



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Jag är ingen del av samhället, jag är bara ett problem för samhället

En kvalitativ intervjustudie med patienter inom LARO

Abstract (English)

Title: I'm not a part of society, I'm just a problem to society: a qualitative interview study with patients in OST-treatment. [Translated title]

Author: Anna Hagsgård

Supervisor: Manuela Sjöström

Assessor:

The aim of the study has been to examine how some patients within opioid sustenance treatment say they experience and handle normality and how they describe relating to the implicit and explicit demands made towards them within treatment and how these demands affect them.

To collect data, six qualitative interviews were conducted with patients in OST. These interviews have been transcribed and coded. Thereafter, the material has been analyzed from three different theoretical perspectives: stigma, harm reduction and medicalization.

The result and analysis findings show that the interviewees have an ambivalent relationship to normality. The interviewees experience stigma in relation to their lifestyle. It is also found that the interviewees have internalized this stigma which shows in a lot of different ways, i.e. through a negative self-image, a feeling of being a burden to society, and being worth less than others. The interviewees partially express a longing for normality, especially in the shape of a life free from addiction or substance abuse. At the same time, they distance themselves from certain aspects of normality, especially through medicalization where they argue that their addiction made them and their needs different. The interviewees also express an ambivalent relationship to the OST and the staff that work there. They express gratitude for receiving treatment, while also expressing that they wish they wouldn't need the treatment. The interviewees also express frustration over the control they experience on a daily basis, something that is connected to the normalizing claims and practice of the OST-organization. Throughout the interviews a clear image emerges of a power imbalance between staff and patients, where the interviewees express experiences of moralism and conditioning of the treatment connected to drug use which is analyzed from a harm reduction perspective. In conclusion the material shows that the patients experience a high degree of stigma and that the staff in the OST-program, in implicit and explicit ways, tries to push the patients to live a more normal life, whether they want it or not.

Keywords: Normality, OST, stigma, exclusion, sustenance treatment, harm reduction, medicalization, addiction, substance abuse.

Abstract

Titel: Jag är ingen del av samhället, jag är bara ett problem för samhället: en kvalitativ intervjustudie med patienter inom LARO.

Författare: Anna Hagsgård
Handledare: Manuela Sjöström
Examinator:

Studiens syfte har varit att undersöka hur vissa patienter inom substitutionsbehandling beskriver att de upplever och hanterar normalitet samt hur de beskriver att de förhåller sig till de implicita och explicita krav som ställs på dem inom behandlingen och hur dessa påverkar dem.

För att samla in data har sex stycken kvalitativa intervjuer gjorts med patienter inom LARO. Dessa har sedan transkriberats och kodats. Därefter har materialet analyserats utifrån tre olika teoretiska perspektiv: stigma, skademinimiering och medikalisering.

I resultat- och analysdelen framkommer det att intervjupersonerna har ett ambivalent förhållande till normalitet. Intervjupersonerna upplever stigma och utanförskap i förhållande till sin livsstil. Det framkommer också att intervjupersonerna har internaliserat detta stigma vilket tar sig uttryck på flera olika sätt, bland annat genom en negativ självbild, en känsla av att ligga samhället till last och att vara mindre värd än andra. Intervjupersonerna uttrycker bitvis en längtan efter normalitet, inte minst i form av ett liv utan beroende eller missbruk. Samtidigt tar de avstånd från vissa aspekter av normalitet, inte minst i form av mediklisering där de argumenterar för att deras beroendesjukdom gör dem och deras behov annorlunda. Intervjupersonerna ger även uttryck för ett ambivalent förhållande till substitutionsbehandlingen och personalen som jobbar där. De uttrycker tacksamhet för att de får behandlingen samtidigt som de önskar att de inte skulle behöva behandlingen. Intervjupersonerna uttrycker också frustration över den kontroll de upplever att de blir utsatta för på daglig basis, något som kopplas till LARO-verksamhetens normaliserande anspråk och praktik. Genom intervjuerna framträder en tydlig bild av en maktobalans mellan personal och patient där intervjupersonerna berättar om upplevelser av moralism och villkorande av behandling kopplat till droganvändning vilket analyseras ur ett skademinimeringsperspektiv. Sammanfattningsvis visar materialet att patienterna upplever en hög grad av stigma och utanförskap och att personalen inom LARO-verksamheten på implicita och explicita sätt försöker uppmana patienterna att leva ett mer normalt liv, vare sig de önskar det eller inte.

Nyckelord: Normalitet, LARO, stigma, utanförskap, substitutionsbehandling, skademinimiering, medikalisering, beroende, missbruk.

Innehållsförteckning

Abstract (English).....	2
Abstract	3
1. Inledning	6
<i>1.1 Problemformulering</i>	6
<i>1.2 Syfte och frågeställningar</i>	8
2. Bakgrund	9
<i>2.1 Missbruk/beroende</i>	9
<i>2.2 LARO/Substitutionsbehandling</i>	9
<i>2.3 Opiater/opioider</i>	10
<i>2.4 Normalitet</i>	10
3. Tidigare forskning	11
<i>3.1 Tidigare forskning avseende substitutionsbehandling</i>	12
<i>3.1.1 Tidigare forskning om normalitet och substitutionsbehandling</i>	13
<i>3.2 Tidigare forskning om normalitet, stigma och beroende</i>	13
<i>3.3 Tidigare forskning om skademinimering och beroende</i>	15
<i>3.4 Min studie och dess relevans i ett större sammanhang</i>	15
4. Teoretiska perspektiv	16
<i>4.1 Stigma</i>	16
<i>4.2 Skademinimering</i>	18
<i>4.3 Medikalisering</i>	20
<i>4.4 Sammanfattning</i>	21
5. Metodbeskrivning och metodreflektion	22
<i>5.1 Min förförståelse</i>	22
<i>5.2 Vetenskapsteoretisk positionering</i>	22
<i>5.3 Val av metod samt övervägande av alternativa metoder</i>	23
<i>5.4 Urval och tillvägagångssätt</i>	24
<i>5.5 Datainsamling/genomförande</i>	26
<i>5.5.1 Anpassningar till covid -19</i>	27
<i>5.6 Bearbetning och analys av data</i>	27
<i>5.7 Studiens generaliserbarhet, validitet och reliabilitet</i>	29
<i>5.8 Etiska reflektioner</i>	30
6. Resultat och analys	32
<i>6.1 Behovet/beroendet av substitutionsbehandlingen</i>	32
<i>6.2 Sidomissbruk och medikalisering: ett sätt att förhandla fram normalitet och legitimitet</i>	35

<i>6.3 Vardag, normalitet och Svenssonliv: internaliserandet av normer</i>	38
<i>6.4 Andras syn på missbruk(are)</i>	41
<i>6.5 Arbete som symbol för normalitet och innanförskap</i>	45
<i>6.6 Vikten av krav i behandlingen</i>	48
<i>6.7 Konflikt mellan patient och personal: maktutövning, bestraffningar och konsekvenser</i>	51
<i>6.8 Patienternas beroendeställning till personalen: maktobalans mellan patienter och personal</i>	54
<i>6.9 Bemötande: vikten av en god relation mellan patient och personal</i>	56
7. Avslutande diskussion	60
<i>7.1 Sammanfattning av resultat- och analysdelen</i>	60
<i>7.2 Mina avslutande reflektioner</i>	62
Referenser	63
Bilaga 1	68
Bilaga 2	69

1. Inledning

”Ett normalt liv”. Dessa ord har jag hört ett antal patienter yttra under mina år som kurator på en substitutionsmottagning¹. Ofta har frasen kommit som ett svar på vad det är patienterna längtar efter eller önskar sig. Denna formulering har fått mig att fundera kring vad dessa personer har menat med ett normalt liv och varför de har längtat efter det. Många av de personer jag mött i mitt arbete har haft en lång historia av missbruk, hemlöshet, arbetslöshet och kriminalitet. Längtan efter normalitet har ofta formulerats som en kontrast till det liv man själv lever.

1.1 Problemformulering

Normalitet är ett diffust begrepp som är kontextberoende. Normalitet förändras över tid och tolkas olika i olika kulturer (Svensson 2017). I Statistiska Centralbyråns (SCB) årsbok från 2014² beskrivs den s.k. ”medelsvensson”, alltså genomsnittssvensken. Detta är en person som har ett heltidsarbete, två barn och fast bostad (oftast ett småhus) (SCB 2014). Medelsvensson är alltså ett statistiskt mått på normalitet, specifikt för den svenska kontexten.

Sociologen Erving Goffman utforskar normalitetsbegreppet i sitt verk ”Stigma”. Goffman menar att allt beteende som avviker från normen orsakar utanförskap och stigma (Goffman 1963). Vilket beteende som ingår i normen är även i Goffmans definition kontextberoende. Konsekvenserna av att bryta normer är att individen utsätts för stigma, vilket i sin tur gör att denne behöver hitta olika strategier för att hantera detta. Två av de stigmatiserande aspekter Goffman tar upp är kriminalitet och missbruk (ibid.). Dessa två går på många sätt hand i hand eftersom missbruk är kriminaliserat i Sverige vilket leder till att den som missbrukar samtidigt begår en kriminell handling (Monwell 2019).

Normalitet kan alltså innebära många olika saker och är kontextberoende. Inom ramen för denna uppsats har jag valt att definiera normalitet eller ”ett normalt liv” som ett liv med fast bostad, arbete, ett liv utan kriminalitet och ett liv utan beroende eller missbruk. Denna definition av normalitet ställs, inom ramen för denna uppsats, i relation till en viss grupp

¹ Substitutionsmottagning eller substitutionsbehandling är synonymt med läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende.

² 2014 var det sista året som en sådan årsbok gavs ut av SCB.

LARO-patienter. Naturligtvis finns det en mängd andra normalitetsdefinitioner och markörer som jag har valt att bortse från (t.ex. att ha barn, vara heterosexuell eller att äga en dator (SCB 2014)). Orsaken till att jag valt ut just dessa fyra definitioner grundas till stor del på min kliniska erfarenhet. Det är dessa områden som patienter själva talat mycket om genom mina år som yrkesverksam och som jag uppfattar att de själva (och t.ex. professionella runtomkring dem) definierar som kärnan i ett normalt liv. Hemlöshet och arbetslöshet är materiella förutsättningar som är beroende av varandra på samma sätt som missbruk/beroende och kriminalitet ofta går hand i hand (Eklund & Hildebrand 2017, Monwell 2019). Vidare är dessa olika aspekter av normalitet frekvent omnämnda i relevant litteratur som handlar om hur det är att leva med ett beroende (t.ex. Duff & Moore 2015, Gideonse 2015, Nettleton, Neale & Pickering 2013, Radcliff & Stevens 2008).

Den grupp som uppsatsen fokuserar på är LARO³-patienter. Denna grupp utgörs av personer som bedömts ha ett kliniskt opioidberoende av sjukvården (HSLF-FS 2016:1). Detta gör att målgruppen är tydligt definierad utifrån ett beroendeperspektiv (ibid.). Vidare har personer med opioidberoende som behandlas inom LARO-verksamhet tagit ett steg bort från ett liv i missbruk till ett mer ordnat liv. Substitutionsbehandling minskar kriminalitet och utanförskap och stärker individens hälsa på flera olika plan (Heilig 2017, Kakko 2017). Samtidigt fortsätter LARO-patienter att utsättas för stigma och diskriminering efter att de kommit in i behandling (Blake, Pooley & Lyons 2020, Eklund & Hildebrand 2017, Radcliffe & Stevens 2008). När en person kliver in i substitutionsbehandling får den på ett sätt en större frihet genom att slippa jaga den drog den är beroende av. Samtidigt utsätts personen som är LARO-patient för ökad kontroll och granskning (Petersson 2013, 2017). I relationen mellan patient och personal finns stora maktskillnader där patienten ofta utsätts för godtyckliga beslut, moralism och stigma (ibid., Bates & Stickley 2013). Personen som påbörjar LARO-behandling fixeras också i sin roll som beroende eftersom behandlingen är livslång och förutsätter en syn på opioidberoende som en kronisk sjukdom (Eriksson 2017, Heilig 2017, Kakko 2017, Ågren 2015).

Vidare ligger fokus i denna uppsats på de LARO-patienter som lever långt från normen, i olika typer av utanförskap. Det är alltså personer som förutom att vara LARO-patienter har erfarenhet av hemlöshet, arbetslöshet, missbruk och/eller kriminalitet. De LARO-patienter

³ Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende.

som har behandling men som lever allt för nära normen har därför exkluderats ur studien. Anledningen till att jag har valt att undersöka just den gruppen av LARO-patienter är att studiens intresseområde handlar om kontrasterna mellan normalitet och utanförskap. Något som rimligtvis bör synas tydligare ju längre bort från normen en person lever.

Som jag tidigare påtalat omgärdas missbruk och beroende av moralism och stigma (Eklund & Hildebrand 2017, Gideonse 2015). LARO-behandling är en del av en medikalisering av missbruk där förståelsen av beroende har gått från att vara ett socialt problem till att förstås som en sjukdom (Condrad 2005, Ågren 2015). Att vara beroende av en livslång behandling för sitt opioidberoende gör vidare att patienten fixeras i sin roll som beroende och därmed stigmatiserad (Radcliff & Stevens 2008).

Skademinimering är en teori och praktik som utgår från en amoralisk hållning till missbruk. Syftet med skademinimering är att minimera de negativa konsekvenserna av missbruk (Tammi & Hurme 2007). LARO ses ofta som en skademinimerande insats (Eklund & Hildebrand 2017, Heilig 2017, Kakko 2017). Många personer som lever eller har levt med ett missbruk har internaliserat det stigma det innebär och lever därför med känslan av att vara mindre värd än andra människor (Blake et al. 2020, Sohlmér 2017). Det finns ett spänningsfält mellan denna samhällets syn på personer som lever med ett beroende och en mer skademinimeringsorienterad syn, som säger att alla människor ska behandlas lika oavsett livsstil (Hildebrand 2017; Tammi & Hurme 2007). Skademinimering blir ett extra relevant begrepp i förhållande till de personer som lever långt från normen eftersom de inte nödvändigtvis vill leva ”ett normalt liv” men ändå vill ha (och behöver) vård och behandling (Duff & Moore 2015, Eklund & Hildebrand 2017).

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur vissa patienter inom substitutionsbehandling beskriver att de upplever och hanterar normalitet samt hur de beskriver att de förhåller sig till de implicita och explicita krav som ställs på dem inom behandlingen och hur dessa påverkar dem. Mot bakgrund av detta syfte vill jag närmare undersöka följande frågeställningar:

– Hur *framkommer* det i intervjuerna att intervjupersonerna *förhåller sig till normalitet*?

- Hur *upplever* intervjupersonerna LARO-personalens *förväntningar* på dem avseende deras livsstil och hur stämmer det överens med *deras egna mål* och önsknings om hur de vill leva sina liv?
- Hur kan intervjupersonernas berättelser *förstås* utifrån aspekter som *stigma, medikalisering* och *skademinimering*?

2. Bakgrund

I detta kapitel kommer jag redogöra för centrala begrepp som läsaren bör vara bekant med inför den fortsatta läsningen och som kommer användas mer eller mindre frekvent i resultat- och analysdelen. Dessa begrepp syftar framförallt till att ge läsaren en förförståelse av vissa centrala begrepp och inte som ett teoretiskt ramverk.

2.1 Missbruk/beroende

Missbruk och beroende är två olika begrepp som mer eller mindre syftar till att beskriva samma tillstånd men med olika signalvärden och till viss del olika innehåll. I medicinsk bemärkelse är båda begreppen diagnoser på en skala där beroende är mer allvarligt än missbruk. Missbruksdiagnosen ställs framförallt utifrån vilka sociala konsekvenser ens användande får medan beroendediagnosen också innefattar fysiska symptom som abstinens eller toleransutveckling (Andersson & Spak 2012). I vardagligt tal finns det dock en annan skillnad mellan begreppen, nämligen att ordet missbruk ofta uppfattas som ett personligt tillkortakommande. Beroende uppfattas däremot snarare som ett sjukdomstillstånd. Det finns alltså en skillnad i vem man lägger ansvaret på (Eklund & Hildebrand 2017:21, Monwell 2019:18–20). En ytterligare skillnad mellan begreppen är den juridiska definitionen. I Sverige är allt intag av oförskrivna narkotika att betrakta som missbruk och det är kriminaliserat. Att vara beroende är däremot inte olagligt (ibid.).

2.2 LARO/Substitutionsbehandling

LARO eller substitutionsbehandling är en behandling som kan erbjudas personer med opioidberoende. I Sverige regleras denna behandling genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (HSLF-FS 2016:1). Enligt riktlinjerna ska behandlingen bestå av både läkemedelsbehandling och psykosociala insatser. Personer som använt opioider en längre tid får kroniska skador på sitt

belöningssystem. Genom att tillföra läkemedel som buprenorfin⁴ eller metadon⁵ kan man, enkelt uttryckt, kompensera för den kroniska nedsättningen av belöningssystemet så att man kommer upp på en normal nivå (Eriksson 2017). Ett vanligt exempel som brukar användas för att förklara opioidberoende och vikten av substitutionsbehandling är jämförelsen med diabetes. Båda är kroniska sjukdomar som är orsakade av livsstilsfaktorer. Båda kan behandlas framgångsrikt med läkemedel (Blake et al. 2020:4; Eklund & Hildebrand 2017:16–17). Substitutionsläkemedel minskar också suget efter heroin eller andra opiater/opioider samtidigt som det ger minskad effekt om man skulle använda t.ex. heroin eftersom receptorerna i hjärnan redan är täckta av substitutionsläkemedlet (Eriksson 2017).

En del patienter inom LARO har innan de kom i behandling haft ett missbruk av flera olika substanser, inte bara opioider. En del patienter fortsätter ta andra oförskrivna substanser, som bensodiazepiner eller amfetamin även när de är i LARO-behandling. Dessa substanser intar man då olagligt eftersom man inte har det förskrivet av läkare (Eriksson 2017).

2.3 Opiater/opioider

Opiater och opioider är två olika begrepp som kan skapa viss förvirring då de historiskt sett använts olika på svenska och engelska. Enkelt uttryckt kan man säga att opiater är ett smalare begrepp som bara innefattar vissa preparat (de ursprungliga preparaten som kommer från opiumvallmon). Opioider är ett bredare begrepp som innefattar såväl syntetiska som ursprungliga preparat (Monwell 2019). Mellan 2010–2016 fanns den s.k. “opiatregeln” inom svensk substitutionsbehandling som innebar att endast personer med ett beroende av morfin, heroin eller opium beviljades behandling medan personer med beroende av andra opioider uteslöts ur behandling. Denna regel togs dock bort i de nya riktlinjerna som kom 2016 (ibid.). Sammanfattningsvis kan alltså personer inom LARO ha olika missbruksbakgrund när det handlar om vilken sorts opioid det är man har missbrukat innan man fick behandling där det kan handla om allting från heroin till tramadol eller buprenorfin.

2.4 Normalitet

Den sociologiska förståelsen av normalitetsbegreppet fokuserar på den kollektiva förståelsen av vad som är önskvärt beteende (Svensson 2007:18). Normalitet handlar om vilka normer vi

⁴ Buprenorfin är det vanligaste substitutionsläkemedlet och ges vanligen i tablettform.

⁵ Metadon är det mest potenta substitutionsläkemedlet som vanligen ges i flytande form. Eftersom läkemedlet är så pass potent medför det också större risker vilket gör att det idag är mer ovanligt än buprenorfin.

har i ett samhälle, vad som är önskvärt och avvikande beteende. Normer är både uttalade, som t.ex. i lagtext men i lika hög grad outtalade och informella (ibid.). En annan viktig aspekt av normalitet är att den är kontextberoende och vad som är normalt uppfattas som olika beroende på t.ex. kultur, plats, tid och kön (ibid:19).

Mitt sätt att närma mig och förstå normalitet i denna uppsats har varit tudelat. Inom uppsatsens intresseområde, personer med opioidberoende, har jag valt att definiera normalitet som ett liv utan missbruk, med arbete, fast bostad och utan kriminalitet. Denna definition av normalitet rör sig inom sfären av den kollektiva förståelsen av vad som är normalt (Goffman 1963, SCB 2014). Goffman använder begreppet ”den normale”⁶ som ett motsatsord till ”den stigmatiserade” och de ska således förstås som två motpoler som representerar det normala och det avvikande i vår kollektiva förståelse (ibid.). Hans Swärd (2007) tar exemplet med begreppet ”outstider”, han menar att ett sådant begrepp blir till genom den kollektiva förståelsen av normalitet. Ingen kan vara utanför om det inte finns en grupp som är innanför. När vi talar om normalitet talar vi alltså också om utanförskap, begreppen är beroende av varandra (Swärd 2007:49–50). ”Den stigmatiserade”, avvikande och utanförskap används som synonymer i denna uppsats, som motsatsord till normalitet/normal.

Den andra normaliteten jag försökt att närma mig handlar om den normalitet man upplever i sitt eget liv, vad är den enskilde personens vardag? Denna förståelse av normalitet handlar också om en kontextbunden normalitet, vad är normalt i en LARO-patients vardag och vad är normalt när man lever med ett beroende? Det är en slags inomgruppslig förståelse av normalitet som många gånger skiljer sig från den bredare normaliteten samtidigt som den hela tiden relaterar till den normale (Goffman 1963).

3. Tidigare forskning

Detta kapitel syftar till att ge läsaren en överblick av relevant tidigare forskning inom de fält som är mest centrala för att besvara mitt syfte och mina frågeställningar. Det är på intet sätt en uttömmande genomgång utan en belysning av de studier som jag funnit vara mest användbara och relevanta för min studie. Det fungerar också som en introduktion av vissa av de studier och underlag som jag använder frekvent i resultat- och analysdelen. Slutligen är också syftet

⁶ ”den normale” kommer här efter skrivs utan citattecken.

att placera in min studie i ett sammanhang och visa på dess relevans i ett större forskningssammanhang.

3.1 Tidigare forskning avseende substitutionsbehandling

Det finns en hel del forskning avseende substitutionsbehandling, inte minst medicinsk sådan. Det finns även en hel del forskning inom socialt arbete när det handlar om substitutionsbehandling.

I Sverige har bland annat Petersson (2013) skrivit om substitutionsbehandling. Huvudfokus för studien är hur personalen utövar kontroll över patienterna. Petersson (2013) visar på hur kontrollen är inbyggd i substitutionsbehandlingen på institutionella nivåer och hur personalen på olika sätt rättfärdigar olika typer av maktutövning på mer eller mindre godtyckliga sätt (ibid.). Petersson (2017) har även fördjupat ovanstående resonemang efter det att föreskrifterna uppdaterades 2016. Petersson skriver om den paradox det innebär att personalen många gånger försvårar för patienter istället för att underlätta. Många patienter har en önskan om att leva ett " normalt " liv men motarbetas i detta på grund av strukturella förutsättningar i behandlingen (daglig hämtning av läkemedel, provtagningar, kontroller etc.). Petersson sammanfattar det hela som en brist på demokratisering inom beroendevården där personalen sitter på ett tolkningsmonopol medan patienterna har ett ytterst begränsat handlingsutrymme.

Monwell (2019) bidrar i sin tur med en historisk genomgång av hur substitutionsbehandling har bedrivits i Sverige och fokuserar framförallt på den s.k. " opiatregeln " som fanns under perioden 2010–2016. Monwell (2019) visar på hur politiska strömningar och dogmer har påverkat substitutionsvården. Vården har baserats på dessa åsikter istället för på evidens och vetenskap och Monwell visar på vilka konsekvenser detta har fått för personer med opioidberoende (Monwell 2019). Heilig (2017) och Kakko (2017) beskriver på ett liknande sätt LARO:s historia i Sverige och hur denna har präglats av moralism. De ger exempel på hur forskare har tystats och osynliggjorts då de, med forskningens stöd, har propagerat för en mer liberal och tillgänglig substitutionsbehandling. De menar att politiker och beslutsfattare i högre utsträckning har lyssnat på moralistiska åsikter än evidens och forskning (Heilig 2017; Kakko 2017).

3.1.1 Tidigare forskning om normalitet och substitutionsbehandling

Fokus för min studie är substitutionspatienters relation till normalitet. Det har skrivits mycket om denna koppling för beroendepatienter generellt men också om LARO-patienter specifikt.

Harris (2015) har gjort en studie som fokuserar på hur patienter upplevt bytet från metadon till buprenorfin och hur detta gett dem större frihet och även en större känsla av normalitet. Harris argumenterar för buprenorfinet som en form av "governmentality", d.v.s. självdisciplin eller självkontroll som patienterna utövar. Studien fokuserar också på hur patienterna internaliserat ideal av normalitet och hur dessa uttrycks (Harris 2015). Blake, Pooley och Lyons (2020) fokuserar i sin tur på hur LARO-patienter påverkas av det stigma de lever med. De har framförallt intresserat sig för hur LARO-patienter behandlas i krissituationer och vilket bemötande de får av vårdpersonal. Blake et al. (2020) visar på hur patienternas internaliserade stigma gör att de många gånger känner att de inte förtjänar lika god vård som andra. Liknande reflektioner går att återfinna hos Nettleton et al. (2013). De har intervjuat ett antal heroinanvändare om deras längtan efter normalitet. Intervjupersonerna konstruerar normalitet samtidigt som de upplever ambivalens inför densamma. Nettleton et al. (2013) visar på att internaliserande av normalitet inte är en privat längtan efter en viss sorts liv utan en spegling av samhällets upphöjande och belönande av normalitet som dras till sin spets när det handlar om personer som avviker från normen på ett så påtagligt sätt som heroinanvändare gör (ibid.).

3.2 Tidigare forskning om normalitet, stigma och beroende

Detta avsnitt fokuserar inte specifikt på forskning om LARO-patienter utan på forskning om personer med olika former av drogberoende och hur en sådan avvikande livsstil påverkar ens upplevelse av en själv och vad som är normalt.

Gideonse (2015) fokuserar på hur stigma och pressen att vara normal påverkar personer som lever i missbruk. Gideonse (2015) har följt ett antal personer som är delaktiga i olika hjälpprogram som syftar till att få en att sluta med sitt bruk av metamfetamin. De olika hjälpprogrammen uttryckte starkt normerande åsikter kring vad som var önskvärt beteende och utfall hos männen som de skulle hjälpa. Lösningen på männens problem presenterades alltid som något som låg i individens händer. Orsaken till att man befann sig i ett beroende förklarades med individuella tillkortakommanden snarare än strukturella problem, något som Gideonse menar passade in i den generella diskursen kring missbruk i samhället där han utförde studien (Gideonse 2015). För att intervjupersonerna skulle kunna få hjälp från olika

professionella var de mer eller mindre tvungna att acceptera ett narrativ om sig själva som trasiga eller “onormala” och vilja sträva mot att bli normala. De personer som klarade av att förändra sin livsstil upplevde stor stolthet då de kunde lämna sin gamla identitet bakom sig men de personer som inte lyckades upplevde stor skam. Gideonse sammanfattar med att konstatera att stoltheten motiverar de som lyckas men trycker ned de som misslyckas ännu mer (ibid.).

Radcliffe och Stevens (2008) diskuterar också normalitet och beroende men ur en annan vinkel än den som beskrivs ovan. De har istället intervjuat personer som inte tar del av behandling eftersom de inte vill associeras med de stigmat som följer med många behandlingar. Radcliffe och Stevens beskriver konstruktionen av begreppet “junkie” och hur intervjupersonerna i hög grad tar avstånd från det samtidigt som de placerar in andra personer med beroende i den kategorin (Radcliffe & Stevens 2018). Flera intervjupersoner upplevde t.ex. substitutionsbehandling som ett hinder mot att leva ett normalt liv och valde därför att vara utan behandling. Eftersom intervjupersonerna inte ville leva med stigmat av att vara en person med beroende var de noga med att betona skillnaderna mellan sig själva och ex. LARO-patienter eller s.k. “junkies”. Genom att ta avstånd från dessa personer upplevde man själv en större normalitet. Intervjupersonerna uttryckte också att LARO-behandling var förknippad med skam på grund av den kontroll som behandlingen innebär och att den fick en att känna sig misstänkliggjord och ofri (ibid.).

Duff och Moore (2015) har i sin tur intervjuat personer som tar metamfetamin och som inte är i behandling. Deras intervjupersoner visade på en stor ambivalens till normalitetsbegreppet och upplevde att de hade svårt att relatera till ett normalt liv. Många gånger undvek intervjupersonerna att söka vård eller behandling eftersom de var rädda att de skulle bli fostrade, kontrollerade eller illa behandlade av personalen. Duff och Moore beskriver spänningsfältet som finns mellan en hjälpapparat som syftar till att fostra människor och förespråka en god hälsa, och metamfetaminanvändare som inte nödvändigtvis vill sluta missbruka eller förändra sin livsstil till en mer hälsosam sådan. Intervjupersonerna visade på ett ambivalent förhållande till normalitet, det var både något man avvisade men också något man längtade efter men inte riktigt visste hur man skulle ta del av eftersom man i sin tur kände sig avvisad av samhället. Flera intervjupersoner beskrev att droganvändandet var något som faktiskt fick en att känna sig normal och att man inte ville sluta med det eftersom man då var rädd att känna sig ännu mer onormal. Författarna sammanfattar med att konstatera att hjälpapparatens mål är att

upprätthålla eller återskapa normalitet, något som blir problematiskt när målgruppen har ett så ambivalent förhållande till normalitet i stort (Duff & Moore 2015).

3.3 Tidigare forskning om skademinimering och beroende

Skademinimering är ett välbeforskat område med olika fokusområden. I detta avsnitt fokuserar jag på forskning som går att knyta specifikt till beroende.

Eklund och Hildbrand (2017) skriver om vikten av att implementera ett skademinimeringstänk inom svensk narkotikapolitik. De visar på hur rådande dogmer har påverkat och påverkar t.ex. den svenska narkotikadödligheten. De argumenterar för en amoralisk hållning när det kommer till droganvändning där det inte handlar om huruvida det är rätt eller fel att ta droger utan där fokus bör ligga just på att minimera skada. Sohlmér (2017) ger brukarperspektiv på skademinimering och betonar hur betydelsefullt det är med såväl skademinimerande insatser som ett skademinimerande förhållningssätt hos den personal som möter personer i aktivt missbruk (ibid.). Kapadia et al. (2021) tar ett exempel på hur det kan gå till när man implementerar skademinimering inom substitutionsbehandling. De beskriver både hinder och möjligheter med ett sådant paradigmskifte inom vården. De beskriver skademinimering som både en praktik och en filosofi. De betonar att en av svårigheterna med att implementera den filosofiska delen av skademinimering är den krock som sker mellan traditionell sjukhusvård där personalen ses som experter och beslutsfattare och skademinimeringsfilosofin där patienten definierar sina behov själv och ses som experten medan personalen finns där för att stötta och hjälpa (Kapadia et al. 2021).

3.4 Min studie och dess relevans i ett större sammanhang

Mycket finns skrivet om substitutionsbehandling, skademinimering, normalitet och stigma. Det verkar vara ett vanligt problem i såväl Sverige som andra länder, att beroendevårdens mål och önskningar inte överensstämmer med patienten/klienten/brukarens. Det verkar också som att många personer upplever stigma och skam i förhållande till sin livsstil och kanske ytterst sett sin person. Jag menar därför att min studie har en roll att spela genom att ge ett forum till patienterna själva att reflektera kring vad de vill och önskar och hur de ser på sina liv. Min studie kan på så sätt förhoppningsvis bidra till ny kunskap om hur vissa svenska LARO-patienter upplever och förhåller sig till normalitetsbegreppet. Jag menar också att denna uppsats fördjupar förståelsen av det komplexa samspel som finns mellan patient och personal inom beroendevården. I förlängningen hoppas jag att resultaten av denna studie ska kunna

vara till användning i alla fall på min arbetsplats och kanske också andra substitutionsmottagningar i Sverige för att skapa en ökad förståelse för patienternas upplevelser.

4. Teoretiska perspektiv

I detta kapitel kommer jag redogöra för de olika teoretiska ansatser jag valt att använda mig av. Det finns så klart en uppsjö av teoretiska perspektiv som jag kunde använt mig av och beroende på vilka man väljer skapas olika tolkningsmöjligheter. Jag har dock landat i tre olika teoretiska perspektiv som kompletterar varandra samtidigt som de hjälper mig att besvara syfte och frågeställningar på ett tydligt sätt. Jag har valt att utgå från begreppet stigma som är användbart i frågor som handlar om normalitet och utanförskap. Jag har också valt att använda mig av begreppet skademinimering som också handskas med frågor om stigmatisering, värderingar och moralism. Sist men inte minst har jag valt att använda mig av medikaliseringsbegreppet som har gett en möjlighet att kritiskt granska samhällets syn på avvikande beteenden och hur dessa ges legitimitet. Det är också ett perspektiv som jag upplever är extra relevant i förhållande till LARO då denna behandling i sig kan förstås som en del i en medikaliseringsprocess.

4.1 Stigma

Stigma är ett vanligt begrepp i vårt samhälle som ofta används för att beskriva någon form av utanförskap. Sociologen Erving Goffman (1963) har skrivit om stigma och är kanske en av de mest kända teoretikerna på området.

Begreppet stigma betyder brännmärkt på grekiska och i antiken Grekland var det just genom att skära eller bränna människor som man markerade att de var tjuvar, slavar eller på annat sätt avvikande. I dagens samhälle används ordet snarare för att benämna de sociala konsekvenserna av ett avvikande beteende eller attribut och hur dessa leder till utanförskap (Goffman 1963:11). Stigman kan vara fysiska men i lika hög grad sociala eller beteendemässiga som till exempel psykisk ohälsa, missbruk eller att tillhöra en viss etnisk eller religiös grupp (Goffman 1963). Link och Phelan (2001) betonar att de allra flesta olikheter mellan människor ignoreras. Vilken färg vi har på våra bilar, våra skostorlekar eller

vår ögonfärg är i de flesta sammanhang betydelselösa skillnader mellan människor. Ett fåtal olikheter tillskrivs dock betydelsebärande skillnader; som kön, hudfärg eller funktion (ibid:367–368).

Den stigmatiserade ställs hela tiden i kontrast till den normale. Goffman (1963) poängterar att de allra flesta människor rör sig mellan dessa två roller, avvikande och normal men att vissa personer får spela den ena rollen mycket oftare än den andra (ibid:161–164). LARO-patienter uppfattas av de flesta som stigmatiserade betydligt oftare än de upplevs som normala (Blake et al. 2020, Radcliff & Stevens 2008). Inom den egna gruppen kan den stigmatiserade individen uppleva många olika känslor, både lojalitet med de andra som är stigmatiserade men också skam över att tillhöra gruppen överhuvudtaget eftersom också individen har internaliserat samhällets synsätt på den stigmatiserade (Goffman 1963:130 f.f.). En viktig konsekvens av uppdelandet i den stigmatiserade och den normale är att det i förlängningen skapar ett vi och ett dem. Om denna uppdelning dras till sin spets kan den stigmatiserade komma att ses som så väsensskild från den normale att den knappt ses som mänsklig (Juhila 2004:260–263; Link & Phelan 2001:370). Detta synsätt på den stigmatiserade blir mycket relevant i förhållande till narkotikapolitiken i det svenska samhället där grundläggande mänskliga rättigheter som t.ex. rätten till vård bedöms olika beroende på vem som behöver vården och varför (Hildebrand 2017).

Goffman (1963) betonar också olikheterna mellan olika sorters stigman där vissa aldrig går att dölja medan andra är i stort sett osynliga. Personer med mindre synliga stigman måste hela tiden navigera i en snårig värld där man måste ha koll på vem som är invigd i ens stigma och hur man ska föra sig och presentera sig själv i olika situationer. Goffman introducerar även begreppet “de visa” vilket är normala personer som arbetar eller umgås med de stigmatiserade och som på så vis ses som upplysta när det kommer till att förstå gruppen (ibid:31 f.f.). Personalen som arbetar inom LARO skulle kunna förstås som “de visa”. Bates och Stickley (2013) problematiserar dock begreppet “de visa” och det faktum att personal som arbetar inom psykiatrin eller beroendevården skulle vara mer upplysta och därmed inte bete sig lika stigmatiserande mot patienter som människor i övriga samhället (ibid:570). De menar att nyare forskning säger emot detta och att personal inom t.ex. psykiatrin snarare bidrar till stigma, framförallt genom passiva handlingar. Kontroll och övervakning är en central del av

arbetsuppgifterna inom psykiatri och på så sätt blir personalen utövare av institutionaliserat stigma. Stigmat sitter så att säga i väggarna och personalens handlingar bidrar snarare till att upprätthålla stigma än att bryta ner eller motverka (Bates & Stickley 2013).

4.2 Skademinimering

Harm reduction är ett engelskt begrepp som brukar översättas till svenska med "skademinimering". Begreppet används ofta när det handlar om just droganvändning och förespråkar en amoralisk och värdeneutral syn (Keane 2003). Tammi och Hurme (2007) sammanfattar skademinimeringen i fyra teser:

- 1) Droganvändning ska ses neutralt, inte moralistiskt.
- 2) Droganvändare är självständiga medborgare i samhället, de ska inte ses som avvikande individer som endast är föremål för insatser.
- 3) Narkotikapolitik ska baseras på forskning och evidens, inte på dogmer och ideologi.
- 4) Narkotikapolitik ska bygga på mänskliga rättigheter och stödja social rättvisa, och inte användas för att trycka ner människor på vägen mot ett drogfritt samhälle. (ibid:85).

Skademinimeringsbegreppet har vuxit fram sedan 80-talet. Ett ideal inom skademinimering är en total neutralitet. Droganvändning ska inte ses som vare sig ond eller god utan fokus bör ligga på att minimera skadorna av droganvändningen. Keane (2003:228) argumenterar dock för att detta är en praktisk omöjlighet. Skademinimering innehåller värderingar, som t.ex. att "hälsa är bra", men det är värderingar som människor är så överens om att de uppfattas som oladdade. Samtidigt präglas narkotikapolitik och samhällets syn på droganvändande av moralism och stigma vilket i sin tur hindrar människor från att söka vård. Utifrån ett sådant resonemang kan själva politiken och stigmat ses som skadande vilket gör att skademinimeraren behöver ta en värderande ställning mot den rådande narkotikapolitiken och attityderna i samhället i stort (ibid.). I praktiken är det alltså svårt för en skademinimerare att vara helt värdeneutral och många ställningstaganden som skademinimerare gör handlar om att konfrontera de moralistiska ställningstaganden som råder i samhället i stort. På så sätt kanske det är mer lämpligt att betrakta skademinimering (i alla fall i praktiken) som icke-moralistisk snarare än amoralisk (Keane 2003).

De finns olika sätt att se på statens roll när det kommer till skademinimering. Å ena sidan kan man argumentera för att det är statens skyldighet att skydda medborgare från skada (genom att t.ex. begränsa droganvändning på olika sätt). Å andra sidan kan man argumentera för att

staten inte bör lägga sig i individers livsval och moralisera (Keane 2003:230) Keane (2003) lyfter också upp ett rättighetsperspektiv på skademinimering. Ofta belyser man droganvändarens rättigheter inom skademinimering, men vems rättigheter bör prioriteras när olika gruppers rättigheter står mot varandra? Är det icke-rökarens rätt till en rökfri park eller rökarens rätt att röka var som helst? Droganvändarens rättighet att använda droger kan t.ex. kränka ett barns rättighet till en trygg hemmiljö och så vidare (ibid.).

En kritik mot skademinimering är att den är en del i en fostrande praktik där samhället kräver av sina medborgare att de ska vara hälsosamma. Skademinimeringen kan ses som en del i ett folkhälsoprojekt som syftar till att individen ska internalisera ideal om lågriskbeteende, självkontroll och övervakning (Keane 2003, Tammi & Hurme 2007). En annan kritik mot skademinimering är att den bortser från socioekonomiska faktorer och strukturellt förtryck och att förhållningssättet förespråkas utifrån samhällsvinster istället för av omsorg om individen (Keane 2003:231). Pauly (2008) betonar vikten av social rättvisa inom skademinimering. Hon menar att det är centralt att lyfta upp de strukturella aspekterna av t.ex. missbruk och hemlöshet för att kunna arbeta skademinimerande. Hon menar att sociala faktorer som ens socioekonomiska situation, hemlöshet, missbruk etc. är hinder för att söka vård, till stor del på grund av stigma (Pauly 2008). Denna syn på skademinimering, att det krävs ett politiskt ställningstagande, går emot den amoraliska hållning som en del skademinimerare framhåller som central.

Sammanfattningsvis är skademinimering både en praktik och en filosofi (Kapadia et al. 2021). Som jag visat ovan är det en filosofi som rymmer flera olika (ibland motsägelsefulla) synsätt och perspektiv. På så sätt är det inte en självklarhet att kategorisera skademinimering som en teori. Stigma är t.ex. ett mer renodlat teoretiskt perspektiv som erbjuder en uppsättning begrepp för att förstå den sociala världen på ett visst sätt. Teorier om stigma lägger ingen värdering i huruvida det är rätt eller fel att vissa människor stigmatiseras medan andra inte gör det, utan erbjuder helt enkelt ett teoretiskt ramverk för att förstå relationen mellan stigmatiserade och normala (Goffman 1963). Skademinimering däremot har en agenda, t.ex. för hur vård bör bedrivas och en tanke om att världen kan förändras genom skademinimering. Skademinimering och stigma skiljer sig på så sätt åt, men samtidigt handskas de med gemensamma frågeställningar. Jag menar att skademinimering kan användas som ett par teoretiska glasögon, framförallt som ett sätt att förstå LARO-patienternas berättelser om normalitet och utanförskap. Stigma erbjuder en del av detta teoretiska perspektiv men

skademinimeringen fördjupar synsättet genom att bidra med ett mer specifikt perspektiv som gör att det blir möjligt att tolka intervjupersonernas berättelser på ett ännu mer mångfasetterat sätt.

4.3 Medikalisering

Medikalisering är ett sociologiskt begrepp som beskriver den process där olika tillstånd går från att vara sociala, icke-medicinska fenomen till att bli medicinska tillstånd som således kan behandlas med hjälp av medicinska interventioner. Begreppet är framförallt intressant i förhållande till sjukdomstillstånd som inte innefattar direkta fysiologiska förändringar (Ågren 2015:454). Psykiatriska tillstånd är ofta tydliga exempel på fenomen som utsätts för medikalisering och som omförhandlas kontinuerligt. Ågren tar exempel från 1970-talet där homosexualitet sågs som en sjukdom medan en diagnos som ADHD inte fanns (ibid:455). En del i medikaliseringens natur är således att det är diagnoser och tillstånd som förhandlas fram och att det är komplexa processer på flera olika samhällsnivåer som bestämmer vad som är en sjukdom och inte (Ågren 2015).

Sociologen Peter Conrad är en av de som har skrivit mest om begreppet medikalisering. Han poängterar att medikaliseringen blivit extra synlig just inom psykiatrin under de senaste decennierna. Han sammanfattar medikaliseringens utbreddhet inom psykiatrin i följande citat: “The choice available to many doctors and patient-consumers is not whether to have talking or pharmaceutical therapy but rather which brand of drug that should be prescribed” (Conrad 2005:4–5). Ågren beskriver i sin text en ökad medikalisering av den svenska missbruksvården där han menar att substitutionsbehandling är en del i denna medikalisering (Ågren 2015).

En viktig aspekt av medikaliseringen är de kapitalistiska vinstintressen som finns i form av läkemedelsbolag. Medikaliseringen styrs inte längre av läkare utan främst av läkemedelsbolagen som har ett ekonomiskt vinstintresse (Conrad 2005; Ågren 2015). Medikalisering kan också förstås som ett sätt att göra kollektiva samhällsproblem till individuella brister eller sjukdomar. Lyon Callo (2004) tar exemplet med medikaliseringen av hemlöshet. Hemlöshet bör enligt Lyon Callo (2004) förstås som ett strukturellt problem som kräver en strukturell och kollektiv lösning. Genom medikaliseringen suddas den strukturella

dimensionen ut och hemlösheten blir en personlig brist som också måste botas på ett personligt plan med hjälp av rehabilitering och individanpassade insatser (ibid:49–51).

Medikalisering kan leda till vinster för vissa grupper. Dels genom den legitimitet som en diagnos ger men också genom att ett tillstånd går från personligt tillkortakommande till ett sjukdomstillstånd (Ågren 2015). Gideonse (2015) beskriver skillnaden mellan synen på ex. kriminalitet som ses som ett personligt tillkortakommande och beroende som ses som en sjukdom. Men även om beroendet är en sjukdom så kan man antingen vinna över den eller förlora mot den, något som kan leda till antingen stolthet eller skam (Gideonse 2015:346). De vinster som finns med sjukdomen kan dock skapa andra problem. Om samhället ser en som sjuk istället för t.ex. omoralisk och karaktärssvag så bör det leda till ett mindre stigma. Samtidigt finns det en svårighet i just beroendesjukdomen, nämligen att det är ens vilja som är sjuk. Om individens vilja är sjuk är det svårt att samtidigt betona individens autonomi och rätt att fatta beslut i sitt eget liv (Keane 2003:230–231).

4.4 Sammanfattning

Teorier om stigma handlar om att människor behandlas olika beroende på vilka stigma de bär på och att dessa stigma får konsekvenser för hur människor lever sina liv.

Skademinimering handlar till mångt och mycket om att försöka motarbeta stigma och betona ett universellt mänskligt värde, oavsett hur individen lever sitt liv. Jag upplever att dessa två perspektiv går hand i hand och således kompletterar varandra på ett naturligt sätt. Det tredje begreppet, medikalisering, står däremot i kontrast till de två tidigare begreppen.

Medikalisering och skademinimering kanske till och med kan förstås som något motsägelsefulla då den tidigare ifrågasätter vissa diagnosers legitimitet på ett sätt som skulle kunna skada vissa grupper. Jag tycker dock att medikaliseringen erbjuder ett spännande perspektiv som också skapar mer dynamik i analysen. Medikaliseringsbegreppet uppfattar jag som ett sätt att också belysa sociala problem som mer kollektiva, en kritik mot den individualisering som sker på många plan i samhället. Min tanke och förhoppning är således att dessa lite motsägelsefulla teoretiska perspektiv ändå ska kunna komplettera varandra och göra analysen mer dynamisk och mångfasetterad.

5. Metodbeskrivning och metodreflektion

I detta kapitel kommer jag redogöra för hur min forskningsprocess har gått till och vilka metodologiska val jag gjort och varför. Det kommer även innefatta etiska reflektioner och överväganden. Kapitlet inleds med ett avsnitt om min förförståelse för att ge läsaren en uppfattning om min relation till beroendefrågor och LARO-verksamhet.

5.1 Min förförståelse

Mitt intresse för beroende i allmänhet och LARO i synnerhet beror till stor del på att jag arbetar som kurator på en LARO-mottagning. Detta gör så klart att jag har en förförståelse av ämnet. Jag har sedan jag blev färdig socionom arbetat med personer i hemlöshet och missbruk och det är där jag har min yrkeserfarenhet. Det finns alltid en risk att en yrkesverksam forskare sammanblandar forskarrollen och klinikerrollen. Samtidigt har min förförståelse gjort att jag haft en fördjupad förståelse för delar av intervjupersonernas berättelser och inte minst av hur substitutionsbehandling fungerar.

5.2 Vetenskapsteoretisk positionering

Min upplevelse av att arbeta på ett sjukhus som socionom är att det är en stark medicinsk diskurs som råder där. Socialstyrelsens riktlinjer (HSLF-FS 2016:1) lyfter tydligt fram vikten av psykosocial behandling inom substitutionsbehandling jämsides med den medicinska behandlingen. Trots detta är min upplevelse att det är en på många sätt läkemedelscentrerad behandling, inte minst utifrån patienternas perspektiv. Kanske är det också så att det är lättare att specificera och sätta fingret på vad som är medicinsk behandling än vad som ryms under paraplyet psykosocial behandling.

Den svenska sjukvården bygger till mångt och mycket på en positivistisk kunskapssyn. I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 6 kap §1 står det att: "Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet." Mycket av den verksamhet som bedrivs på sjukhus gör det utifrån mätbara värden, något som är ett kännetecken för en positivistisk kunskapssyn (Sohlberg & Sohlberg 2019:55).

Det finns en makthierarki mellan den mer positivistiska kunskapssyn som dominerar det medicinska fältet och den mer relativistiska kunskapssyn som ofta är mer synlig inom

samhällsvetenskapen där den tidigare kunskapssynen är överordnad den senare. Ett tydligt exempel på detta är psykiatri där läkemedel ges ett större utrymme och betydelse än exempelvis förståelsen av människors livshistoria (Okasha 2016; Sohlberg & Sohlberg 2019:52). I denna uppsats önskar jag att närma mig mina forskningsfrågor med en annan vetenskapsteoretisk ansats än den som är dominerande inom sjukvården. Jag är intresserad av att försöka förstå och lyssna på patienternas upplevelser av utanförskap och normalitet och hur detta tar sig uttryck inom substitutionsbehandling. Denna typ av förståelse är svår att väga eller mäta utan kräver en annan sorts förståelse och andra metoder än exempelvis medicinsk forskning (Silverman 2015:17–22, 24–25).

Min vetenskapsteoretiska positionering blir således en konstruktivistisk sådan. Den kunskap jag önskar nå genom att skriva denna uppsats är en kunskap som blir till i mellanmänniska relationer. Det är inte en objektiv sanning som går att väga eller mäta utan en subjektiv upplevelse av verkligheten som intervjupersonerna och jag skapar tillsammans och som måste förstås i sin kontext (Justesen & Mik-Meyer 2011:21–25).

5.3 Val av metod samt övervägande av alternativa metoder

Jag har valt att använda mig av kvalitativa intervjuer för att besvara mitt syfte och mina frågeställningar. Mer specifikt har jag gjort semistrukturerade intervjuer där jag använt mig av en intervjuguide (Se Bilaga 1). Silverman (2015) beskriver kvalitativa intervjuer som en av de vanligaste metoderna inom kvalitativ forskning (ibid:169). Fördelar med metoden är att den inte är särskilt resurskrävande (jämfört med vissa andra metoder), intervjuaren är själv aktivt deltagande och att intervjun är något som skapas kollektivt av forskare och intervjuperson (ibid:168,171).

Kvalitativa intervjuer är lämpliga då forskaren utgår från en relativistisk kunskapssyn. Detta eftersom forskaren framförallt intresserar sig för att förstå intervjupersonen och dennes värld, känslor och upplevelser (Silverman 2015:171, 177–183). Jag menar att ett sådant förhållningssätt passar in i min forskningsdesign då mitt syfte är att undersöka patienternas upplevelser och försöka förstå deras beskrivningar av sin verklighet. Min ambition har varit att skapa en öppen och utforskande miljö med en lyhörd dialog med intervjupersonerna för att få en inblick i hur de upplever sin värld och verklighet (Bryman 2018:567, Silverman 2015:171, 177–183).

Ett uppenbart problem med intervjumetoden är att den placerar forskaren ett steg bort från ”verkligheten”. Istället för att undersöka hur informanterna beter sig eller pratar undersöker intervjuaren hur informanten *säger* att den beter sig eller pratar (Bryman 2018:594–596, Silverman 2015:169). Ett alternativ till intervjuer hade kunnat vara deltagande observationer. Jag tror att det finns mycket intressant att upptäcka om normalitet inom den valda gruppen som inte kommer fram inom ramen av intervjuer som hade kunnat täckas in med mer etnografiska metoder. Det finns dock svårigheter med att genomföra deltagande observationer, bland annat att de är tidskrävande och att de kan vara svåra att genomföra på ett etiskt korrekt sätt (Bryman 2018:512–559, Fangen 2005).

5.4 Urval och tillvägagångssätt

Det finns etiska aspekter att ta hänsyn till i urval av intervjupersoner. En del i detta var att det var viktigt att hitta patienter som jag inte hade en behandlingsrelation till. Detta eftersom jag ville undvika en alltför stor förförståelse för personens situation och framförallt undvika den beroendeställning en behandlingsrelation innebär.

Istället för att intervju de patienter jag har en behandlingsrelation till fokuserade jag på att hitta en grupp patienter som motsvarade mina urvalskriterier (se nedan). Därmed blev mitt initiala urval vad Bryman (2018) kallar ett *målstyrt urval*. Ett sådant urval innebär att forskaren väljer personer eller fall som har kunskap och information om den aktuella forskningsfrågan (ibid:496). Kriterierna jag hade för intervjupersoner var delvis att de skulle vara LARO-patienter men också att de skulle ha fler sociala problem än bara sitt opioidberoende. Dessa sociala problem var framförallt sidomissbruk, hemlöshet, arbetslöshet och/eller kriminalitet. Dessa fyra kriterier hänger ihop med den definition av normalitet jag valt att utgå från i denna uppsats. Vidare handlar dessa urvalskriterier om att jag ville prata med intervjupersonerna om spänningsfältet mellan normalitet och utanförskap. Därför önskade jag att patienterna skulle leva ett liv som var så avvikande från normen som möjligt.

Det första steget var att hitta en substitutionsmottagning som var beredd att ta emot mig. Jag tillfrågade flertalet mottagningar. En mottagning i samma region sa ja till att låta mig intervju.

Mottagningen som hade möjlighet att ta emot mig låg ca två timmars enkel resa bort. Jag fick kontakt med enhetschefen på mottagningen, förklarade min forskningsfråga och beskrev målgruppen jag önskade intervjua. Hen valde sedan ut ett antal personer ur patientgruppen som hen tyckte var lämpliga. Jag fick telefonnummer till dessa personer och ringde därefter och bokade in intervjuer.

Väl på plats märkte jag att många av patienterna uteblev. Jag gick runt på mottagningen tillsammans med personal som presenterade mig för olika patienter samtidigt som de frågade om patienterna ville bli intervjuade av mig. Jag upplevde även att beroende på vem i personalen jag gick med sa de olika saker till olika patienter, de hade helt enkelt olika syn på vilken sorts patienter som skulle passa min studie. Intervjuandet på den mottagningen gick således ganska trögt. Vissa patienter jag träffade var helt utanför den målgrupp jag sökte och efter avslutad intervju insåg jag att jag inte skulle kunna använda materialet. Vissa intervjuer avslutades mitt i av patienterna som blev rastlösa eller var tvungna att gå vidare till något annat. Vissa av patienterna uppfyllde inte mina urvalskriterier.

När ungefär halva tiden för min uppsatsskrivning hade gått hade jag lyckats få till fem användbara intervjuer. I samråd med min handledare beslutade jag då att försöka intervjua patienter på en annan mottagning som låg geografiskt närmare. Det slutade med att jag bara lyckades intervjua en patient på den andra mottagningen.

Det som alltså började som ett tydligt målstyrt urval förändrades under studiens gång. I takt med att tiden gick blev min tydliga tanke på vilken sorts personer jag ville intervjua mindre viktig. Efter hand blev mitt målstyrda urval mer och mer utav det Bryman (2018) kallar för ett *bekvämlighetsurval* (ibid:243–244) framförallt med tanke på att målgruppen var så pass svårtillgänglig. I slutänden blev de flesta intervjuer jag gjorde med personer som mer eller mindre tillhörde den målgrupp jag önskade men där vissa intervjupersoner levde närmare normen än jag hade önskat initialt. Hur detta har påverkat utfallet kan jag omöjligen veta. En gissning är dock att kontrasterna mellan normalitet och utanförskap blir mindre ju närmare man lever normen. Kanske är det också därför vissa intervjupersoner förekommer oftare än andra i resultat- och analysdelen, eftersom de i högre utsträckning tillhörde den målgrupp jag valt från början.

5.5 Datainsamling/genomförande

Nästa steg var att förbereda och genomföra de semistrukturerade intervjuerna. Bryman understryker vikten av att vara flexibel och lyhörd i kvalitativa intervjuer men samtidigt ha tillräckligt fokus för att få fram relevant data (Bryman 2018:565–568). Jag utformade en intervjuguide (se Bilaga 1) som var förankrad i mina frågeställningar och i mitt syfte. Min handledare och jag tittade på denna tillsammans och pratade om i vilken ordning frågorna skulle ställas för att få så bra kontakt med intervjupersonerna som möjligt. Jag valde t.ex. att inleda med en mer generell och inte så laddad fråga, att lägga de mest känsliga frågorna i mitten och sedan avsluta med frågor som var lite mindre laddade. När jag hade skrivit intervjuguiden började jag även fundera kring informerat samtycke och hur jag bäst kunde förmedla detta till patientgruppen. Jag skrev ihop ett informationsbrev (se Bilaga 2) till intervjupersonerna. Jag bestämde mig för att läsa upp informationsbrevet på plats, tillsammans med intervjupersonen. Innan jag påbörjade intervjuandet gjorde jag en pilotintervju och reviderade intervjuguiden.

När jag väl började intervjua inledde jag alltid med att läsa upp informationsbrevet. Jag hade en skriftlig kopia med mig som patienten kunde titta på. I slutet av informationsbrevet ställde jag en ja/nej-fråga om patienterna ville ställa upp på detta och därefter började jag spela in. Det gick smidigt alla gånger utom en. Jag pratade då med en person som avbröt mig halvvägs igenom och bad att vi skulle börja med frågorna eftersom han var stressad. Jag valde då att tolka detta som ett oinformerat samtycke och gick direkt på intervjufrågorna.

Intervjuerna spelades sedan in. Efter avslutad intervju transkriberade jag själv intervjuerna. Jag sparade intervjuerna på ett USB-minne som har legat inlåst på mitt kontor. En sak jag märkte när jag lyssnade igenom intervjuerna var att jag ofta pratade om personalen på mottagningen som "oss" eller "vi" och att jag gärna ställde följdfrågor utifrån personalens perspektiv. Det märktes också att intervjupersonerna snappade upp detta då de ibland pratade om personalen som "ni" eller "er" och inte som "de/dem". Jag får anta att jag för patienterna framstår som "normal" och att det så klart placerar mig på motsatt sida dem i vissa avseenden. Men det blev också tydligt att jag, utan att vi kände varandra, också tillhörde "personalen". Samtidigt upplevde jag att jag kunde lyssna på intervjupersonernas kritik eller synpunkter på ett mycket mer neutralt sätt än i min yrkesroll eftersom jag inte behövde stå till svars för något och inte heller upprätthålla regler eller strukturer inför intervjupersonerna.

5.5.1 Anpassningar till covid -19

Under uppsatsskrivningens gång har pandemin legat som en blöt filt över världen. I ljuset av detta har jag varit tvungen att reflektera över alternativa möjligheter när det kommer till datainsamling. Ett bra alternativ hade så klart varit att ha telefon- eller videointervjuer med patienterna. Min upplevelse och erfarenhet är dock att det är svårt med den valda målgruppen. Det är få personer som har en fungerande dator eller smartphone med tillgång till tillräckligt snabbt internet. Jag tror även att vi hade fått en sämre kontakt som hade påverkat materialet negativt. Jag landade därför i att det var nödvändigt att intervjua patienterna på plats. Jag har valt att kombinera intervjuerna med läkemedelshämtning vilket är ett nödvändigt besök som patienterna ändå behöver göra. Vi har alltid sett till att sitta i rum där det har funnits goda möjligheter att hålla avstånd och både jag och patienterna har ställt in om vi har haft några symptom.

5.6 Bearbetning och analys av data

Som jag beskrivit ovan var intervjudelen av uppsatsen betydligt svårare och mer tidskrävande än jag hade förväntat. Jag bestämde mig för att nöja mig med de sex intervjuer jag fått ihop trots att jag inte upplevde någon egentlig mättnad (Bryman 2018:501). Därefter transkriberade jag de sex intervjuer som jag bedömde var användbara (Bryman 2018:577–580). Under transkriberingen framkom det att materialet var tillräckligt omfattande och uttömmande för att kunna utföra en fullgod analys. Därefter började jag koda mitt material. I linje med vad Bryman föreslår påbörjade jag kodningen så snabbt som möjligt efter jag gjort intervjuerna (2016:581). När jag kodade materialet läste jag igenom intervjuerna upprepade gånger och sökte efter mönster. Vissa citat placerades in under flera olika koder och jag fortsatte kontinuerligt att granska de olika koderna, lägga till, flytta och ta bort citat (ibid:581–583). Jag började även söka efter likheter mellan de olika koderna vilket gjorde att jag slog ihop vissa koder och skapade andra, nya koder i andra fall (ibid.). Även om kodning inte är synonymt med analys påbörjade jag redan i detta skede en form av analys genom att börja relatera mina data till relevant litteratur och samtidigt granska mitt material i förhållande till mina forskningsfrågor (ibid.). En relevant aspekt att lyfta upp i sammanhanget är en av kodningens brister, nämligen att den styckar upp materialet på ett sätt som gör att helheten i texten går förlorad (Bryman 2018:701–703), något jag varit medveten om under skrivandets

gång. Samtidigt har kodningen hjälpt mig att systematisera mitt material och gjort det möjligt att analysera mina data på ett översiktligt sätt.

För att analysera mina data har jag använt mig av det som Bryman kallar för en tematisk analys (Bryman 2016:587–589). Som jag nämnde i stycket ovan är kodning inte synonymt med analys men kodningen fungerade ändå som ett första steg i min tematiska analys där jag strukturerade upp mitt material i olika koder. Därefter har jag bearbetat koderna så att de till slut kom att blida teman och underteman. I skapandet av dessa teman har jag hela tiden relaterat mitt material till mina forskningsfrågor för att strukturera och analysera materialet på ett sådant sätt att dessa överensstämmer med varandra (ibid.). Vidare har jag använt mig av olika tematiska analys-metoder när jag skapat mina teman, t.ex. har jag sökt efter återkommande teman, lokala uttryck och saknade data (ibid.:586). När jag har skapat de teman som ligger till grund för min analys har jag hela tiden försökt att kritiskt granska mitt material, inte minst i förhållande till mina forskningsfrågor. Jag har därför kommit att ta bort och göra om teman i olika skeden av skrivandet mot bakgrund av att de inte överensstämmer med studiens syfte och frågeställningar (ibid.:587–589).

Jag har valt att ge fingerade namn till alla sex intervjupersoner och dessa skrivs ut inom parentes i slutet av varje citat. I vissa fall innefattar även citaten frågor eller kommentarer från mig och då skrivs citaten i dialogform med mitt namn samt patientens fingerade namn innan respektive uttalande. I uppsatsen använder jag orden *intervjuperson* och *patient* om de personer jag har intervjuat. Intervjupersonerna är patienter eftersom de vårdas på ett sjukhus och det är den termen som används av LARO-personal. Jag har dock försökt att så ofta som möjligt använda mig av begreppet intervjuperson för att markera att personerna jag intervjuat är hela människor som inte kan eller bör begränsas till en patientroll. I vissa fall har jag dock bedömt att det har varit relevant att använda patientbegreppet, framförallt för att belysa maktrelationen mellan patient och personal. Jag har valt att låta intervjuцитat utgöra en ganska stor del av min resultat- och analysdel eftersom det är grunden i min uppsats och det unika material som jag har fått ta del av. Jag ser det som ett sätt att visa respekt mot intervjupersonerna som har gett sin tid till mig och denna uppsats, att faktiskt använda mig av det materialet och låta det ta utrymme.

5.7 Studiens generaliserbarhet, validitet och reliabilitet

Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet är begrepp som är lätta att förklara och definiera i förhållande till kvantitativ forskning men som är svårare i kvalitativ forskning (Silverman 2015). Kan en LARO-patients berättelse ses som representativ för alla LARO-patienters berättelser? Så klart inte! Och det är inte heller den kvalitativa forskningens anspråk. Payne och Williams (2005:296) poängterar att generalisering är en nödvändig färdighet i alla sociala sammanhang och att förmågan att använda en social situation som exempel eller förebild för liknande situationer är ett grundläggande mänskligt beteende. Silverman (2015:71–72) poängterar att även kvalitativ forskning som utgår från ett fåtal fallstudier kan vara generaliserbar men det är viktigt att förstå generaliserbarheten inom en kvalitativ kontext. Silverman menar att kvalitativ forskning oftare har ett teoretiskt urval, d.v.s. att man väljer att intervjua enskilda personer på grund av ett intresseområde. Vidare menar han också att ett fåtal fallstudier i kvalitativ forskning har möjligheten att gå på djupet och få fram en helt annan typ av förståelse och analys än vad kvalitativa data kan (ibid.). På så vis menar jag att även min studie kan göra anspråk på generaliserbarhet i denna bemärkelse.

Payne och Williams (2005) betonar vikten av reliabilitet, validitet och generaliserbarhet i kvalitativ forskning men att denna förstås på ett annorlunda sätt än i kvantitativ forskning. Ett av de viktigaste sätten att säkra en hög validitet, reliabilitet och generaliserbarhet i kvalitativ forskning är att forskningen håller hög kvalitet. Detta innebär inte minst att forskaren är transparent och tydlig med sin forskningsprocess och hur denne har dragit de slutsatser som den gjort (Mayring 2007; Payne & Williams 2005:297–298). Ytterligare en viktig aspekt av transparensen och i förlängningen validiteten är att det ska vara tydliga kopplingar mellan de data som presenteras och de slutsatser som dras, på så sätt kan läsaren kritiskt granska dessa slutsatser och ifrågasätta dem (ibid:305). Bryman (2018) föreslår två alternativa begrepp för att täcka in intern och extern validitet inom kvalitativ forskning nämligen trovärdighet och överförbarhet. En viktig aspekt är att kvalitativ forskning handlar om att gå på djupet inom en mindre grupp istället för att göra en grundare översikt över en större grupp. Validiteten kan således stärkas genom att de berättelser som lyfts fram är trovärdiga och att de beskrivningar som forskaren gör är så pass goda och djupa att läsaren får tillräckligt med underlag för att jämföra med andra, liknande situationer (ibid: 467–468).

Ett annat vanligt begrepp som ofta nämns i kvalitativa sammanhang är täta beskrivningar. Detta kan ses som ett steg i att säkra validiteten och reliabiliteten (ibid.). Eftersom det ofta är svårt, nästintill omöjligt, för en annan forskare att upprepa en kvalitativ studie och se om de får samma resultat, är täta beskrivningar ett sätt att istället skapa en hög reliabilitet. Genom att se till att beskrivningarna som görs ger läsaren en kontext, är fylliga och just täta ger man läsaren en möjlighet att förstå materialet på ett mer djuplodande sätt (Payne & Williams 2005:298). Silverman betonar också vikten av att använda sig av beprövade forskningsmetoder för att stärka en studies reliabilitet (Silverman 2015:89–90).

5.8 Etiska reflektioner

De etiska reflektionerna varit med från början i mitt uppsatsskrivande. Två viktiga principer inom forskningsetik är att forskningen ska göra nytta samtidigt som individen ska skyddas. Dessa två krav krockar emellanåt och då krävs en etisk avvägning där nytta och skada måste vägas mot varandra (Vetenskapsrådet 2017:13–14).

För mig har det varit viktigt att ta hänsyn till etiska principer och att efterfölja dessa så långt det varit möjligt. Dessa inkluderar informerat samtycke, respekt för intervjupersonernas integritet och autonomi samt en kontinuerlig reflektion kring forskarens maktutövning (Helgesson 2015:122–123, Vetenskapsrådet 2017). En kritisk etisk reflektion är också en viktig del i högkvalitativ forskning (Peled & Leichtentritt 2002:148–159). För mig handlar det också om att visa respekt till intervjupersonerna genom att hantera och analysera materialet på ett kompetent och genomtänkt sätt.

Vissa av frågorna i intervjuguiden skulle kunna ses som etiskt problematiska. Detta handlar framförallt om de slutna frågor som fokuserar på huruvida intervjupersonerna känner sig som en del av samhället samt om det finns en risk att man känner att personalen gett upp hoppet om de slutar ställa krav på en. Risken med denna typ av slutna frågor är att de cementerar negativa bilder om intervjupersonerna om att de t.ex. inte skulle vara en del av samhället (vilket de naturligtvis är) eller att de är personer som personalen har gett upp hoppet om (vilket de naturligtvis inte behöver ha gjort). Värt att notera i sammanhanget är att jag under intervjuernas gång har försökt att ställa öppna frågor i så stor utsträckning som möjligt. Intervjuguiden har på så vis inte fungerat som ett underlag jag läst inifrån ur, utan snarare som ett ”kom-ihåg” till mig själv. Det är min förhoppning att intervjupersonerna inte har känt sig

mer exkluderade från samhället, eller som en last på grund av de frågor jag ställt, utan att jag ändå lyckats hålla en varm och empatisk ton i samtalen. Självklart finns dock risken att jag förstärkt stereotyper och planterat negativa tankar hos de personer jag intervjuat, något som absolut inte varit min avsikt.

Jag har tidigare beskrivit lite kring svårigheterna med informerat samtycke gällande personerna jag intervjuat. Jag har försökt att anpassa mitt arbete till målgruppen jag valt att intervjua för att göra det på ett så rättvist sätt som möjligt. Vissa patienter har berättat att de varit mer eller mindre påverkade under intervjutillfället vilket i sig skapar etiska spörsmål. Är det försvarbart att intervjua någon som är narkotikapåverkad? Samtidigt har jag tyckt att det känts viktigt att intervjua just denna grupp och låta dem komma till tals, en grupp som annars inte får höras särskilt mycket. Kvale (2006) betonar det emancipatoriska elementet som finns i viss kvalitativ forskning, möjligheten att synliggöra och lyfta svaga och utsatta grupper (ibid:495). För mig har min studie varit ett försök att göra just detta.

Peled och Leichtentritt (2002:156–159) betonar vikten av att informerat samtycke ska ske kontinuerligt under forskningsprocessen. Detta är något som jag funderat mycket kring. Ungefär samtidigt som jag påbörjade mitt eget intervjuande blev jag själv intervjuad i egenskap av kurator för en kandidatuppsats. Jag fick då ett dokument skickat till mig med information kring studien och fick sedan svara “ja” på att jag godkände den informationen. När studien sedan var klar fick jag denna skickad till mig via e-post. Jag började då reflektera kring hur annorlunda förutsättningarna var för mina intervjupersoner än för mig. Många av personerna jag intervjuade hade ingen e-postadress, dator eller smartphone. Framförallt känner jag mig väldigt osäker på om intervjupersonerna hade en reell möjlighet att höra av sig till mig om något hade känts dåligt i efterhand. Många av intervjupersonerna har inte samma resurser som jag och en sådan sak som informerat samtycke i en studie hamnar kanske inte så högt på ens personliga agenda om man t.ex. är hemlös eller inne i ett återfall. Jag försökte att vara väldigt lyhörd innan och under intervjuerna. Någon hade lovat att vara med i studien och drog sig sedan ur samma dag, någon ville inte svara på vissa frågor. Någon ville faktiskt bli uppringd efter intervjun för att lägga till något och vi pratade då en stund i telefon. Oavsett blir min avslutande reflektion om just det informerade samtycket att det är ganska enkelt att göra allting rätt på pappret men att det är betydligt svårare att anpassa studien på ett etiskt känsligt sätt till en utsatt målgrupp.

En annan viktig etisk aspekt som jag vill lyfta i detta stycke är den maktobalans som intervju-situationen innebär. Kvale (2006) betonar flera olika intressanta aspekter av kvalitativa intervjuer. Han menar att kvalitativa intervjuer har ett oförtjänt gott rykte som en mjuk och omsorgsfull metod men att den lika gärna kan användas för att manipulera och förtrycka som för att lyfta upp och stärka (ibid:482–483). Den allra viktigaste aspekten som Kvale lyfter upp är att intervjuaren har totalt tolkningsmonopol på allt som sägs i intervjun. Ofta talar man om intervjuer som en dialog men Kvale menar att det snarare bör förstås som en “envägs-dialog” (ibid:483–484). Personen som intervjuar är den som styr hela situationen Intervjuaren har en agenda, ibland dolda motiv och den kan också använda sig av olika hemliga tekniker för att få intervjupersonen att prata (ibid.). Jag har reflekterat mycket kring denna maktobalans under mitt intervjuande, men kanske framförallt under kodningen och analysarbetet. När jag tagit på mig mina teoretiska glasögon och analyserat materialet på ett visst sätt har jag tagit mig stora friheter. Mitt sätt att välja och välja bort och därefter tolka intervjupersonernas uttalanden kanske inte alls överensstämmer med deras uppfattning. Hur man än vrider och vänder på det måste detta förstås som en maktutövning. Självklart har jag försökt att reflektera kritiskt genom hela min uppsatsskrivning och jag hoppas att det har stärkt min uppsats på olika sätt. Men varje gång jag klippt bort andra halvan av ett citat, valt ut eller valt bort, så har ändå denna tanke om tolkningsmonopolet dykt upp; vem är jag att bestämma vad som får höras och inte?

6. Resultat och analys

I detta kapitel kommer jag varva resultat och analys. Detta har jag gjort genom att välja ut citat ur de patientintervjuer jag gjort och tematiserat dessa under nio rubriker. Citaten följs sedan av analytiska resonemang.

6.1 Behovet/beroendet av substitutionsbehandlingen

Ett tema som blev synligt i intervjuerna var de ambivalenta känslor som intervjupersonerna bar på i förhållande till sitt behov eller beroende av behandlingen. De uttryckte en tacksamhet över att ha fått behandling som underlättade livet på vissa sätt. Samtidigt uttryckte många intervjupersoner en frustration över att vara beroende av en behandling som man gärna hade sluppit.

Martin beskriver att han försökt sluta med buprenorfin åtskilliga gånger men att han inte klarat det, delvis på grund av abstinens:

Nej, det är obeskrivbart alltså. Det är många som inte förstår det. ”Det är väl bara att sluta”. Ja... hade det varit så jäkla enkelt så hade jag gjort det med en gång. (Martin)

Christer beskriver känslan av att vara beroende av en livsviktig behandling som han önskar att han inte behövde:

Nej, men jag önskar mig att må bra, slippa ha dom här tankarna liksom. För det är ju så att, när det blir jobbigt så sätter ju tankarna igång ännu mer för man vet hur man ska fly. Men jag önskar ju bara ett normalt liv, att man mår bra. Helst av allt skulle jag vilja slippa att äta den här medicinen. Helst av allt. Faktiskt, men det går inte. Det går inte. (Christer)

Och Filip berättar om när han sökte behandlingen och fick nej och hur det fick honom att känna sig:

Ja, [...] det var ju liksom samtalsterapi. Jag träffade henne typ...[...] Jag hamnade i så grova självmordstankar... och det var då jag sökte upp vården och kom i kontakt med henne och då var det under dom här samtalen som det kom upp och jag kände mig inte liksom... [...] ja, det är en sådan grej som genomsyrar hela mitt liv liksom att jag inte känner mig välkommen någonstans liksom, speciellt här liksom, så just den sura minen, hon jobbar inte heller kvar i och för sig, men... det var liksom spiken i kistan. Alltså, jag har ju liksom såhär skuld känsla att jag behöver ha den här vården överlag. (Filip)

Citaten ovan visar på olika ingångar till behovet av behandlingen. Martins citat kan förstås som en del i en medikalisering av beroende. Hans omgivning tycks inte förstå substitutionsbehandlingen som en nödvändighet. Om omgivningen hade förstått hans beroende som en sjukdom så hade dom kanske inte föreslagit att: ”det är väl bara att sluta”. Martins upplevelse går i linje med det som Eklund och Hildebrand (2017) skriver om att LARO-behandling och liknande skademinimerande insatser ofta utsätts för starkt ifrågasättande. Detta trots att behandlingen har en god vetenskaplig evidens (ibid., Kakko 2017). Christer i sin tur uttrycker ett något mer ambivalent förhållningssätt till sitt behov av behandlingen. En önskan om att slippa ta medicinen men också en insikt om att det inte skulle fungera för honom. Christers förhållningssätt till behandlingen kan också den förstås som en del i en medikalisering, en syn och förståelse av det egna missbruket eller beroendet som

medicinsk snarare än social eller psykologisk (Conrad 2005, Ågren 2015). Filip's citat skiljer sig från de andra två då hans berättelse snarare handlar om hur han fick kämpa för att komma in i behandlingen. Att bli antagen till substitutionsbehandling kräver att man bevisar att man är tillräckligt sjuk, något som Filip inte lyckades med. Filip uttrycker också skuldskänslor inför att han överhuvudtaget behöver behandlingen. Synen på beroende som en kronisk sjukdom gör att beroendet blir en identitet som man inte kan bli fri ifrån och som ställer en i en beroenderelation till sjukvården (Petersson 2013). Sjukdomen kan ge vissa "vinster" samtidigt som det stämplar en som sjuk och avvikande (Keane 2003, Pauly 2008).

Medikaliseringen var alltså något som intervjupersonerna själva lutade sig mot i vissa situationer. Medikalisering ger viss legitimitet och upprättelse till personer som annars upplever stora stigmata (Ågren 2015). Samtidigt vad det tydligt att både Christer och Filip upplevde det som ett slags misslyckande eller en sista utväg som man skulle önska att man kunde slippa. Medikaliseringen ger kanske en viss ökad legitimitet men det övergripande stigmat av att vara en person med ett beroende finns fortfarande kvar. Den stigmatiserade tvingas hela tiden se på sig själv med den normales ögon (Goffman 1963:139–140) och med de ögonen uppfattas en LARO-patient som avvikande.

Gideonse (2015) skriver om män som är beroende av metamfetamin och hur hjälpapparaten kring dessa män skapar känslor av stolthet och skam kopplat till männens förmåga eller oförmåga att hålla sig nyktra. Gideonse gör skillnad mellan beteenden som förstås som en sjukdom (som t.ex. beroende) och beteenden som förstås som moraliska tillkortakommanden (som t.ex. kriminalitet). Han påtalar även att sjukdomen i sig ger vissa vinster, individen skuldbeläggs inte på samma sätt som om beteendet förstås som ett moraliskt tillkortakommande. Kopplat till sjukdomen finns samtidigt känslor av både stolthet och skam. Stolthet om man övervinner sin sjukdom eller skam om man förlorar mot den (Gideonse 2015:346). I Gideonse's exempel med metamfetamin fanns ingen substitutionsbehandling utan bara två ytterligheter; nykterhet eller missbruk. Frågan är hur man då kan förstå LARO-patienter i ljuset av detta resonemang? Intervjupersonernas ambivalens till sitt behov av behandlingen kanske kan förstås just så, som en skam över att man behöver behandlingen överhuvudtaget, att det är en slags förlust mot sjukdomen.

Utifrån ett annat perspektiv där beroendet hade förklarats som ett samhällsproblem eller som en personlig brist som kan rättas till hade det också funnits en möjlighet för LARO-patienterna att bli "fria" från sitt beroende och slippa det stigma som det innebär. Gideonse (2015) påpekar också att det i dagens samhälle finns allt mer strukturell kritik av narkotikapolitik och samhällets hantering av missbruksfrågor men att när det kommer till just återfall så hamnar ansvaret alltid på en individnivå. Det är alltid individen som har misslyckats och därmed individen som ska skämmas (ibid:346). Pauly (2008) betonar på ett liknande sätt bristen av en strukturell analys i ett neo-liberalt samhälle. Sociala problem diskuteras ofta på en individnivå med individuella lösningar. Pauly menar att det är centralt att prata om begreppet social rättvisa i förhållande till skademinimerande insatser, där är strukturella frågor centrala. Hon menar att det inte räcker med att se på individuella faktorer för att förstå varför en person hamnar i ett beroende (ibid:7–8).

Medikaliseringen ger alltså en form av upprättelse till patienterna. I citaten ovan syns det genom en slags förståelse av det egna beroendet som en sjukdom snarare än ett frivilligt avvikande och destruktivt beteende. Christer och Martin uttrycker att de gärna hade slutat om de kunnat men så är inte fallet. Risken med medikaliseringen är dock att en stor del av förklaringen till varför det gått som det gått för en hamnar just i sjukdomsbegreppet (Pauly 2008). Detta är i sin tur något som riskerar att bortse från andra, mer strukturella orsaker som kanske skulle kunna ge patienterna en större frihet och till viss del befria dem från stigma.

6.2 Sidomissbruk och medikalisering: ett sätt att förhandla fram normalitet och legitimitet

Ett tema som blev synligt när jag intervjuade LARO-patienter var medikaliseringen av sidomissbruk. Jag noterade att många av intervjupersonerna inte använde orden "missbruk" eller "sidomissbruk". En av intervjupersonerna kallade det t.ex. för "snedsteg" istället. Hans använder sig av ordet "behandling" i citatet nedan där han beskriver sina tankar kring sidomissbruk i behandlingen:

Där är ju problem. Så för att själva reglerna runt LARO säger ju så liksom att... sidomissbruk kan vara en anledning för uteslutning. Men du hamnar inte direkt i ett beroende utav opiater som är liksom typ det sista ledet av droger som går att vara beroende av innan du dör... utan att vara på en massa andra grejer på vägen dit. Så sen bara för att du får behandling då kanske för det sista ledet så är det kanske att du behöver

andra behandlingar också på det. Och då görs.. är ju reglerna så som dom är nu, att folk kanske drar sig för att säga om dom behöver hjälp. Eh, med, kanske kan vara någon ADHD-behandling eller någon behandling mot ångest eller någonting sånt. För dom vill helt enkelt inte säga att dom har några övriga problem på dom andra för att det är emot reglementet och man är rädd för uteslutning och sånt. Och då skapar det en tillvaro som gör att man indirekt måste ljuga så. Och det... jag har säkert varit bekant med sjuttio pers eller nåt, dom flesta har ju nån form av sidointag sådär vid sidan om. Det kanske inte är så jätteallvarligt så men det är ändå någonting som man hade kunnat få en extrabehandling för. (Hans)

Medan Christer sätter fingret på hur personal och patient ser olika på användandet av bensodiazepiner och hur man rubricerar det på olika sätt:

Ja, det är det dom säger att, ja men har du tagit en stesolid, det är sidomissbruk, men saken är den att det är inget sidomissbruk, tycker inte jag. För... jag äter ju inte den för att missbruka, eller... jag tar ju inte den för att bli go i huvudet, jag tar ju den för min ångest. (Christer)

Jag uppfattar både Hans och Christers citat som en slags legitimering och medikalisering av ens sidomissbruk och ett försök att omdefiniera och göra motstånd mot personalens sätt att rubricera sidointag av diverse oförskrivna narkotiska preparat. Medikalisering ger legitimitet eftersom medicin har en hög status i vårt samhälle. Genom att använda ett medicinskt språkbruk och bli en del i den medicinska diskursen tvättas en del av stigmat kring missbruket bort (Ågren 2005). Hans kallar det för "behandling" och Christer beskriver ett intag av bensodiazepiner som ett sätt att dämpa ångest, också det en slags behandling eller självmedicinering av ett psykiatriskt tillstånd snarare än ett missbruk. Tammi och Hume (2007) resonerar kring skademinimeringen och dess ambition att befria droganvändare från stigma. De menar att en befrielse från stigmat, som det innebär att vara droganvändare i dagens samhälle, ger många vinster för individen. Det kan dock samtidigt göra så att individen förlorar en viss sorts privilegier. De menar att den sjuke tillåts att vara passiv på ett sätt som en frisk, autonom medborgare inte tillåts (ibid:85). Kanske kan medikalisering ses som ett sätt att använda sjukdomens stigma som ett sätt att legitimera sin livsstil och slippa vissa av samhällets krav på en. Det är så klart ett högt pris att betala i många sammanhang, att

ses som en sjuk, avvikande och på många sätt föraktad individ, men kanske är en av få fördelar att man slipper vissa av samhällets krav.

Ett annat perspektiv på sidointag, eller olagligt intag av narkotika överhuvudtaget, är bilden av vad ett sådant intag innebär. I samhällets ögon är det en del av ett onormalt, avvikande beteende och nykterhet ses (i de allra flesta fall) som normen (Duff & Moore 2015). Duff och Moore (2015) har intervjuat aktiva metamfetaminanvändare och ett av narrativen som kom upp i dessa intervjuer var just att drogen fick användarna att känna sig normala. Drogen kan således användas som ett sätt att passa in i högre utsträckning, snarare än som samhället ser det, ett sätt att sticka ut eller avvika från normen (Duff & Moore 2015:494). Detta resonemang går också i linje med Christers och Hans uttalanden, att drogerna de tar inte är till för att bli påverkade, utan som ett sätt att behandla psykiatriska åkommor som ADHD eller ångest. Intaget av droger blir då inte ett sätt att bli mer avvikande utan, likt Duff och Moores (2015) intervjupersoner, att genom sitt intag behandla sig närmre en slags normalitet.

Det framkom också citat som visade en lite annorlunda syn på sidointag än den jag redogjort för ovan. Filip till exempel, beskriver sidomissbruk som ett nödvändigt ont som han tar till när inget annat hjälper:

När jag [får grov ångest] då upplever jag som att alla är liksom monster som är ute efter att förstöra allting för mig [...] samtidigt är det ju liksom att jag förstår att det inte är så typ men det är svårt att skilja på det när man hamnar i dom här tillstånden under dagarna. Så jag... jag har ingenting som jag kan hantera det med typ så jag har bara... fått lida ut. Och det har varit olika långa perioder hur länge jag orkat tills jag har bara, det har blivit för mycket så jag har varit tvungen att ta någonting... sidomissbruk då. För att dämpa det liksom så att man inte blir helt... koko. (Filip)

Medan Markus resonerar kring vikten av icke-medicinska faktorer i behandlingen och vikten av att jobba med olika delar av sitt liv:

Så har jag varit kriminell lite längre också, så det är många saker som man behöver jobba med. Det är inte bara att få medicin så är allting löst. Så det är ju massa med bitar man måste jobba med typ. (Markus)

Filips beskriver en inre kamp han har som till slut resulterat i att han “varit tvungen att ta någonting”. Kanske går Filips upplevelse av att förlora den kampen att jämföra med den skam som Gideonse (2015) beskriver. Känslan av misslyckande när man inte klarar av att leva upp till samhällets drogfria ideal (ibid.). Markus visar kanske också han på en slags internalisering av normer, att man måste jobba med sig själv för att komma framåt. Han lägger ansvaret på sig själv och ser också sig själv som lösningen på problemet, något som också går i linje med det Gideonse (2015) intervjupersoner uttryckte. Eller, som Pauly (2008) uttrycker det, en individualisering av sociala problem som bortser från strukturella faktorer (ibid:7).

Sammanfattningsvis visade intervjupersonerna på en tudelad förståelse av sidomissbruk. Delvis som en form av medikalisering där man lyfte upp det egna behovet av behandling med olika läkemedel för att hantera exempelvis ångest (Duff & Moore 2015, Ågren 2015). Å andra sidan visade Filip och Markus exempel ett internaliserande av de drogfria idealen som innefattas i ett normalt liv och med dessa en känsla av misslyckande när man tar ett återfall eller sidomissbrukar (Gideonse 2015).

6.3 Vardag, normalitet och Svenssonliv: internaliserandet av normer

En av frågorna jag ställde till intervjupersonerna var hur de uppfattade ett “Svenssonliv”. I direkt anslutning till det frågade jag också hur en vanlig dag i deras liv såg ut; vad som var vanligt eller normalt i deras liv. De flesta intervjupersonerna hade inte så mycket att säga på temat och de flesta svaren var ganska korta och sparsmakade. Christer berättar om hur en vanlig dag i hans liv kan se ut:

Det är att gå upp. Ta sina mediciner. Försöka sköta det som ska hemma då. Städa och lite greja, pyssla lite. Sen är det tv-spel, sitta hemma. För... jag kan inte gå ut. För då stöter jag, eller, KAN kan jag ju liksom, men jag menar, jag gick härifrån, jag var här förra veckan, jag hann inte komma, först hann jag komma till korridoren, det var en som frågade om jag hade subutex att sälja.”Ja, nej, tyvärr”. Så kom jag ner, jag kommer till första ingången, någon som frågade: “ritalin att sälja”? Eller om jag ville köpa piller. Så det kan jag tycka är lite jobbigt här faktiskt att... ja, nej, jag tycker det är jobbigt ibland alltså så jag håller mig mest hemma. För... jag vet inte hur jag skulle reagera ifall någon frågade ifall jag vill köpa heroin. Jag vet inte... eller, jag vet nog, jag skulle åka dit, jag

skulle torska på det. Så... nej, då håller jag mig hemma, gör jag. Åker och handlar det som jag behöver, så sett. Sen har jag inga kompisar heller... om man säger så, inga nyktra. (Christer)

Även Markus pratar om sin vardag:

Ja, på morgonen, jag går upp och så åker jag hit... hämtar, för jag bor ju i [X-stad], du vet, det är en bit härifrån. Och så... åker jag, ja jag åker hit, och så kommer jag hem på eftermiddagen typ... och så tar jag det lugnt en stund och så fixar jag om jag har något annat att göra, typ som, vad fan ska jag säga, vad som helst som möten eller arbetsförmedlingen eller massa sådana saker... så gör jag det då och så typ storstädar jag en gång i veckan, det är väl typ så, ja. (Markus)

Vad som innefattas i ett normalt liv är så klart inte fixerat. Det är, likt all normalitet, något som förhandlas fram i en specifik kontext (Svensson 2007). Utifrån SCBs medelsvensson, en heltidsarbetande person med familj och hus, framstår kanske både Markus och Christers dagar som något händelselösa. Samtidigt betonar de båda två flera av de saker de gör som är vardagssysslor: städning, handling, att pyssla hemma och gå på möten. Goffman talar om något som han kallar en moralisk karriär som innefattar ett internaliserande av den normale (Goffman 1963:45–46). Detta innebär att den avvikande eller stigmatiserade lär sig om hur den normale lever sitt liv och på olika sätt anpassar sin självbild och uppfattning efter denna. Längtan efter normalitet är inte främst en personlig önskan, utan framförallt en internalisering av samhällets upphöjning och belönande av normalitet i stort och smått (Nettleton et al. 2013:175). Vad som inte kom med i berättelserna om intervjupersonernas vardag kan jag inte veta men i andra delar av intervjuerna har samma intervjupersoner talat om kriminalitet och sidointag men detta var inte något som intervjupersonerna inkluderade berättelserna om hur deras vardag såg ut. Frågan jag ställde handlade alltså om hur en normal dag i intervjupersonernas liv såg ut. Sådana beskrivningar hade kunnat innefatta hur mycket avvikande beteende eller berättelser som helst, så länge det ingick i deras vardag. En möjlighet är så klart att berättelserna om ens vardag var uttömmande svar som återspeglade en vanlig dag i intervjupersonernas liv. En annan möjlighet är att deras framställande av den egna vardagen kan förstås som ett internaliserande av den normale och en medvetenhet om de stigmat som följer med att leva ett liv som avviker från normen (Goffman 1963:45–46). I ett sådant scenario kan man tänka sig att intervjupersonerna, utifrån den stigmatiserade position

de ändå befinner sig i, presenterar sin vardag på ett sätt som ska uppfattas så normalt som möjligt.

Kanske kan också dessa beskrivningar ses som någon form av motstånd mot den stigmatiserade identitet som många LARO-patienter tilldelas. Berättelserna saknar vissa normalitetsmarkörer såsom arbete och familjeliv, men innehåller samtidigt inte särskilt mycket avvikande berättelser eller beteenden. Det är berättelser om att man försöker sköta sig, hålla städat och fint hemma och inte umgås med personer som missbrukar. På ett indirekt sätt betonar intervjupersonerna sin vanlighet istället för sitt stigma (Gideonse 2015; Juhila 2004; Nettleton et al. 2013).

En fråga jag ställde till intervjupersonerna var hur ett "Svenssonliv" ser ut. Hans svarar på frågan med följande ord:

Ett arbete, med barn och... jag vet inte? Jag har aldrig lyckats leva ett Svenssonliv så men... Jag vet inte, det känns som normalt är en klyscha av vad man tror att alla andra... men men. (Hans)

Hans sätter fingret på en poäng som också Goffman gör, att den normale är konstruerad, för vem är fullt ut normal? Goffman menar att idealpersonen, den normale som alla jämför sig med, i de allra flesta fall är en konstruerad identitet som i princip alla människor misslyckas med att nå upp till (Goffman 1963:152–153). Även Nettleton et al. refererar till denna insikt då de gjort intervjuer med personer med opioidberoende. De kunde se en diskurs som framträdde hos intervjupersonerna, nämligen insikten om att normaliteten är konstruerad och fungerar mer som en kollektiv referenspunkt än som en faktisk verklighet (Nettleton et al. 2013:183–184). Men även om normaliteten är konstruerad så är den en social verklighet som påverkar människor, framförallt de som avviker från normen, på ett högst påtagligt sätt.

Jag ställde även en fråga om hur man skulle önska att ens liv såg ut. Som svar på denna fråga var det många som svarade att de önskade sig arbete, familj, körkort och, som jag tolkade det, trygghet. Alla saker som förknippas nära med normalitet. Hans svarar på frågan om hur han ser sin framtid:

Jag hade väl behövt slå mig till ro, kanske träffa nån tjej, skaffa barn eller nåt sånt. Arbeta lite mer på sådana grejer. Sen tycker jag nog... kanske skaffa nåt bättre ställe att bo än vad jag har det nu. Men, men, det flyter väl ändå på. Men jag tror sådana där grejer kommer ordna sig. (Hans)

Och Filip svarar på frågan om hur han hade önskat att hans liv såg ut:

Jag hade bara velat klara av ett jobb och må bra. (Filip)

Hans och Filip berättelser om vilken typ av liv de önskar sig präglas också av den kollektiva förståelsen av normalitet. Att överhuvudtaget leva med ett beroende är att avvika från normen (Nettleton et al. 2013). Både Hans och Filip har ganska enkla anspråk, det handlar om arbete, familj, bostad och ett gott mående. Normalitet förknippas ofta med det enkla, okomplicerade och nästintill tråkiga (ibid.). Nettleton et al. tar upp det normala vardagslivet som en symbol för återhämtning och nykterhet (ibid:180). Genom att måla upp en bild av det normala livet skapas också en kontrast till livet i missbruk. Ett liv i missbruk präglas av utanförskap, avvikande beteenden och stigma (Gideonse 2015, Radcliff & Stevens 2008). Något som står i stark kontrast till normaliteten. Berättelserna om det normala livet fungerar som en kontrast till det liv man tidigare levt (eller lever) och visar också på ett framgångsrikt internaliserande av den generaliserade andre (Gideonse 2015; Nettleton et al. 2013:184–185). Hans och Filip önskemål och längtan handlar om boende, familj och arbete. Samtidigt bör deras önskemål kanske också förstås som produkter av de berättelser som finns om personer i missbruk och hur de uppfattas. Längtan efter ett normalt liv tycks inte vara valbar utan något som människor i allmänhet och LARO-patienter i synnerhet har tvingats internalisera (Duff & Moore 2015, Petersson 2013). Och, som Gideonse (2015) beskriver är priset för att inte nå upp till det normala eller idealet av den återhämtade missbrukaren; skam.

6.4 Andras syn på missbruk(are)

Det blev tydligt under intervjuernas gång att intervjupersonerna hade en bild och en medvetenhet kring hur andra uppfattar dem. Att vara LARO-patient eller att leva med ett beroende är något som uppfattas som negativt i samhällets ögon (Blake et al. 2020; Harris 2015). Intervjupersonerna berättade om hur de blir och blivit bemötta i samhället och hur detta har påverkat deras självbild. Flera av intervjupersonerna gav exempel på hur de upplevt

att de blivit orättvist behandlade och inte fått sin röst hörd på olika sätt och kanske framförallt att man hade känt skam över sitt beroende inför andra. Christer berättar om när han åkte buss till och från LARO och en av medresenärerna tog kontakt med honom:

Det var lite roligt för när man samåkade, eller när man pratade med folk på bussen liksom så var det en som sa det “undrar vad du jobbar med?” (Skratt) Okej... det var ju trevligt att höra att dom sitter och skvallrar om vad jag jobbar med då och så sitter en annan där och har missbrukat hela sitt liv liksom... så då börjar man känna att, jaja, men då kanske dom inte ser mig som en missbrukare så, på den nivån längre, liksom att dom undrar vad jag jobbade med! [...] För annars har man ju känt sig jävligt utanför, man har ju känt sig att, jaha, nu är jag en av knarkarna liksom... som... för det är så dom säger: “det var la säkert knarkare som gjorde det.” (Christer)

Christer upplevde en form av upprättelse där på bussen när han plötsligt kunde passera som den normale. Det blir tydligt att stigmat är så internaliserat att det uppfattas som något självklart att det är positivt att inte uppfattas som en missbrukare (Goffman 1963).

Markus pratar om känslan av att inte bli behandlad som en individ utan reducerad till en missbrukare:

Nej precis, dom drar alla över en kam att “så här ska det vara, så här ska det vara”. Och det är väldigt svårt att göra det när alla personer är olika och man har problem som man har. (Markus)

Och Martin berättar om hur det var när han berättade för sin arbetsgivare att han gick på LARO:

Dom blev chockade. Dom sa: ‘nej, inte du, du har väl inte problem?’. ‘Jo, det har jag’. Eh... ja, men positivt ändå. [...] Jag tänkte ju: ‘nu får jag sparken och allting. Det är helkört nu alltså’. Men allt blev tvärtom. (Martin)

Martin blev positivt överraskad när hans arbetsgivare accepterade att han gick på LARO istället för att ge honom sparken. Samtidigt berättar han att arbetsgivaren inte tyckte att han

verkade vara en person med beroendeproblem. Martin uppfattades som normal i arbetsgivarens ögon och hade haft en chans att lära känna sina kollegor innan han berättade om sitt stigma. Gideonse (2015) betonar vikten av hur en person med beroende framställer sig själv i det offentliga rummet. Han menar att det är stor skillnad beroende på hur personen i fråga klär sig, talar och för sig (Gideonse 2015:345–346). Martin är ett bra exempel på en person som inte är särskilt märkt av sitt beroende till det yttre. En sådan sak går i linje med det Goffman säger om graden av synlighet när det gäller ett stigma (Goffman 1963). Martin blev accepterad (och mer därtill) av arbetsgivaren, men det framstår samtidigt som att han uppfattas som undantaget som bekräftar regeln. Han är en missbrukare, men inte som andra missbrukare, och får därför stöd och förståelse från sin omgivning (ibid., Gideonse 2015).

Ett annat tema som framträdde var hur man blir bemött i vården, känslan av att ha ett stigma när man söker vård. Det var en majoritet av intervjupersonerna som tog upp detta, känslan av att få ett annorlunda, sämre bemötande på grund av att man hade ett beroende. Christer pratar om att vara stämplad av vården:

Jag skulle aldrig få ta, skulle jag, skulle någon hugga av benet på mig så hade jag, jag hade fått ta en alvedon. ja men något annat skulle jag inte få för då hade det blivit väsen [...] För kommer jag in för min ångest liksom och jag skulle få stesolid eller om jag skulle få valium eller nåt sånt där då får ju inte jag det för att jag är före detta missbrukare.
(Christer)

Anders berättar om hur stigmat som förföljer en skapar ett behov av att ha någon som går i god för en för att kunna få en god vård:

Alltså... som när jag frågade om testosteronet⁷, ni måste hjälpa mig nu, ni får skriva nåt jävla brev. "Ja men du kan skriva också". Ja men vad väger det för någonting om jag skriver? Han kommer bara ta det och kasta i papperskorgen! Men är det en annan läkare som skriver, så kanske han läser det åtminstone. (Anders)

⁷ Det är vanligt att män som använder opioider regelbundet får problem med lågt testosteron, något man kan behöva behandling för.

Anders beskriver den maktlöshetskänsla det innebär att uppleva att ens röst inte är lika mycket värd som någon annans, och rädslan att inte bli tagen på allvar. Goffman (1963) talar om familjemedlemmar till stigmatiserade eller personal som arbetar med stigmatiserade personer som "de visa". Dessa personer besitter kunskap och förväntas på så sätt stå över ett stigmatiserande beteende (Bates & Stickley 2013:570). Anders bad personalen om hjälp för att bli tagen på allvar i sin kontakt med en annan del av sjukvården. Han behövde hjälp av en "vis" men fick till svar att han kunde göra det själv. Christer pekar i sin tur på konsekvenserna av stigmatisering. Så fort sjukvårdspersonal på exempelvis akuten läser i hans journal att han är en beroendepatient upplever han att han stämplas och får en annan, sämre behandling än en icke-beroende-patient skulle ha fått (Link & Phelan 2001:371). Blake et al. (2020) har gjort en studie om hur LARO-patienter behandlas och bemöts, bland annat inom sjukvården. Trots att LARO-behandling är nödvändig och evidensbaserad ger Blake et al. flera exempel på hur LARO-patienter behandlas dåligt inom vården och hur såväl allmänheten som vårdpersonal upplever dem som mindre pålitliga än andra och att det även finns en tro på att LARO-patienter överdriver smärta för att få starkare mediciner (Blake et al. 2020:2). Att vara utbildad sjukvårdspersonal är således inte någon vaccination mot skadliga fördomar som leder till att LARO-patienter inte får rätten till en jämlik vård tillgodosedd (ibid.), något som även intervjupersonerna i denna uppsats vittnade om.

En av frågorna i intervjuguiden handlade om på vilket sätt man kände sig delaktig i samhället. När Anders fick den frågan svarade han direkt: "inte alls", med ett lite ödesmättat skratt därefter. När jag frågade varför fick jag följande svar:

För jag är ingen del av samhället, jag är bara ett problem för samhället, jag kostar bara pengar. Hade dom velat så hade dom tagit en spruta och gett mig så hade jag försvunnit så hade jag inte kostat några pengar, för vården eller någonting. (Anders)

Även om Anders var den enda som var så rakt på sak så var det ett genomgående tema, att man inte kände sig delaktig i samhället. En vanlig sak att uttrycka var just känslan av att ligga samhället till last och känslan av att man borde vara tacksam för att man överhuvudtaget får hjälp från samhällets håll. Även här känns det relevant att återigen ta upp liknelsen om somatisk vård, till exempel diabetesbehandling. Trots den starka evidens som finns kring

substitutionsbehandling finns starka åsikter om att det skulle vara “fel” på något sätt (Heilig 2017, Kakko 2017), en känsla som det blev tydligt att många intervjupersoner hade internaliserat.

I vårt samhälle präglas synen på droganvändande av moralism och personer som använder droger blir stigmatiserade (Eklund & Hildebrand 2017). En av grunderna inom skademinimeringen är den amoraliska synen på droganvändning (Keane 2003, Tammi & Hurme 2007). Skademinimering förespråkar ett värdeneutralt sätt att se på droganvändning som samtidigt ger större autonomi och en syn på personen som använder som en kompetent medborgare (Tammi & Hume 2007:85). I citaten ovan blir det tydligt att intervjupersonerna inte upplever en sådan amoralisk hållning, vare sig i samhället i stort eller i vården utan att de allt som oftast upplevde att de låg samhället till last eftersom de behövde vård.

6.5 Arbete som symbol för normalitet och innanförskap

Ett av de teman som var allra mest vanligt förekommande i intervjuerna var tankar kring arbete och försörjning. Arbete framträdde som en tydlig symbol för innanförskap, värdighet och existensberättigande. Fem av de sex personerna jag intervjuade stod utan arbete och en av dem hade ett jobb, något som han belyste som en stor hjälp och friskhetsfaktor. Martin, som hade ett arbete, berättar om vikten av det stöd som hans kollegor och chefer hade gett honom:

Det har ju varit nu när jag haft mina... snedsteg och grejer. Så har dom sagt det att, vi vill ha kvar dig du vet. Vi kommer kämpa, vi kommer jobba, vi gör allt för att du ska få, ja, komma till rätta igen. Och det är väldigt viktigt att höra det tror jag. Annars ger man nog upp väldigt lätt. (Martin)

Och på frågan om han känner sig som en del av samhället refererar Martin direkt till sitt arbete:

Självklart är man ju en del av samhället du vet, man betalar ju skatt och... hela den här biten. Men samtidigt har man ju en egen värld man lever i. Det är lite svårt. (Martin)

Medan Filip betonar det motsatta, känslan av beroende av systemet och hur förödande det kan vara för självkänslan:

Ja, det har varit alltid så, jag har extrema problem med att vara beroende av eller... alltså när jag haft... och så, så har jag liksom, jag försöker liksom måla upp en bild att typ hur illa det är med typ att jag inte, jag mår så dåligt av att vara sjukskriven, eller som jag är nu på soc. Till och med det här att jag... ja, i alla fall, det är inte många gånger som jag sjukskrivit mig fast jag varit sjuk för att jag inte har klarat av den biten av att jag... jag tror det är någonting från barndomen typ att.. jag inte känner mig liksom att jag blir betrodd liksom, av att man, typ att man målas upp som att man skulle vara lat, eller man tror att dom tycker man är lat och bara vill slippa jobba. Så jag har alltid liksom jobbat när jag varit sjuk också [...] Ja, så den biten har varit... försörja sig själv är extremt stor bit för mig. (Filip)

Filip fortsätter på samma tema:

Anna: Du kanske är inne lite på det nu också men... på vilket sätt känner du dig delaktig i samhället? Om du gör det?

Filip: inte alls.

Anna: nej, har det varit annorlunda när du har jobbat?

Filip: ja, det är extremt annorlunda. Då betalar man skatt och då känner man liksom att... Ja, det är någonting som stör mig enormt det här med att inte kunna... jobba och känna sig som en belastning istället för att man deltar. [...] Jag har tänkt mycket på det. Men det är därför jag försöker måla upp så att det är... för jag, när jag pratat med människor under livet liksom så har jag märkt att det är... den.. alltså, det är ju en allmän grej typ och det är ju... det är väldigt få, jag känner ju sådana också, det är väldigt få som känner sig nöjda med typ bara gå på soc och sitta och punda [...] och vara nöjda med det liksom. Det finns, men dom flesta, absolut flesta det är inte, det är ju inbyggt i oss liksom att man vill...

Markus är inne på samma tema som Filip, vikten av att ha ett arbete för självkänslan och även nästan som en form av existensberättigande:

Anna: Är [arbete] någonting du längtar efter?

Markus: ja, det är det faktiskt.

Anna: Vad skulle du vilja arbeta med?

Markus: ja, vad som helst i stort sett. Bara det ger en lön, till att börja med i alla fall [...].

Anna: Vad tänker du att det är med ett arbete som är viktigt för dig?

Markus: nej, det är typ att få rutin på vardagen, så att jag vet vad jag ska göra hela tiden.

Det är nog det som mestadels, så.

Markus fortsätter med att svara på frågan om delaktighet i samhället:

Markus: jag gjorde faktiskt det när jag jobbade, men nu gör jag inte det direkt, nej, det gör jag inte.

Anna: varför tror du att du gjorde det när du jobbade?

Markus: för då gjorde jag rätt för mig, typ.

Intervjupersonernas utsagor pekar på hur viktigt arbete är i det svenska samhället som en symbol för tillhörighet men också som ett slags existensberättigande. Att en anställning ger en rätt att ha åsikter och samtidigt ger en rättigheter. Att ha ett arbete en del i den normales vardag och att stå utan arbete är en del i den stigmatiserades (Goffman 1963, SCB 2014). Inom skademinimeringen är en viktig och grundläggande tes att droganvändare är medborgare som besitter samma mänskliga rättigheter som alla andra. Mänskliga rättigheter är således inte knutna till vår livsstil utan till vår gemensamma mänsklighet, oavsett hur vi väljer att leva våra liv (Hildebrand 2017, Keane 2003, Tammi & Hurme 2007). Som jag redan nämnt visar citaten ovan tydligt på att människors rättigheter eller värde i vårt samhälle inte bara bygger på vår gemensamma mänsklighet utan till mångt och mycket på prestation och social status. En svårighet med ett rättighetsperspektiv inom skademinimering är frågan om vems rättigheter man främst ska ta hänsyn till? Är det barnets rättigheter, skattebetalarens eller droganvändarens (Keane 2003:230, Pauly 2008:7)? I ett system där vissa individer är stigmatiserade och andra normala finns en makthierarki där den normale besitter makt över den stigmatiserade (Link & Phelan 2001:376), således är det kanske logiskt att skattebetalarens rättigheter många gånger överträffar droganvändarens. I ljuset av ett sådant resonemang kan man förstå längtan efter att kontrollera sin egen försörjning som ett sätt att ta tillbaka en viss makt över sitt eget liv och på så vis känna en större frihet, autonomi och ytterst sett delaktighet i samhället.

6.6 Vikten av krav i behandlingen

En av frågorna jag ställde handlade om de krav som ställs på patienterna i behandlingen. Vad tyckte intervjupersonerna om dessa krav på dem och är krav något som behövs överhuvudtaget? Det verkade råda konsensus kring kravens nödvändighet inom LARO. När jag ställde frågan om det behövs krav överhuvudtaget svarade samtliga intervjupersoner, i princip utan att tveka, att krav är en nödvändighet. Martins svar på hur det hade varit utan krav:

Det hade inte varit bra alltså. Det blir ju lekstuga. Alltså, det, nej. Krav måste finnas.
(Martin)

Christer svarar på samma fråga:

Anna: Men tänker du att det ändå är nödvändigt att det finns några krav?

Christer: absolut!

Anna: eller skulle man kunna tänka sig en behandling utan några som helst krav?

Christer: nej, nej, absolut inte, definitivt inte.

Anna: Varför är det viktigt då, att det finns krav?

Christer: för... ja, annars blir det bara sån, kom och hej.

Han fortsätter att prata om vikten av krav och kontroll:

Christer: Jo, jo, men i fall det inte finns det så, ja men en människa kan ju inte göra hur den vill och så komma hit och så få sina tabletter och så gå ut och knarka liksom. Utan det måste ju vara det här, kraven. Och det... Ja, det är rätt självklart.

Anna: att det ändå behövs någon form av kontroll eller vad man ska säga...

Christer: ja, absolut! Och urinprov och alla sådana här prov liksom, så att det är sådant man bara får köpa, så är det ju liksom. Och skulle det inte finnas, så skulle man nog börja dribbla med sig själv, ja men nu kan jag göra det här och...

Filip svarar också på frågan om hur det hade sett ut med en behandling utan krav:

Alltså, det går ju inte... just den grejen det går inte, bara dela ut så... så här medicin hej vilt, det måste finnas någon slags kontroll och jag tycker det är [rimligt] som det är nu. Eh... alltså, den biten, nej, jag upplever ingenting fel faktiskt där. Ja.. det är ju det här som blir jobbigt för mig när man pratar med andra missbrukare liksom dom inte riktigt håller med där att dom upplever att det är alldeles för hårt så jag ... nej alltså, det handlar om... det är liksom så, det är en hälsofråga liksom, ibland är det en fråga om liv och död liksom, som, alltså, nej, det är absolut inte för hårt. (Filip)

Och Markus svar på samma fråga:

Markus: nej, det tänker jag väl, det låter väl ganska orimligt alltså...

Anna: men vilka krav då? Är... dom här kan vara bra?

Markus: alltså, rimliga grejer, du vet, så här... så man får komma, jag tycker själv, i den perfekta världen, men det är ju inte riktigt det, men, att man kan komma överens typ, göra upp en plan tillsammans och sen måste, är det upp till mig att följa den typ, istället för att någon annan ska hitta på i sitt huvud vad hon tror fungerar, eller han. Det låter väl så här, drömscenario typ. För jag vill ju, det är därför jag sitter här överhuvudtaget typ, eller är här på den här mottagningen, det är för jag vill ju ha en förändring du vet... Och jag vill att den ska hålla i mer än tre, fyra månader och sedan "back to... ja" går om så...

Han fortsätter prata om straff eller konsekvenser, till exempel om någon manipulerar vid medicinhämtning:

Ja men för det låter ju rimligt också för om man skulle komma på någon med att stoppa undan sin medicin och inte ta den då... då tycker jag absolut det ska finnas något straff för då, ja då har man ju inte behov av den, du vet. Om man inte tar sin medicin... och så känner jag väl med att det ska finnas, istället för att ta bort medicinen, som nu får jag åka typ måndag till fredag tills mina prover är helt rena och... det känns helt rimligt alltså, för det blir lite lättare faktiskt, att hålla det bra då, också. Så... det är klart det ska finnas... inte straff, men [...] ja, men konsekvenser, så det blir så här, uppstyrt [...] och det är mycket bättre än att jag bara skulle fortsatt att få medicinen för en vecka till exempel. Så... ja, självklart, det måste ju, om man inte följer typ reglerna så måste det ju bli konsekvenser, det håller jag med om. (Markus)

Även om de flesta intervjupersonerna betonade vikten av ett gott bemötande från personalen och vikten av förståelse för den situation man befinner sig i, så var det alltså tydligt att alla intervjupersoner var överens om att regler, strukturer och krav behövs. Som man ser i berättelserna ovan pratar flera personer utifrån en slags sjukdomsinsikt eller sjukdomsbild att en del i beroendesjukdomen också är att det är lätt att börja manipulera eller “dribbla” om man får utrymme att göra det. Det verkade också finnas en slags rättviseaspekt i detta, att det ska löna sig att sköta sig.

Utifrån ett skademinimeringsperspektiv skulle man kunna förstå åtminstone vissa krav som problematiska, framförallt när det kommer till en livsviktig behandling (Eklund & Hildebrand 2017, Tammi & Hurme 2007). Petersson (2017) belyser maktrelationen mellan patient och personal inom LARO och problematiserar personalens tolkningsföreträde. Kraven som intervjupersonerna talar om ovan kanske kan förstås just så, som personalens beslut som patienterna tvingas följa. Samtidigt som intervjupersonerna (i vissa avseenden) inte verkade ha något emot detta. Patienterna verkade tvärtom uppleva vissa av kraven som en hjälp som på så vis fungerar skademinimerande.

Intervjupersonernas uttalanden visar på en internalisering av samhällets ideal och tankar, en del av det som Goffman kallar för en moralisk karriär (Goffman 1963:45–46). Den straffmentalitet som präglar svensk narkotikapolitik är något som många personer i missbruk internaliserat och det stigma det innebär att vara beroende påverkar inte bara den normales syn utan också den stigmatiserades självbild (Blake et al. 2020, Sohlmér 2017). I en förklaringsmodell där beroende förstås som en sjukdom, och då kanske framförallt en viljans sjukdom, finns ett problem med att betona individens autonomi. Hur kan man vara fri att välja om ens vilja är sjuk (Keane 2003:230–231)? Jag tolkar både Christers och Markus uttalanden ovan som en del i denna förklaringsmodell, att beroendesjukdomen omöjliggör vissa typer av val. Krav och kontroll är nödvändiga för annars kommer sjukdomen ta över och “dribbla” eller manipulera. Å andra sidan kanske det är helt rimligt att en behandling med narkotikaklassade preparat omges av viss kontroll, inte minst utifrån en medicinsk aspekt där det handlar om att försäkra sig om medicinsk säkerhet (Eriksson 2017). Framförallt om patienterna, som ovan, upplever kontrollen som en hjälp och ett stöd i behandlingen.

6.7 Konflikt mellan patient och personal: maktutövning, bestraffningar och konsekvenser

Det blev tydligt i intervjuerna att det fanns många spänningar mellan personalen och patienterna. Personalen framträdde på många sätt som en representant för normaliteten och samhället medan patienten stod för det avvikande, den stigmatiserade (Goffman 1963). De krav som personalen till exempel ställde på patienterna var ofta knutna till värderingar som är förankrade i samhället i stort; som t.ex. att drogfrihet är något positivt eller att personer som missbrukar ses som karaktärssvaga (Blake et al. 2020; Petersson 2017). Detta avsnitt kommer fokusera på konflikter mellan patient och personal.

Markus pratar om känslan när personalen ställer orimliga krav på honom:

Markus: Det är som när jag började här dom sa: “nej men du får gå här men sen SKA du fixa ett jobb”, Vadå ska? Jag klarar inte av det! Lyssna på mig, jag tar den tid jag tar, det tar den tid det tar, liksom bara jag håller mig drogfri liksom och [...] Sen, jag menar, är det helt upp till patienten och den sjuksköterskan man har liksom, att hur tajta man kan bli och hur, ja, vilket samarbete man har och att dom lyssnar på det som jag har att säga och hur jag känner. Sen... även ifall jag vet att det är så skönt med ett jobb och ha rutiner, och det kanske är någonting som man önskar men det är ingenting som man klarar av förrän man är helt redo.

Markus fortsätter att prata om vikten av att bli trodd. Han reflekterar kring känslan av att bli misstänkliggjord av personalen:

Alltså, jag vet inte, jag tycker det, alltså konsekvenser och sånt... jag vet inte om det hjälper, vet du? Jag tror inte morderna hade gått ner i Sverige för att man hade dödsstraff till exempel. Så jag tror inte att hota med till exempel att ta bort medicinen nästa gång du tar ett återfall du vet, det funkar inte. För händer det så händer det. Man går inte och tänker, det går inte att tänka på det sättet du vet, jag tror bara folk måste ha ett väldigt tålmod alltså, och lita på att man vill någonting, du vet. För det är också så här, jag hade inte åkt hit varje dag om jag inte hade velat... känner jag också du vet, då måste dom lita på att det är så, att man inte bara vill ha medicinen för att sälja den eller nåt sånt. [...] Nej dom måste lita på en mer, bara för att man är knarkare så ljuger man inte om allt, du vet. Det känns lite så ibland också. Men det kan ju vara en känsla också [...] men det känns så många gånger att det är... att man ljuger, som till exempel nu att jag bara vill ha mer, en annan medicin också (Markus)

Martin svarar på frågan om hur han tror att personalen vill eller tycker att han ska leva sitt liv:

Martin: Ja, det ska va felfritt, drogfritt. Eh... ja. Svensson. Riktig Svensson

Anna: Hur gör du då för att hantera dom kraven? Det låter som ganska höga krav? Felfritt och drogfritt?

Martin: det är inte lätt. Som sagt, nu har jag varit inne i en period då jag inte har lyckats så jättebra med det. Det har varit sidomissbruk. Försöker. Hela tiden. Komma tillbaka till en... Att bara gå på buprenorfinet. Ja. Det har varit... Jag vet inte riktigt hur jag ska svara på den. Faktiskt.

Anders pratar om det han upplever som bestraffning från personalens sida:

Anna: men tror du att dom, eller upplever du att dom lägger någon värdering i till exempel om du... tar droger eller inte?

Anders: Det vet jag: Ja. Det svaret är ja, det lägger dom verkligen en värdering i. För tar dom bort lediga dagar när man är positiv till exempel och så säger dom att det inte är ett straff... vad är det då? Är det för att hjälpa mig? Att jag ska komma hit varje dag. Tror du det gör... när det är en lång bussresa och jag får gå upp tidigt, tror du det gör mig mer motiverad att vara drogfri? Ja nu under den här pandemin, och regeringen säger att: åk inte buss, åk inte kollektivt, ändå får man göra det, men så står det här nere på en lapp: "känner du några symptom så ska du ringa på och vänta här nere". Jaha, men jag har suttit på bussen redan i en timme och kan ha smittat ner folk men jag får inte komma upp dit. Men jag får ändå gå, ja... flera dagar i veckan.

Markus uttalanden ovan står i kontrast till den konsensus som verkade råda om kravens nödvändighet i föregående avsnitt. Markus problematiserar vissa av de krav som personalen ställer och gör en jämförelse med dödsstraff. Markus menar att vissa av de konsekvenser som personalen driver igenom är verkningslösa och moralistiska. Kanske kan man förstå Markus uttalande som en önskan efter ett tydligare skademinimeringsperspektiv hos personalen med mindre straffmentalitet och moralism. Framförallt verkar Markus vända sig mot de gånger man väljer att avsluta behandlingen som ett slags straff, något som är synonymt med livsfara för personen som skrivs ut (Heilig 2017, Kakko 2017).

Markus betonar vikten av att bli sedd och hörd som den individ man är och han verkar ha erfarenheter av att bli misstrodd och pratad över huvudet på. Martin och Anders pratar i sin tur om känslan av att bli motarbetad av personalen och känna att man inte får det stöd man behöver utan snarare att känna sig dömd. Relationen mellan personal och patient är fylld av ojämlikhet och maktobalans (Petersson 2017:211–214). Makt är en central aspekt av stigma, där den normale alltid har ett maktövertag gentemot den stigmatiserade (Link & Phelan 2001). Ett exempel på detta är att en patientgrupp kan sätta en etikett på en personalmedlem som t.ex. ovanligt sträng eller bestraffande. Ett sådant "stigma" får dock aldrig några reella konsekvenser för personalen eftersom patientgruppen inte har någon makt att driva igenom ett sådant stigma (Link & Phelan 2001:376). Personalens kategoriseringar och bedömningar av patienterna kommer således bära en mycket större tyngd och få mycket större konsekvenser än patientens upplevelse av personalen (ibid.). Det är vad Petersson benämner som en brist på demokratisering där personalens tolkningar av verkligheten väger mycket tyngre än patienternas (Petersson 2017:225). Kapadia et. al (2021) beskriver en typ av filosofisk krock som sker inom sjukvården när skademinimering ska implementeras i gamla institutioner. I den traditionella sjukhusmiljön är personalen experter som besitter kunskap och som därmed har mandat att bestämma över patientens behandling. Inom skademinimeringen är det istället patienten som definierar sina behov och som stärks som kunskapsbärare (Kapadia et al. 2021). Denna krock tycks ske på såväl individuell som strukturell nivå inom vården, något som intervjupersonernas berättelser bekräftar.

Ytterligare en aspekt av intervjupersonernas berättelser är att personalens maktutövning kan förstås som ett sätt att försöka fostra in patienterna in i en normalitet. T.ex. hotet om att avsluta behandling om patienten sidomissbrukar, eller tvånget att komma till mottagningen dagligen om man lämnar positiva prover. Genom dessa regler, konsekvenser eller straff skickar personalen en tydlig signal om vad som är önskvärt beteende och inte (Jmfr. Duff & Moore 2015). Gideonse (2015) beskriver att en av hjälpapparatens (dvs. sjukvård, socialtjänst m.m.) huvuduppgifter är att göra människor normala genom sina institutioner. Många av de konsekvenser eller straff som patienterna beskriver handlar om att patienterna ska komma i arbete eller leva drogfria liv. Duff och Moore (2015) gör samma reflektion, att behandling och sjukvård i alla dess former handlar om att återskapa eller upprätthålla normalitet. Något som

blir problematiskt när målgruppen man arbetar med har ett ambivalent förhållande till normalitet (Duff & Moore 2015:501). Kanske vill man inte leva ett drogfritt liv, kanske vill man inte arbeta och kanske vill man inte bli ”normal”. Om de olika institutioner som finns till för att hjälpa en, hela tiden trycker en i normalitetens riktning finns en risk att individen inte längre orkar vara kvar i behandling eftersom kraven och förväntningarna inte överensstämmer med ens egna önskningar och ambitioner (ibid.).

6.8 Patienternas beroendeställning till personalen: maktbalans mellan patienter och personal

Ett annat tema som framträdde i intervjuerna var den beroendeställning som många intervjupersoner upplevde i förhållande till LARO. Det fanns en spänning i många av intervjupersonernas berättelser mellan att vilja göra motstånd mot LARO-personalen och den samtidiga vetskapen om att behandlingen var livsnödvändig för dem. Denna beroendeställning skapade emellanåt friktion och frustration. Hans berättar om hur det varit och känts de gånger som hans behandling äventyrats:

Så länge jag är i behandling, och får behandlingen, så är mina grundläggande hälsovärden och sånt där under kontroll liksom. Men sen så kanske det kan bli nåt positivt prov eller någonting någonstans, men det betyder ju inte liksom att... det är så illa därän att man drar in behandlingen för det. Och jag har ju fått behandlingen indragen några gånger och det har ju i sig satt mig i mer hotande, livshotande situationer till och med, när jag inte får behandling. Och då blir min hälsa så dålig att jag faller tillbaka in i mitt gamla beteende och måste förlita mig på den svarta marknaden och sånt där... och... det har väl visat sig att bli mer kontraproduktivt att dra in behandlingen än att ha den bara

Anna: mmm, så det har liksom blivit vissa situationer där det helt enkelt handlat om ifall du ska vara kvar i behandling eller inte där du har velat det och personalen har velat avsluta?

Hans: ibland så har det... nu säger jag inte direkt att det är så just nu men det har varit så tidigare. Typ att man har kanske använt, ja liksom hotat med att “du måste göra såhär och såhär annars drar vi in behandlingen” typ så. Och så har jag kanske tvingats att göra saker som jag kanske inte direkt vill bara för att få behålla behandlingen. (Hans)

Medan Filip berättar om hur svårt det var för honom att komma in i behandling och hur det kändes för honom:

Alltså, om den här behandlingen är till för att skydda och hjälpa liksom människor då [...]. Men däremot så kan jag tycka att det var lite svårt att komma in. [...] det var inte öppna armar, det var inte liksom någon slags hjälp från själva LARO. Jag minns när jag kom med första egenremissen då var det väldigt sura miner och sen eftersom jag inte har missbrukat heroin men alla andra opiater så var det liksom... dom sa direkt när jag lämnade in den där på korridoren, det var på ett annat ställe då. Sa dom liksom: "nej, det är bara om man missbrukar heroin som man får den här hjälpen", så var det med det typ. [...] Jag hade en person som jag gick på samtal med [...] och det var faktiskt tack vare henne som att jag ens vågade försöka att arbeta mig in här. [...] Om man lägger till att man är missbrukare liksom, och när man inte får någon slags såhär välkomnande.

Anders berättar om när han blev utskriven ur LARO för flera år sedan och hur han upplevde det:

Anders: ja, [för några år sedan] ställde dom krav på mig för jag hade så mycket blandmissbruk av benso. [...] Men förr då var det nävar alltså, ja, och jag kom till mottagningen ändå. Så dom som bestämde då... var så snälla och tog in mig på ett samtal när jag kom dit och var jättepåverkad. Och kallade in mig och så säger dom: "Ja, du har två val. Du håller på för mycket med bensot och vi har sagt till det". Det tror jag dom sa, att vi har sagt till... Sista tiden så vet jag att det varit, att man har fått skriftliga varningar och så men... det fick man inte på den tiden. Så säger dom att: "du får två val: antingen skriva in dig här på avdelningen. Avgiftning och inställning, ja. Eller så... utskrivning". Ja... (skrattar) Vad tror du jag väljer?

Anna: nej jag vet inte? Utskrivning?

Anders: Ja, sitt där med era jävla mediciner då, ta dom själva! Dra åt helvete! Och så gick jag. Sedan dagen efter ångrade jag mig kraftigt men det var för sent.

Christer i sin tur kontextualiserar beroenderelationen man har som patient gentemot LARO genom att göra jämförelsen att träffa sin kran ute för att få tag på heroin:

Ja, det är så jävla jobbigt när folk går över huvudet på en, liksom... Skulle dom be mig här hoppa på ett ben, för att jag ska få mina mediciner, så måste jag göra det. [...] Ja, man är ju [i en beroendeställning] likaväl som man ska träffa sin kran ute för att få tag, jo men det är faktiskt så [...]

Anna: ja, det är lite samma känsla tycker du?

Christer: Ja, det är det, fast där ute så är det ju en annan sak och här inne är det ju en

annan sak om man ser det så, men ändå så är det den här maktgrejen om man säger, den som håller i grejerna den är ju den man får lyssna på.

Christers jämförelse sammanfattar på ett sätt alla berättelserna i detta avsnitt, den beroendeställning som man som patient befinner sig i gentemot personalen och LARO i stort. Substitutionsbehandlingen är livsnödvändig för patienterna vilket gör att de har otroligt mycket mer att förlora än vad personalen har, insatserna är mycket högre. Personalen går till jobbet medan patienten går till en livsviktig behandling vilket gör att förutsättningarna i grunden är väldigt ojämlika.

Berättelserna om att inte få den behandling som man behöver skiljer sig lite åt. Filip är ett exempel på en person som aldrig använt heroin men ändå har ett opioidberoende. Han är en av de personer som blivit lidande eftersom han använde “fel” sorts opioid och därmed nekades behandling. Den s.k. “opiatregeln” är ett exempel på en del i en lagstiftning som inte grundade sig i vetenskapliga fynd utan snarare på moralism och okunskap (Heilig 2017, Kakko 2017, Monwell 2019).

Hans och Anders berättelser handlar om att de blivit utskrivna ur behandling på grund av sidomissbruk. Personalen motiverar en sådan utskrivning med medicinsk säkerhet medan patienten upplever det som straff och moralism. Petersson (2017) problematiserar begreppet “medicinsk säkerhet” och hur detta används inom just substitutionsbehandling. Hon menar att detta begrepp inom LARO fylls med personalens värderingar och känslor och att därmed används på ett godtyckligt sätt (ibid:214–215, 220–222). Anders största invändning verkar vara hur utskrivningen gjordes. Överläkaren och chefen tog in honom i ett rum när han var tydligt bensopåverkad och gav honom ett ultimatum. Scenen som Anders målar upp är fylld med maktobalans och betonar än en gång personalens tolkningsföreträde över patientens (Link & Phelan 2001; Petersson 2017).

6.9 Bemötande: vikten av en god relation mellan patient och personal

Ett annat tema som blev tydligt under intervjuernas gång var vikten av ett gott bemötande och en god relation till personalen på mottagningen. Det framkom både exempel på gott och dåligt bemötande och hur detta fick intervjupersonerna att känna.

En aspekt av bemötande som var återkommande hos flera intervjupersoner var känslan av att personalen tog beslut över huvudet på en. Christer ger ett exempel:

Det blir så lätt fel att gå över huvudet på en. Liksom, som när jag skulle komma hit då, "ja men nu har du ju fått", jag skulle få suboxone⁸ istället, det är också en sån här grej som jag reagerar på då när folk, eller ni, när personalen går över huvudet på en, "oj nu skulle jag få det". (Christer)

Christer, som tidigare har betonat vikten av krav i behandlingen, fortsätter med att resonera kring hur dessa krav förmedlas till honom:

Man kan ju inte bara styra och ställa utan man får ju mötas, dom får ju ha, ni får ju ha era krav liksom... som, ja, givetvis att man ska vara nykter, att man ska lämna sina prover och liksom... fast sen liksom inte att ni kan ställa dom kraven att "nej men nu SKA ni göra det", för just det SKA, jag kan bara prata för mig själv, att... jag SKA göra någonting, då blir det helt, då kan man vända och bli som en femåring. Nej men det är ingen som kan tala om att jag SKA göra någonting, jag menar... jag, ni vill att jag SKA vara nykter och det är det jag jobbar med liksom. (Christer)

Flera patienter tog upp exempel på när deras läkemedel hade bytts ut eller de fick besked om andra förändringar i sin behandling utan att få någon möjlighet att påverka. I Socialstyrelsens riktlinjer HSLF-FS 2016:1 5 § står det att: "De insatser som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet". Hur patientens behov, självbestämmande och integritet respekteras är dock en tolkningsfråga som personalen äger. Petersson tar åtskilliga exempel på detta i sin avhandling där hon illustrerar hur personalens maktutövning får konsekvenser för patienterna (Petersson 2013, 2017).

Personalen på LARO kan ses som ett exempel på det som Goffman kallar för "de visa". Det vill säga personer som jobbar med den stigmatiserade gruppen och som därmed förväntas besitta extra mycket kunskap och empati för den stigmatiserade (Bates & Stickley 2013). Bates och Stickley menar dock att psykiatrin är ett exempel på en miljö där stigma har

⁸ Suboxone är ett substitutionsläkemedel som innehåller buprenorfin och naloxon

institutionaliseras i verksamheten och där professionella på ett passivt sätt hjälper till att upprätthålla stigmatiserande strukturer (Bates & Stickley 2013:570–574). Petersson bidrar också med en mängd exempel på just detta, att personalen inom LARO fungerar som utövare av en repressiv och kontrollerande praktik (Petersson 2013). I en verksamhet som styrs av kontroll och som bygger på en uppdelning av ett vi-och-dem, där personalen står för normaliteten och patienten för det avvikande är det svårt för personalen att motverka stigma eftersom systemet bygger på att personalen är med och upprätthåller strukturerna (Bates & Stickley 2013:572).

En del av intervjupersonernas berättelser fokuserade mer på det goda bemötandet och hur viktigt detta var för behandlingen. Hans är inne på vikten av det egna ansvaret och att betona individens autonomi:

Hans: varje vuxen människa är ju ansvarig för... sitt eget liv. Dom valen man gör så. Och man måste låta en människa vara en människa liksom, man kan inte bara gå in och styra och ställa i allting. Det blir...Man måste ta ansvar.

Christer beskriver vilken typ av bemötande han tycker är viktigt om en patient har tagit ett återfall:

Christer: Det går ju inte att komma hit och så vara påverkad, gör det inte. Sen kan det ju bero på, vad är människan påverkad av? Vad behöver människan för att få hjälp liksom? Istället för att bli utslängd.

Anna: ja, för jag tänker, återfall är ju många gånger en del i...

Christer: jaja, det bästa är ju återfall så att man lär sig, men, just personalen, hur, eller vad man ska göra, ska man bara bli utslängd då liksom? När man har fått ett återfall och man har det jävligt tufft? Det tycker jag... det är ju helt fel. Då ska dom mer knyta band, eller ta hand om den människan, som verkligen behöver det då, om nu patienten själv vill, det märker man ju lätt, med vad man är beredd att offra, vad man vill göra och... vad personalen kan hjälpa en med då.

Och vidare:

Det enda man kan göra, det är att följa deras krav. Sen är det ju att om det nu är så att vi ska komma bra överens så får vi mötas halvvägs, på vissa grejer liksom, att lyssna på mig lika mycket... som ni vill att jag ska göra, för det gör jävligt mycket att man kan ha den kontakten liksom att... ja, att man kan prata med varandra och man kan förstå varandra liksom. (Christer)

Filip ger uttryck för en lite annorlunda syn på personalen, kanske som lite mindre engagerade men ändå hoppfulla:

Nu tänker jag inte på att det är personalen i sig själva som vill det utan det är dom allmänna reglerna. Och jag fattar ju det liksom att det... ja, jag fattar ju varför dom här reglerna finns och... men egentligen så, det handlar ju för mig om... om hur mycket jag själv orkat liksom, och då... jag vet inte om jag upplever det att det är personalen... jag vet inte, jag tänker på dom nuförtiden som ganska neutrala, typ att dom, på nåt sätt hoppas kanske? Eh... alltså, det kan skifta, och ibland så kan man tänka att dom bara liksom har det som ett jobb men, alltså det handlar ju om hur man själv mår typ för tillfället. (Filip)

Och Markus betonar att han har fått många chanser av personalen, något han uppskattar:

Alltså, det är väldigt svårt... jag tänker att här känns det ändå som dom vill ens bästa på nåt sätt alltså. Fast det är klart att det är lite småsaker som man inte alltid är överens om så men... över det stora hela så känns det nog att dom vill ens bästa, för jag har fått, i alla fall det här året har jag fått ganska många chanser och sånt, jag har gjort bort mig mycket, så jag tycker ändå att jag fått ganska bra chanser så, att dom vill ens bästa, så typ. (Markus)

Trots alla de exempel som framkommit tidigare på kamp och konflikt mellan patient och personal så tog också intervjupersonerna många exempel på betydelsen av just den goda relationen. Många verkade känna en tacksamhet över att behandlingen finns och att de får den. Det som intervjupersonerna betonade som viktigt var lyssnandet, ett icke-dömande förhållningssätt och empati och förståelse för situationen man befinner sig i. Att känna att man blir respekterad och sedd som en människa, inte bara som en patient verkade också vara viktigt för intervjupersonerna, något som går i linje med många andras vittnesmål (Blake et al.

2020, Sohlmér 2017). I bästa fall kanske LARO-personal kan leva upp till att vara “de visa”, personer som besitter kunskap och förståelse som andra inte gör och som kan bemöta personer som lever med stigma på ett mer empatiskt och kunnigt sätt än gemene person.

Intervjupersonerna tycktes uppleva personalen som mest positivt när personalen förmedlade en skademinimeringssyn på deras livssituation, ett amoraliskt och icke-dömande förhållningssätt till droganvändande och livsstil (Keane 2003, Sohlmér 2017, Tammi & Hurme 2007). Svårigheten med detta tycks dock vara att systemets uppbyggnad många gånger motarbetar detta förhållningssätt (Bates & Stickley 2013, Petersson 2017).

7. Avslutande diskussion

I detta kapitel kommer jag sammanfatta vad jag kommit fram till i resultat- och analysdelen och återknyta det till mitt syfte och mina frågeställningar. Jag kommer även avsluta med en kortare diskussion kring vad jag kommit fram till under uppsatsens gång och vilka eventuella konsekvenser detta kan ha för substitutionsvården i Sverige.

7.1 Sammanfattning av resultat- och analysdelen

Syftet med studie har alltså varit att undersöka hur vissa patienter inom substitutionsbehandling säger att de upplever och hanterar begreppen utanförskap och normalitet samt hur de beskriver att de förhåller sig till de implicita och explicita krav som ställs på dem inom behandlingen och hur dessa påverkar dem. I resultat- och analysdelen har jag systematiserat den empiri som intervjuerna genererat under nio olika rubriker. Tanken med detta har varit att skapa struktur och belysa syfte och frågeställningar från olika synvinklar. Nedan kommer jag kortfattat sammanfatta vad som framkommit i resultat- och analysdelen i förhållande till de olika frågeställningarna.

– Hur beskriver intervjupersonerna att de förhåller sig till normalitet?

Intervjupersonerna uppvisade ett ambivalent förhållande till normalitet. Flera intervjupersoner uttryckte en längtan efter ”ett normalt liv” och pekade på nackdelar med att leva i utanförskap. Intervjupersonerna beskrev flera upplevelser av hur deras stigma har påverkat och påverkar deras vardag. Samtidigt uttryckte flera intervjupersoner skepsis mot normalitet. Flera av intervjupersonerna betonade vikten av att själv få välja hur man ville leva sitt liv

istället för att pressas in i en påtvingad normalitet. Intervjupersonernas självbild innehöll både en slags sjukdomsinsikt och internaliserat stigma men också ett motstånd mot majoritetssamhället och en tanke om att man har andra behov och perspektiv än den normale.

– Hur upplever intervjupersonerna LARO-personalens förväntningar på dem avseende deras livsstil och hur stämmer det överens med deras egna mål och önskningar om hur de vill leva sina liv?

I resultat- och analysdelen framkom det en tydlig maktkamp mellan patienter och personal inom LARO. Det blev tydligt att intervjupersonerna gjorde motstånd mot personalens krav och förväntningar på dem samtidigt som de många gånger internaliserat det stigma som det innebär att leva med en beroendesjukdom. Intervjupersonerna upplevde ofta att personalen ville påverka dem att leva ett mer normalt liv även när detta inte var något som intervjupersonerna själva önskade. Intervjupersonerna fokuserade mycket på de krav och den maktobalans som de upplevde fanns inbyggd i LARO-behandlingen och hur dessa får stora konsekvenser för dem som patienter samtidigt som personalen inte påverkas i någon högre utsträckning. Detta medförde att man vissa gånger upplevde att man fick kompromissa med sina egna önskemål eller behov av rädsla att förlora behandlingen.

– Hur kan intervjupersonernas berättelser förstås utifrån aspekter som stigma, medikalisering och skademinimering?

Intervjupersonernas berättelser har analyserats med hjälp av stigma, medikalisering och skademinimering. Stigma har använts som en röd tråd för att tolka och förstå patienternas berättelser om normalitet och utanförskap men också hur patienterna hanterar sitt stigma.

Detta har framförallt genererat en bild av patienterna som bärare av stigma. Detta i och med deras beroende, men också i relation till deras upplevelser av utanförskap i stort.

Intervjupersonernas berättelser om deras behov av behandlingen och bilden av deras beroende som en sjukdom har analyserats ur ett medikaliseringsperspektiv. Intervjupersonernas framställning av sidointag har också tolkats utifrån ett sådant perspektiv. Intervjupersonernas uppfattning av sig själva och förståelse av sin livssituation har också denna analyserats ur ett medikaliseringsperspektiv. Skademinimering har löpt som en röd tråd genom analysen där intervjupersonernas upplevelser av stigma och moralism har tolkats utifrån ett skademinimeringsperspektiv.

7.2 Mina avslutande reflektioner

En tanke som följt med mig genom hela uppsatsskrivandet är komplexiteten som omger beroendefrågor. Det har varit frestande att försöka förenkla verkligheten och välja bort perspektiv som är motsägelsefulla. Å ena sidan har jag läst kritik mot medikaliseringen och hållit med den. Å andra sidan vet jag om hur livsviktig LARO-behandling är och hur många liv den räddar. Stundtals tyckte jag inte att någon av intervjupersonerna pratade om normalitet samtidigt verkade allt handla om normalitet. Att knyta ihop säcken känns därför svårt eftersom jag är rädd att förenkla verkligheten. Jag har valt ut och valt bort citat, jag har konstruerat en verklighet genom mina intervjupersoner. Dessa insikter och denna komplexitet i materialet är dock något som jag menar går hand i hand med min vetenskapsteoretiska positionering och mina metodval. Att verkligheten är komplex och föränderlig och att vår förståelse av den alltid kommer färgas av de glasögon vi tittar på den genom.

Stigma är en verklighet som LARO-patienter lever med varje dag. Substitutionsbehandling är fylld av kontroll och personalen som arbetar där utövar makt över patienterna på daglig basis. Dessa två komponenter, att patienterna lever ett liv fyllt med stigma och att den livsnödvändiga behandlingen erbjuds samtidigt kantas av kontroll och maktutövning tycker jag är två viktiga saker att belysa och diskutera. Läsningen om LARO:s historia i Sverige kantas av moralism och utestängande (Monwell 2019). Den svenska narkotikadödligheten är i skrivande stund högst i Europa (EMCDDA 2020).

Beroende är ett komplext fenomen. Genom detta uppsatsskrivande har jag, likt många före mig, landat än mer i att ett multifaktoriellt synsätt på beroende är nödvändigt (t.ex. Monwell 2019). Läkemedel fyller en funktion, men det krävs också psykosociala insatser. Det behöver förstås som ett individuellt problem men i lika hög utsträckning som ett strukturellt samhällsproblem. Men framförallt tror jag att beroendevårdens största utmaning är att skifta fokus från det sjuka och avvikande i patienterna till det friska och starka. Om personer med beroendeproblematik ska kunna bli stärkta, och se på sig själva som kompetenta individer som har något att ge till samhället, krävs det att "de visa" som jobbar med frågorna speglar den bilden av dem. Och det i sin tur förutsätter att personal lyssnar och arbetar tillsammans med patienterna.

Min bild är att många av de strukturer som omger psykiatrin och beroendevården i stort bygger på en institutionaliserad maktutövning med otroligt tydliga hierarkier mellan patienter

och personal. Inom ramen för dessa strukturer är både personalens och patienternas roll väldigt begränsade. Mycket har hänt, bara det senaste decenniet, där skademinimering har blivit en större del av beroendevården och där den amoraliska hållningen till missbruk blir tydligare inom beroendevården. Detta är en positiv förändring, men vi har långt kvar att gå. Min kliniska erfarenhet säger mig att den stora majoriteten av de människor som arbetar inom beroendevården är personer som vill göra gott för patienterna. Detta räcker tyvärr bara en bit på vägen när vi verkar inom ett system där kontroll, maktutövning och hierarki är institutionaliserade. Jag vet inte exakt hur beroendevården i allmänhet och LARO i synnerhet bör förändras. Jag tycker att det blivit tydligt under uppsatsskrivandets gång att många patienter inte känner sig respekterade, sedda eller ens värda den livsnödvändiga behandling de behöver. Det tycker jag bör vara en tydlig signal till oss som arbetar med frågorna, men också till samhället i stort att vi behöver förändra vårt sätt att se på och arbeta med beroendefrågor. Rätten till vård, omsorg eller empati ska inte vara beroende av om man vill eller klarar att leva ett normalt liv eller inte. Den bör bygga på alla människors okränkbara och lika värde.

Referenser

Andersson, Annika & Spak, Fredrik (2012) "Riskbruk, missbruk och beroende av alkohol – definitioner och begrepp". I: Fahlke, Claudia (red.) *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*. Malmö: Liber.

Bates, Laura & Stickley, Theo (2013) "Confronting Goffman: How can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (7): 569–575.

Blake, Denise, Pooley, Sheridan & Lyons, Antonia (2020) "Stigma and Disaster Risk Reduction among Vulnerable Groups: Considering People Receiving Opioid Substitution Treatment". *International Journal of Disaster Risk Reduction* 48: 1–7.

Bryman, Alan (2016) *Social research methods* (5th edition) Oxford: Oxford University Press.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder* (3:e upplagan) Malmö: Liber.

Conrad, Peter (2005) "The shifting engines of medicalization". *Journal of Health and Social Behavior* 46 (1): 3–14.

Duff, Cameron & Moore, David (2015) "Evading and Embracing Normality: Estrangement and Ambivalence in the Accounts of Methamphetamine Consumers". *Critical Public Health* 25 (4): 488–503.

Eklund, Niklas & Hildebrand, Mikaela (2017) "Dags att göra upp med dödliga dogmer". I: Eklund, Niklas, & Hildebrand, Mikaela (red.). *Dogmer som dödar: Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal.

EMCDDA (2020) *European Drug Report 2020: Trends and developments*. Lissabon: EMCDDA.

Eriksson, Tobias (2017) *Klinisk handbok: Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende*. Akademiska Sjukhuset [www.uas.se Hämtad 2021-04-01]

Fangen, Katrine (2005) *Deltagande observation*. Malmö: Liber ekonomi.

Gideonse, Theodore K. (2015) "Pride, Shame, and the Trouble with Trying to Be Normal". *Ethos* 43 (4): 332–352.

Goffman, Erving (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin books.

Heilig, Markus (2017) "Dogmer som dödar". I: Eklund, Niklas, & Hildebrand, Mikaela (red.). *Dogmer som dödar: Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal.

Helgesson, Gert (2015) *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Hildebrand, Mikaela (2017) "Rätten till hälsa, globala riktlinjer och skademinimering i Sverige". I: Eklund, Niklas, & Hildebrand, Mikaela (red.). *Dogmer som dödar: Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal.

HSLF-FS 2016:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende*. [<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20161-om-lakemedelsassisterad-behandling-vid-opioidberoende/> Hämtat: 2021-04-01]

Juhila, Kirsi (2004) "Talking Back to Stigmatized Identities: Negotiation of Culturally Dominant Categorizations in Interviews with Shelter Residents". I *Qualitative Social Work: Research and Practice* 3 (3): 259–275.

Justesen, Lise & Mik-Meyer, Nanna (2011) *Kvalitativa metoder. Från vetenskapsteori till praktik*, Lund: Studentlitteratur.

Kakko, Johan (2017) "Killing by silence- om makt, maktens rus och maktmissbruk". I: Eklund, Niklas, & Hildebrand, Mikaela (red.) *Dogmer som dödar: Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal.

Kapadia, Sashi N., Griffin, Judith L., Waldman, Justine, Ziebarth, Nicolas R., Schackman, Bruce R. & Behrends, Czarina N. (2021) "A Harm Reduction Approach to Treating Opioid Use Disorder in an Independent Primary Care Practice: a Qualitative Study". *Journal of general internal medicine*. Förhandspublicerad online.

Keane, Helen (2003) "Critiques of Harm Reduction, Morality and the Promise of Human Rights". *The International Journal of Drug Policy* 14 (3): 227–232.

Kvale, Steinar (2006) "Dominance Through Interviews and dialogues". *Qualitative Inquiry* 12 (3): 480–500.

Lyon-Callo, Vincent (2004) *Inequality, Poverty, and Neoliberal Governance. Activist ethnography in the Homeless Sheltering Industry*. Toronto: University of Toronto.

Link, Bruce G., & Phelan, Jo C. (2001) "Conceptualizing Stigma". *Annual Review Of Sociology*. 27: 363–385.

Mayring, Philipp (2007) "On Generalization in Qualitatively Oriented Research". *Forum: Qualitative Social Reserach*. 8 (3).

Monwell, Bodil (2019) *En dyster parentes – opiatregeln i svensk LARO-behandling 2010-2016*. Jönköping: Jönköpings universitet.

Nettleton, Sarah, Neale, Joanne & Pickering, Lucy (2013) "'I Just Want to Be Normal': An Analysis of Discourses of Normality among Recovering Heroin Users". *Health*. 17 (2):174–190.

Okasha, Samir (2016) *Philosophy of Science: A Very Short Introduction*. (2:a upplagan)
Oxford: Oxford University Press.

Pauly, Bernadette (2008) "Harm reduction through a social justice lens".
International Journal of Drug Policy. 19 (1): 4–10.

Payne, Geoff & Williams, Malcolm (2005) "Generalization in Qualitative Research".
Sociology. 39 (2): 295–314.

Peled, Einat & Leichtentritt, Ronit (2002) "The Ethics of Qualitative Social Work Research".
Qualitative Social Work. 1 (2): 145–169.

Petersson, Frida (2013) *Kontroll Av Beroende. Substitutionsbehandlingens Logik, Praktik och Semantik*. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Petersson, Frida (2017) "Beroende av kontroll? För en beroendevård fri från straff och repression". I: Eklund, Niklas, & Hildebrand, Mikaela (red.) *Dogmer som dödar: Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal.

Radcliffe, Polly, & Stevens, Alex (2008) "Are Drug Treatment Services Only for 'thieving Junkie Scumbags'? Drug Users and the Management of Stigmatised Identities". *Social Science & Medicine* 67 (7): 1065–1073.

SCB (2014) *Statistisk årsbok för Sverige*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/aldre-statistik/innehall/statistisk-arsbok-1914-2014/> [Hämtad 2021-06-30].

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*.

Silverman, David (2015) *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.

Sohlberg, Peter, & Sohlberg, Britt-Marie (2019) *Kunskapens Former: Vetenskapsteori, Forskningsmetod Och Forskningsetik*. (4:e upplagan). Stockholm: Liber

Sohlmér, Jonna (2017) "En gång missbrukare, inte alltid missbrukare". I: Eklund, Niklas, & Hildebrand, Mikaela (red.) *Dogmer som dödar: Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal.

Svensson, Kerstin (2007) ”Normer, normalitet och normalisering”. I: Svensson, Kerstin (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Swärd, Hans (2007) ”Om outsiders och att hålla normalitetsdämonen i schack”. I: Svensson, Kerstin (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Tammi, Tuukka, & Hurme, Toivo (2007) “How the Harm Reduction Movement Contrasts Itself against Punitive Prohibition”. *International Journal of Drug Policy* 18 (2): 84–87.

Vetenskapsrådet (2017) *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Ågren, Gunnar (2015) “Missbruksvårdens medikalisering”. *Socialmedicinsk Tidskrift* 92 (4): 454–459.

Bilaga 1

Intervjuguide

Presentera mig själv samt info om informerat samtycke

- Berätta lite om dig själv och hur det kom sig att du hamnade i behandling här?
- Vad tänker du är ett normalt liv? (Vad är ett Svensson-liv?)
- Hur ser ditt liv ut just nu? Vad är normalt för dig just nu? Hur är det jämför med det du beskrivit?
- Hur skulle du önska att ditt liv såg ut?
- På vilket sätt känner du dig delaktig i samhället? (politik, känner du dig som en del av samhället?)
- Hur tror/upplever du att personalen här på mottagningen eller din soc.handläggare vill att du ska leva ditt liv?
- Hur gör du för att hantera personalens krav på dig?
- Vad skulle du önska att personalen här eller på andra ställen ställde för krav på dig om några?
- Finns det en risk att du känner att personalen “gett upp hoppet” om dom inte ställer några krav? Hur-fråga?

Bilaga 2

INFORMATION OM MEDVERKAN I STUDIE

November 2020

Hej!

Jag heter Anna Hagsgård och är utbildad socionom. Just nu håller jag på att skriva min magisteruppsats på Göteborgs Universitet som en del i min vidareutbildning. Jag har valt att göra intervjuer med personer som är inskrivna i substitutionsbehandling eftersom jag själv jobbar som kurator på substitutionsmottagningen i Göteborg och är intresserad av att förstå patientgruppen bättre.

Syftet med studien är: Att undersöka hur patienter inom substitutionsverksamheten säger att de upplever och hanterar begreppen utanförskap och normalitet och utforska begreppet ambivalens i förhållande till detta.

Jag är alltså intresserad av att försöka förstå hur ni som går på programmet tänker kring vad som är ett normalt liv och hur man förhåller sig till det.

För dig innebär medverkan:

- Att du medverkar i en inspelad intervju - ca en timme.
- Att du kan avstå från att svara på vissa frågor, utan att behöva säga varför.
- Att du när som helst under studiens gång kan hoppa av (fram tills att uppsatsen är färdig) och att du inte behöver säga varför.
- Att din medverkan kommer avidentifieras, ditt namn eller specifika personuppgifter kommer inte vara med.
- Att direkta citat från dig kommer användas i uppsatsen.
- Att den inspelade och transkriberade intervjun raderas när uppsatsen är färdigställd.
- När uppsatsen är färdig kommer den publiceras på GU:s databas för uppsatser.
- Att vi kommer överens om en uppföljning som passar dig, antingen via telefon eller mail. Om du vill kan du ex. få uppsatsen mailad till dig.

Min handledare heter Manuela Sjöström och hon jobbar på institutionen för Socialt arbete i Göteborg. Om du har några synpunkter på min studie som du inte känner dig bekväm med att ta upp med mig så kan du höra av dig till henne.

Tusen tack för att du vill vara med i min studie!

Anna