



# SPLITTRAD GRUND UTANFÖRSKAP I LARO UR ETT FENOMENOLOGISKT PERSPEKTIV

TINA HILL  
CAROLIN NILSSON

# SPLITTRAD GRUND

## UTANFÖRSKAP I LARO UR ETT FENOMENOLOGISKT PERSPEKTIV

TINA HILL  
CAROLIN NILSSON

Hill, T & Nilsson, C. Splittrad grund. Utanförskap i LARO ur ett fenomenologiskt perspektiv. *Examensarbete i Socialpsykiatri 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för socialt arbete, 2019.

**Abstrakt:** Läkemedelsassisterad behandling mot opioidberoende (LARO), där patienterna behandlas med en underhållsdos av metadon eller buprenorfin, är en debatterad behandling i Sverige. Personer som lever med opioidberoende är några av samhällets mest utsatta och utanförskapet är ofta väl förankrat när de söker och blir erbjudna hjälp i LARO. Forskning visar att utanförskapet fortsätter i LARO-behandlingen och att behandlingens utformning till och med kan förstärka det. Här undersöks utanförskapet som ett upplevt fenomen. Detta utifrån två sociala världar, professionens och patienternas. Uppsatsen innehåller en fenomenologisk teori liksom en fenomenologisk metod. De fenomenologiska intervjuerna resulterar i hur fenomenet utanförskap ser ut i sin struktur och dessa beståndsdelar redovisas utifrån de två sociala världarna. Resultatet visar både likheter och skillnader i upplevelsen av utanförskap vilket avhandlas i det sista avsnittet.

**Nyckelord:** Beroende, Buprenorfin, Fenomenologi, Heroin, LARO, Metadon, Opioidberoende, Substitutionsbehandling, Utanförskap.

# SHATTERED GROUND

## ALIENATION IN LARO FROM A PHENOMENOLOGICAL PERSPECTIVE

TINA HILL  
CAROLIN NILSSON

Hill, Tina & Nilsson, Carolin. Shattered ground. Phenomenology and LARO treatment. Fragmentation in LARO treatment. *Degree of Bachelor of Science (social psychiatry) 15 högskolepoäng*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of social work, 2019.

Abstract: LARO-treatment, where patients get methadon or buprenorphine in maintenance doses, is treatment witch has been debated a great bit in the country of Sweden. People living with opioidaddiction is some of the most vulnerable in society and when they try to and get help in LARO is alienation great part of their lives. Studies in the area shows that LARO-patients keep on living a life in alienation and that the organisation of LARO even make the alienation worse. In this context, this study is focusing in alienation as a phenomena by examine the lived experience of two social worlds in LARO, the patients and the profession. In this essey the phenomenological theory as well as the phenomenological method i used. From phenomenological interviews the structure of the phenomena was captured which contains similarities as well as differenses. These are presented in the last chapter of this essey.

*Keywords:* Alienation, Buprenorphine, Drug use, LARO, Methadon, Opioidtreatment, Phenomenology.

## FÖRORD

Stort tack till våra informanter som på föredömligt sätt delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser. Vidare vill vi tacka vår handledare Frans Oddner för visat tålamod och värdefull vägledning. Vi vill särskilt tacka Magnus Englander och Mikael Boregren för dyrbar hjälp kring såväl den fenomenologiska teorin som metoden. Till sist ett tack till våra familjer som stått ut med oss under uppsatsperioden.

Carolin & Tina

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	4
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	5
INTRODUKTION	7
Syfte och frågeställningar	8
Heroinberoende	8
Andra opioidberoende	9
Samsjuklighet	9
LARO	10
Svensk narkotikapolitik	11
Tidigare forskning	12
Substitutionsbehandling internationellt	12
LARO i Sverige	12
TEORETISKA PERSPEKTIV OCH VÄSENTLIGA BEGREPP	13
Fenomenologiska utgångspunkter	13
Första- och andra personspektivet	14
Utanförskap	15
Stigma enligt Goffman	16
Makt enligt Foucault	16
METOD	17
Fenomenologisk metod	17
Urval och datainsamling	18
Databearbetning	18
Etiska överväganden	19
RESULTAT	19
Utanförskap utifrån patienternas sociala värld	20
Transcendental kontroll	20
Maktlöshet	21
Den fysiska mottagningen	22
Relationen till personalen	22
Innanförskap	23
Utanförskap utifrån professionens sociala värld	24
Missbrukarbeteendet	24
Maktlöshet	25

Det snäva perspektivet	25
Innanförskap	26
DISKUSSION	27
Metoddiskussion	27
Resultatdiskussion	27
SLUTSATS	29
REFERENSER	31

# INTRODUKTION

Sedan mitten av 1960-talet har Sverige erbjudit läkemedelsassisterad behandling mot opioidberoende. Behandlingsformen -LARO- startades för personer som har ett etablerat beroende av heroin och är till för att hjälpa människor att bli av med sitt illegala drogbruk (Andersson & Johnson 2018). Utifrån ett medicinskt perspektiv anses behandlingen vara en effektiv vårdform. LARO har dock kritiserats från flera olika håll och är en omdebatterad behandlingsform. Detta dels eftersom LARO under flera år har varit utsatt för restriktioner från statligt håll och dels för att behandlingen utgör en omfattande kontroll av patienterna (Johnson 2009). Det som för patienterna kan vara svårt vid behandlingsstart är att LARO förutsätter att inga andra rusmedel används under behandlingstiden. Beroende av heroin och andra opioider har visat sig vara ett svårt tillstånd att behandla. För att komma till rätta med såväl socialt utslagna grupper som drogberoende, resoneras det idag ofta i termer av problem (Sunesson 2009) och problemet har lyckats bli det som legitimerar åtgärden. Det krävs långsiktiga behandlingsstrategier där farmakologiska, sociala och medicinska insatser måste kombineras (a.a.). Dels för att personer som är beroende av heroin eller andra opioider är en av de mest utsatta grupperna i Sverige och dels för att det förefaller en högre grad av samsjuklighet eller blandmissbruk inom gruppen. Beroende medför ofta en snabbt växande utförsbacke som innebär personliga förluster av arbete, relationer och bostäder (Svensson & Karlsson 2018). Det har också visat sig att gruppen är underrepresenterad på både bostadsmarknaden och arbetsmarknaden (a.a.).

Den psykiska samsjukligheten hos patienter inom läkemedelsassisterad behandling är vanligt förekommande. Denna komplexitet utifrån patienten ställer stora krav på personalens kompetens. Professionen inom LARO anser att beroende av heroin eller andra opioider är så jobbigt att det kan likställas med andra kroniska sjukdomar. Det vill säga sjukdomar som endast kan behandlas via symtom och inte kan botas (Johnson 2005). Patienter och personal inom LARO måste följa ett strikt regelverk och en tydlig medicinsk process. LARO kan därför beskrivas som ett medikaliserat maktsystem för att kunna uppnå en form av kontroll över personer med beroendeproblematik (Andersson & Johnson 2018). Regelverket kan således innebära motstridiga förväntningar dem emellan och likaledes ställa LARO på sin spets. Människans sätt att fungera kan exempelvis inte endast beskrivas utifrån kroppens eller hjärnans funktioner utan konstitueras därutöver av sina relationer, samhällsaktiviteter och möjligheter till delaktighet i samhällslivet (Brunt & Larsson 2014). Med aktivitet menas att ha möjlighet att kunna genomföra en uppgift, och delaktighet syftar till att fungera som en självbestämmande varelse och/eller vara en aktiv deltagare i olika livssituationer (a.a.). Detta tillför en social dimension av såväl beroendeproblematik som beroendevård. Psykiatriska behandlingsmetoder som anpassats till en rådande medicinsk terminologi stämmer inte alltid överens med människans upplevelser. Psykiatriska problem eller beroendeproblematik behöver inte upplevas som avvikelser i alla sociala kontexter, utan kan istället vara en markör i sitt specifika sammanhang (APA 2013). Individens förutsättningar eller begränsningar inom LARO kan sålunda upplevas som ett socialt utanförskap i form av medicinsk kontroll eller maktförlust utifrån sitt sammanhang. I arbetet med utsatta personer

eller grupper i samhället används ofta det ena begreppet efter det andra för att synliggöra olika behov. Utanförskap är ett sådant begrepp som används frekvent. Därtill innefattar samhällsstrukturen implicit relationella gränser inom olika grupper, som uttrycks "vi och dom". Mellan dessa strukturella gränser kan människor hela tiden röra sig, men också inte. Det finns mängder av definitioner och analyser om vad begreppet utanförskap innehåller. Samtidigt finns det inte tillgång till begreppets innebörd i de mellanmännskliga samtalen och inte heller en enhetlig definition. Utan människor tar ofta för givet att de talar om samma sak. Enligt Andersson & Johnson (2018) innebär ett etablerat beroende en stark känsla av utanförskap i samhället. Om upplevelsen av fenomenet utanförskap skiljer sig åt mellan olika sociala grupper inom LARO, vad innefattar meningen i en sådan struktur?

Individer som lever med beroende eller i utanförskap är mer utsatta för psykisk ohälsa än den övriga populationen. Detta kan beskrivas genom att det finns ett ökat behov av individuellt risktagande eller en jakt på stimuli, likväl att de befinner sig på den illegala drogmarknaden som att alla delarna tillsammans kan utgöra ett genuint underlag för psykiatriska besvär. En konsekvens i samband med detta är dessutom stora risker för dödsfall (Johnsson 2009). En ökad självmordsbenägenhet tillsammans med utsatthet kan således problematisera både forskningsläget och fenomenet utanförskap (Roslund 2018; Andersson & Johnsson 2018). Tydliga medicinska gränser tillsammans med upplevelser av utanförskap väckte därmed ett genuint intresse av att genomföra en fenomenologisk studie utifrån utanförskap som fenomen inom läkemedelsassisterad behandling.

## **Syfte och frågeställningar**

Syftet här är att förstå fenomenet utanförskap utifrån två sociala världar, patienternas och professionens, för att kunna jämföra om fenomenets struktur upplevs lika. Frågeställningen här är; Hur upplevs fenomenet utanförskap inom LARO-behandling? Finns det därtill likheter eller skillnader av upplevelsen utifrån professionens sociala värld kontra patienternas sociala värld? Studien ämnar belysa om fenomenet – utanförskap – kommer ha olika mening i dessa världar och undersöka huruvida det finns likheter eller inte. Det blir också intressant att beakta om livsvärlden här kan likställas med den sociala världen.

## **Heroinberoende**

Heroinberoende i Sverige började få fäste under tidigt sjuttital i form av morfinbas. Heroinet etablerade sig under 70-talets andra hälft och det tunga missbruket har utifrån en svensk kontext varit störst i Malmö, det vill säga i förhållande till folkmängden (Johansson & Wirbing 2005). Preparaten som används mest av de personerna med mest utvecklat beroende var år 1998 centralstimulantia – och opioider. Den dominerande drogen hos missbrukare var främst heroin och användes av 47 procent av personerna i olika missbrukskretsar. Det finns idag ingen specifik siffra kring hur många heroinberoende som det finns i Sverige. Dels eftersom det har visat sig att blandmissbruket har utvecklats över tid och dels för att trender och sociala förhållanden kan innebära stora lokala skillnader (Johansson & Wirbing 2005). Missbruksutredningen (enligt Svensson & Karlsson 2018) räknade dock med att det finns 10 000 personer med heroinberoende. Därutöver visar en engelsk studie att endast  $\frac{1}{3}$  av dem som



använder heroin är kända för myndigheterna (Svensson & Karlsson 2018). I Malmö tenderar antalet heroinberoende att bli färre och färre enligt siffror från sprutbytet (Socialstyrelsen 2013). Vad som egentligen leder en människa till missbruk eller beroende anses enligt nuvarande praxis och forskning, vara en kombination av sociala, psykologiska och biologiska aspekter.

Gruppen heroinberoende är inte homogen. Däremot finns det flera gemensamma nämnare som ofta förekommer i högre utsträckning än hos normalbefolkningen. Detta kan handla om en misslyckad skolgång, social utsatthet eller utbredd psykisk ohälsa. Personer som har ett etablerat missbruk har många gånger mindre erfarenhet av förvärvsarbete och kan ha vuxit upp med missbrukande föräldrar (Svensson & Karlsson 2018). Mellan 30 och 50 procent av personer som missbrukar heroin har dessutom en annan psykiatrisk diagnos där personlighetsstörning och ångest/depressionssymtom är mest vanligt förekommande. De flesta heroinberoende har provat drogfri behandling. Detta för att missbruket ofta är livshotande (Svensson & Karlsson 2018). Enskilda patienter kan ha önskemål som inte stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet men att tvinga människor utifrån narkotikapolitiska skäl kan också innebära att vara ute på djupt vatten (a.a.). Vidare misslyckas flera behandlingsinsatser och för att åstadkomma lyckade insatser krävs emellertid meningsfullhet.

## **Andra opioidberoende**

De sista åren har missbruket av morfinbaserade läkemedel, framförallt Tramadol ökat anmärkningsvärt. Beroendebilden blir allt mer komplex, även om cannabis och rökheroin är bland de vanligaste drogerna. FN:s drog och brottsförebyggande byrå visar 2003 att amfetamin och ecstasy är det största drog hotet i världen (Johansson & Wirbing 2005). Tramadol-användning har inte heller den stigmatiserande effekt som heroinanvändning i dagens samhälle. Missbruket av buprenorfin och metadon har ökat i takt med att LARO-behandlingarna tilltagit. Å andra sidan visar Richert & Johnsson (2013) i sin studie om läckage att väldigt få ungdomar använder sig av sådana preparat. Istället är det redan etablerade opioidmissbrukaren som köper preparaten för att själv kunna hantera sin opioidabstinens (Richert & Johnsson 2013). Skälet kan vara att försöka motverka sömnproblem och ångest eller att i brist på tillgång ersätta ett preparat med ett annat (Johansson & Wirbing 2005). Mycket av de läkemedel som missbrukas är också insmugglade från utlandet (Svensson & Karlsson 2018). Ett annat läkemedel som missbrukas är fentanyl, ett preparat som visat sig vara 100 gånger mer potent än heroin.

Vad exakt som gör en människa beroende är ännu ett mysterium. Det finns flera olika teorier som kommer från både den psykologiska, sociala och medicinska sfären. En av de mest använda idag är stress-sårbarhetsmodellen (Svensson & Karlsson 2018). Modellen gör gällande att det krävs en sårbarhet hos individen, alltså en biologisk komponent som gör individen mottaglig för beroende. Dessutom krävs det att individen utsätts för stimuli, i detta fall narkotika, för att kunna utveckla beroendet. I denna uppsats tas ingen ställning varken för eller emot någon av dessa teorier. En fenomenologisk studie kräver inte ställningstagande gällande kausalitet.

## **Samsjuklighet**

Det är vanligt att beroende av narkotika eller alkohol inte upptäcks på grund av dess stigmatiserande effekter eller samsjuklighetsproblematik. Det har visat sig att åtskilliga patienter som har psykiatriska problem ofta har någon form av odiagnostiserat beroende (Magnusson 2018). Sömnbesvär, panikångestattacker, humörsvingningar eller nedstämdhet kan dölja ett sådant beroende av alkohol eller läkemedel samt cannabis (a.a.). Det kan också beskrivas som en rädsla av att bli avvisad. Det behövs således en mer förstående, närvarande och öppen attityd för att patienterna ska kunna berätta om sin beroendeproblematik. Okunskap kan vara en annan del i att patienterna inte berättar utifrån helheten i kontexten. Samtidigt kräver psykiatrin att patienten ska vara behandlad för sin beroendeproblematik innan behandling för psykiatriska besvär kan bli aktuellt. Att utveckla ett beroende av narkotika är mer än fördubblad i samband med en psykiatrisk diagnos. Detta i jämförelse med individer som inte har samma problematik (Magnusson 2018). Psykiska symtom kan därtill förvärras i samband med substansbruk och det kan vara svårt att urskilja vad som är vad. Det är därför viktigt att involvera patienten i olika behandlingsinsatser. Det som också betonar svårigheterna kring samsjuklighetsproblematik är att det föreligger ett delat och gemensamt ansvar även på myndigheter och sjukvård (a.a.). Alla gånger fungerar inte ett sådant samarbete optimalt, vilket kan försvåra patientens långsiktiga tillfrisknande.

I självmordsstatistiken spelar samsjuklighet en betydande roll. Beroende och psykisk ohälsa är var för sig riskfaktorer för självmord tillsammans med exempelvis isolering och arbetslöshet (Wirbring & Borg 2011). Till synes dessa faktorer vanliga för gruppen opioidberoende vilket gör dem till högriskpersoner för självmord. Samsjukligheten hos opioidberoende rör sällan psykossjukdomar (Svensson & Karlsson 2018). Däremot är det vanligt med depression, ångest och personlighetsproblematik där antisocial personlighetsstörning är särskilt återkommande. Det förekommer en särpräglad koppling mellan opioidberoende och tidigare upplevt trauma (a.a.). Här kan opioidberoendet ses som ett sätt att medicinera sig själv mot det smärtan och den svåra upplevelsen traumat uppbringat. Sett till opioidberoende som grupp kan det konstateras att detta är en samling individer, som av olika anledningar, mått psykiskt dåligt under stora delar av livet

## **LARO**

LARO riktade sig ända fram till 2014 endast till opiatberoende och ännu längre tillbaka endast till heroinberoende. I takt med att drogmarknaden ändrats, genom att nya droger tillkommit, har målgruppen för LARO alltså utvidgats. För att undvika förvirring används det aktuella begreppet opioidberoende från och med nu genomgående i uppsatsen. Detta medför dock att vissa historiska fakta inte stämmer helt överens. Substitutionsbehandling mot opioidberoende kallas i Sverige för Läkemedelsassisterad Rehabilitering av Opioidberoende, LARO. LARO-mottagningar existerar i både offentlig och privat regi Sverige över. I Skåne finns det idag 18 mottagningar med uppdraget att administrera medicin till personer med opioidberoende av typen metadon eller buprenorfin (Andersson & Johnson 2018). Läkemedelsassisterad rehabilitering startade i liten skala i Sverige under senare delen av sextiotalet. Det föregick inga större debatter innan metadonbehandling genomfördes och opioidberoende var under den tiden väldigt litet. Samtidigt ökade centralstimulantia på gatan (Johnsson 2005). Narkomani

ansågs vara ett medicinskt problem och någonting sjukvården sålunda skulle hantera.

Under nästa årtionde ökade opioidberoende och narkotikaanvändandet började ses som ett större samhällsproblem. Behandlingsmetoderna kom därtill att omfatta fler sociala interventioner än tidigare (Johnsson 2005). Under denna eran blev metadon likväl en kontroversiell behandlingsform som att vara hårt kritiserad av brukarrörelsen (a.a.). Kritiken ledde fram till flera år av intagningsstopp men kom att slopas år 1984. Detta skedde i samband med en potentiell aids epidemi, som stod att vänta. Därefter fick programmet en mera given roll i vården kring narkotikaberoende. Köerna var långa och indikationerna för inskrivning var mycket omfattande för patienterna. Metadonprogrammet byggdes därför ut och innefattade såväl en betydligt större geografisk spridning som fler patienter. Vidare behöll programmet sin restriktiva utformning. År 2004 gjordes en större revidering som kan sägas ligga till grund för dagens LARO-behandling. Läkemedlet buprenorfin godkändes som medicin för opioidberoende och det gjordes flera förändringar i bland annat målgrupps-kriterierna. Detta innebar således att symtom och tolerans ökade för patientgruppen (Svensson & Karlsson 2018). Det ska också tilläggas att LARO -behandling idag inte har någon begränsning för hur många patienter som kan vara inskrivna och var de ska skrivas in.

## **Svensk narkotikapolitik**

För att förstå LARO-behandlingens betydelse i sin helhet behöver Sveriges utveckling av narkotikapolitik nämnas. Detta eftersom Sveriges narkotikapolitik har en säregen prägel (Johnsson 2003; Petersson 2013; Linton 2015). På sjuttioalet grundlades idén om ett narkotikafritt land med läkare Nils Bejerot i spetsen. Rörelsen som verkade för ett narkotikafritt Sverige skulle inte acceptera droger i någon form (alkohol undantaget), då droganvändande ledde till moraliskt och kulturellt förfall (Johnsson 2005). Samhällets nolltolerans skulle sedan hjälpa individer att slå i botten, det vill säga låta missbrukets konsekvenser bli så stora att det är helt ohållbart att fortsätta (a.a.). Syftet var att göra det svårt att använda droger och på grund av dessa svårigheter skulle de narkotikaberoende söka sig till ett nyktert leverne. Denna grund har sedan banat väg för att alla droganvändare. Detta oavsett frekvens på intag eller typ av drog, ska ses och behandlas som personer med ett utvecklat beroende (Linton 2015). Alkohol har i samma samhälle en helt annan ställning och anses vara den enda drog som går att bruka (a.a.). Det finns ingen tydlig social gräns mellan att bruka alkohol och att missbruka den. Sådana konstituerade samhällsfunktioner kan uppmärksammas genom att en individ har möjlighet att konsumera stora mängder alkohol under långa livsperioder utan att det anses gränsöverskridande eller normbrytande (Johnsson & Wirbing 2005). Att alkohol fick en särpräglad roll i narkotikapolitiken problematiserade inte nämnvärt och tas än idag för givet av många (Linton 2015).

År 2017 ökar narkotikadödligheten i landet och är en av de högsta i världen. Samtidigt som Sveriges narkotikaanvändande i stort är bland det lägsta i världen (Folkhälsomyndigheten 2019). En förklaringsmodell till detta är att det preventiva arbetet är omfattande och fungerande medan skadereduktion och behandling, det vill säga arbetet med de redan etablerade narkotikaberoende, är eftersatt (a.a.). Skadereduktion eller harm reduction ett koncept där LARO ingår som en del, och som tillika är antaget av de flesta länderna i västvärlden. Detta koncept innehåller

exempelvis sprutbytesprogrammen och tillgång till naloxone som är en antidot mot opioid-överdoser (Johnson 2005). Dessa insatser har varit svårstartade i Sverige och motståndet från både tradition och bland andra nykterhetsrörelsen och 12-stegsprogrammet har länge varit massivt (Linton 2015). Motståndarna menar att det är omoraliskt att "ge upp" människor genom att låta dem fortsätta med narkotika eller göra dem beroende av andra droger, i detta fall underhållsmedicin (a.a.). Samhällsstrukturer synliggör att alkohol är drogen som får konsumeras. Därmed uppmärksammas tydligt vad som är ett illegalt missbruk i Sverige.

## **Tidigare forskning**

Det finns ingen fenomenologisk forskning kring upplevelser inom LARO. Här presenteras de studier som dels kan ses som relevanta för uppsatsen men som också väckte intresset för en fenomenologisk undersökning av utanförskap i LARO. Enlig generell forskning kring behandling visar det sig emellertid fruktbart är när insatserna stämt såväl överens med varje enskilt behov, upplevelsen av trygghet som drogfria miljöer och tillit (Blomqvist 2002). Det kan även uppmärksammas att det finns omfattande kognitionsforskning på området som ibland betonar beroende som en form av självmedicinering eller som följd av obalans i hjärnan (Roslund 2018). Detta förringas inte genom denna studie.

## **Substitutionsbehandling internationellt**

Behandling av personer med opioidberoende startade i New York 1965. Ursprungstanken var att återanpassa deltagarna till samhället med arbete och bostad efter att ha minskat suget efter heroin med metadon (Johnsson 2010). Underhållsbehandling har ett stort medicinskt stöd. Bland annat visar forskning att behandlingen bidrar till att dödligheten bland gruppen opioidberoende minskar och smittspridningen av HIV och Hepatit C i samhället minskar i samhället i stort. Behandlingen har också en dämpande effekt på prostitution och kriminalitet. Vidare har flera jämförelser gjort mellan metadon och buprenorfin, vilket inte kan ses som relevant för denna studie. I Sverige gäller forskningen bland annat läckage av läkemedel och upplevelse av LARO-behandling. Det finns således ingen tydlig forskning om upplevelsen av utanförskap inom läkemedelsassisterad behandling.

## **LARO i Sverige**

Andersson och Johnssons utvärdering (2018) av utökningen av LARO-mottagningar i syfte att genom möjlighet att välja mellan flera mottagningar öka patienternas medbestämmande och egenmakt genererar en del fakta kring patienternas uppfattning av LARO. Exempelvis ställde de sig positiva till att öppettiderna expanderades samt att synen på symtomtolerans förändrades 2014. I praktiken innebar detta att färre patienter blev ofrivilligt utskrivna ur programmet. Själva möjligheten att välja mottagning följde därefter och uppfattades som mycket positivt. Johnsson och Richert (2014) undersökte LARO-patienternas syn på behandlingen och konstaterade att trots att patienterna var relativt nöjda så fanns det också flera utvecklingsområden. Exempel på utvecklingsområden är enligt denna rapport (a.a.) bland annat personalens kompetens och bemötande och önskemål om mera patientinflytande och fler psykosociala insatser. Sammanfattningsvis presenterar Johnsson och Richert förslag om utveckling på tre nivåer - övergripande, organisatoriskt och relationellt. Exempel här är

förändringar gällande regler och öppettider samt mötet mellan personal och patient. Denna studie redogör förvisso för ett viktigt brukarperspektiv med patienters syn och erfarenhet av LARO, men inte ur en fenomenologisk vinkel. En stor inspirationskälla till denna studie är Frida Peterssons doktorsavhandling (2013). Petersson (2013) har gjort en sorts genomlysning utifrån tre LARO-behandlingar med hjälp av deltagande observationer och intervjuer med både profession och patienter. Utanförskapet är närvarande genom hela avhandlingen samt att handlingsutrymmen är begränsade för patienter (a.a.). Övervakning sker exempelvis vid urinprov och patienternas vistelse limiteras till vissa tider. Genomgående drar Petersson (2013) paralleller till Goffman och Foucault. Dessa gamla men väl använda teorier blir därför också aktuella här, för att bakgrundsbilden till denna uppsats ska bli förståelig. Petersson visar på ett väl utpräglat vi-och-dom-tänk bland personalen riktat mot patienterna som exempelvis förklaras med Kullbergs teori (2013). Detta genom att patienterna kategoriseras enligt ytterligheterna "patienten kan men vill inte" respektive "patienten vill men kan inte" där den förstnämnda uppfattas som en värdig patient medan den andra uppfattas som ovärdig (a.a.). Den ovärdiga patienten behandlas med sanktioner för att stärka motivationen och viljan medan den värdiga patienten behandlas mer utifrån individuella behov.

Resultatet i Peterssons studie (2013) deklarerar flera motsättningar i behandlingen. Dessa motsättningar är; behandlingen *per se* som evidensbaserad praktik eller det ständiga ifrågasättandet av dess existens, livräddning vid inkludering och risk för livet vid exkludering. Det kan därtill vara en spänning mellan positionerna som kan beskrivas; klandervärd-manipulativ-patient i motsats till ömkansvärd-behövande-patient. Motsättningen om huruvida patienterna är drogfria jämförelsevis med fortsatt beroende kan skilja sig utifrån kravnivån. Detta kan inom underhållsbehandling belysas som en avvägningsfråga (Svensson 2005). Om programmet sänker kraven är det fler människor som inkluderas, men minskar istället möjligheterna till en högre funktionsnivå. Vid höga krav är det några som skärper sig, medan andra istället hamnar helt utanför. Härmed belyses en del av insatsens fundamentala paradox.

## TEORETISKA PERSPEKTIV OCH VÄSENTLIGA BEGREPP

Fenomenologin innefattar delvis en snårig begreppsvärld. Här är ambitionen att leverera en enkel introduktion till fenomenologins grunder. Vidare är det nödvändigt att definiera begreppen utanförskap, makt och stigma med tanke på studiens innehåll. Dels för att dessa begrepp är centrala hela vägen och dels för att de många gånger är omdiskuterade eller omstridda. Varvid en djupare förståelse är nödvändig för att kunna ta till sig studiens presenterade resultat.

### **Fenomenologiska utgångspunkter**

Fenomenologi kan ses som en teori, en filosofi och en metod. Det finns därtill flera inriktningar inom fenomenologin. Här presenteras teorin utifrån Gallagher

(2012), en av frontfigurerna inom den moderna fenomenologin. Detta med hjälp av Englander (2018) och Davidson (2003). Denna kunskap beskrivs ibland som "det som tas för givet". Fenomenologisk teori studerar människors medvetande och erfarenhet samt hur världen visar sig där (Gallagher 2012). Medvetandet har ett fokus eller en riktadhet, vilket fenomenologin kallar intentionalitet. Ett fenomen är det som intentionaliteten riktar sig mot. Ett fenomen är alltså inte enbart ett ting som befinner sig i tid och rum utan också känslor, minnen; eller som här en företeelse, konstruerat av människan. Fenomenologins syfte är inte att förklara världen utan att beskriva den (Gallagher 2012). För att kunna beskriva fenomen utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt krävs fenomenologisk reduktion. Reduktionen består av två delar (Englander 2017). Dels ett kritiskt förhållningssätt till egna fördomar, antagande och redan förvärvat kunskap genom att parantessätta dessa, vilket är ett tillstånd som inom fenomenologin kallas epoché och dels en intentionell förtrogenhet där ingen hänsyn tas till exempelvis kausalitet eller existens. Fokus ligger på hur fenomenet presenterar sig i det egna medvetandet. Det är genom att greppa essensen som förståelse av ett fenomen bildas. Essensen kan definieras som "det som gör något till det är" och kallas i vetenskapliga sammanhang för struktur som också kommer att användas här (Gallagher 2012). Ett fenomenets struktur kan delas in i konstituent, en slags pusselbitar som sammansatta utgör fenomenet. I fenomenologin förstås också människan utifrån mening. Det vill säga den subjektiva människan; jaget är således i traditionell mening inte relevant. Människan skildras som ett minimalt själv, alltså det som finns kvar efter att reduktionen är uppnådd (a.a.). Till det minimala självet hör upplevelsen av att vara-människa-i-världen, en-levd kropp och agens.

Agens är enkelt uttryckt upplevelsen av att det min är min arm som rör sig eller att den handlingen får den konsekvensen. Människan möter sig själv i världen och människans existens vilar på en intersubjektiv grund, en så kallad livsvärld. Livsvärlden tillhör i grund och botten alla människor, det finns en interpersonell förståelse människor emellan vad det innebär att vara människa, ett minimalt själv (Gallagher 2012). Livsvärlden är transcendental och sträcker sig bortom tid och rum (Gallagher 2012). Även om alla människor delar livsvärld så betyder det givetvis att alla människor förstår varandra fullt ut. Varje människa befinner sig i olika sociala kontexter, påverkade av allt de närvarar till. En sådan social kontext kan exempelvis innebära att vara LARO-patient och det kallas här för social värld. En människas livsvärld är alltså beroende av vilka sociala sammanhang hon finns i. Ju flera sociala världar två människor delar desto mer lika är därmed deras livsvärldar. Davidson (2018) menar att människor i livsvärlden är lika och att kategorisering uppkommer senare. Detta kan ställas i relation till exempelvis den idag så populära individualismen som hävdar motsatsen (Gilje & Grimen 2007) Utifrån ett fenomenologiskt förhållningssätt är människor tvingade till gemenskap, det finns inget jag utan ett vi.

### **Första- och andra personspektivet**

I praktiken är människor enligt förstapersonspektivet experter på sitt eget narrativ. För att kunna undersöka någons erfarenhet och upplevelse behövs närvaro till densamma (Davidson 2003). Förstapersonspektivets relevans definieras av det minimala självets pre-reflektiva medvetande (Gallagher 2012). Andrapersonspektivet kan definieras som upplevare av den andres narrativ.

Ett *andrapersonsperspektiv* hjälper således till att framhäva och uppfatta skillnader mellan faktainnehåll och erfarenhetens mening (Englander, 2017). Ett sådant möte kan beskrivas som en förutsättning, en intersubjektiv grund och att människan i relation till den andre från början är lika.

En viktig distinktion är att andrapersonsperspektivet innehåller närvaro och är en interaktiv process. Andrapersonen intar inte en passiv roll utan närvarar till och bekräftar essenser samtalen igenom (Englander 2014) Interpersonell förståelse beskrivs också som intentionell empati enligt Englander (2014). Den intentionella empatin är endast kopplad till förståelse och har sin utgångspunkt i perceptionen av den andre (Englander 2014). Ur en fenomenologisk synvinkel kopplas empati inte till godhet eller omsorg, som ofta är fallet i andra definitioner av empati, exempelvis spegelneuronsteorin (a.a.). Den intentionella empatin kan därmed tränas upp genom att närvara till och följa den andres berättelse och sedan analysera samtalen och därmed förbättra tekniken (Englander 2014). Duktiga fenomenologer kan närvara till den andre genom att verbalt bekräfta och visa förståelse och dessutom följa den andra på ett sätt som den andre uppfattar som helt naturligt.

## Utanförskap

Det finns flera definitioner av utanförskap. En teori är den medicinska förklaringen om hälsa och ohälsa där funktion ställs emot dysfunktion; friskt eller sjukt. Utanförskap i LARO är en komplicerad process som behöver en vidare förklaringsmodell. Becker (2006) har ett relativistiskt sätt att presentera utanförskapet och det är också den definitionen som gör sig gällande här. Det är inte individen som väljer att bryta regeln som bär avvikelsen utan det krävs också en accepterad etikettering av avvikandet från dem som i någon mån har makt att upprätthåller regeln (a.a.). Andras reaktioner utifrån en handling är alltså avgörande för huruvida den ska anses vara avvikande eller inte. Samhällen idag är sällan enhetliga i vad som är innanför eller utanför. Gränserna är suddiga och människor växlar ofta mellan att tillhöra det ena eller det andra. Regler är komplexa och har anknytning till såväl klass och etnicitet som till politik och juridik (Becker 2006). Varför en person väljer avvikelse före det konventionella diskuteras utifrån olika skolor såsom psykologi och sociologi. Gemensamt för olika teorier är att det verkar vara motivation, som i betydelsen drivkraft, som driver människor att antingen anta den konventionella vägen eller den avvikande (a.a.) Denna motivation kan vara uppbyggd under uppväxten, vilket gjort individen fri att agera på impulser av avvikelse, eller tillkommit under livet där individen lärt sig försvara sitt avvikande beteende trots kunskap om den konventionella vägen. Hughes (enligt Becker 2006) menar att en person kan ses som generellt identifierad, där personen ser sig som tillhörande i både innanförskaps- och utanförskapssfären eller specifikt identifierad, där personen ser sig som endast utanför.

*“Att behandla en person som om han är generell snarare än specifikt avvikande blir en självuppfyllande profetia. Det startar flera mekanismer som hos personen formar den bild som människor har av honom”* (Becker 2006 s 41).

LARO-patienter som grupp skulle sannolikt klassas som specifikt identifierade vilket således påverkar både självbild och agerande. Dels i behandling och dels i livet i övrigt.

## **Stigma enligt Goffman**

En del i förståelsen för uppsatsens tillkomst är några av grunderna på vilka Peterssons (2012) forskning vilar. Därför sammanfattas kort här några av Goffmans (1973) tankar. Goffman (1973) menar att relationen mellan patient och vårdmottagning kan ses som ett serviceavtal. I denna servicerelation är den vårdande professionen, experten som ska laga den trasiga delen. Relationens värdighet påverkas av klientens förmåga att ge korrekt information, en information som den professionella tolkar utifrån sin expertis. Klienten förväntas bidra med allt som specialisten skall kunna tänkas behöva i sitt arbete. Sjukvårdsinrättningen tjänar sitt syfte som verkstad genom att expertisen är placerad där tillsammans med teknisk utrustning. Klienten är gäst i huset och välkommen på bestämda tider. Specialisterna kan inte avvisas eller kastas ut, specialisterna har sin självklara plats där. Verkstaden kan välja att inte reparera viss svårmanövrerad mekanik, på grund av att det tar för mycket resurser. Likt bilägaren söker hjälp med bilen hos en verkstad, kommer patienten med sin egendom (kroppen) för mekanikern (läkaren) att reparera.

Enligt Goffman (1973) blir patienten reducerad från människa till objekt, något som är avvikande och behöver lagas. Stigmatiseringen i denna process leder till tvetydighet och ständig kamp hos patienten som behöver välja mellan två alternativ (Goffman 2014). Antingen acceptera sig själv som avvikande där konsekvensen kan bli avståndstagande och uteslutning eller att försöka passa in i normen. Detta menar Goffman (2014) är ett samhälleligt och politiskt problem och att människor forceras in i den kampen. Därtill beskriver Goffman (2014) att den avvikande personen konstruerar den identitet som tilldelats denne på ett sådant sätt att de till slut uppnår handlingsförlamning. I sådana fall blir alltså patienten vad som förväntas av dem och upprätthåller på så sätt normen.

## **Makt enligt Foucault**

Det finns enligt Foucault två starka skiljelinjer när det gäller makt. Den ena är repressiv makt och den andra är normaliserande makt (Foucault 1983). Repressiv makt innebär exempelvis att bestraffande åtgärder är en bärande del tillsammans med kontrollfunktioner. Detta beskriver Foucault som traditionell makt. Det kan handla om att samhället tar till åtgärder vid begångna brott. Två exempel på detta är att utdöma ett fängelsestraff via domstol eller när en chef är hotfull för att få sina anställda att göra det arbete som önskas. Chefen bestämmer vad en person ska göra utan att denne självmant vill det. Normaliserande makt till skillnad från repressiv makt menar Foucault (1983) är osynlig makt. En chef som hotar sina anställda är inte en chef som har kontroll via straff funktioner. Utan om chefen har makt ska han eller hon inte behöva använda den. De allra flesta människorna begår inte brott eller säger emot chefen pga. av att vi är rädda för straffet eller repressalierna, utan människor gör det för att de inte vill. Genom repressiv makt gör människor det som de inte vill göra, enligt normaliserande makt gör vi det för att handlingen anses "rätt". Personer kan exempelvis inte tänka sig att stjäla och gör inte heller det för att det uppfattas som "fel", snarare än vilket straffhandlingen skulle kunna innebära för individen (a.a.). Normaliserande makt är således sådant som anses som normalt. Det vill säga att ingen har tvingat handlingen på någon. Å ena sidan kan makt innebära att människor hotas att



utföra en handling, å andra sidan kan en handling utföras för att det är rätt att göra det.

Psykiatriker har makt att bestämma vem som har ett friskt beteende och vem som har ett sjukt eller vad som är normalt eller abnormt. Människor som tror på samhällets hierarkier och på att psykiatriker gör det som är "rätt" normaliserar således också makt. Om vi vill veta hur makt fungerar måste vi veta hur institutionerna är uppbyggda. Foucault tror inte att vi kan undkomma den sociala strukturens makt och hur den normaliseras av varje enskild individ, för då finns det ingenting kvar (Foucault 1983). Däremot kan varje enskild individ vara medveten om strukturens makt för att uppleva frihet och autonomi i sin egen tillvaro. LARO som en givande insats kontra en maktfullkomlighet som är dold kan hindra ett normalt liv med egen agens. Spänningen mellan repressiv makt, disciplinär makt och pastoral makt är några exempel som kan spela en stor roll för patienterna inom behandlingsformen som LARO erbjuder. Makt kan å ena sidan vara ett laddat ord, å andra sidan, är makt som företeelse neutral (Skau 2003). I den hjälpare relationen såsom den LARO erbjuder finns alltid makten närvarande. Den krävs såväl för att ge hjälparen mandat som för att hjälpa till att skapa tillit i relationen. Däremot kan det finnas stora motsättningar dem emellan. Det är till syvende och sist tolkningar av typen "han vill inte samarbeta" som gör sig gällande på ett negativt sätt utifrån upplevelsen (a.a.). Kunskaper om denna dubbla funktion är således helt nödvändig för att kunna förstå klientens situation och agerande utifrån en långsiktighet i behandlingsinsatsen.

## METOD

Metodvalet begränsades till kvalitativ metod eftersom kvantitativ metod inte är optimal för att förstå fenomen (Ahrne & Svensson 2015). Studien har innefattat fyra intervjupersoner. Fenomenologisk metod möjliggör förståelse av mening och upplevelse, vilket innebär att fyra intervjupersoner här anses vara fullt tillräckligt utifrån studiens syfte och frågeställningar (Giorgi 1997). Urvalet är fokuserat kring två olika sociala världar nämligen patienternas och professionens. Datainsamlingen utgjordes av transkriberade fenomenologiska intervjuer som sedan analyserades för att skönja fenomenets struktur. Fenomenet ringades in genom en sammanställning av konstituenten som presenteras under resultatavsnittet. I slutet av detta avsnitt avhandlas de etiska aspekterna.

### Fenomenologisk metod

Eftersom mening och upplevelse står i fokus används den fenomenologiska metoden. Här med inspiration av Giorgi (1997), Davidson (2003) och Englander (2007). Den fenomenologiska metoden är beskrivande och undersöker fenomenets, i detta fall utanförskap i LARO, struktur med hjälp av att identifiera konstituenten. Englander (2012) menar;

*" How can a participant as an expert on his or her everyday life provide us with access to the domain of his and her original experience? Simply and only by describing his or her experience to us as closely and faithfully*

*as possible to the ways in which they were originally experienced. In other words, rather than asking a person to explain his or her experience to us, we are asking him or her to share his or her experience with us.”*

Med hjälp av reduktion och uppnådd epoché beskrivs sedan fenomenet som det presenterar sig i informanternas berättelser. Strukturens konstituenten uppenbarar sig genom levd erfarenhet av fenomenet (Englander 2012). Den fenomenologiska metoden studerar inte individer och ska inte förväxlas med narrativa undersökningar eller tematisk analys (Aspers 2011). Intentionell empati används genom intervjuerna (Englander 2014). Här beskrivs stegen dels för att skapa förståelse av genomförandet och dels för att senare kunna påvisa ett fruktbart resultat.

## **Urval och datainsamling**

För att undersöka fenomenet utanförskap i LARO behövdes tillgång till erfarenhet där fenomenet framträdde. Därför initierades kontakt med Beroendecentrum som ansvarar för de offentligt ägda LARO-mottagningarna i Malmö. Urvalet inkluderade två olika sociala världar, professionens och patienternas. Professionen företrädde av en överläkare och en kurator. Urvalskriterier för patientgruppen var att de var väl insatta i behandlingen och varit deltagare i minst sex månader. Intervjupersonerna bestod av två personer ur professionen och två personer ur patientgruppen. Fenomenologiska undersökningar kräver inte många informanter då det inte är populationen som ska undersökas utan hur fenomenet visar sig under intervjuerna (Englander 2019). Fenomenologisk reduktion tillämpades under intervjuerna (Giorgi 1997; Englander 2017). Frågor var direkt kopplade till syftet med studien (Davidson 2003) och intervjuernas utgångspunkt togs i erfarenheten och upplevelsen hos informanterna.

Intervjuerna varade cirka en timme vardera. Intervjuerna följde den fenomenologiska metoden enligt Davidson (2003) där några få öppna frågor av typen “Hur upplever du att utanförskapet tar sig uttryck i vardagen?” ställdes. Informanten fick därmed möjlighet att använda sitt eget språk, sin egen valda berättelse och attribut (a.a.). Datainsamlingen styrdes av fenomenet utanförskap och byggdes på samma kriterier som etnografins deltagande observation med undantaget för de fenomenologiskt ställda frågorna. Fenomenologisk intervju kan också sägas följa strukturerna för intervju med semistrukturell ansats (Aspers 2011) med undantaget att endast några frågor förbereds för att sedan tillämpa intentionell empatisk följsamhet. Det förekommer således inte någon intervjuguide. Under intervjun tillämpades intentionell empatisk följsamhet (Englander 2014) med interaktion efter behov, det vill säga beroende på var samtalen tog vägen. I genomförandet av intervjuerna deltog båda författarna vid samtliga tillfällen. Alla intervjuerna bandades och transkriberades som var oundgängligt för materialets analys (Giorgi 1997). Fenomenet visade sig tydligt i alla intervjuerna.

## **Databearbetning**

Efter att intervjuerna genomförts och transkriberats skrevs dem ut i pappersform. Därefter lästes de noga, flera gånger, för att förståelsen av materialet skulle ge en vid och övergripande bild samt att säkerställa det holistiska synsättet som metoden innebär (a.a.). Inspirationen till databearbetningen kom främst från Giorgi (1997). Efteråt delades texten in i meningsenheter. En meningsenhet kan

likställas med en del av den undersökta erfarenheten som har en viss mening (a.a.). I nästa steg valdes ut de meningsenheter som gav information om fenomenet utanförskap. Sakta men säkert växte de olika konstituenterna fram med hjälp av färgkodning och till slut visade hela fenomenets struktur sig. Innehållet analyseras grundligt och diskuteras mellan författarna för att kunna säkerställa strukturens konstituenters riktighet. Hela tiden ställdes dessa konstituer i relation till fenomenet i sin helhet (Giorgi 1997)) och den processen kan liknas vid att lägga pussel. Varje pusselbit granskades och konstituerades noga för att helheten skulle bli begriplig och så exakt som möjligt. Varje pusselbit är lika viktig som helheten av pusslet. Det ena är värdelöst utan det andra. Davidsson (2003) problematiserar förkunskaper kring det som ska undersökas, exempelvis genom relevansen kring tidigare forskning men hävdar också dess nödvändighet. Detta diskuteras vidare i nästa stycke.

## **Etiska överväganden**

Hänsyn har tagits till Vetenskapsrådets (2017) etiska grundprinciper. Informationskravet genom att både skriftligt och muntligt redogöra för studiens syfte och innehåll (a.a.). Samtyckeslagen genom att avkräva namnunderskrift gällande frivillighet samt informationen om att informanten när som helst kan välja att lämna studien utan närmare förklaring har lämnats (a.a.). Konfidentialitetskravet genom att endast författarna har tillgång till insamlade data, att informanternas namn fingerats i rapporten och all information som kan leda till person raderas direkt ur intervjuerna vid transkribering (Vetenskapsrådet 2017). Nyttjandekravet beaktas genom att studien endast publiceras på MAU:s databas för uppsatser (a.a.). Vidare får informanterna själv välja tid och plats för intervju med tanke på de minnen, känslor och tankar som kan framkallas. Tid avsattes både före och efter för att inleda och runda av på ett lugnt och mjukt sätt. Den fenomenologiska metoden möjliggör för informanterna att föra samtalet, vilket i praktiken erbjuder informanten att undvika vissa ämnen (Englander 2014). Det har under processens gång förekommit flera analyser och reflektioner dels författarna emellan och dels tillsammans med handledare, kring bland annat förförståelse i ämnet. Dessa har innefattat både förväntningar, antaganden och fördomar som skulle kunna påverka intervjuerna och analysen av resultatet. Detta har varit relevant för att stärka uppsatsens trovärdighet. Den fenomenologiska metoden kan vara svårtillgänglig och ett dilemma som uppstår är att resultatet misstas för att representera populationen (Englander 2019). Om detta sker skulle informanterna alltså behöva stå till svars för allt som presenteras där. Så fungerar dock inte fenomenologisk analys. Genom en noggrann presentation av utförandet av analysen minimeras riskerna för detta missöde.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras som en beskrivning av strukturerna kring fenomenet utanförskap inom LARO med utgångspunkt i dels patienternas sociala värld och senare med utgångspunkt i professionellas sociala värld. Fenomenets struktur enligt patienterna delas in i följande konstituer; transcendental kontroll, maktlöshet, mottagningen, relationen till personalen och innanförskap. Vidare

presenteras fenomenets struktur enligt professionen i dessa konstituent; missbrukarbeteendet, maktlöshet, det snäva perspektivet och innanförskap.

## **Utanförskap utifrån patienternas sociala värld**

Här beskrivs utanförskap som fenomen, enligt patienterna i LARO som består av följande beståndsdelar;

### *Transcendental kontroll*

Den mest framträdande delen i fenomenets struktur utifrån patienternas sociala värld är upplevelsen av fundamental makt och kontroll. Denna del har erhållit namnet transcendental kontroll eftersom att makten går bortom tid och rum. Kontrollen påverkar känslor, tankar och till och med olika roller i livet. Den transcendentala kontrollen utgår från LARO som organisation vilken styr dem både på ett personligt och övergripande plan. Kontrollen påverkar patienternas agens i den mån att den omöjliggör påverkan i det egna livet. Patienterna uttrycker det i meningar som att "LARO äger mig" och "Det är storebror som styr".

*"... och jag får såna vibbar från kalla kriget, en forskningsgrupp långt nere i ett berg där de har experiment och sådana grejer. Vi brukar skratta åt det, vi är bara försökskaniner."*

Den transcendentala kontrollen cementerar utanförskapet i den egna personen och det saknas hopp och tro på förändring.

*"Men när man kommer in där så utgår de ifrån att de vill ha det livet, att jag inte har den energin, kraften, viljan framförallt, att ha ett eget liv, att skapa mig det."*

Den transcendentala kontrollen är främst kopplad till LARO som organisation med läkarna i spetsen. Läkare upplevs vara påverkade av bland annat läkemedelsbolagen. Läkarna har alltså en exklusiv roll i den transcendentala kontrollen medan personalen på golvet är undantagna och ses som mer mänskliga. I denna konstituent är gränserna mellan LARO och andra institutioner såsom socialtjänst, polis, läkemedelsmarknaden och den politiska sfären flytande. I den transcendentala kontrollen är läkare härskare och personalen på golvet hantlangare. Tillsammans upplevs dem upprätthålla ett innanförskap och därmed också patienternas låsta position i utanförskap. Innanförskapet, som också äger den transcendentala kontrollen, saknar transparens. Kontrollen upplevs alltså av patienterna som oförutsägbar och godtycklig och blir således en viktig del av upplevelsen av att "sitta fast". Utanförskapet uttrycks utav dem som statistiskt i den mån att det inte finns några vägar ut;

*"Jag har ju inget normalt umgänge, vad fan som nu är normalt, jag gillar inte det ordet, och normalt är ett lika sjukt ord. Jag har ju bara folk med missbruksproblem, jag har ju hållit mig där."*

I den transcendentala kontrollen ingår medicinen som ett maktmedel. Dels genom risken att bli utskriven ur programmet och därmed få hantera abstinensen och dels genom att mediciner inte skrivs ut av det faktum att de är LARO-patienter, exempelvis medicinering av sömn och ångest. Kontrollen kommer tillsammans

med ett förbud att kommunicera kring vissa mediciner med professionen, Det hänvisas till risken att utveckla ett beroende.

*“De säger, men du kan bli beroende... men jag är redan rätt jävla beroende.”*

Den transcendentala kontrollen beskrivs som avhumaniserande. Flera aspekter av detta visar sig. Ett exempel är upplevelsen av att reduceras till endast underhållsmedicin patient, medan ett annat är att bli sedd som oförmögen att ta egna beslut. Vikten av att ha flera roller i livet motarbetas av kontrollen i sig.

*“Jag känner mig inte vuxen. Jag är faktiskt mamma till två barn.”*

Den transcendentala kontrollen är dock inte bara kopplad till LARO. Kontrollen är alltså redan känd. Kontrollen upplevs som fundamental och personlig, men den har också en historik komponent. Kopplingar dras till att vara klient såväl till socialtjänst och polis som övriga myndigheter.

*“Jag upplever situationen som hopplös, alltså jag känner igen den. Den är välbekant, känns arrogant och föder något som inte är bra för mig, i mig.”*

Transcendental kontroll är den största konstituent i strukturen kring utanförskap. Den återfinns även i resterande tema och ligger nära upplevelsen av maktlöshet. Vidare behöver maktlösheten en egen förklaring.

### **Maktlöshet**

Maktlösheten innehåller frustration och misstänksamhet och kan kopplas till vara oförstådd (av makten) i den meningen att ingen riktigt bryr sig om att förstå. Frustrationen i maktlösheten visar sig dels som en tillitsbrist till LARO:s egentliga avsikter och dels som en upplevelse av arrogans. Misstänksamheten riktar sig mot LARO som en instans med dubbla agendor. Dels en behandling för att hjälpa dess patienter och dels en instans som vill tjäna pengar samt visa upp “bra siffror” och försköna verkligheten.

*“Dom säger att 70 procent har jobb och har det ordnat omkring oss, var har de fått den siffran ifrån?”*

Maktlösheten upprätthålls av upplevelsen av att det implicit ligger en hund begraven. Det går inte att lita på att LARO har deras väl och ve som huvudsyfte. Istället upplevs tecken som visar på motsatsen.

*“ ... och helt plötsligt räknas Vallhem som ett ordnat boende och då undrar jag lite så, när är det ett ordnat boende, är det ett tält?”*

Maktlösheten i genererar misstro och delar av patienternas arbete blir att förutse, syna och tolka LARO:s tillkortakommanden. LARO:s eventuella dolda syfte är alltså icke-greppbart vilket gör kommunikationen med LARO till minerad mark. LARO har egna behov och blundar för patienternas utsatta situation.

*“...Jag har så svårt att förstå, vill ni inte veta? Alltså varför vill ni inte veta?”*

Maktlösheten är givetvis också kopplad till den transcendentala kontrollen. Misstron som riktas mot LARO riktas mot LARO som organisation med makt att påverka patienternas hela liv. Därmed är också patienterna helt utan makt, vilket också visar sig som hopplöshet. Hopplöshet är alltså också en del av konstituenten maktlöshet

### *Den fysiska mottagningen*

Den fysiska mottagningen är en konstituent av utanförskapet. Detta gäller i allmänhet de utrymmen personalen "bestämmer" i, det vill säga dit patienterna inte har tillgång utan personalens samtycke. Exempelvis nämns kaffeautomaten som inte kan nyttjas under tiden patienterna väntar. I synnerhet står det nya väntrummet i centrum i denna konstituent. Väntrummet byggdes efter en våldsam incident två patienter emellan;

*"... och då har arbetsmiljöverket bestämt att det inte är en bra arbetsmiljö för dem utan vi ska ha ett väntrum. Det ställer ju oss i högre risk för det finns ju ingen där som skyddar oss."*

Väntrummet upplevs som ett varghägn där patienterna är helt utlämnade till varandra. Upplevelsen är att mottagningen var tryggare då personalen var mer integrerad bland patienterna. Väntrummet ses som ännu ett tillägg till den redan utbredda distansen mellan LARO och patienterna.

*"Jag var på mötet, vi ville ha TV, tidningar och kaffemaskin - inget av det fick vi."*

Upplevelsen av maktlöshet ger sig uttryck igen, att det är ingen som är intresserad av vad patienterna tycker egentligen. Här befasts upplevelsen av "vi och dom", personalen i den trygga delen av mottagningen och patienterna blir utkastade i det laglösa väntrummet.

### *Relationen till personalen*

Relationen till personalen, undantaget läkarna som tillhör konstituenten transcendent kontroll, är en konstituent av utanförskapet. Relationen till personalen som den transcendentala maktens hantlangare som liksom patienterna är intvingade i hierarkin. Kontrollen utförs ju, inte minst praktiskt av personalen.

*"... dom får ju ett visst koncept de måste jobba efter, och ve dom om dom går utanför! Om de värdesätter en patient mer än sina arbetskollegor."*

Relationen till personalen präglas dock av förståelse för att personalen "bara gör sitt jobb". Det finns en större tillit till personalen "på golvet" men den transcendentala kontrollen påverkar dem att hålla distansen till patienterna och deras situation.

*"Dom är specialister på beroende och missbruk men dom är ju inte specialister på människor."*

I denna konstituent ses personalen som mer mänsklig till skillnad från läkare som har en mer demonisk framtoning, högst upp i kontrollapparaten.

### *Innanförskap*

Innanförskapet finns med i alla konstituenten hittade i patienternas sociala värld. Innanförskapet har sina egna fysiska utrymmen, exempelvis nya väntrummet som upplevs vara ännu en barriär som stärker innanförskapets, och därmed också utanförskapets positioner. Maktlösheten står i direkt relation till innanförskapet, de lyckade människorna kontra de misslyckade. Innanförskapet ligger som en skugga genom konstituenterna, ständigt närvarande men får lite uppmärksamhet i ord, och är därmed prerefektiv. Upplevelsen är att innanförskapet brottas med andra, lättare problem, och har tillgång till andra, bättre och smidigare lösningar. Innanförskapet anses innehålla ett stabilt liv, dock ett liv som inte är inom räckhåll för patienterna;

*“... jag applicerar ju mycket av det som jag önskar vore sant i mitt liv på innanförskapet, är man i innanförskapet så är man safe liksom.”*

Det, för patienterna, onåbara innanförskapet ses som något tryggt. Personer som lever i innanförskap upplevs ha lyckliga liv där de slipper brottas med de svåra delarna i livet exempelvis krossade relationer, skam och skuld. Den sidan av innanförskapet är förvisso önskvärd men det finns också stolthet att inte tillhöra.

*“Varför ska jag ta kemikalier som alla andra säger? Det bästa hade varit om jag klarade mig på min THC och fick ta så lite medicin som möjligt.”*

I utanförskapet finns ett annat innanförskap som innefattar upplevelsen av att tillhöra “drogvärlden” det vill säga att vara fortsatt aktiv i beroendet. Detta innanförskap är inte skarpt i gränserna kan ses inkludera narkomaner, alkoholister och kriminella. I detta innanförskap är att patienterna självklara där medan LARO, både som organisation och personalmässigt är exkluderade. Detta innanförskapet i utanförskapet kan vara fördelaktigt;

*“... det är ingen som bryr sig om jag kommer i tid eller håller vad jag lovar.”*

Att leva i utanförskap ger alltså extra utrymme att leva efter helt egen agenda och därmed att slippa ta ansvar. Dock upplevs innanförskapet i utanförskapet som kontrollerande och kan verka begränsande;

*“Man backar inte och säger att man vill bli drogfri, man säger inte att man vill jobba... man måste vara hårdhudad.”*

Att göra en förflyttning från utanförskap till innanförskap upplevs som svårare än att behålla sitt innanförskap i utanförskapet. Att lämna innanförskapet i utanförskapet medför dessutom en risk för uteslutning i det sammanhanget. Det normativa innanförskapet, alltså det som tillhör LARO upplevs som icke-tillgängligt i patienternas sociala värld. Det finns inga för dem, tydliga vägar in.

## Utanförskap utifrån professionens sociala värld

Utanförskap som fenomen, enligt professionen i LARO, består av följande beståndsdelar;

### *Missbrukarbeteendet*

Den största konstituenten av utanförskapet i professionens sociala värld är ett så kallat missbrukarbeteende. Missbrukarbeteendet är i stora delar det som försätter patienterna i utanförskap. Upplevelsen är att LARO-patienterna med detta speciella beteende försätter dem i besvärliga situationer.

*“Man arbetar ju med människor som utifrån sitt missbruk får ett missbrukarbeteende som skapar det här utanförskapet.”*

Missbrukarbeteendet visar sig i både utseende, sätt att uttrycka sig och att sköta om sig själv. Det handlar dels om att den fysiska kroppen tar stryk av missbruket såsom dålig tandstatus och undernärdhet utan också genom exempelvis tatueringar. Det märks i kontakten med personalen, till exempel genom extrem känslomässig återhållsamhet eller gränslöshet. Dessutom innehåller missbrukarbeteendet ansvarslöshet och manipulativt handlande. Missbrukarbeteendet gör patienterna opålitliga.

*“ ... men när det gäller narkomaner så skapar de en känslighet för att utnyttja system och sådana saker. Det är ju ett sätt att överleva.”*

Det finns alltså en förståelse för utvecklingen av beteendet, att det är strategier som framkommit på grund av det hårda levernet. Samtidigt så nära en misstro mot patienterna som grupp. Den manipulativa delen av missbrukarbeteendet kan också visa sig som en hjälplöshet, upplevd som oärlig och som ett försök att tillskansa sig extra fördelar.

*“Man tror ju att de här personerna inte klarar någonting. Jag har ju sett hur de går härifrån och sträcker på sig. Så här är de ju här inne... För de har så mycket att vinna på det.”*

Det egna valet, liksom det egna ansvaret, eller frånvaron av de båda, är centralt i missbrukarbeteendet. En del av denna konstituent är uppgivenhet. Det visar sig i professionens sociala värld som en distans mellan “vi och dem” där “vi” gör vad som krävs för patienterna medan patienterna själv, i stånd av missbrukarbeteendet ställer till det för sig själv. Det är alltså missbrukarbeteendet som hindrar patienterna från att göra bra val och ta eget ansvar.

*“Det är faktiskt så att man gör mycket för dessa personer och väldigt mycket är utifrån deras situation att de hamnat i situationer på grund av deras beteende, de har betett sig på ett sätt att de inte har kunnat bo kvar.”*

Missbrukarbeteendet kan alltså förklaras som den del av patienterna som innehar missbruket medan den andra delen är den mänskliga delen. Missbrukarbeteendet tillsammans med begränsning i behandlingsutbudet leder till maktlöshet.



## *Maktlöshet*

Maktlösheten i professionens sociala värld visar sig i det faktum att patienternas behov övergår både behandlingens och samhällets kapacitet. Maktlösheten är kopplad till det snäva perspektivet.

*“Någonstans måste individen själv också finna och komma dithän att man vill sluta med sitt missbruk och att hitta en annan väg och det är kanske inte så att vi i sjukvården kan ge dem den meningen. Den finns där ute någonstans, vi ska se till att de överlever och har det så bra som möjligt. Men själva meningen, den kan inte vi ge.”*

Maktlösheten i professionens sociala värld är inte bara riktad mot behandlingen som sådan utan innehåller också ansvar för patienterna och en oro för att de inte vet sitt eget bästa.

*“... också börjar de med metadon som är en tuff medicin. Och sen fortsätter du sidomissbruka på det. De går ju en för tidig död till mötes.”*

Ett exempel på hur maktlösheten visar sig är genom patienternas förmåga att göra val. Det är missbrukarbeteendet leder till att patienterna gör dåliga val vilket i sin tur genererar vanmakt som professionen behöver hantera. Maktlösheten är också riktad mot politik och byråkrati, en medvetenhet behandlingens begränsningar.

*“... genom medicin så slipper vi ha dem på gatorna. Och så sparar samhället så och så mycket pengar... man måste göra mycket mer.”*

Maktlösheten innehåller också misstänksamhet och misstro mot utvecklingen av LARO. Misstänksamheten är delvis densamma som ingår i patienternas upplevelse av maktlöshet och transcendental kontroll. Dock är den inte lika omfattande.

*“... sjukvården gör ju människor beroende. Den som jobbar i det förstår. Malmö Högskola gör det inte. Man håller på att skapa en ny sorts människor på mediciner som är ännu värre än det de redan hade”*

Maktlösheten i professionens sociala värld visar sig delvis på ett annat sätt än i patienternas. Den innehåller också en sorts meningslöshet som tillhör patienterna och som utifrån professionens sociala värld behöver brytas för att drogfriheten ska bli kontinuerlig. Denna meningslöshet visar sig inte i någon konstituent hos patienterna.

## *Det snäva perspektivet*

Det snäva perspektivet visar sig hos professionen som en avsaknad av väsentliga interventioner i behandlingen. Denna konstituent finns med som en del av konstituenten maktlöshet hos patienterna och handlar om att det medicinska perspektivet. Att endast dela ut medicin upplevs som otillräckligt för patienterna som upplevs ha så många andra ouppfyllda behov utöver medicineringen. Det

medicinska perspektivet blir således för snävt vilket upplevs som en del av utanförskapet.

*“- Och då har man fixat det, heroinet, och det är ju bra för då slipper de jaga det. Men de har fortfarande kvar det här beroendet kvar av olika anledningar, som att de vill kicka. Och de har fortfarande sin identitet inom det kriminella. Och det kan man inte lösa med mediciner.”*

Konstituenten speglar alltså en medvetenhet om att behandlingen blir knapphändig när vissa delar utelämnas. Speciellt det sociala perspektivet upplevs relevant. Det faktum att bostads- och arbetsmarknaden är svårtillgänglig för patientgruppen försvårar drogfrihetsprocessen. Här beskrivs det snäva perspektivet delvis som ett samhällsligt strukturellt problem.

*“Jag tror ju på rehabiliteringsdelen av LARO. Att liksom ha en bostad och att ha någon form av sysselsättning. Det är ju förutsättningen. Så länge du inte har det så är du ju utanför.”*

Här uppmärksammas det faktum att samhällsliga strukturer är en del av utanförskapet. Det är dock inte bara de sociala delarna som behöver utvecklas utan också exempelvis det psykologiska perspektivet.

*“Jag tänker att många av de som missbrukar just opiater är ju rätt känslomässigt trasiga och har valt en drog som stänger av deras känsloliv.”*

Det medicinska perspektivet är en uppenbar del av behandlingen. Ett medicinskt perspektiv utan att ta hänsyn till andra perspektiv, kan behandlingen bli en del av utanförskapet för patienterna. Ensidiga perspektiv i innanförskapet kan således befästa ett utanförskap, där flerskaliga perspektiv eller nyanseringar kan upplevas nödvändigt. Detta för att lyckas med arbetet och samtidigt medvetandegöra innanförskapet.

### ***Innanförskap***

Innanförskapet har sin självklara plats i professionens sociala värld. Dock uttrycks det inte i ord på samma sätt som i patienternas. Även om det också var prerefektivt i patientens värld så fanns innanförskapet likväl i ord. Hur kan medarbetare och profession tänkas vara mer närvarande i ”verkligheten”? I professionens värld är det taget för givet och det finns som motsats till exempelvis missbrukarbeteendet. Denna motsats är normen och tillhör professionens sociala värld, så väl befäst att det inte ens har ett namn. Här är det tydligt hur innanförskapet finns med.

*“Att man inte är i social kontext, att man svarar udda, man kommer med udda kommentarer.”*

Självklart befinner sig patienterna i en social kontext, men här skiner innanförskapets självklarhet igenom. Meningen här kan läsas som att i patienternas sociala värld är kontexterna otillräckliga utifrån innanförskapets normer. Professionen som återfinns (kunskapsmässigt) är tveklöst i framkant men

där mänsklighet och mening kan beskrivas som undermålig utifrån samhällsstrukturen.

## DISKUSSION

Den fenomenologiska metoden är inte helt lättillgänglig och bygger på egna teorier och principer vilket varit utmanande att sammanfatta. Metoden och analysen har dock frambringat värdefulla fynd resultatmässigt, inte minst för LARO. Utanförskap som fenomen beskrivs utifrån de båda sociala världarna med några gemensamma konstituenten och några som splittrar deras intersubjektiva grund eller livsvärld.

### **Metoddiskussion**

Fenomenologisk metod valdes för att uppnå förståelse kring fenomenet utanförskap i LARO. Intervjuer innebar en djupare insyn i fenomenet som sådant, men också ett brett omfång av material. Informanterna fick bra med tid på sig att kunna förmedla, tala och uttrycka sig under hela intervjun, vilket förväntas ha ökat studiens trovärdighet. Det fanns ingen närmare tanke när det gällde kön vid valet av informanter. Studiens fokus var riktat mot att kunna ta del av den sociala världen från olika perspektiv för att kunna studera fenomenet utanförskap. Studiens informanter är kvinnor. Att det blev kvinnliga informanter kan inte sägas ha påverkat studiens slutgiltiga resultat då det som presenteras här är de konstituenten av utanförskapet som visade sig i intervjuerna. Fler intervjuer hade möjligen gett fler konstituenten eller en rikare innebörd av de redan existerande konstituenterna. Om detta har vi ingen kännedom och det finns ingen anledning att diskutera detta vidare.

Intervjun skulle kunna beskrivas som en semistrukturall intervju. Däremot innehåller fenomenologisk metod inte någon intervjuguide, det vill säga att intervjun inte styrs utifrån frågor utan löper på utifrån informantens narrativ. Vidare kan inte heller etnografins deltagande observation sägas ha tillämpats med tanke på de förutbestämde frågorna. Då den fenomenologiska intervjun inte följer den empiriska vetenskapsteorin finns risken att resultatet missförstås. Stor vikt har därför lagts vid att noggrant förklara förfarandet kring datainsamling och dataanalys. LARO i Malmö var behjälpliga i kontakten med informanter men dessvärre höll den sista intervjun på att inte bli av, då en av informanterna slutade svara på mejl efter att gett ett löfte om att medverka. Då informanten var läkare fick författarna själv känna på den maktlösheten som definieras i LARO. Det fanns ingenstans att vända sig för att nå läkaren, inga telefonnummer, ingen fysisk plats som var känd och tillgänglig. Med bara två dagar till godo ställde till slut en sista informant upp, vilket räddade hela uppsatsen.

### **Resultatdiskussion**

Det är högst väsentligt att erinra sig om det fenomenologiska perspektivet i resultatet. Det är endast mening och upplevelse som undersökts i denna uppsats. De konstituenten som presenterats rör endast utanförskapets strukturer och innehåller därmed inga orsaker eller lösningar. Det betyder inte att alla patienter

eller alla professionella kan ställa sig bakom hela resultatet, det är inte populationen som undersöks härvid. Här resoneras det endast kring olika perspektiv av fenomenet utanförskap i LARO. Fenomenet utanförskap visade sig tydligare i patienternas sociala värld än i professionens vilket förklarar resultatredovisningarnas olika längd. Detta kan bero på att patienterna påverkas mer av utanförskap och att det därför ligger närmare dem. Det kan också ha andra förklaringar. Maktlösheten är den konstituent som är tydligast utifrån de båda sociala världarna. Den är genomgående och närvarande i flera andra konstituenten och visar sig bland annat i relationen mellan profession och patient, i det snäva perspektivet och i den fysiska mottagningen. Ur fenomenologisk synvinkel skulle således maktlösheten kunna vara den delen i den interpersonella grunden där profession och patienter möts (Davidson 2018). Även om maktlösheten inte har exakt samma innebörd utifrån deras sociala världar så finns här ett gemensamt motiv. Detsamma gäller avsaknaden av en mer holistisk behandling. Det snäva perspektivet närvarar både patienter och profession till. Det är samma konstituent även om den presenteras som en del av den transcendentala kontrollen utifrån patienternas sociala värld och som en egen konstituent utifrån professionens. I de konstituenten där utanförskapets strukturer överensstämmer mellan professionens och patienternas sociala världar finns det förståelse och därmed gemensamma intressen att hämta (Davidson 2018). Här delar patienter och personal livsvärld. Där det finns förståelse finns också empati vilket kan överbrygga den distans som blir särskilt tydlig i patienternas sociala värld (Englander 2017). Denna intersubjektiva grund skulle också behöva beaktas när det kommer till olikheter. Davidson (2018) argumenterar för att människor i grund och botten är lika. Det finns det således möjligheter att mötas. De olikheter som presenteras utifrån de sociala världarna av fenomenet utanförskap är exempelvis den transcendentala kontrollen och relationen till personalen. Dessa konstituenten skapar distans mellan LARO som organisation och patienterna eftersom det i patienternas sociala värld är det en del av utanförskapet.

Den transcendentala kontrollen är möjligtvis det mest intressanta fyndet i uppsatsen. Upplevelsen av transcendental kontroll, om inte helt omöjliggör, så åtminstone försvårar det ett potentiellt ansvarstagande hos patienterna. Kontrollen gör patienternas helt maktlösa, eller stigmatiserade (Goffman 2014), i ett utanförskap som är så starkt konstituerat att vägen ut är helt otillgänglig. Samtidigt som vägen ut beskrivs i professionens sociala värld som nödvändig för att patienterna ska hitta en egen mening och sin egen väg till ett innanförskap. Detta är en svårlöst ekvation. Professionens försök att stödja patienterna till eget ansvar kan falla platt och risken är att patienterna uppfattar omsorgen som missunnsamhet och att de förvägras hjälp. Professionens sociala värld saknar den konstituenten, denna kontroll är helt enkelt inte en del av utanförskapet där. I praktiken skulle detta delvis kunna uppfattas som att patienterna får hjälp med suget efter drogerna men blir ensamma med att hitta livets mening. Även om den transcendentala kontrollen sträcker sig mycket längre än till relationen mellan personal och patient så återfinns kontrollen också i den relationen.

Relationen mellan personal och patient är en del av utanförskapet i patienternas sociala värld. Detta förhållande beskrivs av både Foucault och Goffman (1973), och det återfinns dessutom i Peterssons (2013) studie och Johnsson och Richerts (2014) rapport. Det blir tydligt att livsvärlden delas till större grad personalen på golvet och patienterna emellan, än mellan läkare och patienter. Det visas på större jämlikhet genom att det exempelvis är tryggare när de är närvarande i väntrummet

eller genom en viss identifiering; de gör bara sitt jobb. Dock är personalen på golvet upprätthållare av innanförskapet. Innanförskapet som konstituent har en egen särställning i den meningen att det inte nämns så mycket ord, mer än när en fråga om innanförskap ställts. Däremot är konstituenten implicit väldigt närvarande. Den existerar i båda sociala världar och skulle kunna beskrivas som normaliserande makt enligt Foucault (1983). Innanförskapet står exempelvis i direkt relation till utanförskapet i konstituenten missbrukarbeteende. Hur känns ett missbrukarbeteende (utanförskapsbeteende) igen? Jo, genom att ställa det i motsats till icke-missbrukarbeteende (innanförskapsbeteende).

Missbrukarbeteendet återfinns som del i flera konstituenten på patientsidan och delar av den konstituenten finns i både patienter och personals livsvärld. Dock finns det en fundamental skillnad; utifrån professionens sociala värld är det (missbrukar)beteendet som leder till utanförskap medan det i patienternas sociala värld härleder till motsatsen; det är det upplevda, och delvis pålagda utanförskapet, som leder till avvikarbeteendet. Här finns alltså ett blint fält som behöver uppmärksammas. Summa summarum är innanförskapet en del av utanförskapet i båda världar men upplevs som en självklarhet på professionssidan och som något oåtkomligt på patientsidan. Utifrån patienternas sociala värld bärs innanförskapet av både LARO som organisation och personalen på golvet. I båda de sociala världarna återfinns icke-ansvarstagande som en del av missbrukarbeteendet. Med fenomenologisk vokabulär kan detta beskrivas som reducerad agens hos patienterna (Gallagher 2012). I praktiken innebär det i patienternas sociala värld omöjligheten att göra relevanta val i livet. Den transcendentala kontrollen lämnar patienterna maktlösa samtidigt som professionen arbetar aktivt för att de ska hitta sin egen mening och sin egen väg. Det är en svårlöst ekvation. Professionens försök att stödja patienterna till eget ansvar kan falla platt och risken är att patienterna uppfattar omsorgen som missunnsamhet, att de förvägras hjälp. Här finns alltså en motstridighet mellan de två sociala världarna. Möjligen är exempelvis misstänksamheten som är en del av patienternas maktlöshetskonstituenten, ett resultat av dessa diskrepanser som kan ses som i det närmaste existentiella. Genom att tänja på gränser och bygga broar över distansen mellan LARO-patienterna och LARO som organisation, det vill säga utöka den gemensamma livsvärlden, finns sannolikt en hel del att vinna. Inte minst en större jämlikhet mellan LARO som organisation och dess patienter.

Utanförskapet är en följeslagare till både profession och patient. Becker (2006) menar att den motivation personer har som tar ett eller flera avvikande steg visar på stark företagsamhet. Om denna företagsamhet ska användas till förflyttningar behöver det finnas vägar in i innanförskap som upplevs som framkomliga. Vidare menar Becker (2006) att genom att "bjuda människor på innanförskap" leder detta i bästa fall till en självupplevd profetia. Det skulle alltså genom enkla medel gå att arbeta med utanförskapet i patientgruppen.

## SLUTSATS

Det kan konstateras att utanförskap som fenomen ser olika ut i de olika sociala världarna. Detta kan i praktiken dels betyda att när profession och patienter talar om utanförskap så talar de inte om samma sak. Dels kan det beskrivas som en

distans, vilket kan leda till missförstånd. Inte minst i relationen mellan profession och patienter. Kanske är det denna distans som beskrivs i uttalandet om “att de inte vill förstå”? Att meningen förhåller sig olika utifrån såväl människan som behandlingsinsatsen är otvetydigt. Profession och patienter möts å ena sidan i en gemensam värld på en gemensam förståelsegrund där utanförskapet är tydligt för alla i vissa delar. Å andra sidan splittras den gemensamma grunden när några delar helt enkelt inte är påtagliga för alla. Detta oavsett vilken social värld som studeras. Därmed leder detta till en förstärkning av den ojämlikhet som redan finns mellan patient och LARO. Genom att bygga vidare på den gemensamma grunden och således också bredda de sociala världarna uppstår en förståelse. Det är denna förståelse som kan skapa samhälleliga förflyttningar eller förmedla ett bredare perspektiv utifrån såväl innanförskapets konsekvenser som utanförskapets meningsfullhet. Denna förståelse kan sålunda användas som en start till ett arbete för att möjliggöra påverkansfaktorer från ett utanförskap till ett innanförskap i samhällslivet. För sådana förflyttningar krävs det vidare forskning.

## REFERENSER

- Andersson, L. & Johnson, B. (2018). *VALFRIHET OCH EGENMAKT- En utvärdering av Regions Skånes vårdval för LARO*. Malmö: FoU-rapport 2018:1
- Ahrne, G. & Svensson, P. (2015) (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. (uppl. 2:3). Stockholm: Liber AB.
- APA, (2013). *Mini-DSM 5 Diagnostiska kriterier enligt DSM-5* (2. uppl.). Stockholm: Pilgrim Press AB.
- Aspers, P. (2011). *Etnografiska metoder*. Stockholm: Liber AB.
- Blomqvist, J. (2002). *Att sluta med narkotika- med och utan behandling*. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen Forsknings- och utvecklingsenheten.
- Becker S, H. (2006). *Utanför Avvikandets sociologi*. Lund: Arkiv Förlag.
- Brunt, D. Hansson, L. (2014). *Att leva med psykisk funktionsnedsättning- livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Davidsson, L. (2003). *Living outside mental illness- Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Davidson, L. (2018). *Transcendental intersubjectivity as the foundation for a phenomenological social psychiatry*. Englander, M (Red) *Phenomenology and the social context of psychiatry*. London: Bloomsbury Publishing Plc, s 7-26
- Englander, M. (2014). Empathy Training from a Phenomenological perspective. *Journal of Phenomenological Psychology*, 45, s 5–26.
- Englander, M. (2016). The phenomenological method in qualitative psychology and psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11:1
- Englander, M. (2019). General Knowledge Claims in Qualitative Research. *The humanistic phycologist*, Vol. 47, No. 1, 1–14
- Englander, M. Ingvarsdotter, K. (2017). *Bemötandets fenomenologi - empati som utgångspunkt för interpersonell förståelse i det socialpsykiatriska arbetet*. Englander, M (Red) *Socialpsykiatrins grunder*. (första upplagan). Malmö: Gleerups Utbildning AB, s 145 – 156.
- Folkhälsomyndigheten, (2019). Den svenska narkotikasituationen <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-svenska-narkotikasituationen/190509>
- Foucault, M. (1983). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv förlag.

- Gallagher, S. (2012). *Phenomenology*. New York: Palgrave Macmillan.
- Gilje, N. Grimen, H. (2007). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos AB.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235–260.
- Goffman, E. (1973). *Totala institutioner: fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Goffman, E. (2014). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Uppl. 4 Lund: Studentlitteratur AB.
- Johansson, K. & Wirbing, P. (2005). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Johnsson, B. (2010). Risker och sidoeffekter i läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende – en forskningsöversikt *Socialvetenskaplig tidskrift*, 17, 46–66.
- Johnsson, B. (2005). *Metadon på liv och död* Lund; Studentlitteratur AB.
- Johnsson, E. Laanemets, L. Svensson, K. (2009). *Två risker med läkemedelsassisterad behandling- läckage och förgiftningsdödsfall*. Johnson, B (Red) *Narkotikamissbruk- Debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur AB, s 155–162.
- Johnsson, B. Richer, T (2014). *Brukarens erfarenhet av och syn på sin behandling: En intervjustudie med 411 LARO-patienter i fem städer*.  
<http://muep.mau.se/handle/2043/18667>
- Linton, M. (2015). *Knark- En svensk historia*. Stockholm: Atlas.
- Magnusson, Å. (2018). *Beroendemedicin i öppenvården- Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.
- Petersson, F. (2013). *Kontroll av beroende*. Malmö: EGALITE
- Roslund, B. (2018). *Haja adhd- Om nuets förbannelse, hjärnans skärmsläckare och vikten av dagdrömmari*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Skau, G. (2007). *Mellan makt och hjälp*. Malmö: Liber AB.
- Sunesson, S. (2009). *Gemensamma teman- istället för slutord*. Johnsson, E. (Red).
- Svensson, B. Kalsson, P. (2018). *Missbruk av heroin och andra opioider*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen, (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* <https://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjermissbrukochberoende> 190519
- Vetenskapsrådet, (2017). *God forskningssed*. Stockholm: VR1708.



Wirbring, P. Borg, S. (2011). *Integrerad behandling vid dubbeldiagnoser*. Lund: Studentlitteratur AB.

#### Arbetsfördelning

Under konstruktionen av uppsatsen har båda författarna varit lika delaktiga. Kontakt med LARO och handledare har delats upp på ett likvärdigt sätt och detsamma gäller läsning av referensmaterial och tillslut även själva skrivandet. Vid intervjuerna har båda författarna deltagit och mycket tid har lagts på att tillsammans göra den fenomenologiska analysen av utanförskapets konstituentier.

