
7.1	Upplevelsen av att ha LARO	47
7.1.1	Biverkningar till följd av behandlingen	47
7.1.2	Sidomissbruk	47
7.1.3	Kontroll och hämtning av medicin	47
7.1.4	LARO räddar liv och Kemisk fotboja.....	48
7.2	LARO-patienten i sociala sammanhang	48
7.2.1	Relationer och LARO	48

7.2.2 Öppenhet om LARO.....	49
7.2.3 Andras syn på en.....	50
7.2.4 Personalens bemötande.....	50
7.3 Kan man vara drogfri och ha LARO?.....	51
8. Avslutning.....	52
8.1 Slutsatser.....	52
8.2 Diskussion.....	53
8.2.1 Upplevelsen av att ha LARO.....	53
8.2.2 LARO-patienten i sociala sammanhang.....	55
8.2.3 Syn på drogfrihet och LARO.....	56
8.2.4 Urvalsdiskussion.....	57
8.3 Förslag på vidare forskning.....	57
Referenslista.....	58
Bilaga 1 – Informationsbrev fokusgrupp.....	62
Bilaga 2 – Informationsbrev individuella intervjuer.....	63
Bilaga 3 – Samtyckesblankett.....	64
Bilaga 4 – Intervjuguide fokusgrupp.....	65
Bilaga 5 – Intervjuguide individuella intervjuer.....	66
Bilaga 6 – Intervjuguide individuella intervjuer.....	67
Bilaga 7 – Flödesschema litteraturgranskning.....	68

1. Inledning

I det första kapitlet presenterar vi problemformuleringen till vårt valda ämne, studiens syfte och frågeställningar, en begreppsdefinition och bakgrund. Till sist presenteras uppsatsens disposition.

1.1 Problemformulering

Folkhälsomyndigheten (FHM, 2024) skriver att opioider har varit inblandade i 86 procent av de drogrelaterade dödsfallen där dödsorsaken kunnat fastställas. FHM (2024) hävdar att de svenska kommunerna har bra grunder för att förebygga narkotikaanvändning, men att kvaliteten på det förebyggande arbetet har försämrats. Ett exempel på det är att antalet timmar för samordning av förebyggande arbete med alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS) har minskat de senaste åren. För att motverka orsakerna kopplade till narkotika- och läkemedelsrelaterade dödsfall, fokuserar regionerna på att erbjuda bättre behandling och öka tillgängligheten för stöd i form av läkemedelassisterad behandling för opioidberoende (LARO) (FHM, 2024).

Johnson m.fl. (2023, s.217) skriver om två modeller inom narkotikapolitiken som står i motsättning till varandra. Den ena modellen, som har varit standard i Sverige, är mer restriktiv och går i linje med nollvisionen om narkotika. Den restriktiva modellen främjar kontroll och straff men även preventiva insatser och behandling för att uppnå ett narkotikafritt samhälle. Modellen ser negativt på så kallad skadereducerande narkotikapolitik. Den andra modellen är mer liberal och vill föra en tillåtande narkotikapolitik. Den förespråkar legalisering med reglering och är mer positiv till skadereducerande insatser. Argumenten på denna sida är att förebyggande insatser och behandling för drogfrihet ej fungerar (Johnson m.fl., 2023, s.217). Johnson m.fl. (2023, s.218) nämner en tredje modell som står mellan de förstnämnda modellerna: harm reduction (skadereduktion)-linjen. Denna modell syftar till skadereducerande insatser som fokuserar på att minska risker och skador relaterade till missbruk, snarare än att fokusera på kontrollåtgärder. Utökad substitutionsbehandling är ett exempel på sådan insats. Johnson m.fl. (2023, s.384) hävdar att skadereduktion växt fram som alternativ sedan 1980-talet efter ett tidigare starkt samförstånd om restriktiv narkotikapolitik i Sverige.

Bergman (2023) nämner i sin artikel *Hemlöshetsforskare: "Svårt växla från nolltolerans till harm reduction"* att nollvisionen varit ledande inom narkotikapolitiken i Sverige under de senaste decennierna men börjar växla över till harm reduction. Även Johnson m.fl. (2023, s.384) skriver om den skadereducerande modellens framväxt. Det har under de senaste decennierna växt fram mer medicinsk behandling från sjukvården för beroendetillstånd (Johnson m.fl., 2023, s.348). Sedan Socialstyrelsen lättade på regleringar kring substitutionsbehandling år 2005 har vårdformen utökats kraftigt (Johnson m.fl., 2023, s.350). I dagsläget är substitutionsbehandling den primära behandlingsformen för personer med opioidberoende (Johnson m.fl., 2023, s.351). Men behandlingsformen är fortfarande i dagsläget väldigt omdebatterad (Johnson m.fl., 2023, s.350).

Vi ser en opposition mot substitutionsbehandling inom exempelvis tolvstegsrörelsen (Nordgren, 2013, s.29). Johnson m.fl. (2023, s.384) nämner att substitutionsbehandling kan ses som en motsägelse till den restriktiva politiken kring narkotika. Behandlingen kan dessutom föra med sig risker som att de läkemedel som ingår i behandlingen förs vidare till den illegala marknaden då de i sig kan missbrukas (Johnson m.fl., 2023, s.350). Johnson m.fl. (2023, s.351) lyfter även risken att personer som inte har tillräckligt omfattande beroendeproblem får substitutionsbehandling.

Substitutionsbehandlingen är ibland en behandling som varar hela livet (Johnson m.fl., 2023, s.352). När substitutionsbehandlingen först kom var meningen att de beroende patienterna skulle få möjlighet att ändra sin livsstil och kunna sluta med illegalt drogbruk. Kriterierna för att få substitutionsbehandling och behålla den var väldigt stränga (Johnson m.fl. 2023, s.390). I den senaste versionen av *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende* (HSLF-FS 2016:1) finns det inte längre ett formellt krav gällande drogfrihet (Johnson m.fl., 2023, s.390). Johnson m.fl. (2023, s.351) lyfter risken att det skulle kunna bli så att de personer som vill ha en behandlingsform för sitt missbruk utan läkemedel inte får det. Johnson m.fl. (2023, s.351) menar att det i dagsläget inte finns behandlingshem i samma omfattning och att det även handlar om en kostnad för Socialtjänsten. Det finns i dagsläget ett förslag i den statliga offentliga utredningen *Från delar till helhet: En reform för samordnande, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93, s.300) om att sjukvården ska ta över ansvaret för missbruk av alkohol och narkotika vad gäller vård och behandling. Heilig (2019, s.204) lyfter att det finns studier som visar på minskning vad gäller sjuklighet och dödlighet för de personer som genomgår substitutionsbehandling.

Som det ser ut nu kommer trenden med substitutionsbehandling för opioidberoende bara fortsätta öka. Denna fråga är relevant inom ämnet socialt arbete då LARO-behandlingen är en insats för människor med drogberoende. Heilig (2019, s.204) och Johnson m.fl. (2023, s.384) lyfter att det finns studier som har fått resultat på minskad dödlighet och sjukdom bland de som genomgår programmet och den svenska narkotikapolitiken blir allt mer liberal och skadereducerande. Vi kan läsa omfattande information från både förespråkare och kritiker av substitutionsbehandling samt om de resultat som denna behandling kan uppnå. Men någonstans tänker vi att individens upplevelse ibland saknas i denna diskurs. Detta väckte frågan hos oss – vad säger de som faktiskt är med i LARO-programmet? Hur är deras upplevelse av att genomgå substitutionsbehandling?

1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen är att undersöka individens subjektiva upplevelse av att genomgå LARO-behandling.

Syftet kommer att undersökas genom följande frågeställningar:

- Vilka aspekter av personers liv påverkar LARO-behandling enligt deras egen upplevelse?
- Hur påverkas individer som har LARO-behandling av sociala sammanhang?
- Hur är individernas syn på drogfrihet under pågående LARO-behandling?

1.3 Begreppsdefinition

LARO – Läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende, även nämnt som substitutionsbehandling i uppsatsen. LARO:s innehåll och regleringar beskrivs vidare i kapitel 1.4.2 *Läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende*.

Buprenorfin – Den aktiva substansen i läkemedlet Subutex och Suboxone.

Metadon – Läkemedel man kan få genom LARO-behandling.

Subutex och Suboxone – Läkemedel man kan få genom LARO-behandling.

Substitutionsbehandling – Används synonymt med LARO-behandling i studien.

1.4 Bakgrund

I följande avsnitt kommer vi att presentera en mer djupgående bakgrund gällande skiftet i narkotikapolitiken samt om LARO-behandling för att ge läsaren en bättre förståelse om ämnet.

1.4.1 Skifte i narkotikapolitiken

Enligt United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2008) har narkotikapolitikens utveckling en stark koppling till historiska händelser. Innan internationell drogkontroll etablerades, skedde en omfattande ökning av global narkotikaproduktion och export (UNODC, 2008). I början av 1900-talet kom den första internationella konventionen som markerade början på en serie av försök att hantera globalt drogmissbruk (UNODC, 2008). UNODC (2008) beskriver att Förenta nationernas (FN) konvention *Single Convention* från år 1961 utgör grunden för det moderna drogkontrollsystemet. Sedan tillkom konventionen *The Convention on Psychotropic Substances* år 1971, för att inkludera nya substanser med medicinska användningsområden som ofta missbrukades. 1988-års konvention *The Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* kompletterade de tidigare konventionerna genom att introducera regleringar för hela produktions- och distributionskedjan av droger. Dessa tre konventioner utgör tillsammans ett omfattande system för internationell drogkontroll och har undertecknats av nästan alla FN-medlemsstater (UNODC, 2008). Å ena sidan beskriver Lines (2010, s.6) att FN-konventionerna skapades utifrån humanitära principer. Mänskligt välbefinnande skulle värnas, samt lösa de sociala problemen som missbruket hade lyckats åstadkomma globalt (Lines, 2010, s.6). Å andra sidan hade beslutsfattarna en motsägelsefull retorik gentemot narkotika och missbruk, vilket underminerade den humanitära principen (Lines, 2010, s.7).

Trots flera årtionden av FN:s konventioner och USA:s krig mot droger menar Global Commission on Drug Policy (GDPCP, 2011, s.2) att kriminaliseringen och repressiva åtgärder har misslyckats att

effektivt minska tillgång och användning av illegala droger. GDGP (2017, s.8) skriver om att allmänhetens åsikter och medias framställningar förstärker och upprätthåller stigmat kring droger och droganvändning. Stigmat och diskriminering, i kombination med kriminaliseringen av droganvändning är direkt relaterad till kränkningar av mänskliga rättigheter för personer som använder droger i många länder (GDGP, 2017, s.8). I och med synen på att kriget mot drogerna bara skapade fler problem och stigmatiserandet av individen gjorde att de inte kunde söka hjälp började skadereduktionen som narkotikapolitisk modell växa fram (Johnson m.fl., 2023, s.383). Framväxandet av modellen kan spåras tillbaka till början av 1900-talet men fick sitt genombrott under 1980-talet (Johnson m.fl., 2023, s.386). Utgångspunkten för denna modell var att det var mer humant att förbättra livsvillkoren och minimera riskerna för de människor som använde droger snarare än att straffa dem (Harm Reduction International [HRI], u.å.). Skadereduktionen som narkotikapolitisk modell ses även som ett mer vetenskapligt sätt att angripa problem med droger i samhället än den tidigare restriktiva modellen (Johnson m.fl., 2023, s.384). I dagsläget kan vi se att skadereduktionen finns i delar av i princip alla västeuropeiska länders narkotikapolitik (Johnson m.fl., 2023, s.386). I *EU:s agenda och handlingsplan för narkotika 2021–2025* (Skr. 2019/20:FPM70, s.4) nämner de att en strategisk prioritering är att minska risken och skadan för dem som använder narkotika för att skydda deras hälsa. World Health Organization (WHO, 2023, s.3) rekommenderar skadereduktion som en intervention för att minska riskerna och de negativa effekterna med droganvändning hos individen och i samhället. Sverige som tidigare haft en starkt restriktiv narkotikapolitik och nollvision om droger har under de senaste åren förändrats (Johnson m.fl., 2023, s.386). Johnson m.fl. (2023, s.387) säger även att Samsjuklighetsutredningen (SOU 2021:93) och *Narkotikautredningen – Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus* (SOU 2023:62) har bidragit till att stärka perspektivet om skadereduktion i den svenska narkotikapolitiken. I regeringens skrivelse *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025* (Skr. 2021/22:213, s.64) lyfter de LARO som en behandling med ett starkt vetenskapligt stöd.

1.4.2 Läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende

LARO är en åtgärd för personer med opioidberoende med målet att förebygga återfall samt minska medicinska konsekvenser, smittspridning och dödlighet (Socialstyrelsen, 2020, s.9). Enligt Socialstyrelsens rapport *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* (2019, s.8) bör hälso- och sjukvården samt Socialtjänsten erbjuda LARO som behandlingsalternativ. Enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende* (HSLF-FS 2016:1) ska LARO bestå av behandling med läkemedel samt psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser (HSLF-FS 2016:1, 4 kap. 5 §). Insatserna som ingår i behandlingen ska ha utgångspunkt i patientens behov och det ska finnas respekt för dennes integritet och självbestämmande (HSLF-FS 2016:1, 4 kap. 5 §). Läkemedlet i behandlingen kan vara blandningen buprenorfin/nalaxon, metadon eller enbart buprenorfin. Buprenorfin är den

aktiva substansen i medicinerna Subutex och Suboxone, bland annat. Den andra behandlingsdelen kan omfatta rådgivning, återfallsprevention, individuell eller familjeterapi (Socialstyrelsen, 2020, s.14).

Individen kan antingen söka LARO genom en egen vårdbegäran eller genom att en vårdgivare eller vårdenhet skriver remiss (Socialstyrelsen, 2020, s.29). LARO ska enbart ordinerats till den patient som fyllt 20 år, om inte särskilda skäl föreligger, och patienten ska av ordinerande läkare bedömas ha ett opioidberoende sedan minst ett år tillbaka (HSLF-FS 2016:1, 4 kap. 1–2 §§). För att bedöma om personen ska få LARO kommer läkaren även kontrollera tillgängligheten till LARO samt värdera och överväga eventuella risker och nytta med behandlingen (Socialstyrelsen, 2020, s.30).

Under de tre första månaderna av LARO ska patienten hämta sina läkemedel och inta dem över uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal på den mottagning där behandlingen har inletts, men det kan vid särskilda skäl ske på annan enhet (HSLF-FS 2016:1, 5 kap. 1 §). Under den inledande fasen på tre månader sker drogtester regelbundet (Socialstyrelsen, 2020, s.45). Ifall att resultaten av behandlingen har varit stabil under de tre första månaderna kan läkaren göra bedömningen att successivt låta patienten hämta och hantera läkemedlet själv, förutsatt att risken bedöms som låg att patienten skulle överlåta läkemedlet eller hantera det otillbörligt (HSLF-FS 2016:1, 5 kap. 2 §). Personer med opioidberoendes behov av stöd och behandling kan variera vad gäller omfattning och tid. De som genomgår LARO-behandling har möjlighet att avsluta denna på egen begäran, men för vissa blir behandlingen livslång (Socialstyrelsen, 2020, s.20).

1.5 Uppsatsens disposition

Uppsatsen är indelad i åtta kapitel. Det första kapitlet berör inledningen för uppsatsen och innehåller problemformulering, syfte, frågeställningar samt en begreppsdefinition för att presentera ämnet och syftet med studien. Detta följs av en mer ingående beskriven bakgrund om narkotikapolitikens skifte och LARO-behandlingen i Sverige. Det andra kapitlet består av ett metodavsnitt som vi valt att ha tidigt i studiens disposition för att läsaren ska kunna följa med på våra tankegångar kring val av metod innan vi fortsätter med kapitel tre och fyra där vi presenterar tidigare forskning inom ämnet och Goffmans teori om stigma. Då vi har empiri från både fokusgruppintervjun och de individuella intervjuerna har vi valt att presentera dessa i två separata kapitel. Empirin från fokusgruppintervjun presenteras i en tematisk analys och även det vi tar med oss till de individuella intervjuerna i kapitel fem. Empirin från de individuella intervjuerna presenteras sedan i en tematisk analys i kapitel sex. Empirin från de individuella intervjuerna analyseras sedan i kapitel sju med tidigare forskning och Goffmans teori om stigma som grund. I kapitel åtta presenterar vi de slutsatser vi har dragit utifrån analysen, diskussion av de olika delarna i studien och förslag på vidare forskning.

2. Metod

I följande avsnitt kommer vi att presentera vald metod för att kunna uppfylla studiens syfte och besvara dess frågeställningar. Vi kommer även att presentera de två olika intervjuformerna vi har valt att använda oss av samt urvalet och tillvägagångssättet för dessa. Detta kommer att följas av en förklaring på hur vi gjort vid bearbetning och tolkning av data. Till sist kommer vi att presentera vår förförståelse, reliabilitet och validitet samt etiska överväganden för studien.

För att kunna besvara studiens syfte och frågeställningar har vi valt att genomföra studien med en kvalitativ ansats. Kvalitativ forskning utgår ofta från en så kallad empatisk ståndpunkt som handlar om att uppfatta en situation utifrån perspektivet av de individer som studeras (Bryman, 2018, s.478). Vi tänker därför att den kvalitativa metoden är lämplig för denna studie då den handlar om individens subjektiva upplevelse. Den kvalitativa ansatsen tillåter strukturen i studien vara minimal och på så sätt kan vi fånga de perspektiv som är av vikt för de personer som ska studeras (Bryman, 2018, s.482).

2.1 Fokusgrupp

Vi började med att hålla i en fokusgrupp som är en slags gruppintervju med flera deltagare samt en samtalsledare. Morgan (1997, s.22) skriver att man först kan ha en fokusgruppintervju innan de individuella intervjuerna för att få en bra utgångspunkt och se hur åsikterna inom ämnet kan vara. Vi tänkte utgå från fokusgruppen för att få mer kunskap och utforma vår intervjuguide till de individuella intervjuerna. Frågorna i fokusgruppen berörde ett relativt avgränsat område och fokuset låg på samspelet inom gruppen (Bryman, 2018, s.604).

Det kan finnas fördelar med att ha fler än en fokusgrupp men faktorer som tid och övriga resurser påverkar hur många fokusgrupper vi har möjlighet att utföra och alldeles för många skulle kunna vara tidsödslande (Bryman, 2018, s.607). Vi bestämde oss för att till en början endast hålla i en fokusgrupp då vi ansåg att detta kan ge oss tillräckligt med nya perspektiv för att sedan fortsätta med kvalitativa enskilda intervjuer. Fokusgruppen planerades att spelas in och transkriberas för att på bästa möjliga sätt kunna analysera materialet efter och se vilka som står för vilka åsikter (Bryman, 2018, s.606). Då vi enbart planerat att hålla i en fokusgrupp informerade vi deltagarna innan att ett villkor för att de ska kunna delta i fokusgruppen är att de går med på att bli inspelade.

2.1.1 Urval fokusgrupp

Urvalet i fokusgruppen gjordes genom ett målstyrt urval där forskningsdeltagarna väljs ut på ett strategiskt sätt så att de är relevanta för de formulerade forskningsfrågorna (Bryman, 2018, s.496). Vårt mål var att få ihop en grupp med olika erfarenheter kring LARO för att få olika förhållningssätt till de frågorna vi vill studera och möjlighet till diskussion under fokusgruppen (Bryman, 2018, s.614). Enligt Morgan (1997, s.34) är den vanligaste storleken på fokusgrupp sex till tio medlemmar. Morgan (1997, s.42) rekommenderar dock mindre storlek på gruppen i de fall temat för intervjun är

kontroversiellt. Vi ansåg att detta talade för att vi inte borde ha en för stor fokusgrupp i och med att ämnet LARO kan uppfattas som just kontroversiellt. Något som talade för att vi inte skulle ha en allt för liten grupp är risken att de deltagare som accepterat att delta kanske inte kommer på bestämd tid (Bryman, 2018, s.609). Vi valde därför att ha målsättningen tre personer i fokusgruppen då vi tänker att det är tillräckligt många och att det kan bli svårt att få med fler. Vi hörde av oss till olika personer och fick till slut ihop en grupp på tre personer med olika kopplingar till ämnet: en LARO-läkare, en behandlingsansvarig på behandlingshem med tolvstegsinriktning och en socialsekreterare som arbetar på Socialtjänsten med missbruk. Det var en utmaning att få ihop en grupp på tre personer då datumet och platsen behövde passa alla. Detta hade förenklats genom att ha intervjun digitalt, men vi ansåg att en fysisk intervju skulle ge ett bättre samspel.

2.2 Individuella intervjuer

Efter att fokusgruppen var genomförd gick vi vidare till kvalitativa individuella intervjuer. Kvalitativa intervjuer fungerar bra i de fall forskningsfrågorna är formulerade utifrån intervjupersonernas subjektiva synsätt och tankar, därför ansåg vi att det passar vår studie (Bryman, 2018, s.561). Kvalitativa intervjuer är flexibla på det sättet att intervjun kan gå åt olika håll beroende på vad intervjupersonen anser vara viktigt i frågan, därför kunde vi till stor del avvika från intervjuguiden och ställa andra frågor än de vi tänkt ställa (Bryman, 2018, s.561). Vi valde att använda oss av den semistrukturerade intervjun med en intervjuguide som hjälp under intervjun (Bryman, 2018, s.563). Bryman (2018, s.564) skriver att i de fallen där det är fler än en forskare i en undersökning lär den semistrukturerade formen av intervjun föredras framför den ostrukturerade för att säkra möjligheten att jämföra intervjuerna. Då vi är två som arbetat med denna uppsats och genomfört intervjuer på varsitt håll var det därför bra att vi genomför semistrukturerade intervjuer så vi kan utgå från samma intervjuguide. Då vi ville ha intervjuer med flera personer tänker vi att en semistrukturerad intervjuform tillåter intervjuerna att beröra samma teman snarare än om vi hade valt att ha en ostrukturerad.

2.2.1 Urval individuella intervjuer

Vi har, som i fokusgruppen, använt oss av ett målstyrt urval där vi valt ut personer vi tänker kan passa våra forskningsfrågor (Bryman, 2018, s.496). Då vi ville undersöka individens subjektiva upplevelse av att genomgå LARO-behandling valde vi ut personer som i dagsläget genomgår eller tidigare har genomgått det utan några specifika avgränsningar. Vi började med att höra av oss till de personer vi själva känner och vet är lämpliga för studien då de passade våra kriterier, på så sätt fick vi tag i fyra respondenter. Enligt Bryman (2018, s.506) kan det vara så att man i studiens gång märker att man vill intervjua andra grupper än man från början tänkt. Vi märkte att samtliga vi intervjuat var män, och alla hade haft en del sidomissbruk under sin behandlingstid. Vi försökte då även få tag i dels en

kvinnor, dels en intervjuperson som inte haft sidomissbruk för att få ett mer nyanserat urval. Vi hörde sedan av oss till vänner vi tänkte kan ha kännedom om personer som lämpar sig samt skrev på våra privata facebook-sidor för att se om några av våra vänner där kände till fler som kunde delta i vår studie. På så sätt fick vi tag i de sista två respondenterna, en man utan sidomissbruk och en kvinna.

Storleken på urvalet kan vara svår att bestämma då det i förväg inte går att veta hur många intervjupersoner som krävs för att uppnå en teoretisk mättnad (Bryman, 2018, s.506). Målet för denna studie var inte att uppnå en teoretisk mättnad, men samma tanke kring storleken på urvalet påverkade oss ändå. Vår målsättning var att intervjua totalt sex personer i de individuella intervjuerna, vilket vi även gjorde.

2.3 Tillvägagångssätt intervjuer

2.3.1 Informationsbrev och samtyckesblankett

Vi skrev ett informationsbrev (se bilaga 1 och 2) och en samtyckesblankett (se bilaga 3) för intervjudeltagare till fokusgruppen och för deltagare till individuella intervjuerna med all information som kan tänkas vara nödvändig för dem som ska delta i studien. Informationsbrevet och samtyckesblanketten skickades till samtliga intervjudeltagare via e-post innan bestämd plats för intervju, och deltagarna fick sedan underteckna samtyckesblanketten vid tid för mötet.

2.3.2 Fokusgrupp

Vi utformade först en intervjuguide för fokusgruppen som vi utgick från på intervjutillfället med olika teman vi ville komma in på (Bryman, 2018, s.563). Studiens frågeställningar fokuserar på individens subjektiva upplevelse, men på fokusgruppintervjun valde vi att intervjua yrkesverksamma för att få en bredare bild och förståelse kring ämnet. Temana i intervjuguiden fokuserade således på utomstående personers perspektiv på LARO-behandling och människorna som genomför den. Enligt Lofland och Lofland (1995, s.78) bör man fråga sig själv vad som är oklart eller förvånansvärt inom ämnet som man vill ta reda på för att utforma intervjuguiden. Vid utformningen av intervjuguiden (se bilaga 4) satt vi därför tillsammans och kom fram till fler frågor vi ville ha med.

Bryman (2018, s.566) lyfter att det är viktigt att intervjun genomförs i en miljö som är helt lugn utan störande ljud som kan drabba inspelningen av intervjun och därmed transkribering. Vi valde att genomföra fokusgruppintervjun i skolans lokaler på kvällstid då det är lugnt på skolan den tiden och även för att den ligger relativt nära alla intervjupersoner. I början av fokusgruppintervjun bad vi alla presentera sig själva med namn, ålder och vad de har för typ av relation till ämnet LARO-behandling, då det enligt Bryman (2018, s.566) är viktigt att notera detta.

Enligt Bryman (2018, s.606) bör fokusgruppen spelas in och sedan transkriberas för att fungera bäst då det kan vara av intresse att veta vilka som står för olika åsikter. Fokusgruppsintervjun spelades in och efter denna transkriberade vi halva intervjun var med hjälp av Words diktering. Sedan kodade

vi transkriberingen på varsitt håll (mer om denna process under kapitel 2.4 *Bearbetning och tolkning av data*). När vi sedan gjort oss bekanta med materialet och gått igenom det tillsammans använde vi detta för att utforma intervjuguiden till de individuella intervjuerna. Detta presenteras i Tabell 2 under kapitel 5.4 *Vad tar vi med oss till de individuella intervjuerna*.

2.3.3 Individuella intervjuer

För att förbereda oss inför de individuella intervjuerna behövde vi även här utforma en frågeguide. Vi utgick från våra frågeställningar samt det vi kommit fram till i fokusgrupperna. Vi diskuterade vad vi behövde veta för att få svar på våra frågeställningar och såg till att det finns med i de teman vi valt att ha i vår frågeguide (Bryman, 2018, s.565). Våra frågeställningar är ganska vida vilket gör att vi varit öppna för nya synsätt som uppkommit vid intervjuerna (Bryman, 2018, s.565). Utifrån fokusgruppsintervjun kom vi fram till aspekter vi tänkte kunde vara intressanta att fråga om i de individuella intervjuerna, men vi behövde hela tiden stämna av med studiens syfte och frågeställningar för att inte hamna utanför det. I de individuella intervjuerna är det precis som för fokusgruppsintervjun viktigt att fråga om och notera intervjupersonernas bakgrund (Bryman, 2018, s.566). I början av intervjun valde vi därför att fråga personerna om namn, hur länge de haft substitutionsbehandling och hur länge de varit utan den i de fall att de inte längre genomgår det.

Vi valde att genomföra intervjuer separat på grund av tidsaspekten. I de individuella intervjuerna var vi flexibla till att anpassa oss efter var våra intervjupersoner var bekväma med att intervjun skulle ske, samtidigt som vi såg till att det var i en lugn miljö. Efter varje genomförd intervju diskuterade vi med varandra vad vi kunde tänka på till de kommande intervjuerna. Intervjun bör, precis som fokusgruppsintervjuerna, transkriberas och sedan skrivas ut då vi får bättre möjlighet att vara uppmärksamma på intervjun och kunna ställa relevanta följdfrågor utan att bli distraherade av att behöva anteckna under intervjuns gång (Bryman, 2018, s.577–578). Vi transkriberade våra egna intervjuer, men lyssnade sedan igenom och korrekturläste varandras. Här fanns det även möjlighet för oss att ge feedback till varandras intervjustil för att få ut så mycket som möjligt från intervjuerna. Efter att vi transkriberat intervjuerna gick vi vidare till kodningen av den som det skrivs om i nästa del.

2.4 Bearbetning och tolkning av data

Då bearbetningen och tolkning av data gjordes på samma sätt för både fokusgruppintervjun och de individuella intervjuerna kommer dessa båda beskrivas under detta avsnitt. Som tidigare nämnt kodade vi fokusgruppintervjuerna på varsitt håll och vi gjorde på samma sätt med de individuella intervjuerna. Enligt Erlingsson och Brysiewicz (2017, s.98) är det en fördel att vara flera som kodar samma data för att se om man kommer fram till liknande mönster och kategorier. Först började vi med kodningen av fokusgruppintervjun då denna skulle hjälpa oss med utformning av intervjuguide

till de individuella intervjuerna. Efter att båda individuellt hade kodat data gick vi tillsammans igenom alla koder. Vissa koder stämde överens med varandra men de allra flesta var olika. Vi delade sedan in dessa koder in i olika underkategorier som i sin tur blev olika teman som nämnt i Erlingsson och Brysiewicz (2017, s.94). Bearbetningen av de individuella intervjuerna gick till på liknande sätt. Här hade vi nu mycket mer data för att koda och därför använde vi oss av NVivo för att bättre kunna hålla koll på alla koder. Även här valde vi att koda på varsitt håll för att sedan jämföra våra koder med varandra och dela upp dessa i underkategorier och sedan teman. Dessa olika teman kommer att presenteras sedan som en tematisk analys under empiri-avsnittet. Tolkningen av data har varit ett levande arbete och vi har varit öppna för nya infallsvinklar under tiden vi skrivit empiri-avsnittet.

2.5 Förförståelse

För att vara så transparenta som möjligt i denna studie anser vi att det är viktigt att presentera oss som författare och våra personliga kopplingar till ämnet. Abdoulie Drammeh har arbetat med ungdomar och har ingen särskild erfarenhet eller koppling till vare sig missbruk eller LARO-behandling. Milica Janković har arbetat i fem år på ett behandlingshem med tolvstegsinriktning där de inte tar emot patienter som erhåller LARO-behandling. Hon har dock i sitt arbete och även på sin verksamhetsförlagda utbildning hos Socialtjänsten under skolgången stött på folk som tidigare haft eller har LARO-behandling. Således har ingen av oss någon större insyn i ämnet LARO-behandling vilket väckte vårt intresse för frågan och föranledde beslutet att studera inom detta ämne.

2.6 Reliabilitet och validitet

Bryman (2018, s.465) skriver om hur många forskare som använder sig av kvalitativ metodik diskuterat relevansen av begreppen reliabilitet och validitet kopplat till den kvalitativa forskningen. Det finns därmed olika sätt att anpassa dessa begrepp efter den kvalitativa forskningen. Vi har valt att använda oss av begreppen extern reliabilitet, intern reliabilitet och intern validitet i denna presentation av studiens reliabilitet och validitet (Bryman, 2018, s.465).

Den *externa reliabiliteten* syftar till studiens replikerbarhet, vilket innebär i vilken mån någon annan kan upprepa studien (Bryman, 2018, s.465). Då vi har valt att göra en studie med semistrukturerade intervjuer kommer detta att påverka den externa reliabiliteten eftersom de följdfrågor vi valt att ställa kanske inte skulle vara samma frågor någon som upprepar studien skulle ställa. Det som däremot talar för en styrkt extern reliabilitet är att vi två författare till studien har gjort individuella intervjuer på varsitt håll med vår semistrukturerade intervjuguide som bas och ändå har fått fram liknande teman från våra intervjupersoner. Något mer som talar för att den externa reliabiliteten inte är särskilt hög är att vi har använt oss av ett målstyrt urval, detta innebär att urvalet förmodligen inte hade blivit exakt samma om någon annan replikerade studien. För att förbättra den externa reliabiliteten har vi valt att vara väldigt transparenta i vårt val av urval samt tillvägagångssätt

vilket hade gjort att den som hade velat replikera studien till punkt och pricka hade haft god möjlighet att få liknande resultat genom att läsa och utgå från hela metodavsnittet.

Den *interna reliabiliteten* diskuterar hur vi som två forskare kommer överens om hur vi ska tolka det som framkommer i studien (Bryman, 2018, s.465). Då vi valt att koda all empiriska data på varsitt håll och sedan gemensamt tolka och analysera det vi kommit fram till anser vi att det styrker den interna reliabiliteten. Vi har inte stött på några problem där någon av oss har tolkat något på ett helt annat sätt än den andra, utan har kunnat gemensamt komma fram till våra tolkningar av det empiriska materialet vi fått fram.

Vad gäller den *interna validiteten* syftar den till att det bör finnas ett gott samband mellan de observationer vi gör och vilka teoretiska idéer vi utvecklar (Bryman, 2018, s.465). Detta begrepp beskrivs även i Bryman (2018, s.467) som en motsvarighet till begreppet trovärdighet. Erlingsson och Brysiewicz (2017, s.98) skriver om hur att koda på varsitt håll och sedan jämföra, som även kallas för triangulering, är en viktig komponent för att öka trovärdigheten i studien. Vi har använt oss av det tillvägagångssättet vad gäller kodningen för all empiri i studien, vilket talar för en god intern validitet.

Den *externa validiteten* berör generaliserbarheten av studiens resultat till andra miljöer och situationer (Bryman, 2018, s.466). Den externa validiteten blir låg eftersom vi använder oss av ett målstyrt urval som är ett slags icke-sannolikhetsbaserat urval och därför går den inte att generalisera över en population (Bryman, 2018, s.496). Studiens syfte är att undersöka individens subjektiva upplevelse och därför tänker vi att kravet för generaliserbarhet till andra miljöer och situationer inte är en prioritering. Även om resultaten i denna studie inte kan generaliseras över andra miljöer och situationer, tänker vi att vi att den kan generaliseras utifrån teori och tidigare forskning och på så sätt styrks den externa validiteten (Bryman, 2018, s.484).

2.7 Etiska ställningstaganden

I detta avsnitt kommer vi att presentera vilka etiska ställningstaganden vi har tagit i beaktning dels vad gäller studiens utförande men även de som rör oss som författare för uppsatsen.

Enligt Vetenskapsrådets rapport *God forskningssed* (2017, s.20) bör man alltid väga upp risken mot vinsten med studien för att kunna göra en etisk bedömning. Att intervjua individer innebär alltid att de utsätts för en viss risk då de lägger sin tid, och vinsten som behövs för att kunna väga upp för denna är att dessa intervjuer ska kunna hjälpa oss svara på studiens syfte (Vetenskapsrådet, 2017, s.20). För att se till att vi inte slösar på människors tid i onödan har vi lagt tid och fokus på att formulera studiens syfte och frågeställningar för att försäkra oss om att de ska kunna gå att svara på med hjälp av vald metod. För att säkerställa att intervjupersonerna i vår studie utsätts för minimal skada ur ett forskningsetiskt perspektiv kommer vi även utgå från *lag* (SFS 2003:460) om *etikprövning av forskning som avser människor*. Som det är hänvisat i lagen kommer vi att informera våra intervjudeltagare om hur vår studie är upplagd, vad studiens syfte är och vilka metoder som ska

användas i studien (SFS 2003:460, 16 §). Då vi är måna om deltagarnas välbefinnande informerar vi individerna om deras möjlighet att avstå att delta i studien och att de kan avbryta sitt deltagande när som helst. De kommer få en adekvat presentation om oss som driver studien (SFS 2003:460, 16 §).

För att säkerställa att vi uppfyller kraven enligt lagen (SFS 2003:460, 17 §) har vi skrivit ett informationsbrev och ett samtyckesbrev där all viktig information står skrivet om studien. Deltagarna kommer få en adekvat presentation om oss och om vad som driver studien. Däremot kommer vi att informera deltagarna om att den information vi hunnit samla in kommer att utnyttjas i studien i enlighet med lagen (SFS 2003:460, 19 §). Deltagarna kommer få underteckna samtyckesbrevet vid tid för intervjun för att vi ska kunna dokumentera samtycket i enlighet med lagen (SFS 2003:460, 17 §).

Utöver det som står i lagen om etikprövning av forskning som avser människor har vi även tagit andra etiska aspekter i beaktning. Vetenskapsrådet (2017, s.13) skriver om olika etiska forskningsetiska kodexar som syftar till hur forskaren ska kunna agera etiskt korrekt i förhållande till intervjupersonerna. De olika kodexarna som finns är inget som är juridiskt bindande men berör etiska frågor inom forskning med en mängd regler (Vetenskapsrådet, 2017, s.14). Individskyddskravet nämns som är det krav på att de individer som medverkar i studier inte ska bli skadade eller kränkta under forskningen (Vetenskapsrådet, 2017, s.13). De forskningsetiska kodexarna berör sådant som vi kan tänka på före, under och efter genomförandet av studien (Vetenskapsrådet, 2017, s.13–14).

Vi lovar våra deltagare att behandla deras deltagande i våra intervjuer med konfidentialitet, alltså att vi inte kommer sprida sådant de sagt till oss i förtroende till obehöriga (Vetenskapsrådet, 2017, s.40). Vi lovar även deltagarna i vår studie anonymitet då de väljer att delta i vår intervju. Vi kommer vid presentationen av data inte att ta med intervjupersonernas riktiga namn eller sådana detaljer som skulle kunna härleda informationen till vilken person det handlar om (Vetenskapsrådet, 2017, s.40).

För att vidare kunna säkerställa att studien görs på ett forskningsetiskt sätt kommer vi att vara noggranna med transparensen i vår studie (Vetenskapsrådet, 2017, s.25). Enligt Vetenskapsrådet (2017, s.25) bör vi lyfta vilka bindningar vi har, därför har vi valt att skriva om våra egna kopplingar till studiens ämne under kapitel 2.5 *Förförståelse*. Utöver det har vi lagt fokus på att vara transparenta och utförligt beskriva hur vi genomfört studien för att läsaren ska ha möjlighet bedöma den vetenskapliga kvaliteten av vår studie (Vetenskapsrådet, 2017, s.52).

Som två författare i denna studie är vi båda ansvariga för allt som texten berör. Ur ett forskningsetiskt perspektiv är det särskilt viktigt att vi talar sanning och är noggranna med hur vi beskriver tillvägagångssättet och studiens resultat. Vi är även ansvariga för noggrannheten och korrektheten i vår referenshantering till andra studier och arbeten som vi använder oss av i studien (Vetenskapsrådet, 2017, s.55).

3. Tidigare forskning

För att bredda vår kunskap inom vårt valda forskningsämne har vi valt att göra en litteraturgranskning inom tidigare forskning. Vår litteraturgranskning kommer att handla om substitutionsbehandling för opioidberoende. Under följande avsnitt kommer vi att beskriva hur vi gått tillväga vid insamlingen av tidigare forskning och sedan presentera vad vi har funnit i den med hjälp av en tematisk analys.

3.1 Tillvägagångssätt litteraturgranskning av tidigare forskning

Vi valde att först sätta oss in i den litteratur vi har inom det valda området för att få en introduktion till ämnet (Patel & Davidson, 2019, s.62). Sedan undersökte vi vilka databaser som finns via skolans bibliotek då detta enligt Bryman (2018, s.152) är nödvändigt för litteratursökning. Vi jämförde de tre databaserna som rekommenderades via skolans bibliotek för att bedöma värdet av dem (Patel & Davidson, 2019, s.63). På EBSCOhost fanns det en möjlighet att slå ihop databaserna Academic Search Complete och SocINDEX, därför valde vi att gå vidare med de två. Vi använde oss även av den svenska databasen SwePUB för att få tillgång till mer nationell forskning. Genom att läsa några av de referenser vi funnit ur litteratur på området kunde vi identifiera vissa nyckelord och begrepp som brukar användas inom vårt valda forskningsområde (Bryman, 2018, s.154; Patel & Davidson, 2019, s.63). På ämnesordsökningen fick vi fram en lämplig träff till vårt område och på fritextsökningen fann vi ännu fler.

Vi gjorde följande sökningar på Academic Search Complete och SocINDEX: Ämnesordsökning: "Methadone treatment programs" - 5193 träffar. Fritextsökningar: "Opiate substitution treatment" not "hepatic* c" - 166 träffar, "Buprenorphine treatment" - 834 träffar, "Opioid maintenance treatment" - 319 träffar, "Maintenance treatment" and "methadone" - 2826 träffar, "Maintenance treatment" and "Buprenorphine" - 598 träffar. När vi slog ihop alla dessa block och sökte med "OR" fick vi totalt 7568 träffar. På SwePUB gjorde vi följande fritextsökningar: "LARO-behandling" - 3 träffar, "Metadon" - 22 träffar, "Buprenorfin" - 15 träffar, "Underhållsbehandling och missbruk" - 3 träffar. Totalt 43 träffar.

Då det finns väldigt mycket litteratur att gå igenom är det viktigt att hålla sig till sin tidsplan för att inte fastna i det initiala skedet (Bryman, 2018, s.157). Därför avgränsade vi sökningen på Academic Search Complete och SocINDEX rejält då vi inte skulle ha möjlighet att gå igenom 7568 träffar. Vi exkluderade träffarna som inte var peer-reviewed, eftersom det är en stämpel på studien som indikerar att den håller god kvalitet (Jönson, 2021, s.12). Vi exkluderade även de träffar som inte hade tillgänglig fulltext. Vi valde att även exkludera de träffar som inte hade tillgängliga referenser då det blir lättare för oss att bedöma källans trovärdighet med dessa tillgängliga. Efter dessa exkluderingar fick vi ner vår sökträff till 888. Samtliga träffar var på engelska och därför behövde vi inte använda språk som exklusionskriterie. Träffarna vi hade var från år 1966 till 2023, vi avgränsade åren till 2013 till 2023 för att minska mängden träffar och vår träff landade på 262 artiklar. På SwePUB valde vi att

enbart inkludera de träffar som var refereegranskade artiklar, refereegranskade konferensmaterial samt doktorsavhandlingar. Refereegranskade artiklar motsvarar peer-reviewed. Enligt Bryman (2018, s.144) är konferensmaterial en vetenskaplig publikation som ofta förbises i litteraturgranskning. Doktorsavhandlingar är publikationer som skrivs under forskningsutbildningen som även dem kvalitetsgranskas på flera sätt och är därför lämpliga för vår litteraturgranskning (Jönson, 2021, s.14). Efter detta hade vi 14 träffar kvar, 11 stycken med dubletter exkluderade.

Nu hade vi totalt 291 artiklar som vi funnit i vår datainsamling. Bryman (2018, s.155) skriver att vi inte bör läsa igenom all litteratur från början till slut utan istället läsa igenom deras titlar, abstract och innehållsförteckning för att få en bra översikt på vad de innehåller och därefter välja vilka fulltexter man ska läsa. Vi läste först igenom rubrikerna på samtliga artiklar och kunde därefter sälla bort några ganska snabbt, exempelvis de som verkade undersöka mer medicinska aspekter av vårt område. Vi valde tidigare att inte ha geografi som inklusions- och exklusionsområde då vi landade i en rimlig mängd träffar. Men under själva screeningen sållade vi bort de vetenskapliga publikationerna med geografi alldeles för långt från Sverige (både geografiskt och kulturellt) då vi tänkte att de förmodligen inte kommer ha samma relevans för vår studie som kommer att utföras i Sverige.

Efter att ha läst de vetenskapliga publikationerna vi fann via vår initiala sökning gick vi igenom deras referenslistor för att se ifall vi missat någon relevant forskare inom ämnet. Vi radade upp deras referenser i ett Excel-ark för att se vilka som har blivit refererade till flera gånger. Genom detta sätt fann vi tre till vetenskapliga artiklar till vår screening med relevans för vårt valda ämne.

Jönson (2021, s.17) skriver om vikten av att värdera källorna källkritiskt utifrån ens egen förmåga om kunskap även ifall de är peer-reviewed granskade. Vi har bland annat undersökt ifall studierna har ett tydligt syfte, samt metod- och resultatavsnitt och ifall studiens text skrivs på ett adekvat sätt (Jönson, 2021, s.8). Jönson (2021, s.15) skriver om hur olika tidskrifter har olika hög status och därför har vi även undersökt tidskrifterna till de källorna vi valt för att se om det är en legitim tidskrift. Vi granskade även ifall studierna genomförts på ett etiskt korrekt sätt då detta enligt Jönson (2021, s.8) är viktigt. Vi har gjort en helhetsbedömning över ovan nämnda kriterier för att säkra att våra valda vetenskapliga artiklar är av gott källkritiskt värde för vår studie. För flödesschema över litteraturgranskningen se bilaga 7.

3.2 Presentation av tidigare forskning

Inom sökningen kring vårt valda område – substitutionsbehandling för opioidberoende – framkommer det att det är ett välstuderat ämne både nationell och internationell forskning. Vi valde ut tio vetenskapliga publikationer till följande litteraturöversikt. I den tidigare forskningen har vi funnit följande sex teman: *Effekter av substitutionsprogram, Stigmatisering, Ensamhet, Maktobalans och kontroll* samt *Syn på drogfrihet* som vi kommer presentera nedan.

3.2.1 Effekter av substitutionsprogram

Ett tema som vi fann var effekterna av substitutionsprogram för opioidberoende. Vår studie syftar ej till att undersöka de mätbara resultaten utan snarare att undersöka individens egen upplevelse. Vi har ändå med detta tema för att stärka vår egen, och läsarens, förståelse inför ämnet som ska undersökas. Vi tänker även att vissa individers subjektiva upplevelse kan tänkas kopplas till dessa effekter.

Både Mattick m.fl. (2009, s.10) och Fugelstad m.fl. (2007, s.406) skriver om den minskade dödligheten bland patienter i substitutionsbehandling. Fugelstad m.fl. (2007, s.406) skriver att 91 procent av de som varit med i programmet och dött, gjorde det av naturliga orsaker. Fugelstad m.fl. (2007, s.406) menar att den ökade toleransen av metadonet ger en skyddande effekt vid återfall. Under studien av Fugelstad m.fl. (2007, s.410) som sträcker sig över tretton år fanns det inte ett enda fall av heroinöverdos under tiden i programmet. Mattick m.fl. (2009, s.11) skriver att patienter i metadonbehandling tenderar att minska sitt heroinbruk. Granerud och Toft (2015, s.1) nämner att det kan finnas bieffekter till följd av substitutionsbehandling. Bland annat nämner de en minskad kognitiv förmåga vilket reducerar förmågan att förstå och sköta dagliga rutiner (Granerud & Toft, 2015, s.2).

3.2.2 Stigmatisering

Ett annat tema som hittades i de lästa studierna var stigmatisering. Studierna nedan framhäver hur metadonpatienter upplever stigmatisering, vilket påverkar deras vardagsliv och relationer. Detta tema är relevant då det lyfter individens egen upplevelse av att genomgå substitutionsbehandling.

I Mayock och Butlers (2022, s.142) studie lyfter flera av deras intervjupersoner att de försökt dölja att de går till metadonmottagningen då de känner sig dömda. White m.fl. (2013, s.296) har undersökt metadonpatienters deltagande i tolvstegsprogrammen och skriver att metadonpatienter upplever stigma och diskriminering i tolvstegsgrupperna. Även Augutis m.fl. (2016, s.385) beskriver att respondenterna i hans studie upplevt stigma kring att vara narkoman och genomgå behandling. De flesta beskrev att stigmat var kopplat till en negativ bild av personer som genomgår substitutionsbehandling (Augutis, m.fl., 2016, s.395). Pedersen m.fl. (2017, s.85) nämner också stigma som är förknippat med att ha substitutionsbehandling. Även i Järvinens (2008, s.986) studie lyfter deltagarna att människor omkring en definierar en som en drogberoende och en som inte kan vara i kontroll. De menar dessutom att en själv också ser på sig på det sättet.

Stigmat som metadonpatienterna kände ledde till att de försökte dölja sin metadonbehandling från familj och vänner (Mayock & Butler, 2022, s.146). Det framkom i Mayock och Butlers (2022, s.144) studie att respondenterna var starkt negativa till att avslöja att de genomgår substitutionsbehandling på sin arbetsplats. Även Augutis m.fl. (2016, s.395) skriver om hur vissa av deras studies respondenter dolde sitt tidigare droganvändande och nuvarande substitutionsbehandling på sin arbetsplats på grund av rädsla att deras välfungerande arbetsliv skulle få negativa konsekvenser. Vissa berättar att de varit helt öppna med sin substitutionsbehandling på arbetsplatsen och upplevde inte att de blivit behandlade annorlunda (Augutis m.fl., 2016, s.395). Av de metadonpatienter som genomförde White m.fl. (2013,

s.302) enkätstudie var det 40,5 procent som inte berättade till någon inom tolvstegsprogrammet att de genomgår substitutionsbehandling, 33,9 procent delade det öppet och 25,6 procent berättade det till sin sponsor men inte till gruppen. Det framkommer i studien av White m.fl. (2013, s.302) att metadonpatienterna föredrog att prata om sin metadonbehandling med familj och vänner snarare än i tolvstegssammanhang.

3.2.3 Ensamhet

Ensamhet kopplat till substitutionsbehandlingen lyfts av både Mayock och Butler (2022, s.146) samt Augutis m.fl. (2016, s.394). Även Berg m.fl. (2022, s.124) lyfter aspekten isolering. Detta tema är relevant för vår studie då den syftar till individens egen upplevelse av att ha substitutionsbehandling.

Deltagarna i Mayock och Butlers (2022, s.145) studie beskrev den upplevda ensamheten som både fysiskt och känslomässigt smärtsam, men samtidigt som något man vände sig vid. Mayock och Butler (2022, s.146) skriver att många respondenter beskrev sina liv som isolerade och ensamma på grund av att de drevs av deras egen skam och rädsla för avvisande. Särskilt kvinnorna i studien beskrev hur de hade givit upp på sina drömmar om vänskap och intima relationer (Mayock & Butler, 2022, s.146). Berg m.fl. (2022, s.124) erbjuder en intressant inblick i balansen mellan att skydda klienten från negativa influenser och respektera deras autonomi. Deltagarna i Berg m.fl. (2022, s.123) studie menar att det kan finnas en nödvändighet för personalen att isolera vissa klienter i början av en återhämtningsprocess, för att undvika negativa influenser som kan orsaka emotionell stress eller återfall. Respondenterna i Augutis m.fl. (2016, s.394) beskrev att ensamheten i vissa fall var mer som ett strategiskt val för att undvika återfall snarare än kopplat till skam och stigma, då att spendera tid med sina gamla vänner kunde leda till drogsug. Augutis m.fl. (2016, s.393) skriver dessutom om sina respondenter som arbetade och beskrev sin arbetsplats som ett sätt att minska sin ensamhet.

3.2.4 Maktobalans och kontroll

Ett annat tema vi fann i vissa av studierna var maktobalans och kontroll som patienter upplevde i förhållande till personalen där de fick sin medicin. Detta tema blir relevant för vår studie då den berör individens egen upplevelse av att erhålla substitutionsbehandling. Granerud och Tofts (2015, s.2) studie belyser maktobalansen och den upplevda bristen på delaktighet som en viktig aspekt av klienters upplevelser inom substitutionsbehandling, och framhäver därför behovet av klientcentrerat arbete. Anstice m.fl. (2009, s.798) samt Mayock och Butler (2022, s.142) tar upp blandade erfarenheter med personal på kliniker och apotek, från respektfullt till nedlåtande bemötande, och hur detta påverkar patientupplevelsen. Vissa deltagare från studien beskrev negativa möten med personal där de upplevde att de blev behandlade med misstänksamhet, att de fick vänta onödigt länge och att personalen var nedlåtande (Anstice m.fl., 2009, s.800). Mayock och Butler (2022, s.142) skriver att vissa i deras studie upplevde att de blivit behandlade med empati av personalen på klinikerna och apoteken, men många hade en negativ syn på behandlingen då de ansåg att de i personalen inte brydde

sig. Deltagarna i Mayock och Butlers (2022, s.145) studie beskrev att de känt sig respektlöst behandlade av personalen. Vissa av deltagarna beskriver även urinprovtagningen som sker under bevakning som särskilt avhumaniserande (Mayock & Butler, 2022, s.145). I studien av Augutis m.fl. (2016, s.396–397) beskrevs klinikerna och dess personal som något mer positivt och av värde för deras behandling och rehabilitering. Vissa klienter beskrev det som en utmaning att behöva gå varje dag för att få ut sin medicin medan de som hade tillgång till ett apotek som låg geografiskt nära, hade långa öppettider och gav bra service beskrev det som mindre krävande (Anstice m.fl., 2009, s.798).

Enligt Granerud och Toft (2015, s.2) måste klienterna handskas med kontrollrutiner som att hämta sin dagliga dos av läkemedel, ta den under övervakning och regelbundet lämna urinprov. Om klienten inte uppnådde dessa kriterier och tog kontroll över sitt drogberoende, fortsatte dessa åtgärder. Flera av intervjupersonerna i Granerud och Tofts (2015, s.4) studie uppgav att de var rädda för repressalier om de var ärliga med sitt sidobruk eller om de inte lämnade in urinprover i tid.

3.2.5 Syn på drogfrihet

Den pågående diskussionen kring behandlingsstrategier för opioidberoende betonar hur viktigt det är att uppmärksamma olika synsätt på metadonbehandling. Vi har i studierna identifierat olika syn på drogfrihet kopplat till substitutionsbehandling. Enligt Järvinens (2008, s.976–977) studie på personal och patienter framkommer det att personalen huvudsakligen fokuserar på skademinimering och stabilisering snarare än drogfrihet (Järvinen, 2008, s.976–977). Patienterna å andra sidan, uttrycker ofta en önskan om att inkludera drogfrihet som ett möjligt mål i deras behandling, vilket åskådliggörs genom deras upplevelser av att bli nekade drogfria behandlingsalternativ (Järvinen, 2008, s.983). Denna skillnad i behandlingsfilosofi mellan personal och användare menar Järvinen (2008, s.975) belyser en omfattande konflikt inom behandlingsmetoder som kan ha betydande effekter på både patientnöjdhet och behandlingsresultat.

Järvinens (2008, s.983) studie uppmärksammar att många användare känner att metadon introducerades för tidigt i deras drogkarriärer och menar att metadonbehandling borde användas som en sista utväg. Användarnas blandade känslor inför metadon framträder tydligt i deras jämförelser med heroin, en av deltagarna beskriver det som ännu mer skadligt än heroin (Järvinen, 2008, s.985). Patienterna i studien tenderade att se på metadon som en substans som höll igång deras drogberoende (Järvinen, 2008, s.986). Det framkommer i studien att personalen gjorde en markant skillnad mellan metadon och heroin, där den första är medicin och den andra en drog medan patienterna såg på båda substanserna som en drog. Patienterna menade att skillnaden snarare låg i att metadonet är lagligt och mer lättillgängligt till skillnad från heroinet som är olagligt och dyrt (Järvinen, 2008, s.986).

Enligt Pedersen m.fl. (2017, s.83) finns det delade meningar om substitutionsbehandlingars effektivitet och syfte. Vissa deltagare argumenterade för att heroinanvändare snabbt borde få tillgång till sådan behandling, eftersom det kan minska skador och förbättra deras livskvalitet. Å andra sidan uttryckte vissa deltagare en oro över det fortsatta beroendet av dessa läkemedel och risken för

missbruk (Pedersen m.fl., 2017, s.84). Enligt studien valde vissa användare att höja sina doser för att uppnå rus eller säljer sina mediciner illegalt, vilket försvårar uppfattningen av dessa behandlingar som enbart terapeutiska (Pedersen m.fl., 2017, s.84). En av deltagarna i studien sade att läkarna säger att man inte får ett rus på metadon men hon sade att det inte stämmer (Pedersen m.fl., 2017, s.84). Speciellt tunga droganvändare var skeptiska till huruvida substitutionsbehandling leder till verklig drogfrihet. De hävdade att behandlingen enbart ersätter ett beroende med ett annat och att de som genomgår substitutionsbehandling inte betraktas som verkligt drogfria inom droggemenskapen (Pedersen m.fl., 2017, s.85). En av deltagarna i studien berättar att han inte ser på de som får Subutex som drogfria, utan menade att den enda skillnaden på dem och de som använder illegala droger är att de med substitutionsbehandling får sina droger från staten (Pedersen m.fl., 2017, s.85).

3.2.6 Sammanfattning

I denna litteraturgenomgång har vi tagit med olika aspekter av substitutionsbruk och dess påverkan på människors liv. Det svenska LARO-programmet innefattar substitutionsbehandling med metadon och buprenorfin (Socialstyrelsen, 2020, s.14). De vetenskapliga publikationerna vi valt att ta med har främst haft fokus på metadonbehandling, men två artiklar nämnde både metadon och buprenorfin. Vi anser att även om större fokus i forskningen varit på metadon är de aspekter som tas upp i forskningen relevanta för vår studie.

För att sammanfatta forskningsområdet belyser studierna en komplex bild av substitutionsbehandling för opioidberoende. Vår litteraturöversikt bidrar med en nyanserad bild av de utmaningar och möjligheter som finns inom substitutionsbehandling, vilket inkluderar positiva interaktioner med närstående och samhället, men även behandlingsrelaterade problem såsom ensamhet och stigmatisering. Litteraturgenomgången lyfter även diskussionen om syn på drogfrihet. Genom att integrera klienternas perspektiv och riskerna med olika behandlingsstrategier har vi lyft aspekter som kan vara avgörande för effektivt socialt arbete inom detta område. Vår uppfattning är att det finns variation på hur ensamhet kan betraktas för personer som genomgår substitutionsbehandling. Detta understryker komplexiteten i att hantera klienters relationer till närstående under återhämtningen, en aspekt som ofta är undervärderad.

Deltagarna i Mayock och Butlers (2022, s.145) studie beskrev att de kände sig extremt kränkta av vissa aspekter av substitutionsbehandlingen. Granerud och Tofts (2015, s.4) studie påvisar att en känsla av oro uppenbarar sig när klienter eller patienter inom substitutionsbehandling upplever rädsla för sanktioner, vilket leder till att deltagarna blir kryptiska under behandlingen. Det är viktigt att forskningsfältet utforskar hur man effektivt kan balansera maktförhållandet mellan deltagare och yrkesverksamma. På så sätt kan deltagarna kommunicera mer öppet med personalen och få större inflytande. Vi tror att samtliga aspekter vi lyft i studiens litteraturgenomgång kommer att vara relevanta vid analysen av vår studies empiri då de är relevanta för individens upplevelse av substitutionsbehandling.

4. Goffmans teori om stigma

De teman som presenterades i vår tidigare forskning har föranlett vårt val av teori. Vi utgick främst ifrån temana stigmatisering och ensamhet och landade därför i att stigma kan vara en intressant aspekt av vårt ämne. Goffmans teori om stigma används i några av de vetenskapliga studier vi använt oss av i litteraturgranskningen och vi har båda kännedom om teorin sedan innan. Vi landade därför i att Goffmans teori om stigma kan vara av relevans för vår studie. Vi kommer använda oss av hans bok *Stigma: Den stämplandes roll och identitet* för detta avsnitt där teorin för studien presenteras.

4.1 Begreppet stigma

Goffman (2020, s.24) beskriver stigma som en ovälkommen egenskap hos en person som särskiljer denna från andra “normala” personer. Denna egenskap gör att personen i de “normalas” sinne förminskas till en misskrediterad person (Goffman, 2020, s.24). Med “normala” personer menar Goffman (2020, s.27) de personer som inte avviker från gruppens specifika förväntning på ett negativt sätt. Vad som anses vara en misskrediterande egenskap och därmed ett stigma kan bero på vilken grupp som bedömer detta (Goffman, 2020, s.25). Goffman (2020, s.26–27) beskriver tre olika typer av stigma: kroppsliga missbildningar, fläckar på den personliga karaktären och gruppstigma. Goffman (2020, s.26) beskriver bland annat missbruk och alkoholism som ett exempel på stigma av formen fläckar på den personliga karaktären. Vi tänker att stigmaformen *fläckar på den personliga karaktären* är mest lämplig på personer som genomgår eller har genomgått LARO-behandling. I denna studie kommer alltså de som genomgår eller har genomgått LARO-behandling att vara de stigmatiserade, och de personer som inte har gjort det att vara de “normala”.

4.2 Misskrediterad och misskreditabel

Goffman (2020, s.26) gör skillnad på misskrediterad och misskreditabel. Med misskrediterad menar han att individen med stigma själv är medveten om sitt stigma och att han skiljer sig från andra, samt att det förmodligen märks av hans omgivning (Goffman, 2020, s.26). Den misskrediterade personen känner ofta att social samvaro med “normala” människor är ett inkräktande gentemot dennes privatliv (Goffman, 2020, s.42). Misskreditabel däremot är om den stigmatiserade personen kan anta att människorna omkring den inte känner till hans stigmatiserande egenskap eller kan lägga märke till den vid första anblick (Goffman, 2020, s.26). Vi tror därför att personerna i vår studie kommer att klassas som misskreditabla, då deras stigma inte direkt syns utåt.

4.3 Diskriminering av stigmatiserade personer

Goffman (2020, s.27) beskriver att den stigmatiserade individen skulle varit accepterad inom den vanliga sociala interaktion om det inte vore för sin icke önskvärda egenskap som gör att de som möter

honom kommer uppmärksamma denna egenskap och därför inte se på denna person som fullt mänsklig. Denna syn på den stigmatiserade personen kommer att leda till att de “normala” utsätter denne för diskriminering, både avsiktligt och oavsiktligt (men oftast det senare), som i sin tur minskar den stigmatiserade personens möjligheter i livet. De “normala” konstruerar utifrån detta en slags ideologi för att förklara varför den stigmatiserade personen är underordnad och även för att övertala sig själva och andra om att denne person innebär fara (Goffman, 2020, s.27). Goffman (2020, s.27) skriver att det är vanligt att de “normala” använder så kallade stigmatermer i sitt dagliga språkbruk, som vi tänker i fallet för LARO-patienter skulle kunna vara “pundare” och “missbrukare”. De “normala” rättfärdigar sitt dåliga behandlande av de stigmatiserade genom att betrakta deras icke önskvärda egenskap som något de själva förtjänar (Goffman, 2020, s.28). Det är även vanligt att de “normala” tillskriver den stigmatiserade personen ännu fler icke önskvärda egenskaper med den de redan har som grund (Goffman, 2020, s.28).

4.4 LARO-patient - Person med tillrättad fläck?

Personer som har missbruk blir stigmatiserade då det räknas som en fläck på den personliga karaktären (Goffman, 2020, s.26). Vi kan även tänka oss att personer som inte längre missbrukar utan genomgår LARO-behandling fortfarande blir stigmatiserade då de avviker från det normala i samhället. Men även i det fallet att de som genomgår LARO-behandling inte skulle bli stigmatiserade för sin nuvarande behandling är de fortfarande personer som tidigare har haft ett stigma. Enligt Goffman (2020, s.32) kommer en stigmatiserad person som har korrigerat sin fläck inte att uppnå en fullt normal status som människa utan kommer istället att ses som en person som har “rättat till en viss fläck”. Vi kan i denna studie därför se LARO-behandling som ett sätt för individer med missbruk att rätta till sin fläck. Goffman (2020, s.101) skriver att en individs befläckande förflutna är något som påverkar dennes sociala identitet och något som kan ses som opassande. Men något som anses vara ännu mer opassande och påverkar ens personliga identitet är då en individ har ett befläckt förflutet och inte informerar folk om det utan lever “som vanligt” (Goffman, 2020, s.101).

4.5 Isolering som stigmatiserad

Enligt Goffman (2020, s.29) verkar det vara otänkbart att den stigmatiserade personen inte berörs av att inte leva upp till samhällets förväntningar om denne. Som försvar för detta kan den stigmatiserade personen känna ett utanförskap och alienera sig från andra då existensen av “normala” personer omkring denne kan göra att han känner en ännu större skillnad mellan sig själv och andra (Goffman, 2020, s.29–30). Denna känsla av utanförskap kan göra att den stigmatiserade personen även känner ett självhat även när han inte är omkring andra “normala” personer utan även när han bara är med sig själv (Goffman, 2020, s.30). Att som individ isolera sig från människor runtomkring sig kommer att

beröva denne från den nödvändiga stimulering som dagligt socialt deltagande innebär och detta kan leda till att personen blir deprimerad, fientlig och omtumlad (Goffman, 2020, s.37).

4.6 De egna och de upplysta

Goffman (2020, s.46) beskriver två kategorier av sympatiska personer som är villiga att acceptera den stigmatiserade personen trots dennes icke önskvärda egenskaper: de egna och de upplysta.

De egna är de personer som delar dennes stigma och vet därför hur det känns för denna person. De egna kan fungera som stöd för den stigmatiserade personen och ge tips på hur han kan gå till väga för att klara sig i samhället. Bland de egna kan den stigmatiserade personen bli accepterad som precis vem som helst och behöver inte känna sig obekvämt (Goffman, 2020, s.46).

De upplysta är personer som klassas som de "normala" men på grund av sin situation och relation till den stigmatiserade är de väl bekanta med den stigmatiserade individens personliga liv. Därmed är de sympatiska inför det och till ett visst mått villiga att acceptera den stigmatiserade individen (Goffman, 2020, s.56). Dessa personer får ett slags ställföreträdande medlemskap bland den stigmatiserade gruppen (Goffman, 2020, s.56). Den stigmatiserade personen kan vara sig själv runt de upplysta då han kommer att betraktas som mänsklig av dem (Goffman, 2020, s.56–57). För att en normal person ska bli upplyst krävs det vanligtvis att denna ska ha gått igenom en egen djup upplevelse (Goffman, 2020, s.57). Anhöriga är ett exempel på en upplyst person, då de är knutna till den stigmatiserade individen genom ett socialt band och kan även därför i somliga sammanhang sättas i samma fack som den stigmatiserade (Goffman, 2020, s.58–59). Goffman (2020, s.59) skriver även att anhöriga kan utsättas för stigma i tredje hand då det blir ett slags stigma att de är anknutna till stigmatiserade personer genom sitt anhöringskap. Denna risk för överföring av stigmatisering kan leda till att "normala" personer som är bundna till den stigmatiserade personen kan avbryta sin pågående kontakt med denne, eller undvika att den initieras (Goffman, 2020, s.60). Personerna som har ett så kallat ställföreträdande stigma kan försöka "normalisera" behandlingen av den stigmatiserade personen och agera som att denne är utan stigma (Goffman, 2020, s.60). Goffman (2020, s.142) skriver om gifta par där den ena är personen med stigma och den andra således blir det ställföreträdande, i sådana situationer kan den ställföreträdande individen hjälpa sin partner att dölja sitt stigma.

4.7 Den moraliska karriären

Goffman (2020, s.61) skriver om den moraliska karriären som en socialisationsprocess för personer med ett visst stigma. Goffman beskriver flera olika faser inom den moraliska karriären. En fas är då den stigmatiserade personen anpassar sig efter de "normalas" inställning och tar till sig samhällets föreställningar av personer som har ett visst stigma (Goffman, 2020, s.61). En annan fas är sedan då personen inser att han själv har en egenskap som klassas som ett stigma och lär sig därefter hur detta

stigma påverkar honom (Goffman, 2020, s.61–62). Dessa två nämnda inledande faser formar olika typer av mönster som senare kommer utgöra grunden för den stigmatiserande individens vidare utveckling och möjligheter inom hans moraliska karriär. Goffman (2020, s.62) beskriver fyra olika mönster för den sociala karaktären. Ett av dessa mönster rör de personer vars stigma tillkommer längre fram i livet eller de som längre fram i livet inser att de hela tiden har varit misskreditabla (Goffman, 2020, s.64). Vi tänker att personer med LARO-behandling klassas i mönstret av de personer vars stigma tillkommit längre fram i livet, antingen då deras missbruk eller deras behandling har tillkommit. De individer som fått ett stigma längre fram i livet tenderar att uppleva tidigare bekanskap från då de inte hade sitt stigma som mer besvärliga än nya bekanskap då personerna från individens tidigare liv håller fast vid bilden av den person han en gång var och kan därför ha svårt att acceptera hur han i dagsläget är (Goffman, 2020, s.66).

Goffman (2020, s.67) skriver att när den stigmatiserade personen går igenom den fasen där han får lära sig om sitt egna stigma kommer han troligen att få en ny slags relation till de personerna som bär samma stigma. Det är vanligt att den stigmatiserade personen upplever en tudelad känsla inför personerna med samma stigma som den själv då dessa personer dels är stigmatiserade och inte “normala” men även då de kan bära på andra egenskaper utöver deras gemensamma stigmatiserade egenskap som personen inte vill koppla med sin egna självbild (Goffman, 2020, s.68). Den stigmatiserade individen kan även känna denna ambivalens då de personerna med samma stigma som han själv agerar självömkande eller enligt vissa stereotyper för deras stigmagrupp vilket kan resultera i att han själv känner skam (Goffman, 2020, s.156). Denna tudelade känsla kan resultera i att den stigmatiserade personens igenkänning med gruppen och viljan att umgås med dem kan variera (Goffman, 2020, s.69). Det kan vara så att den stigmatiserade personen känner sig mindre stigmatiserad genom att umgås med “normala” personer, men det kan också kännas annorlunda i vissa situationer (Goffman, 2020, s.155–156).

4.8 Att dölja sitt stigma

För den misskrediterade stigmatiserade personen, där dennes stigma är välbekant och syns, är det viktigt att kunna agera på sådant sätt som att hans stigma inte är av betydelse och inte märks för att kunna samverka med de “normala” (Goffman, 2020, s.75). Den misskreditabla personen däremot har möjlighet att se till att sitt stigma inte blir känt för de personerna runt omkring honom (Goffman, 2020, s.75). Vi har utgångspunkten i vår studie att personer som tidigare har genomgått eller nu genomgår LARO-behandling att det inte nödvändigtvis är ett synligt stigma för det blotta ögat. Däremot kan personer ha kännedom om den stigmatiserade personens stigma genom ryktesspridning eller personlig kontakt med personen (Goffman, 2020, s.84).

Människor i den stigmatiserades omvärld kan delas in i olika grupper – de som vet och de som inte vet (Goffman, 2020, s.103). För de människorna som vet räcker det med att se eller höra om den

stigmatiserade personen för att de ska komma ihåg den kännedomen de har om honom (Goffman, 2020, s.103–104). För de som inte vet något om den stigmatiserade individen är denne som vilken annan människa som helst (Goffman, 2020, s.104).

För de stigmatiserade individer som har ett dolt och därför icke-synligt stigma är det enklare att passera som “normal” genom att inte berätta för någon om det (Goffman, 2020, s.112). Den stigmatiserade individen kan välja att inte avslöja sitt stigma då det inte alltid anses vara lämpligt att göra det för främlingar (Goffman, 2020, s.114).

4.9 Sammanfattning

Baserat på det vi har skrivit ovan tänker vi att Goffmans teori om stigma blir lämplig i vår studie då personerna vi studerar kan tänkas klassas som stigmatiserade utifrån stigmaformen *fläckar på den personliga karriären* (Goffman, 2020, s.26). Vi redogör för skillnaden mellan misskrediterad och misskreditabel, och enligt oss kan det tänkas att patienter som genomgår LARO är misskreditabla då deras stigma inte direkt är synligt (Goffman, 2020, s.26). Goffman (2020, s.27) skriver om diskriminering av stigmatiserade personer som vi tänker kan kopplas till individen som genomgår LARO i sociala sammanhang, exempelvis bemötande av personal och övriga. Vi diskuterar även huruvida det är behandlingen i sig som gör att individen blir stigmatiserad eller om det är att de med hjälp av LARO blir en “person med tillrättad fläck” och blir stigmatiserade utifrån den aspekten (Goffman, 2020, s.32). Vi tänker att detta kan vara relevant i analysen av studiens empiriska material. Vi redogör även för det Goffman (2020, s.29–30) skriver om isolering som stigmatiserad, vilket vi även hittat tidigare forskning på (se kap 3.2.3 *Ensamhet*) och tänker därför att det kan vara relevant för vår studie. Vi har skrivit om Goffmans de egna och de upplysta och vi tänker att detta kan vara tillämpligt gällande de nära personerna i individens sociala sammanhang (Goffman, 2020, s.46 & s.56). Goffman (2020, s.64) skriver dessutom om fyra olika mönster i den moraliska karriären, varav ett mönster gäller de som har fått sitt stigma längre fram i livet. Detta tänker vi kan vara applicerbart på de individer vi syftar undersöka. Utifrån det Goffman (2020, s.75) skriver om att dölja sitt stigma, anser vi att det kan vara relevant för personer som genomgår LARO-behandling och därmed har en anledning att dölja sitt stigma. Vi avser att använda Goffmans teori om stigma i denna studie genom att analysera vårt empiriska material med teorin som grund.

5. Empiri fokusgruppintervju

I detta avsnitt kommer vi att först presentera empirin från vår fokusgruppintervju och sedan hur den har använts till hjälp av utformning av intervjuguiden. Fokusgruppen vi hade bestod av tre yrkesverksamma inom beroendevården: en socialsekreterare på vuxenheten, en LARO-läkare och en behandlingsansvarig på ett behandlingshem med tolvstegsinriktning. I fokusgruppsintervjun fann vi tre övergripande teman som kommer att presenteras i avsnittet nedan: *Positiva aspekter av LARO*, *Negativa aspekter av LARO* och *Är man drogfri om man tar LARO?*

5.1 Positiva aspekter av LARO

Vi fann positiva aspekter av LARO som ett tema i fokusgruppintervjun. Det framkom i fokusgruppen att LARO är till nytta när individer har utvecklat ett opiatberoende då det är opiatsuget som LARO-läkaren behandlar. Läkaren menar att när opiatsuget har behandlats och individen inte längre upplever abstinensbesvär, får dessa personer kapacitet att delta i samhället.

Det är opiatsuget som behandlas, och om opiatsuget är väl behandlat och borta, kan patienten gå vidare i livet och skapa alla förutsättningar för att kunna leva ett normalt svenssonliv. Det är syftet med LARO. - LARO-läkare

Läkaren beskriver vidare att substitutionsbehandlingen hjälper individer som har ambitionen att sluta med ett kompulsivt opiatberoende. Socialsekreteraren hävdar att LARO skapar förutsättningar för dessa individer att befria sig från abstinensbesvär och istället fokusera på att exempelvis skaffa jobb, bilda en familj eller lösa boendefrågor. Han menar att LARO gör det möjligt för personer med svårt missbruk att åter bli en del av samhället och därigenom höja livskvaliteten för dessa individer. Socialsekreteraren anser att man med hjälp av LARO får möjlighet att göra en social planering med de klienter som har omfattande missbruk.

Det är på de, det är klienterna själva som efterfrågar LARO, för de har så starkt sug och det blir svårt att planera något annat. Det är oftast de som är här. De har ju haft olika planeringar, de har ju haft sådana avgiftningar utan LARO och de känner sig sjuka helt enkelt. - Socialsekreterare

LARO-läkaren säger att han tror att LARO räddar människor på ett sätt som ingen annan medicin i världen gör. Behandlingsansvarige säger att LARO är till nytta för de personer som vill välja den vägen. I citatet nedan framgår det att han tycker att LARO är ett bra alternativ för personer som inte kan sluta med ett tungt opiatmissbruk på egen hand och nämner dess livräddande aspekt.

Och sen som jag ser det, har man ett tungt heroin, opiatmissbruk då är man en fara oftast för sitt eget liv. Folk dör ju liksom så det är en bra ersättning för de som vill leva! - Behandlingsansvarig

5.2 Negativa aspekter av LARO

Vi fann även temat negativa aspekter av LARO i fokusgruppintervjun. LARO-läkaren säger att han inte kan hjälpa de patienter som genomgår substitutionsbehandling och börjar använda andra droger än opiater, då LARO-behandling enbart hjälper mot opiatsug. Läkaren menar att det är de som är omotiverade som hamnar i sidomissbruk och att det är problematiskt. Han säger att risken för dödsfall är större vid sidomissbruk, särskilt av alkohol och bensodiazepiner. Även behandlingsansvarige berättar att han känner många som förr hade metadonbehandling och då samtidigt sidomissbrukade alkohol. Socialsekreteraren nämner också sidomissbruk som ett problem:

Jag ser många som hamnar i sidomissbruk, som tar både LARO och opiater samtidigt. Risk för överdoser och det är ganska vanligt förekommande, för folk som av olika anledningar, liksom deras situation, kan säga så. Jag ser många som ansöker om LARO, de säger tungt opiatmissbruk, fast de inte har. Så det blir ett sätt för dem att på lagligt sätt få narkotikaklassad medicin. - Socialsekreterare

Det nämns av både behandlingsansvarige och LARO-läkaren att läckage är ett problem med LARO-programmet där patienter säljer en del av sin dos på den svarta marknaden. Läkaren menar dock att om läkarna på mottagningarna är seriösa och ger rimliga doser kan detta problem minimeras. Med hjälp av urinprover berättar han att han kan kontrollera hur mycket patienterna tar av sin dos och därmed identifiera och stoppa läckaget.

Både socialsekreteraren och LARO-läkaren lyfter flera olika biverkningar för klienter som genomgår LARO-behandling. De nämner hormonella biverkningar, tappad sexlust, viktuppgång, sömnbrist, svettningar och förstoppning. LARO-läkaren menar att dessa biverkningar är vanliga och menar att det "kommer på köpet" likt biverkningar av cellgiftsmedicin mot cancer. Han säger att han informerar sina patienter om biverkningarna och sedan är det deras ansvar. Behandlingsansvarige säger att dessa biverkningar är bättre än att patienterna dör.

LARO-läkaren berättar att de som har substitutionsbehandling behöver få godkännande från läkare, få extra doser samt fixa ett tullintyg för att kunna resa. Han beskriver detta som en begränsning av personerna och därmed en anledning till varför folk vill lämna LARO, särskilt om man har haft en längre period drogfri.

När man är drogfri i 20, 30 år, vill man slippa oss. Det är jobbigt, hela tiden. Så även om man är drogfri, blir man irriterad med LARO i 20 år. - LARO-läkare

Läkaren säger att många av hans patienter det har gått bra för känner på äldre dagar att de vill sluta med behandlingen. Han menar att det ofta kan bero på att de har dolt det för folk runt omkring dem, även sina egna barn och känner att det börjar bli jobbigt när barnen blir äldre.

5.3 Är man drogfri om man tar LARO?

Ett annat tema vi identifierade var diskussionen kring huruvida LARO är ett legalt missbruk eller om man är drogfri när man genomgår LARO-behandling.

Till att börja med pratar socialsekreteraren om att han ser vissa som ansöker om LARO trots att de inte har ett tungt opiatmissbruk för att det blir ett lagligt sätt att få narkotikaklassad medicin. LARO-läkaren håller inte med socialsekreteraren och sa att det är ett stort missförstånd att man skulle gå över från ett illegalt missbruk till ett legalt. LARO-läkaren menar att behandlingen innebär noll kick-effekt och därför inte ska ses som en drog, utan som vilken annan behandling som helst.

Det är exakt som en diabetespatient går till en diabetessjuksköterska och får sitt insulin, exakt så. - LARO-läkare

Detta leder in på en annan aspekt av temat, och det är ifall man kan vara helt drogfri när man genomgår en LARO-behandling. Behandlingsansvarige, som i dagsläget är drogfri utan substitutionsbehandling, gör skillnad på behandling utan medicin och med medicin. Han säger vid ett tillfälle ”Om du är en opiatberoende som väljer mellan att försöka bli som jag... helt drogfri. Eller om det är en som vill...” (ha substitutionsbehandling). Detta indikerar på att han menar att man är helt drogfri endast utan substitutionsbehandling. Han nämner behandling som inte är läkemedelsbaserad, som ”drogfria” och ”medicinfria”.

O då borde det finnas, okej, vi ska hjälpa dig. Det finns det här. “Aa men jag vill först pröva det här alternativet.” Och då borde man vara beredd, om det inte funkar, med drogfria, medicinfria alternativ. Då ska man ändå ha rätt snabbt, utredningen redan klar, att man kan få ett annat alternativ. Förstår du hur jag tänker? - Behandlingsansvarig

LARO-läkaren lyfter en annan synpunkt på detta. Han menar att de som genomgår LARO-behandling inte bara är drogfria, utan mer drogfria än gemene man då det kontrolleras med prover.

De är mer drogfria och alkoholfria än oss alla, bestämt, bekräftat. ... Bekräftade icke-missbrukare. Är du bekräftad? Har du lämnat något prov? - LARO-läkare

5.4 Vad tar vi med oss till de individuella intervjuerna

Ovanför har vi presenterat empirin på det som framkommit i fokusgruppintervjun. Syftet med fokusgruppintervjun var att bredda vår insyn i ämnet och därmed kunna utforma vår intervjuguide för de individuella intervjuerna utefter detta. På vissa frågor finns det två olika varianter av frågorna baserat på huruvida de har ställts till en person som i dagsläget erhåller LARO-behandling eller till en person som tidigare har gjort det. För att se intervjuguiden i sin helhet, se bilaga 5 och 6.

Tabell 1. Genererade frågor till intervjuguiden utifrån teman i fokusgruppen

Tema:	Genererade frågor till intervjuguiden:
Positiva aspekter av LARO	Vilka förutsättningar upplever du att du fått/fick tack vare LARO?
	Hur trodde du att livet skulle bli med LARO?
	Hur blev livet med LARO?
Negativa aspekter av LARO	Har du sidomissbrukat under LARO-behandling?
	Har du upplevt några biverkningar av LARO?
	Har du upplevt några problem till följd av LARO?
	Har du någonsin velat sluta ta LARO? / När du hade LARO tänkte du att det skulle vara livet ut eller att det var något du skulle sluta med?
	Finns det något du trodde att LARO skulle hjälpa dig med som inte blev så?
Är man drogfri om man tar LARO?	Känner du dig drogfri nu när du genomgår LARO-behandling? / När du genomgick LARO-behandling, såg du dig själv som drogfri?
	Hur ser du på drogfrihet? / Är din syn samma idag?

6. Empiri individuella intervjuer

I detta avsnitt kommer vi att presentera empirin från de individuella intervjuerna. För att bibehålla intervjudeltagarnas anonymitet kommer vi att använda fingerade namn.

Tabell 2. Presentation av intervjustudiens deltagare

Fingerat namn:	Kön:	Erfarenhet av LARO:
Noah	Man	Har LARO i dagsläget sedan ca 15 år tillbaka, buprenorfin
Filip	Man	Har tidigare haft LARO i ca 15 år (buprenorfin), drogfri utan LARO i ca två år, med i tolvstegsprogrammet
Nadal	Man	Har tidigare haft LARO i 20 år (både buprenorfin och metadon), drogfri utan LARO i ca två år, med i tolvstegsprogrammet
Idris	Man	Har tidigare haft LARO i ca tio år (både buprenorfin och metadon), drogfri utan LARO i ca tio år, med i tolvstegsprogrammet
Francesca	Kvinna	Har LARO i dagsläget sedan ca tio år tillbaka, buprenorfin.
Manuel	Man	Har LARO i dagsläget sedan ca 25 år tillbaka, buprenorfin.

Vi väljer att enbart presentera de fingerade namnen, kön och erfarenhet av LARO i tabellen ovan. Antal år med LARO-behandling har avrundats för att höja konfidentialiteten av våra intervjupersoner. Andra egenskaper, som ålder exempelvis, anser vi vara överflödigt och riskerar att bryta anonymiteten. I presentationen av deltagarna har vi även skrivit vilket verksamma ämne de haft i sin medicin. Hos alla som har haft Subutex, Suboxone, etc. har vi således skrivit buprenorfin.

Vi har i empirin funnit tre större teman som kommer presenteras nedan: *Upplevelsen av att ha LARO*, *LARO-patienten i sociala sammanhang* och *Syn på drogfrihet*.

6.1 Upplevelsen av att ha LARO

Ett större tema som har hittats i intervjuerna är individens upplevelse av att ha LARO. Vi kommer presentera de aspekterna inom temat som har bäst koppling till vår litteraturgenomgång och vald teori. De aspekterna som inte tas med i detta avsnitt kommer att diskuteras i kapitel 8.2 *Diskussion*. Detta tema kommer att presenteras i följande underteman: *Biverkningar till följd av behandlingen*, *Sidomissbruk*, *Kontroll och hämtning av medicin*, *LARO räddar liv* samt *Kemisk fotboja*.

6.1.1 Biverkningar till följd av behandlingen

I våra individuella intervjuer framkommer det att vissa deltagare upplevt fysiska biverkningar till följd av behandlingen. Idris hävdar att han upplevde besvär som yrsel, illamående och kräkningar när han behandlades med Subutex. Han berättar att när han sedan bytte medicinering till metadon minskade hans fysiska biverkningar. Samtidigt som Idris beskriver att han föredrog metadon över Subutex, hävdar Nadal att han fick fler fysiska biverkningar av metadon än Subutex.

Svettningar är en biverkning som nämns av Nadal, Filip och Idris. Filip beskriver hur han upplevde att svettningarna påverkade hans arbete och sociala interaktioner.

Men svettningarna var värst, för det är liksom så uppenbart på något sätt. Du blir ganska självcentrerad när du sitter och svettas bland människor. Ja, det var värst. - Filip

Nadal beskriver att biverkningarna han fick av metadon var svettningar och minskad potens. Han berättar att han fick testosteron utskrivet i många år för att kunna fungera. Även Noah beskriver hur en biverkning är lägre testosteronvärden vilket enligt honom påverkar hans energi och vardag.

Man får ju nästan noll i testosteronvärden liksom, så man har lätt för att deppa och liksom inte vara så glad egentligen liksom, det blir lite sån "flatline" på den nivån. Samma också, man behöver ha hjälp med potensmedel och sånt där om man skulle ha det behovet. Ja, nästan alla iallafall med Subutex. Alla jag vet, då som överhuvudtaget pratar med mig, så här, de får ju hjälp med testosteron antingen via injektioner eller tabletter eller gelé så ja. - Noah

Vissa respondenter har även beskrivit att de blivit känslomässigt avstängda till följd av behandlingen. Idris förklarar hur medicinen blockerade alla hans känslor till den grad att han förlorade förmågan att sörja sin döda vän. Han beskriver att han upplevde sig som känslomässigt avtrubbad och till sin förvåning kunde han inte känna sorg under minnesstunden.

Jag är en känslomänniska så när jag knarkade var jag känslös, men här var jag så, jag vart så numb. Det var så sjukt när vi satt där, så satt alla såhär. "Ja nu ska vi be för ****". Och jag bara... Och jag bara känner att jag känner någonting fast jag känner ingenting. Så bara tittade på alla andra och vi var helt såhär, helt avstängda. - Idris

När det här hände bodde han på ett behandlingshem där det fanns två patientgrupper: en med tolvstegsbehandling och en med LARO-patienter som fick Subutex. Idris berättar hur det blev tydligt att LARO-gruppen verkade vara känslomässigt bedövd och visade inga känslor alls under minnesstunden, till skillnad från tolvstegsgruppen. Nadal beskriver också sig själv känslomässigt avstängd med sin behandling i kombination med sidomissbruk. Han säger att "Jag var med i fotbollsmatchen, men jag var inte där". Även Filip beskriver att han var känslomässigt avtrubbad till följd av behandlingen. Citatet nedan beskriver hur medicinerna som används i LARO-behandlingen motverkade Filips förmåga att känna känslor och hur det resulterade i att han tappade kontakten med sig själv.

När du har haft den där medicinen i två år plus så förlorar du kontakten med dig själv. Du känner inte känslor, det blir som ett, jag kan inte förklara det. Jag vet att när jag slutade på LARO efter alla de här åren och trappades ur på bensot som jag hade blivit beroende utav, sjukt. Utan för mig var det liksom, men hon har ett trevligt ansikte henne kan jag prata med en stund, det var inte så mycket mer än så. Och det säger ju något om hur jag själv mådde också. Så liksom avskalat blev det. - Filip

Manuels erfarenhet av sin LARO-behandling skiljer sig från våra andra informanter, han har inte stött på några omfattande problem med biverkningar av behandlingen.

6.1.2 Sidomissbruk

Ett undertema som hittades är sidomissbruk som de flesta av våra informanter är övertygade om är ett stort problem inom behandlingsformen. Fem av sex intervjupersoner beskriver själva att de har haft sidomissbruk under sin LARO-behandling. Idris berättar om hur metadon förstärker effekten av andra substanser:

Bens funkar jättebra med metadon eller så här, om du tar ditt metadon och så kastar du i dig två benstabletter, det blir en helt annan skjuts, alkohol funkar jättebra speciellt cider. Det är sött och det är liksom sockrigt så att det gör så att det kommer ut i blodet ganska snabbt. Allting funkar bättre när du har metadon i kroppen. - Idris

Även Nadal berättar hur han blandade droger med sin substitutionsbehandling för att få en ökad effekt. Francesca berättar att hennes sidomissbruk blev överväldigande till slut under hennes LARO-behandling. Filip berättar att hans sidomissbruk ökade succesivt och till slut hamnade han i ett läge där han missbrukade konstant under sin LARO-behandling. Idris säger att han tidigare inte haft tid att fokusera på något annat än opiater, men menar att nu när han hade opiater utskrivet började han experimentera med annat som tabletter, alkohol och sådant som han tidigare inte hade testat.

Noah berättar att den minskade ruseffekten till följd av hans ökade tolerans har tagit bort hans sug för heroinet och trots att han har provat heroin under tiden för sin behandling har han aldrig "klivit i" igen. Idris tar även upp substitutionsbehandlingens skyddande effekt i sin intervju, men menar istället att detta kunde göra att han tog ännu mer heroin för att försöka få någon effekt.

Nadal säger att han var trött på att hänga på teamet och repetera samma sak varje dag som var att få sin medicin, dra förbi Systembolaget och sen hänga på parken berusad med samma människor.

Jag kommer dit träffar folk, det som är illa med Subutexprogrammet är att det funkar som en samlingspunkt. Man kommer dit träffar alla grabbarna, man kåkar bens, går förbi bolaget, hänger i parken och sen gör man om samma dag, dan efter. Alla som är och hänger har benzoproblem och alkohol. Inte så mycket amfetamin, men eftersom opiater och bens förstärker varandra så de går hand i hand. - Nadal

Enligt intervjupersonerna beskrivs mottagningarna där LARO-patienter hämtar ut sina mediciner även är en plats där utbyten och försäljning av olagliga droger sker. Nadal beskriver hur hans besök på teamet bidrog till att han upptäckte nya droger som passade bra ihop med hans medicin. Nadal menar att alla han kände till på mottagningen hade alkohol- och bensoproblem. Även Filip beskriver hur man i kön utanför teamet kunde sälja, byta och köpa droger.

Men när du kommer dit halv åtta på morgonen så står det hundra personer där och du hann ju inte stå där mer än fem minuter innan du hade benzo. Ja, precis, köpte, sålde, en del bytte, ja under hela tiden. - Filip

Manuel är den enda intervjudeltagaren som inte har haft ett sidomissbruk under sin LARO-behandling. Men han påpekar att han känner till folk i programmet som har sidomissbruk.

6.1.3 Kontroll och hämtning av medicin

Något som flera intervjudeltagare nämnde var att de behövde lämna urinprover för att få ut sin medicin. Kontrollen skilde sig mellan olika former av hämtningen. Intervjudeltagarna beskriver att de i början av sin behandling behövde åka till mottagningen för att hämta medicin. Mottagningen beskrivs av flera deltagare, utöver att vara en plats för att hämta medicin, även som ett ställe där det pågår illegal drogförsäljning på av både de utskrivna medicinerna och av andra droger.

Fransesca beskriver att det kan ta en hel dag att åka in, få sin medicin och sedan komma hem. Fransesca berättar att det kan vara särskilt jobbigt på helgerna då hon behöver åka ännu längre. Samtidigt nämner hon att när hon att det inte blev någon större skillnad från när hon tog droger.

Ja men det är ju ingen skillnad med hur det har varit. För att jag har ju fått åka och hämta det här i alla fall. Och flängt var och varannan dag. - Fransesca

Filip, Noah och Idris berättar om att konsekvenserna för att lämna ett positivt urinprov var att man fick hämta medicin varje dag. Noah berättar att konsekvenserna kan se olika ut på olika mottagningar. Han säger att det förr var en spärrtid på sex månader ifall man lämnade ett positivt prov, men menar att det är borttaget då det är livsfarligt. Även Idris lyfter den här spärrtiden som något man såg som farligt eftersom risken för överdos ökade ifall man inte längre hade tillgång till sina mediciner.

Ja men toleransen, alltså man hade ju metadon i kroppen när man tog så mycket heroin. Och sen nu hade man inte metadon som var ett skydd. Så det slår nog ur. Man är ju inte så jävla smart så man bara "Äj jag ska bara ta lite." Utan man tog ju. Så att det var ju det som var grejen. Och det är ju det som resulterade i att många som åkte ut från teamen tog överdos iallafall och dog. Så att jag kommer ihåg att det fanns liksom som ett mantra såhär: "*Fan hoppas att jag överlever de här tre månaderna.*" För det var ju tre månaders spärrtid. - Idris

Fransesca beskriver hur hon upplevde att hon inte kunde vara uppriktig mot personalen på mottagningen då hon var rädd för att ärligheten kunde få henne utslängd från behandlingen.

Idris berättar att när man hade skött sig ett tag fick man hämta medicin glesare och fick helgen ledig. Både Filip och Nadal berättar hur de ibland kunde "ta ledigt" själva för att slippa åka in till mottagningen och då köpte medicinen illegalt. Idris berättar att han ibland kunde sälja sin medicin vidare på den svarta marknaden. Även Noah tar upp att det är vanligt att folk säljer sina mediciner illegalt. I både Manuel och Fransescas fall, berättar de i sina intervjuer att de hade testat på substitutionsmedicin innan de fick LARO-behandling.

Ett alternativ till att hämta medicin på mottagningen är att bli apotekskund och få hämta det på apotek. Filip berättar att när han blev apotekskund var det enklare för honom att undvika att lämna urinprov ifall han hade tagit droger då han behövde lämna prover mer sällan Idris berättar om hur man kunde bli apotekskund när man har skött sig ett tag och beskriver hur det ökade ens frihet.

Sen fanns det liksom att du kunde hämta och då fick man hämta jättemycket doser och så var man helt lycklig. Jag kommer ihåg att det fanns folk som tyckte att det var värsta grejen när de hade alla sina doser hemma och sådana grejer. Så då fick du ta det på apotek. Och när du hade det på apotek, då fanns det möjlighet för att kunna åka utomlands. - Idris

Nadal berättar att han blev apotekskund när han började lämna rena urinprover. Han beskriver hur det blev bättre för honom att vara apotekskund än att hämta medicin på teamet.

Så de 12 åren jag fick på Lyrica behövde jag inte äta bens och då hade jag rena urinprover så då kom jag ut på apotek. Och då vart det bättre för då slapp jag hänga på teamet. Och då jobbade jag, fixade körkort, bil och motorcykel och allt det där. -Nadal

Manuel berättar att eftersom han haft medicineringen så länge och varit drogfri behöver han enbart lämna prover en gång i halvåret. Utöver det kan han få slumpmässiga samtal där han behöver komma in redan dagen efter de kallat honom.

6.1.4 LARO räddar liv

Intervjudeltagarna har under sina intervjuer lyft olika aspekter av LARO med både de positiva och negativa delarna. Detta undertema betonar den positiva aspekten av att LARO räddar liv.

Nadal anser att LARO-behandlingen har räddat hans liv, men säger den kanske skulle ha kunnat stödja honom bättre om han hade haft en mer positiv inställning och drivkraft. Idris hävdar att behandlingen har fungerat som ett skydd för honom och räddat hans liv.

Så att det var ju det, det funkade men återigen det här var bara ett skydd och en bubbla. Jag kan säga att hela det här LARO-programmet för mig, så som det har sett ut, har det varit en stor skyddsbubbla i en fantasivärld. Så jag fattar när folk säger att det räddar liv, jag förstår den grejen, jag förstår det fullt ut. För att jag hade förmodligen kanske inte ens levt om jag inte hade haft mitt metadon om jag ska vara ärlig. -Idris

Noah berättar att han är övertygad om att substitutionsbehandlingar räddar liv och är en positiv tillgång. Även Noah beskriver hur han ibland kan känna att han upplever negativa känslor gentemot LARO, men trots detta kan han inte förneka hur viktig behandlingen har varit för hans överlevnad.

Ibland tycker jag att det är en kemisk fotboja och tycker det är bara en massa negativt, men så är man ju ibland. Men det är klart att det räddar liv liksom jag kan inte tänka mig liksom försöka behålla det där utan att ha tryggheten liksom. Men, med den som sagt det är så länge sedan så suget har jag inte efter heroin. Men jag vet inte vad som skulle hända om de tog bort subben liksom. För man blir ju sjuk utan den med liksom, så då är det ju samma grej där. Jag har ju funderat och tänkt såhär att man ska försöka ta bort det här med liksom men det för långt bort liksom. Jag får fokusera på vad jag gör nu, här och nu först, ska jag göra mig av med den så måste det ju va med läkarhjälp på rätt sätt liksom. Så nej, jag är glad att jag har det men man har ju blivit... Man har haft det så länge sedan nästan det är som att man tar det för givet bara. - Noah

Filip beskriver nykterhet utan LARO som det bästa alternativet, men säger att LARO-behandling är bättre än missbruket där man riskerar att "knarka ihjäl sig". Francesca berättar att hon är tacksam för

de positiva möjligheterna som medicinerna bidragit med i hennes liv. Men hon lyfter även upp att LARO-patienters inställning är avgörande för att behandlingen ska vara framgångsrik.

Just liksom sköter du din LARO-medicinering och har bestämt dig för att det här ska fungera så är det ändå en, jag kan säga att det har räddat mitt liv liksom, det har verkligen gjort det. - Fransesca

Hon säger dessutom att man inte enbart kan förlita sig på att medicinen ska lösa alla ens problem, eftersom medicinen endast fungerar som ett stöd för att bland annat hantera abstinensbesvär och missbruksproblematik. Enligt Fransesca är det upp till individen att arbeta med sina brister och göra det som krävs för att undvika en destruktiv livsstil som i sin tur kan innebära döden.

6.1.5 Kemisk fotboja

Ett undertema som identifierades i empirin var LARO som en kemisk fotboja. Flera deltagare beskriver en bundenhet till behandlingen, vilket innebar att de fann det otänkbart att lämna den. LARO-behandlingen kunde upplevas som en fångenskap, vilket innebar att patienterna fann det otänkbart att lämna behandlingen om de ville undvika abstinensbesvär eller må extremt dåligt. Oron för återfall, överdoser och döden skapade en upplevelse av fångenskap och en rädsla för att helt sluta med behandlingen.

Fransesca har en tvetydig inställning till LARO-behandlingen. Hon upplever att hon vill slippa leva med substitutionsbehandlingen, samtidigt som hon inser att behandlingen är det som håller henne vid liv. Fransesca beskriver att trots hennes vilja att vara utan den "kemiska fotbojan" känner hon att hon ständigt faller tillbaka efter många försök. Hon berättar hur hon fått acceptera att hon kommer leva med en kemisk fotboja. Citatet nedan beskriver hur Fransesca vidare resonerar:

Man önskar ju inget hellre än att vara utan den här kemiska fotbojan, samtidigt så har jag liksom släppt den här att, ja men jag ska sluta, jag ska inte ha LARO. Så länge den här metoden är det bästa jag har utifrån de förutsättningarna jag har. Sen kan det alltid bli bättre, men de är det bästa jag har kunnat åstadkomma hittills. För det dumaste jag kan göra det är liksom att avsluta den här, det är ju som en krycka liksom. - Fransesca

Även Noah använder beskrivningen kemisk fotboja för sin behandling. Nedan beskriver han hur bundenheten till LARO då hans fysiska välmående är beroende av att han hämtar och tar sin medicin.

Det är väl när jag har missat LARO och inte kommit hit men man har varit ute i andra svängar liksom många dagar så att det hinner gå ur. Då blir man skitdålig alltså så man är ju väldigt låst, det är som en kemisk fotboja. Du måste komma och hämta din medicin under en viss tid annars så mår du dåligt fysiskt, riktigt dåligt. -Noah

Även Manuel, som inte har haft sidomissbruk, återfall eller negativa reaktioner varken fysiskt eller psykiskt, menar att han har funderat på att avsluta sin LARO-behandling. Vid frågan om varför han har velat göra det beskriver han en bundenhet till LARO som anledning.

För att jag är bunden till LARO jag är tvungen att åka och lämna urinprov, nu är det bara en gång i halvåret typ eller ibland så får du sådana här oannonserade, så att de ringer bara eller skickar ett sms kom in på provtagning imorgon. Då måste jag göra det, men nej, det är inte ofta nu för tiden.
-Manuel

Citatet ovan belyser Manuels trötthet över att ständigt bli kontrollerad och testad, samt kravet på att regelbundet åka in och hämta sina mediciner. Dessa procedurer har varit några av huvudanledningarna till att han övervägt att avsluta behandlingen.

6.2 LARO-patienten i sociala sammanhang

Det andra temat vi har hittat i intervjuerna är *LARO-patienten i sociala sammanhang*. Detta tema berör hur det är att vara LARO-patient i förhållande till andra personer. Temat kommer att presenteras med hjälp av följande underteman: *Relationer och LARO*, *Öppenhet om LARO*, *Andras syn på en* och *Personalens bemötande*.

6.2.1 Relationer och LARO

Intervjudeltagarna beskriver deras relationer under tiden för LARO-behandling på olika sätt. Filip berättar att när han hade LARO-behandling nöjde han sig med ett litet umgänge. För honom fungerade det att ha kärleksrelationer under behandlingen. Noah säger att han inte har några alls nära relationer i dagsläget. Han berättar att han har en son som han inte har kontakt med idag.

Men sen några år tillbaka har vi inte kontakt heller. Det var hans val, och jag kan liksom inte tvinga mig på honom. Han tycker att det är struligt med farsan som inte kan bestämma sig för hur han ska vara. - Noah.

Francesca berättar i sin intervju att hon har känt sig väldigt ensam i och med att människor tar avstånd. Hon berättar att det varit jobbigt när folk tagit avstånd på missuppfattande och felaktiga grunder, när hon verkligen kämpar. Francesca menar att missbruket har gjort att även när hon är fullständigt ärlig så kommer folk vara skeptiska mot henne.

Jag hade ju verkligen önskat att man faktiskt kom och knacka på istället, och frågade "Hur går det med allt liksom? Hur mår du?" - Francesca

När jag behövde som mest stöd så känns det som att alla liksom bara försvann. - Francesca

Nadal berättar att han hade bra relation till sina föräldrar under tiden han hade LARO-behandling och sidomissbrukade. Idris berättar att med hjälp av behandlingen blev hans relationer mer fungerande. Idris säger att när han hade substitutionsbehandling så började han vara hemma mer och umgås med sina barn, sin tjej och sina föräldrar. Men även om relationerna för Idris blev bättre till en början beskriver han att det sedan dalade:

Men sen blev det precis som allt annat. På grund av konsekvenser med anstalter, inlåsningar och sådär. Så jag var ändå borta på samma sätt. Men när jag närvarande var jag inte närvarande på samma sätt som när jag var aktiv. Jag var mer närvarande. - Idris

Manuel berättar att han har fått många kompisar sedan han la av med drogerna och började med LARO-behandling. Han brukar inte berätta för dem om sitt förflutna förrän en lång tid, när han känner att han kan lita på dem. Manuel säger att han inte tror att de bryr sig om hans förflutna utan snarare om vem han är nu.

Vi har funnit att två intervjupersoner lyfter hur de noggrant väljer vilka de inte längre vill vara vänner med i dagsläget. Noah berättar att han sagt upp bekantskapen med människor som har eller har haft missbruk sen förut. Han säger att det är en större sannolikhet för honom att falla tillbaka genom att bibehålla kontakt med dem och därför vill han träffa nya människor som inte har det förflutna.

Så jag bara vill... I nya miljöer om kyrkan, via jobb och såhär, träffa människor som inte har det där förflutna helt enkelt liksom. För min egen skull. Och det är egoistiskt. Men ska jag klara det så behöver jag köra så säkert som möjligt. - Noah.

Även Manuel berättar att han i dagsläget inte vill vara vänner med de som går på substitutionsbehandling eftersom de har gemensamma problem och han vill inte ha den "chansen".

Du måste göra slut med allt som har med droger att göra. Så även sådana som har slutat och klarar sig, du kan inte vara kompis med någon, det går inte. - Manuel

6.2.2 Öppenhet om LARO

Ett undertema vi funnit var intervjudeltagarnas öppenhet om LARO. Graden av öppenhet varierade mellan intervjudeltagarna men också olika beroende på vilken situation. Nadal berättar att när han hade substitutionsbehandling valde han att enbart att dela med sig av det till de i hans närhet han hade en relation till. Manuel har han med sagt i sin intervju att han berättar till folk om sitt förflutna först efter en lång tid när han känner att han kan lita på dem. Även Filip berättar att det bara var vissa som fick veta om hans behandling då han hade det. Vid frågan om varför han inte var särskilt öppen om sin behandling till alla säger han att det är som att skjuta sig själv i foten.

Jag vill att de ska lära känna den jag är. Säger man en sådan här sak så blir det, du blir det. Och jag vill inte ha det. - Filip

Både Nadal och Idris berättar att enbart deras chef på arbetsplatsen visste om deras substitutionsbehandling. Filip berättar att de flesta kollegorna han arbetade med under tiden han hade LARO-behandling inte visste om att han hade det, förutom en kollega. Manuel berättar i sin intervju att när han först kom ut från anstalt och sökte jobb var han öppen om sitt förflutna, men det ledde till att han inte fick några jobb. Han ändrade därför inställning och var inte lika öppen med det. Senare så

arbetade Manuel i många år som chef och säger att han först kunde berätta om sitt förflutna som “narkoman” när någon hade jobbat för honom i några år.

Varför ska jag göra det? Jag är liksom som vilken Svensson som helst. De kan få fel uppfattning om mig, jag kan förlora min auktoritet som chef tänker jag. Liksom att de ser ner på mig som en knarkare eller en före detta knarkare. Så av den anledningen sa jag ingenting. Förens jag kände dem tillräckligt väl. - Manuel

Noah har varit öppen inom sin gemenskap i kyrkan om att han har LARO-behandling i dagsläget. Men han berättar även att det inte är något han delar med sig av till alla på grund av att han skäms.

Sen är det väl ingenting som jag springer och skriker om direkt till alla runt omkring liksom. För man skäms för det liksom. Men när man ska känna folk lite mer så kommer det ändå fram. Fast på ett, kanske lite naturligare sätt. - Noah

6.2.3 Andras syn på en

Ett undertema som har identifierats i studien är andra människors syn på de som genomgår LARO-behandling. Noah säger att när han berättat för de han mött i kyrkan om sin behandling har de varit rätt duktiga på att inte få han att känna sig dum och skyldig, utan tvärtom. Istället upplevde han att de kunde vara nyfikna då de inte hade någon insyn i det, men beskriver det som att de var nyfikna av rätt anledning. Både Nadal och Idris beskriver att deras chefer var förstående då de berättade om att de hade LARO-behandling. Filip berättar att folk hade svårt att ta in att han fick LARO-behandling, då han var yngre och kunde hålla masken på ett annat sätt. Han säger dock att det inte var någon som reagerade särskilt dåligt, men säger att han tror det beror på att allting funkade.

Så som jag tänker att det är med sånt här så länge allting funkar. Så länge du har kvar bostaden och lånen och körkortet och jobbet och det här, så kan man kanske inte säga allt, men folk kan nog stå ut med mycket. Men den dagen när allting brister, så orkar folk inte lyssna på det. - Filip

Francesca berättar att hennes familj och släkt valde att backa från henne när hon sökte sig till LARO. Hon berättar att de fortfarande tänkte att det var droger, även om det är utskrivet via läkare.

De tidigare informanterna delar med sig av andras reaktioner på att de erhåller LARO-behandling men Manuel lyfter i sin intervju mer andras reaktioner på hans förflutna, det vill säga hans tidigare missbruk. Manuel berättar att relationen med hans sons svärföräldrar har förändrats sedan de fick reda på hans förflutna. Han säger att de fortfarande har det bra men att det inte är “den där hjärtliga som de hade förut” och att han märker att de drar sig undan lite. Manuel säger även att en vän som han berättade för tyckte att Manuel inte hade varit ärlig mot honom, så de har ingen kontakt idag.

Du blir aldrig förlåten av en del. “En gång narkoman, alltid narkoman. Det går inte att lita på en sån.” De blir misstänksamma, så att en del klarar inte helt enkelt av att få veta det. - Manuel

Fransesca berättar att folk i hennes omgivning fortfarande såg på henne som en missbrukare trots att hon fick LARO-behandling. Detta framgår tydligt när hon berättar om sin tidigare nära relation till sin äldre syster, en relation som försämrades av Fransescas drogmissbruk och den substitutionsbehandling hon genomgick. Hon säger att deras band är förstört idag, eftersom hennes syster ser på henne på ett annorlunda sätt efter dessa händelser.

Och den här vetskapen som jag hade. Var det ingen som ville ta till sig eller ville höra om. För det blev ju bara bortförklaringar. Utan jag är välkommen när jag har lagt ned det. Medan jag kände att jag lagt ner. Men vadå det här har ju typ räddat mitt liv. - Fransesca

Fransesca säger även i intervjun att folk inte ville prata med henne och därför blev det "viskleken" och väldigt mycket missförstånd från människor i hennes närhet. Hon berättar om ett tillfälle där hon ringt sin mamma för att be om råd då hon och barnen fått utslag, varpå hennes mamma blev orolig att hon börjat med heroin igen och ringde runt med den rädslan till andra i familjen. Hon berättar att missbruket har gjort att även när man är fullkomligt ärlig så kommer folk vara skeptiska, vilket Fransesca säger att hon förstår. Manuel lyfte att andra människor kan se ner på en som en knarkare eller fördetta knarkare på grund av att man tidigare haft missbruk, snarare än att man i dagsläget erhåller LARO-behandling.

Något som även lyftes av tre deltagare var tolvstegsrörelsen och deras syn på LARO-patienter. Noah säger att de inom NA (Anonyma Narkomaner) och AA (Anonyma Alkoholister) säger att man får vara med på möten men att man inte får dela då det räknas som att man har tagit droger (om man har LARO-behandling). Även Fransesca berättar att LARO-medicinering är väldigt tabubelagt inom AA och NA då man inte ska ha några sinnesförändrande substanser i sig.

Men jag kan väl tycka så här att man behöver kanske inte kasta det i ansiktet på folk som har den medicineringen man har. Eller kanske ADHD-medicin eller så. ...
Samtidigt så har väl någon som har en substitutionsbehandling. Det är ju ett tillfrisknande. - Fransesca

6.2.4 Personalens bemötande

Personalens uppträdande gentemot LARO-patienter kan skilja sig på grund av olika aspekter, enligt intervjuerna vi har haft så är upplevelsen och uppfattningen av personalens bemötanden i vissa fall oengagerat men i de flesta fall som positiva.

Det kan vara skillnad på vilken liksom team också, men jag tycker att sista tio åren så har det blivit mer liksom drive-through lucka. Man går upp dit, går in och tar sin medicin, tack och hej. Och så lämnar man urinprov en gång i veckan, två gånger i veckan. Nej det känns som att de är trötta, de ba, här kommer ännu en, jag förstår dem också. - Nadal

Nadal menar att det har skett ett skifte i personalens inställning på mottagningarna, enligt honom har personalen blivit mer likgiltiga jämfört med hur de var när behandlingen var ny. Han beskriver att personalen tidigare trodde mer på behandlingsformen och på så sätt blev bemötandet bättre. Samtidigt

beskriver han en förståelse för personalens uppträdande sett till att de möts av patienter som missköter behandlingen och är omotiverade.

Filip beskriver att han blev behandlad med större tillit även om hans beteende med sidomissbruket var lika omfattande som de med sidomissbruk och var överksam. Han berättar hur personalen gav honom mer utrymme för misstag och misskötsel av programmet tack vare yrket han hade.

Så jag tror jag sågs nog som den lyckade patienten där, jag kunde ju ringa ibland när jag hade käkat flödder för länge, så kunde jag ringa den här läkaren som jag hade där och säga att jag inte hinner den här veckan, vi har mycket på jobbet just nu, och de sa "Ja men vi tar det nästa vecka istället" och det funkade ju i fem år. Sen så torskade jag dit på urinprov, de gav mig en chans till, torska igen, en chans till och till slut så skulle jag börja gå där. -Filip

Filip säger dock att när han inte längre skötte sig märkte han hur personalen ruttnade, vilket han också gjorde. Fransesca bytte en gång mottagning då hon kände att hon inte kunde vara ärlig med personalen där hon då var. Hon fick vid bytet en känsla av befrielse när hon hamnade på en annan mottagning där hon kände att hon blev tagen på allvar och med respekt även om hon skulle begå misstag. På den nya mottagningen berättar hon att det var skönt för henne att inte bli ansedd som värdelös av personalen istället blev hon sedd för den person hon var. I citatet nedan beskriver Fransesca bemötandet av personalen på den nya mottagningen:

De som jobbar som personal inom LARO som sagt ser den för vem man är och inte för vad man har för problematik. Jag är liksom inte ett vandrande beroendepaket liksom och ett personnummer utan bakom det så finns det väldigt mycket. De flesta som liksom fastnar i missbruk, missbrukar inte för att de vill ha roligt, utan det är oftast för att de har går och bär på någonting som de inte längre klarar av att hantera. - Fransesca

Även Noah beskriver att han har varit väldigt nöjd med personalens bemötande och säger att han har haft tur med det. Idris berättar att han upplevt bemötandet på mottagningarna som bra och säger att de enda gångerna det har varit skav har varit då han fuskat med urinprover.

6.3 Kan man vara drogfri och ha LARO?

Ett tema som har hittats i intervjuerna är deltagarnas syn på drogfrihet i samband med LARO. Även om behandlingen kan klassas som medicin eller drog. Det rörde lite delade åsikter bland de olika deltagarna.

Noah säger att de som har provat medicinen innan de fått LARO-behandling förknippar sin medicinering med missbruk. Men eftersom han själv aldrig har provat medicinen utanför LARO-programmet utan enbart använt det på "rätt sätt" så har han inga sådana tankefallor. Noah berättar att han ser sig själv som drogfri med LARO-behandling.

Jag kan ju inte uttala mig om metadon och så vidare. Suboxone, det finns inget rus. Okej du blir dålig om du inte tar den, men det finns inget rus... Alls liksom. Så det är min definition av missbruk. Det är att du blir sinnesförändrad liksom, när du tar någonting. Om du inte blir det så... Ja om du liksom kår medicin för att inte må skitdåligt. Om du inte får rus på den, så är det bara bra liksom. - Noah

Manuel anser att om man sköter sin medicinering och inte sidomissbrukar så kan man se sig själv som drogfri, vilket han gör. Även Fransesca berättar att hon ser sig själv som drogfri med hjälp av LARO. Nadal berättar att han med substitutionsbehandling kände sig "fri från en boja iallafall". För Nadal innebar hans tid i LARO-programmet mycket sidomissbruk. Men vid frågan på om man kan vara drogfri med hjälp av LARO-programmet säger han:

Om jag bara hade gått på heroin och sedan fått Subutex. Aa, då hade jag nog känt mig rätt drogfri. Jag kände ju bara att det här är läkemedel. Det här är inte heroin. Det här får jag ut av en läkare. Så det kändes ju okej. Plus att man blir inte påverkad av bara Subutexet efter någon vecka eller två. Så man blir ju inte... Du blir inte flummig på Subutexen. - Nadal

Samtidigt som både Manuel och Nadal menar att man kan vara drogfri i kombination med substitutionsbehandling beskriver de båda det som att de såg det som ett lagligt och gratis alternativ till droger. För Manuel var det att han köpte metadon svart och tänkte att han kunde få det utskrivet istället. För Nadal sa han att han med Subutex kunde leva på som han alltid gjort men utan heroinet och istället med "gratis opiater" även om han menar att han inte fick ett rus av Subutexen. Manuel fick dock aldrig metadon utskrivet, utan Subutex. Han beskriver att Subutex gav en lägre ruseffekt i förhållande till metadon.

Filip, som inte längre har LARO-behandling, säger att han tror att det är svårt att enbart hålla sig till sin medicin när man har behandlingen. Samtidigt säger Filip att man inte är drogfri även om man enbart håller sig till LARO, men att han inte dömer dem för det. Filip berättar att även när han själv hade LARO-behandling var han av samma åsikt han är i dagsläget.

Nej drogfri är du ju inte. Men jag lägger ingen värdering i det. För jag förstår precis varför de vill ha det. Jag tänkte ju själv så innan, i det sista. Så visst om det funkar och sådär men... Än så länge har jag nog inte träffat någon det funkar för. - Filip

När Idris talar om ämnet drogfrihet och LARO berättar han att han är väldigt ambivalent i frågan. Han säger "Vem är jag och säga vad som är bra för någon annan?" men samtidigt berättar han att han inte riktigt tycker att man kan vara drogfri när man har LARO-behandling.

Jag anser att man är påverkad. Alltså såhär, när du tar en sinnesförändrande substans och lägger in det på något sätt i din kropp. Så är du inte vid sinnes fulla... (bruk). - Idris

Jag ser det inte som att vara drogfri. Man har liksom ingen kontakt med sina känslor, man är totalt avstängd. - Idris

7. Analys

I föregående kapitel presenterades en tematisk analys på det vi funnit i empirin både gällande fokusgruppintervjun och de individuella intervjuerna. De individuella intervjuerna är det som utgör grunden för svar på frågeställningarna och därför kommer temana från dem att analyseras med den tidigare forskningen och Goffmans teori om stigma som grund. Empirin från fokusgruppintervjuerna kommer istället att diskuteras under kapitel 8.2 *Diskussion*. Vi har valt att presentera denna analys med samma rubriker som för temana under empiridelen, men vissa av underrubrikerna kommer att slås ihop i detta avsnitt.

7.1 Upplevelsen av att ha LARO

7.1.1 Biverkningar till följd av behandlingen

I vår studie framkommer det att våra intervjudeltagare upplevt olika slags fysiska biverkningar. Granerud och Toft (2015, s.1) nämner också fysiska biverkningar som en följd av substitutionsbehandling. De främsta biverkningarna som nämnts i vår studie är svettningar och minskat testosteronvärde. Det framkommer även i vår studie att flera av våra deltagare beskriver sig som känslomässigt avstängda med sin substitutionsbehandling. Detta kan kopplas till det Granerud och Toft (2015, s.2) skriver om att metadonanvändare kan ha sämre kognition än andra, och kan ha reducerad förmåga att förstå och klara av dagliga rutiner.

7.1.2 Sidomissbruk

Sidomissbruk bland LARO-patienter är ett problem som samtliga av våra intervjupersoner uppmärksammar och som fem av sex själva erfarit. Noah berättar i sin intervju om den ökade toleransen vid substitutionsbehandling när han tagit återfall på heroin, vilket har gjort att han inte fick någon ruseffekt. Även Fugelstad (2007, s.406) lyfter att substitutionsbehandling ger en skyddande effekt vid återfall på heroin just på grund av den ökade toleransen. Noah beskriver hur hans heroinbruk har minskat under tiden i substitutionsbehandling tack vare den minskade ruseffekten. Detta kan styrkas av det Mattick m.fl. (2009, s.11) skriver om att patienter som stannar kvar i behandlingen minskar sitt heroinbruk. Det som däremot säger emot detta är Idris som berättar att han kunde öka doserna av heroin för att försöka få en effekt av det.

7.1.3 Kontroll och hämtning av medicin

Mottagningen beskrivs av flera deltagare som ett ställe där det pågår illegal drogförsäljning av både de utskrivna medicinerna och av andra droger. Idris berättar hur han brukade sälja sina doser av medicin på den illegala marknaden, och även köpa när han hade sålt för mycket av sitt. Fem av sex berättar hur de har köpt substitutionsmedicin illegalt antingen innan de fått behandlingen, eller under behandlingstiden för att slippa åka in till mottagningen och hämta. Pedersen m.fl. (2017, s.84) nämner

i deras studie att vissa användare höjer sina medicindoser för att kunna sälja dessa illegalt. Detta går därmed att koppla till det vi ser i vår studie om att det finns ett läckage medicinen och att den säljs illegalt.

Francesca beskriver att det kan vara jobbigt att behöva åka långt för att hämta sin medicin och att det kan ta en hel dag för henne med hela processen. Även Nadal och Filip berättar hur de ibland själva kunde ta "ledigt" från mottagningen på helgen och istället köpa sin medicin svart. Detta går att koppla till det Anstice m.fl. (2009, s.798) skriver om att deras deltagare i studien beskriver det som en utmaning att behöva gå varje dag för att få ut sin medicin. Intervjudeltagarna i vår studie berättar att när de sedan blev apotekskund hade möjlighet att hämta medicinen mycket glesare och det beskrivs som en frihet. Även detta går att koppla till Anstice m.fl. (2009, s.798) som skriver att de som hade tillgång till apotek som låg geografiskt nära, hade långa öppettider och gav bra service beskriver det som mindre krävande.

Francesca beskriver hur hon på en mottagning hon hämtade medicin ifrån kände att hon inte kunde vara ärlig då hon var rädd att det kunde få henne utslängd från programmet. Detta lyfter även flera av intervjupersonerna i Granerud och Tofts (2015, s.4) studie där de säger att de va rädda för repressalier om de var ärliga med sitt sidomissbruk.

7.1.4 LARO räddar liv och kemisk fotboja

Alla våra intervjudeltagare var överens om att LARO har räddat deras liv. Detta styrks av det Fugelstad m.fl. (2007, s.406) och Mattick m.fl. (2009, s.10) skriver om den minskade dödligheten av de som är i substitutionsprogrammet. Även om samtliga intervjudeltagare var överens om att LARO räddar liv, nämnde samtliga som har substitutionsbehandling i dagsläget att de upplevde en viss bundenhet till behandlingen. Detta kommer att diskuteras vidare under kap 8.2 *Diskussion*.

7.2 LARO-patienten i sociala sammanhang

7.2.1 Relationer och LARO

Intervjudeltagarna beskriver sina relationer med andra som LARO-patienter på olika sätt. Tre av intervjudeltagarna beskriver sig som mer isolerade och att de inte har/hade särskilt mycket nära relationer. Denna ensamhet kan vi även se i Mayock och Butlers (2022, s.145) studie, där flera av deras deltagare beskriver en upplevd ensamhet med substitutionsbehandling. Francesca beskriver en ensamhet då hon upplever att människor tagit avstånd från henne. Vissa deltagare i Mayock och Butlers (2022, s.146) studie beskriver sin egna skam och rädsla för avvisande som anledning till ensamhet snarare än att andra tar avstånd från dem som det var i Francescas fall. Både Filip och Noah däremot beskriver sin ensamhet som egenvald men nämner inte just skam och rädsla för avvisande som anledning till detta. Att de inte nämner det behöver däremot inte nödvändigtvis betyda att det inte är bidragande faktorer. Däremot lyfter Berg m.fl. (2022, s.123) samt Augutis m.fl. (2016, s.394) en

annan aspekt av ensamhet och isolering för patienter i substitutionsbehandling där det kan vara mer av ett strategiskt val för att undvika återfall, snarare än att det skulle vara kopplat till skam och stigma. Detta styrker det vi ser både i Noah och Manuels fall där de berättar att de gör ett aktivt val i att inte umgås med människor som delar deras förflutna eftersom det ökar risken för dem att hamna fel igen. Både Noah och Manuel lyfter även hur de hellre har nya bekantskaper än att umgås med folk med samma problem som de tidigare haft. Detta kan dessutom styrkas av det Goffman (2020, s.66) säger om att personer som fått sitt stigma längre fram i livet tenderar att uppleva tidigare bekantskaper som mer besvärliga än nya. Goffman (2020, s.66) menar att detta kan bero på att människor från ens tidigare liv kan ha svårt att acceptera hur denna är i dagsläget då de fasthåller en bild av hur denne tidigare var. Noah och Manuel har inte specifikt lyft den anledningen utan mer sagt att det är för stor risk att umgås med dessa människor. Däremot beskriver Fransesca hur hennes relation med den syster hon stod närmast under uppväxten har blivit betydligt sämre på grund av hennes tidigare missbruksproblem och substitutionsbehandling.

Goffman (2020, s.29–30) skriver att de stigmatiserade personerna tenderar att ta avstånd från “normala” personer för att deras närvaro får dem att känna en större skillnad mellan sig själv och andra. Vi har i vår studie inte funnit något som tyder på att våra intervjupersoner tagit avstånd från de personer som inte delar samma stigma som dem, utan snarare tvärtom som beskrivet ovan att vissa tagit avstånd från dem som delar deras stigma. Detta kan tänkas bero på att våra intervjudeltagare snarare kan klassas som “misskreditabel” och inte “misskrediterad”, alltså att de kan anta att människor omkring dem inte känner till deras stigmatiserande egenskap (Goffman, 2020, s.26).

7.2.2 Öppenhet om LARO

Som tidigare nämnt utgår vi från att intervjupersonerna i vår studie klassas som “misskreditabla”. Det är enklare för de misskreditabla individerna att passera som “normala” genom att helt enkelt inte berätta om sitt stigma för någon (Goffman, 2020, s.112). Detta går att koppla till våra intervjupersoner där fem av sex personer beskriver att de i olika grad varit öppna för andra med att de erhåller substitutionsbehandling. Nadal, Manuel, Noah och Filip beskriver alla fyra att de enbart är öppna med sitt förflutna och sin substitutionsbehandling med dem de har nära relation till och kan lita på. Detta styrks även av Mayock och Butlers (2022, s.142) studie där flera av deras intervjupersoner försökt dölja att de går till metadonmottagningen.

Särskilt i arbetslivet beskriver fyra deltagare att de inte varit särskilt öppna med sin LARO-behandling. Detta går att koppla till Mayock och Butlers (2022, s.144) studie där deras respondenter var starkt negativa till att avslöja sin status som substitutionsbehandlingspatienter på sin arbetsplats. Även Augutis m.fl. (2016, s.395) styrker detta då deras respondenter dolde sitt tidigare droganvändande och nuvarande substitutionsbehandling på sin arbetsplats på grund av rädsla att det skulle påverka deras arbetsliv negativt.

7.2.3 Andras syn på en

Även om Filip, Nadal, Idris och Manuel varit varsamma med vilka de berättat för på sina arbetsplatser om sitt förflutna och att de har substitutionsbehandling i dagsläget har ingen av dem beskrivit en negativ reaktion på när de väl har berättat. Detta ser vi även i Augutis m.fl. (2016, s.395) studie där vissa berättade att de varit helt öppna med sin substitutionsbehandling på arbetsplatsen och upplevde inte att de blivit behandlade annorlunda. Det kan även kopplas till Noah som varit öppen med sin substitutionsbehandling i kyrkan han går till och upplever att de han berättat för inte fått honom att känna sig dum utan snarare tvärtom.

Goffman (2020, s.59) skriver om att anhöriga kan utsättas för stigma i tredje hand då de på ett sätt blir stigmatiserade då de är anknutna till stigmatiserade personer. Denna risk för överföring av stigma kan då enligt Goffman (2020, s.60) leda till att de anhöriga kan avbryta sin kontakt med den stigmatiserade personen. Detta går att kopplas till både Fransesca och Manuel där de båda har märkt av ändrade relationer till familj respektive ingift familj och vänner. Fransesca berättar hur hennes familj backade från henne och Manuel berättar hur hans vän hade backat från honom. Däremot beskriver Manuel den ändrade relation till sin sons svärföräldrar inte som att de backade från honom, utan mer som att relationen ändrades och blev mindre ”hjärtlig”. Det här kan även styrkas av det Goffman (2020, s.101) skriver om hur en individ befläckade förflutna kan påverka deras sociala identitet och ses som opassande. Goffman (2020, s.101) nämner även att det som kan ses som ännu mer opassande än att ha ett befläckt förflutet, är att ha det och dölja det. Detta går att koppla till Manuels vän som inte längre ville vara vän med honom då han fick reda på Manuels förflutna, eftersom att han inte tyckte att Manuel hade varit ärlig. I det fallet handlade det alltså mer om hur Manuel dolde sitt befläckande förflutna, snarare än det befläckande förflutna i sig.

Både Fransesca och Manuel beskriver att de fortfarande ses på som missbrukare på grund av deras förflutna. Detta styrks av det Goffman (2020, s.32) skriver om att en stigmatiserad person som korrigerat sin fläck inte kommer att ses som en ”normal” person utan snarare som en person som har ”rättat till en viss fläck”. Goffman (2020, s.101) beskriver att individens befläckande förflutna är något som påverkar dennes sociala identitet och kan ses som något opassande. Fransesca beskriver dessutom i sin intervju hur hon hade bett sin mamma om råd kring utslag hon och barnen fått, detta ledde till att mamman blev orolig att Fransesca börjat ta heroin igen och blev orolig för barnen och ringde runt med den rädslan till andra i familjen. Detta kan kopplas till det Goffman (2020, s.27) skriver om att de ”normala” konstruerar en slags ideologi för att övertala sig själva och andra om att den stigmatiserade personen innebär fara.

7.2.4 Personalens bemötande

I vår studie fann vi att flera deltagare beskriver personalens bemötande på ett positivt sätt. Detta går att koppla till det Mayock och Butler (2022, s.142) skriver om att vissa av deras deltagare blivit behandlade med empati av personalen på klinikerna och apoteken samt Augutis m.fl. (2016, s.396–

397) studie där klinikerna och dess personalen beskrivs som något positivt och av värde för deras behandling och rehabilitering.

I Mayock och Butlers (2022, s.142) studie var det vissa deltagare som hade en negativ syn på behandlingen då de ansåg att de i personalen inte brydde sig. Den enda deltagaren som beskriver ett mer likgiltigt bemötande av personalen var Nadal. Han beskriver dock inte att detta påverkade hans syn på behandlingen negativt utan beskriver snarare än förståelse för personalens uppträdande. Utöver detta var det ingen av våra deltagare som beskriver bemötandet av personalen på ett negativt sätt. Detta skiljer sig från det Mayock och Butler (2022, s.145) skriver om att vissa deltagare i deras studie känt sig respektlöst behandlade av personalen. Det skiljer sig även från det som framkommer i Anstice m.fl. (2009, s.800) studie där vissa deltagare beskriver att de blev behandlade med misstänksamhet, fick vänta onödigt länge och att personalen var nedlåtande.

7.3 Kan man vara drogfri och ha LARO?

Det råder delade åsikter hos våra intervjudeltagare kring synen på drogfrihet och LARO. Noah, Manuel, Fransesca och Nadal är överens om att man kan se sig själv som drogfri även när man har LARO-behandling då det är en medicin. Manuel och Nadal lyfter även sidomissbruk som ett hinder för drogfrihet i kombination med LARO-behandling. Filip och Idris är av en annan åsikt kring att vara drogfri och ha LARO. Idris beskriver sig själv som ambivalent i frågan men menar att det är en sinnesförändrande substans och därför är man inte drogfri. Det Filip och Idris säger kring LARO och drogfrihet går att koppla till Pedersen m.fl. (2017, s.84) studie där vissa av deltagarna var skeptiska till huruvida substitutionsbehandling kunde klassas som verklig drogfrihet. En av deltagarna i Pedersen m.fl. (2017, s.85) studie säger att han inte ser på de som har Subutex som drogfria, utan att enda skillnaden på dem och de som använder illegala droger är att de som erhåller substitutionsbehandling får sina droger från staten. Synsättet som Noah, Manuel, Fransesca och Nadal har kan styrkas av det som framkommer i Järvinens (2008, s.986) studie där personalen ser på metadon som en medicin. Det som styrker Filip och Idris synsätt är däremot patienterna i Järvinens (2008, s.986) studie som ser på metadonet mer som en drog.

8. Avslutning

I det sista kapitlet kommer vi att avrunda studien genom att presentera dess slutsatser, diskussion och förslag på vidare forskning. Slutsatserna vi drar utifrån analysen är menade att svara på studiens frågeställningar och kommer därmed att presenteras därefter. Diskussionen kommer att bestå av en resultatdiskussion där vi diskuterar uppsatsen olika delar med empirin från både fokusgruppintervjun och de individuella intervjuerna. De kommer att presenteras utifrån våra tre större huvudteman. Efter detta kommer vi att presentera förslag på vidare forskning.

8.1 Slutsatser

- Vilka aspekter av personers liv påverkar LARO-behandling enligt deras egen upplevelse?

De flesta av våra intervjudeltagare nämner svettningar och minskad potens som biverkningar till följd av LARO-behandling, men även yrsel och illamående nämndes. Tre respondenter beskriver att de blev känslomässigt avstängda. Sidomissbruk lyfts av samtliga intervjurespondenter som ett problem med LARO-behandlingen och fem av sex har själva haft erfarenhet av det. Många beskriver att när de haft aktiva sidomissbruk behövde de undvika provtagning på olika sätt, alternativt hämta medicin varje dag på mottagningen. Att hämta medicin på mottagning beskrivs som jobbigt samt att det var mycket som hände runtomkring som illegal drogförsäljning. Våra intervjudeltagare beskriver att man kunde bli apotekskund om man skötte sin medicinering och lämnade rena prover. Kontroll och hämtning av medicin såg således olika ut för personerna beroende på om de hade sidomissbruk samt hur länge de skött sig. Samtliga intervjudeltagare, även de som inte längre har LARO-behandling i dagsläget, är överens om att LARO har räddat deras liv. För de tre individerna som i dagsläget fortfarande har LARO-behandling beskriver de däremot en låsning till medicinen som gör att de ändå någonstans önskar att de kunde vara utan den. Två av dessa tre beskriver behandlingen som en kemisk fotboja.

Slutsatsen vi drar utifrån frågan om vilka aspekter av personens liv som påverkas av LARO-behandling enligt deras egen upplevelse är att det finns flera olika aspekter som framkommer som viktiga. I vår studie har särskilt fysiska biverkningar och känslomässig avstängdhet lyfts som en viktig aspekt. Även sidomissbruk verkar vara något studiens deltagare anser vara ett särskilt viktigt problem. Hämtningen av medicin och kontroll är också en aspekt som verkar vara en stor del av att ha LARO-behandling. En viktig aspekt är även behandlingens livräddande förmåga, men trots denna verkar dessutom en bundenhet till behandlingen upplevas som ett problem.

- Hur påverkas individer som har LARO-behandling av människor runt omkring dem?

Individerna i vår studie beskriver sina relationer under tiden för substitutionsbehandling på olika sätt. Vissa beskriver sig som ensamma medan andra har haft kvar sina nätverk. Två av deltagarna beskriver att deras familj, släkt och vänner ändrat sin relation med dem antingen när de börjat med

LARO-behandling eller när de fått reda på deras förflutna. Två av deltagarna i studien berättar att de själva har tagit avstånd från personer med samma förflutna som dem som ett sätt att inte falla tillbaka. Deltagarna har varit olika öppna för omvärlden med sin LARO-behandling och sitt förflutna. Enbart två beskriver negativa reaktioner från andra när de berättade. De berättar även att andra fortfarande ser på en som en knarkare/missbrukare även om man har lagt av med det och nu har LARO-behandling. De flesta beskriver positiva upplevelser av personalen på mottagningarna.

Slutsatsen vi kan dra utifrån frågan hur individerna med LARO-behandling påverkas av människor runt omkring dem är att det kan se olika ut. Å ena sidan verkar relationerna till närstående och familj i vissa fall ha fortsatt varit fungerande, eller till och med bättre. Å andra sidan beskrivs relationerna ha försämrats hos andra intervjudeltagare. Vi kan även se hos samtliga deltagare att de varit varsamma med vilka de var öppna för om sin behandling. Reaktionerna de fick från andra varierade, å ena sidan fanns det en förståelse. Å andra sidan kunde vissa se ner på dem och relationerna blev drabbade. Något annat vi såg hos våra intervjudeltagare var att upplevelsen av personalens bemötande i stort verkade vara positiv.

- Hur är individernas syn på drogfrihet under pågående LARO-behandling?

Det råder lite skillnader i frågan kring huruvida man kan vara drogfri under pågående LARO-behandling. Vissa anser att man kan vara drogfri, men lyfter sidomissbruk som ett hinder. Två stycken, som inte längre har LARO, anser att man inte riktigt kan klassas som drogfri ifall man erhåller substitutionsbehandling. Men de är tydliga med att de inte dömer någon för det. Det är svårt att i denna studie dra en slutsats utifrån denna frågeställning, den kommer därmed att diskuteras mer under diskussionsavsnittet.

8.2 Diskussion

Som tidigare nämnt i problemformuleringen har substitutionsbehandlingen växt i Sverige (Johnson m.fl., 2023, s.217). Studierna som visar på positiva resultat kring minskad dödlighet och sjukdom på patienter som deltar i programmen och den svenska narkotikapolitiken som blivit allt mer liberal pekar på att denna trend enbart kommer att öka (Heilig, 2019, s.204; Johnson m.fl., 2023, s.384). Detta lyfte frågan för oss: Vad är individernas upplevelse av att genomgå LARO-behandling? Syftet med studien är att undersöka individens subjektiva upplevelse av att genomgå LARO-behandling. Vi kommer nedan att diskutera den empirin som vi anser är av relevans i förhållande till studiens syfte.

8.2.1 Upplevelsen av att ha LARO

Deltagarna i vår studie har antingen erfarenhet av metadon eller buprenorfin eller båda. De fysiska biverkningarna beskrivs olika av olika mediciner. Vi kan tänka oss att resultaten kring fysiska biverkningar hade sett annorlunda ut ifall vi avgränsade studien till att enbart handla om en av dessa

mediciner. De vanligaste biverkningarna våra intervjudeltagare tog upp är svettningar och minskade testosteronvärden som kan bidra till en minskad potens. Vi tänker att denna fråga kan vara känslig, varför kanske inte alla tog upp det. Hormonella biverkningar, minskad sexlust och svettningar var även fysiska biverkningar som togs upp i fokusgruppintervjun. Andra fysiska biverkningar som diskuteras i fokusgruppsintervjun men som inte lyfts av våra intervjudeltagare. Detta kan bero på att de inte upplevt just dessa även om de generellt sett skulle vara vanliga biverkningar. Vi har enbart intervjuat sex personer utifrån ett målstyrt urval och därför är inte resultaten generaliserbara över en hel population (Bryman, 2018, s.496).

I vår studie framkom det att vissa av våra intervjudeltagare beskriver sig själva som känslomässigt avstängda med LARO-behandlingen. Vi tänker att detta är en viktig aspekt som kanske förbises i forskningen kring substitutionsbehandling. Även om behandlingen i övrigt fungerar bra, tänker vi att det låter som ett högt pris att betala att vara känslomässigt avstängd. Vi tänker därför att denna aspekt kan vara intressant att undersöka vidare med LARO som behandlingsalternativ inom socialt arbete.

Det framkommer att majoriteten av våra deltagare har haft sidomissbruk under tiden för sin behandling. Detta skulle kunna påverka övriga resultat eftersom deras erfarenhet av LARO-programmet även innefattar ett sidomissbruk. Även den intervjudeltagaren som själv inte hade erfart sidomissbruk tar upp det som ett problem, vilket även samtliga i fokusgruppintervjun gör. Läkaren specifikt nämner att han har svårt att behandla de som är blandmissbrukare och de som har sidomissbruk, då han menar att LARO-behandlingen enbart hjälper mot opiatsug. Denna aspekt blir av relevans för det sociala arbetet med drogberoende. Vissa nämner att det finns mycket droger i kön till mottagningarna där de hämtar sin medicin och att deras missbruk breddats efter att de fick LARO-behandling. Frågan är om det är på grund av LARO de hade missbruk eller var det så att de redan var blandmissbrukare innan och därför hade svårt att enbart hålla sig till sin medicinering?

För att få sin medicin krävdes det kontroll i form av urinprover. I Mayock och Butlers studie (2022, s.145) beskriver vissa deltagare att urinprovtagningen under bevakning upplevs som särskilt avhumaniserande. Granerud och Toft (2015, s.2) belyste även maktobalansen som klienterna kände av att delta i programmet. I vår studie fann vi aldrig att deltagarna upplever kontrollen på detta sätt. Även en deltagare som upplevt ett skav kring att lämna prover berättar att det var då han själv fuskade med dem. Varför våra intervjudeltagare inte berättat om en upplevd kontroll som särskilt negativ kan bero på att de inte erfart den eller att de valt att inte berätta om den. Det kan dessutom vara så att vi inte ställt rätt frågor för att gräva vidare i just denna aspekt.

Hämtning av medicinen beskrivs som jobbigare när man behöver hämta på mottagningarna och som med mer frihet då man kan hämta på apoteken. Just det här med att hämta på mottagningen kan kopplas till frågan om sidomissbruk eftersom flera beskriver mottagningarna som en plats där det pågick illegal drogförsäljning. En av intervjudeltagarna delar själv med sig om att han har sålt sin medicin illegalt och majoriteten av intervjudeltagarna nämner att de har köpt substitutionsmedicin illegalt. Att medicinen från substitutionsbehandlingen förs vidare till den illegala marknaden lyfts

även upp av Johnson m.fl. (2023, s.350). Detta läckage av medicinen diskuterades även som ett problem i fokusgruppintervjun. Detta väcker frågan för oss på vad man skulle kunna göra för att minska sidomissbruket, läckaget och stökigheten på mottagningarna?

Som nämnt i problemformuleringen, skriver Heilig (2019, s.204) om studier som visar på minskning av dödlighet för de personer som genomgår substitutionsbehandling. Detta är även något som alla våra deltagare är överens om, att LARO räddar liv. Även i fokusgruppsintervjun framkommer LARO:s livräddande aspekt. Särskilt intressant i detta tema är att även de tre individerna som valt att avsluta sin LARO-behandling och beskriver sin tid under LARO med mycket sidomissbruk ändå i slutet av dagen tycker att LARO har räddat deras liv.

De tre personerna som fortfarande erhåller LARO-behandling beskriver sig som i helhet nöjda med behandlingen, men samtidigt som bundna på ett sätt. Två av intervjupersonerna beskriver LARO som en kemisk fotboja. Samtliga tre har berättat att de någon gång funderat på att avsluta sin LARO-behandling men ingen av de vågar ta det klivet, oavsett hur länge de haft behandlingen. Även läkaren i fokusgruppsintervjun beskriver att LARO blir en begränsning av individerna och denna begränsning utgör en anledning till varför de kan känna att de vill lämna LARO. Han lyfter specifikt att resa som ett exempel på en begränsning, då det krävs massa intyg och sådant innan resan. Han säger att folk som haft LARO i 20–30 år blir irriterade och vill till slut sluta med medicinen. Denna begränsning som individerna upplever till följd av behandlingen anser vi är relevant för brukarperspektivet.

8.2.2 LARO-patienten i sociala sammanhang

I det andra temat *LARO-patienten i sociala sammanhang* beskriver våra deltagare sina relationer på olika sätt, även hur pass öppna de var med LARO, reaktioner från andra och andras syn på en.

Goffman (2020, s.27) skriver om hur “normala” personer använder så kallade stigmatermer för att beskriva de stigmatiserade. Vi skrev i teori-delen att vi tänkte att i fallet för LARO-patienter skulle dessa termer kunna vara “pundare” och “missbrukare”. Ingen av våra intervjudeltagare beskriver specifikt att de blev kallade för dessa stigmatermer, men samtidigt berättar två av våra intervjudeltagare hur andra sett på dem som “missbrukare” och “knarkare” även om de inte längre höll på med droger. Det lyfts även upp i Järvinen (2008, s.986) där deltagarna beskriver hur de fortfarande definieras som drogberoende av sin omgivning, och även sig själva.

Det framkommer i vår studie från två av deltagarna hur de upplever att folk runtomkring dem som familj, släkt och vänner tagit avstånd från dem på grund av deras status som LARO-patienter och/eller tidigare liv som missbrukare. Dessa fall går att koppla till det Goffman (2020, s.59) skriver om hur anhöriga till stigmatiserade personer kan utsättas för stigma i tredje hand och därför ta avstånd från de stigmatiserade för att undvika denna typ av överföring. Men Goffman (2020, s.60) skriver även om att dessa personer, om de inte tar avstånd, kan välja att agera som att den stigmatiserade personen är utan stigma. Dessa aspekter har vi inte funnit i våra intervjuer, men det kan bero på att vi har intervjuat de stigmatiserade individerna och inte deras anhöriga.

Vi tänker att resultatet av detta tema kan kopplas till både det första och det tredje temat. Det första temat belyser individens upplevelse av att ha LARO. De allra flesta beskriver att de själva erfarit sidomissbruk under sin behandling, vilket skulle kunna påverka olika aspekter av LARO-patienten i sociala sammanhang. Med omfattande sidomissbruk skulle relationerna kunna tänkas drabbas snarare av den aspekten än just det att de har LARO-behandling. Vissa av våra intervjudeltagare beskriver att de blivit sedda på som missbrukare, varav en av dessa har haft sidomissbruk och återfall under sin tid för behandlingen. Skulle synen på henne varit på samma sätt då om det inte vore för denna faktor?

Vi tänker dessutom att det andra temat går att koppla till det tredje temat *Syn på drogfrihet och LARO*. Det framkommer av våra intervjupersoner att synen på drogfrihet skiljer sig, vissa ser på substitutionsbehandlingen som en medicin och andra på det som en drog. Denna skillnad på synen om medicin och drog lyftes även av Järvinens (2008, s.986) studie. Vi tänker att den syn som människor runt omkring har på LARO-behandlingen som medicin eller som drog kommer att påverka deras relationer, hur de reagerar och deras syn på LARO-patienterna. I våra intervjuer är det tre deltagare nämner särskilt att tolvstegsprogrammen är en plats där LARO-behandling var tabubelagt. White m.fl. (2013, s.296) skriver även om att metadonpatienter upplever stigma och diskriminering i tolvstegsgrupperna. Även beroende på vad deltagarna i LARO-behandling har för förväntan på vad omgivningen kommer att ha för syn kan detta tänkas påverka hur pass öppna de väljer att vara.

8.2.3 Syn på drogfrihet och LARO

Syn på drogfrihet och LARO ser olika ut hos våra intervjudeltagare. Vi tänker att detta skulle kanske kunna bero på olika grupper man tillhör. De tre som inte har LARO-behandling idag är alla med i tolvstegsprogrammet. Två av dessa tre anser att man inte kan klassas som drogfri när man har LARO. Bland de andra deltagarna som fortfarande har LARO beskrivs tolvstegsgemenskapen som "icke-accepterande". Denna opposition kring substitutionsbehandlingen inom tolvstegsrörelsen nämns även av Nordgren (2013, s.29). Även White m.fl. (2013, s.296) skriver att metadonpatienter upplever stigma och diskriminering i tolvstegsgrupperna. Det kan alltså vara så att det finns en syn inom tolvstegsrörelsen på LARO-behandling som icke förenlig med drogfrihet.

Noah säger att han inte kan uttala sig om metadon för han har Subutex. Manuel säger att Subutex ger en lägre ruseffekt. Nadal har haft både buprenorfin och metadon utskrivet. Han beskriver att eftersom han inte kände sig "flummig" på Subutex skulle han anse sig vara drogfri om han enbart höll sig till det läkemedlet. Eftersom våra deltagare har erfarenhet av olika mediciner kanske detta påverkar deras syn på drogfrihet och LARO.

På just denna aspekt finns det inte särskilt mycket forskning, men vi tyckte att den var väldigt intressant. Det verkar som att syn på drogfrihet och LARO påverkas mycket av huruvida man betraktar medicinen i behandlingen som en drog eller som medicin. Vissa informanter påbörjar sin drogkarriär med medicinerna, som Francesca och Manuel. Noah lyfter att han tror att de som börjar missbruka medicin kommer att koppla sin medicinering till just droger. Medan han som själv inte

gjort det innan han fått den som behandlingsmetod ser på det som medicin. Alltså kan individens tidigare erfarenhet av droger kunna påverka dennes syn på drogfrihet.

8.2.4 Urvalsdiskussion

Då vi har haft ett målstyrt urval samt intervjuat enbart sex personer tänker vi att detta är något som skulle kunna påverka vårt resultat. Av våra sex intervjupersoner var enbart en kvinna, även om vi försökte få tag i fler. Just kvinnor var särskilt svåra att få tag i, vilket kan bero på mängden kvinnor i programmet men även på att de kanske inte är lika synliga. På grund av att vi enbart haft med en kvinna i studien skulle vi ha kunnat missa vissa aspekter kopplade till just kön. Exempelvis Mayock och Butlers (2022, s.146) studie lyfter skillnader mellan upplevelsen av att ha substitutionsbehandling mellan de olika könen. Som tidigare nämnt har fem av sex av våra intervjupersoner haft erfarenhet av sidomissbruk, vilket det med kan tänkas påverka våra resultat. Enbart en av våra informanter som fortfarande har LARO-behandling har inte haft sidomissbruk och även haft ett fungerande arbetsliv under tiden för behandlingen. Hade vi fått tag i flera som var lik honom i de aspekterna skulle resultatet även kunna tänkas se ut på ett annat sätt. Vi valde även att intervjua personer som antingen tidigare har haft LARO-behandling eller de som har det i dagsläget, trots dessa skillnader har vi funnit liknande teman i intervjuerna för de olika grupperna vilket tyder på att resultaten kanske inte hade varit särskilt annorlunda även om vi avgränsade oss till en av grupperna.

8.3 Förslag på vidare forskning

Baserat på vår tidigare diskussion kommer vi att presentera förslag på vidare forskning. Vi fann att det finns ett problem med sidomissbruk, läckage och stök på mottagningarna som beskrivet ovan. Detta är en aspekt som skulle kunna forskas vidare på för att se hur man skulle kunna minska detta. Vissa aspekter som sysselsättning och kriminalitet i individens upplevelse av att ha LARO-behandling valde vi att inte ta med i vår studie delvis på grund av brist på utrymme men även då de temana inte var lika framträdande hos samtliga intervjupersoner. Dessa två aspekter är ändå värda att nämna och vi tycker också att det hade varit intressant med vidare forskning som fokuserar på just dessa två. Vi hittade intressanta saker i Goffmans teori om stigma gällande anhöriga till den stigmatiserade personen som vi inte kunde koppla till empirin i vår studie. Vi tänker därför att det skulle vara intressant att intervjua anhöriga till personer med LARO-behandling för att få en vidare inblick i denna aspekt. Som tidigare nämnt var det svårt att hitta kvinnor som deltagare till studien och därför hade det varit intressant att göra en studie där man enbart intervjuar kvinnor. Alternativt att man skulle göra en mer omfattande studie där man får in fler av båda kön och därför skulle kunna jämföra skillnader i upplevelsen. Vi tyckte att just frågan om syn på drogfrihet kopplat till LARO var väldigt intressant men märkte snabbt att det var svårt att hitta tidigare forskning inom just det ämnet. Detta är därför något som hade varit intressant att forska vidare kring, eventuellt attitydundersökningar hos större grupper.

Referenslista

- Anstice, S., Strike, C.J., & Brands B. (2009). Supervised methadone consumption: client issues and stigma. *Substance Use & Misuse*, 44(6):794-808.
<https://doi.org/10.1080/10826080802483936>
- Augutis, M., Rosenberg, D., & Hillborg, H. (2016). The Meaning of Work: Perceptions of Employed Persons Attending Maintenance Treatment for Opiate Addiction. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16(4), 385–402. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2016.1235419>
- Berg, K., Petersson, F., & Skårner, A. (2022). Keeping concerned significant others at a distance in compulsory treatment for people with substance use in Sweden. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 29(2), 121–129. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1889466>
- Bergman, F. (2023). *Hemlöshetsforskare: "Svårt att växla från nolltolerans till harm reduction"*.
<https://socialpolitik.com/2023/09/15/hemloshetsforskare-svart-vaxla-fran-nolltolerans-till-harm-reduction/>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (3. uppl.). Liber.
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African journal of emergency medicine: Revue africaine de la medecine d'urgence*, 7(3), 93–99.
<https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Folkhälsomyndigheten. (2024). *Den svenska narkotikasituationen 2023*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/d/den-svenska-narkotikasituationen-2023/?pub=130513>
- Fugelstad, A., Stenbacka, M., Leifman, A., Nylander, M., & Thiblin, I. (2007). Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction*, 102(3), 406–412. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01714.x>
- Global Commission on Drug Policy. (2011). *War on drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf

- Global Commission on Drug Policy. (2017). *The World Drug Perception Problem: Countering Prejudices about People who Use Drugs*. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/01/GCDP-Report-2017_Perceptions-ENGLISH.pdf
- Goffman, E. (2020). *Stigma: den stämplades roll och identitet*. (5.uppl.). Studentlitteratur.
- Granerud, A., & Toft, H. (2015). Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme: a qualitative study from the clients' perspective. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0031-4>
- Harm Reduction International. (u.å.) *What is Harm Reduction*. Hämtad 22 maj, 2024, från: <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>
- Heilig, M. (2019). *Beroendetillstånd. Mekanismer, diagnostik och behandling*. (3.uppl.). Studentlitteratur.
- HSLF-FS 2016:1. *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende*.
- Johnson, B., Richert, T. & Svensson, B. (2023). *Alkohol- och narkotikaproblem*. (2.uppl.). Studentlitteratur.
- Järvinen, M. (2008). Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice. *Sociology of Health & Illness*, 30(7), 975–991. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01094.x>
- Jönson, H. (2021). *Att värdera och använda vetenskapliga publikationer i uppsatsarbetet*. Lunds universitet.
- Lines, R. (2010). Deliver Us from Evil?: The Single Convention on Narcotic Drugs, 50 Years On. *International Journal on Human Rights and Drug Policy*, Vol. 1, pp. 3-13. <https://ssrn.com/abstract=1837554>
- Lofland, J., & Lofland, L. H. (1995). *Analyzing Social Settings: a Guide to Qualitative Observation and Analysis*. (3rd ed). Wadsworth.

- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002209.pub2>
- Mayock, P., & Butler, S. (2022). "I'm always hiding and ducking and diving": the stigma of growing older on methadone. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 29(2), 139–149. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1886253>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. (2nd ed.). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412984287>
- Nordgren, J. (2013). Omsvängning inom Hazelden. *Alkohol & Narkotika Nr 4/2013*, 28-30.
- Patel, A. & Davidson, B. (2019). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (5.uppdat. uppl.). Studentlitteratur.
- Pedersen, W., Sandberg, S., & Copes, H. (2017). Destruction, fascination and illness: risk perceptions and uses of heroin and opiate maintenance treatment drugs. *Health, Risk & Society*, 19(1/2), 74–90. <https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1256377>
- Regeringskansliet. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025* (Skr. 2021/22:213)
- Regeringskansliet. *EU:s agenda och handlingsplan för narkotika 2021-2025*. (Skr. 2019/20:FPM70).
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*.
- Socialstyrelsen. (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd - i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-3-6607.pdf>
- SOU 2021:93. *Från delar till helhet: En reform för samordnande, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). *A century of drug control*.
https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/centuryDrugcontrol_E_PRINT.pdf
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. (Reviderad utgåva).
<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- White, W., Campbell, M., Shea, C., Hoffman, H., Crissman, B., & DuPont, R. (2013). Coparticipation in 12-Step Mutual Aid Groups and Methadone Maintenance Treatment: A Survey of 322 Patients. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 8(4), 294–308.
<https://doi.org/10.1080/1556035X.2013.836872>
- World Health Organization. (2023). *Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for people who inject drugs*. Policy brief.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366820/9789240071858-eng.pdf?sequence=1>

Bilaga 1 – Informationsbrev fokusgrupp

Informationsbrev och förfrågan om medverkan i en kvalitativ studie om LARO-behandling - Fokusgrupp

Hej! Vi heter Abdoulie Drammeh och Milica Jankovic, vi studerar sjätte terminen på Socionomutbildningen på Marie Cederschiöld högskola (tidigare Ersta Sköndal högskola) och ska nu skriva vår C-uppsats. Syftet med vår studie är att undersöka individens subjektiva upplevelse av att genomgå LARO-behandling.

Till en början kommer vi att genomföra intervju i form av fokusgrupp för att få fram olika perspektiv på ämnet. Deltagandet innebär att du kommer intervjuas i grupp med 3–6 personer. Intervjun ska ske fysiskt och beräknas ta ca 60 minuter. Intervjun kommer med ert samtycke att spelas in och sedan transkriberas till text. Det som framkommer i intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Det som presenteras från intervjuerna i studien kommer att avidentifieras, namn och ålder kommer att ändras för att styrka anonymitet. Uppsatsen kommer att publiceras i den digitala databasen DiVA när den är godkänd.

Du får när som helst avbryta ditt deltagande i studien som är helt frivillig. Ifall du vill delta i gruppintervjun kommer vi att kontakta dig med förslag på tider för den.

Tack! Din medverkan betyder mycket för oss!

Med vänlig hälsning, Abdoulie Drammeh och Milica Jankovic

Kontaktuppgifter:

Abdoulie Drammeh

abddram@esh.se

070-

Milica Jankovic

miljank@esh.se

070-

Bilaga 2 – Informationsbrev individuella intervjuer

**Informationsbrev och förfrågan om medverkan i en kvalitativ studie om LARO-behandling -
Individuell intervju**

Hej! Vi heter Abdoulie Drammeh och Milica Jankovic, vi studerar sjätte terminen på Socionomutbildningen på Marie Cederschiöld högskola (tidigare Ersta Sköndal högskola) och ska nu skriva vår C-uppsats. Syftet med vår studie är att undersöka individens subjektiva upplevelse av att genomgå LARO-behandling.

Vi kommer i studien att genomföra individuella intervjuer. Intervjun ska ske fysiskt och beräknas ta ca 45–90 minuter. Intervjun kommer, med ditt samtycke, att spelas in och sedan transkriberas till text. Intervjun kommer att utgå från en intervjuguide, du har möjlighet att avstå från specifika frågor du inte vill svara på samt berätta om sådant du tycker är viktigt som vi inte frågar om. Det som framkommer i intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Det som presenteras från intervjuerna i studien kommer att avidentifieras, namn och ålder kommer att ändras för att styrka anonymitet. Efter att uppsatsen är godkänd kommer insamlat material att raderas. Uppsatsen kommer att publiceras i den digitala databasen DiVA när den är godkänd.

Du får när som helst avbryta ditt deltagande i studien som är helt frivillig. Ifall du vill delta i intervjun kommer vi att kontakta dig för att komma överens om tid och plats för intervjun.

Tack! Din medverkan betyder mycket för oss!

Med vänlig hälsning, Abdoulie Drammeh och Milica Jankovic

Kontaktuppgifter:

Abdoulie Drammeh

abddram@esh.se

070-

Milica Jankovic

miljank@esh.se

070-

Bilaga 3 – Samtyckesblankett

Genom att signera denna blankett samtycker du till:

- Att delta i studien.
- Vår integritetspolicy (<https://www.mchs.se/ovrigt/integritetspolicy-gdpr.html>) Dina personuppgifter registreras och behandlas i enlighet med följande policy.
- Att de insamlade uppgifterna kommer att bevaras tills uppsatsen är godkänd (med undantag för ett avbrytande, då materialet raderas direkt).

Deltagare

Datum: _____

Ort: _____

Namn: _____

Underskrift: _____

Student

Datum: _____

Ort: _____

Namn: Abdoulie Drammeh

Underskrift: _____

Datum: _____

Ort: _____

Namn: Milica Jankovic

Underskrift: _____

Bilaga 4 – Intervjuguide fokusgrupp

Fokusgruppintervju Intervjuguide

Bakgrund

Namn:

Ålder:

Arbete:

Egen erfarenhet av LARO:

När är LARO till nytta?

Vart har LARO sina utmaningar?

Personlig åsikt och tankar kring LARO-behandling?

Bilaga 5 – Intervjuguide individuella intervjuer

Kvalitativ intervju – semistrukturerad (de som genomgår LARO)

Grundfrågor

Hur länge hade du tagit droger innan du börja med LARO?

Vilka droger brukade du missbruka?

När började du med LARO? Hur länge har du haft det?

Får du metadon eller buprenorfin?

Fick du göra ett informerat val?

Tidigare behandling/erfarenheter + olika aktörer

Hur har du upplevt samverkan mellan olika aktörer som Socialtjänsten, regionen, behandlingshem?

Hur upplever du att bemötandet är från personalen på LARO-mottagningen/andra aktörer?

Hur kontrollerar din läkare att du inte har något sidomissbruk?

Förväntningar/livet med LARO

Hur trodde du att livet skulle bli med LARO?

Hur blev livet med LARO?

Finns det något du trodde att LARO skulle hjälpa dig med som inte blev så?

Upplevde du någon gång någon rus/kickeffekt av LARO?

Vilka förutsättningar upplever du att du fått tack vare LARO?

Relationer

Hur har andra påverkat dig i ditt val av LARO?

Hur bidrar dina relationer till din återhämtning?

Ser dina relationer till nära ut likadana idag som innan LARO?

Har du behövt kapa några band? Har du återfått kontakt med någon?

Vet folk i din närhet om att du tar LARO?

Varför inte? / Hur reagerar de på det?

Sysselsättning

Har du haft någon sysselsättning (arbete, skola, praktik) innan LARO-behandling?

Om inte, varför tror du det?

Har du någon sysselsättning nu?

Om inte, varför tror du det?

Vet dina kollegor/klasskamrater om att du tar LARO?

Varför inte? / Hur reagerar de på det?

Syn på drogfrihet

Känner du dig drogfri nu när du genomgår LARO-behandling?

Hur ser du på drogfrihet?

Problem med LARO

Har du sidomissbrukat under LARO-behandling?

Hur har det påverkat din vardag i sådana fall? / Om nej, vad tror du har lett till att du inte gjort det?

Döljer du eller är du öppen med att du tar LARO?

Har du upplevt några biverkningar av LARO?

Hade du fått information om dessa tidigare?

Har du upplevt några problem till följd av LARO?

Har du någonsin velat sluta ta LARO?

Längd på behandling

Hur länge tänker du att du vill fortsätta med LARO?

Bilaga 6 – Intervjuguide individuella intervjuer

Kvalitativ intervju – semistrukturerad (de som tidigare har genomgått LARO)

Grundfrågor

Hur länge hade du tagit droger innan du börja med LARO?

Vilka droger brukade du missbruka?

När började du med LARO? Hur länge har du hade du det innan du slutade?

Hur länge har du varit utan LARO idag?

Hur länge har du varit nykter och drogfri idag?

Fick du metadon eller buprenorfin?

Fick du göra ett informerat val?

Tidigare behandling/erfarenheter + olika aktörer

Hur har du upplevt samverkan mellan olika aktörer som Socialtjänsten, regionen, behandlingshem?

Hur upplevde du att bemötandet är från personalen på LARO-mottagningen/andra aktörer?

Hur kontrollerar din läkare att du inte har något sidomissbruk?

Förväntningar/livet med LARO

Hur trodde du att livet skulle bli med LARO?

Hur blev livet med LARO?

Finns det något du trodde att LARO skulle hjälpa dig med som inte blev så?

Upplevde du någon gång någon rus/kickeffekt av LARO?

Vilka förutsättningar upplevde du att du fick tack vare LARO?

Relationer

Hur påverkade andra personer dig i ditt val av LARO?

Hur bidrog dina relationer till din återhämtning under tiden du tog LARO?

Ser dina relationer till nära ut likadana idag som innan och under LARO?

Har du behövt kapa några band? Har du återfått kontakt med någon?

Visste folk i din närhet om att du tog LARO?

Varför inte? / Hur reagerade de på det?

Sysselsättning

Hade du någon sysselsättning (arbete, skola, praktik) innan LARO-behandling?

Om inte, varför tror du det?

Hade du någon sysselsättning under LARO-behandling?

Om inte, varför tror du det? / Om ja - Visste dina kollegor/klasskamrater om att du tog LARO?

Varför inte? / Hur reagerar de på det?

Syn på drogfrihet

När du genomgick LARO-behandling, såg du dig själv som drogfri?

Är din syn densamma i dagsläget?

Problem med LARO

Har du sidomissbrukat under LARO-behandling?

Hur har det påverkade det din vardag i sådana fall? / Om nej, vad tror du bidrog till att du inte gjorde det?

Dolde du att du tog LARO eller var du öppen med det?

Har du upplevt några biverkningar av LARO?

Hade du fått information om dessa tidigare?

Upplevde du några problem till följd av LARO?

Längd på behandling

När du hade LARO tänkte du att det skulle vara livet ut eller att det var något du skulle sluta med?

Bilaga 7 – Flödesschema litteraturgranskning

