

BRUKARREVISIONSRAPPORT

**LARO - Läkemedelsassisterad  
behandling av opioidberoende**

PÅ UPPDRAG AV  
Beroendemedicinska mottagningen,  
Akademiska sjukhuset,  
Region Uppsala



© Brukarrevisionsbyrån i Uppsala län, 2026  
Tryck: 2026-07-10  
Webb: [www.briu.se](http://www.briu.se)

# Innehåll

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>FÖRORD</b>                                           | <b>4</b>  |
| <b>BRUKARREVISIONSBYRÅN OCH BRUKARREVISION</b>          | <b>5</b>  |
| <b>ORDLISTA</b>                                         | <b>6</b>  |
| <b>SAMMANFATTNING</b>                                   | <b>7</b>  |
| <b>INLEDNING</b>                                        | <b>8</b>  |
| Bakgrund                                                | 8         |
| Syfte och frågeställningar                              | 8         |
| Genomförande och metod                                  | 9         |
| Informanter och material                                | 11        |
| Rapportens disposition                                  | 11        |
| <b>INFORMANTERNA OCH ROLLEN SOM PATIENT</b>             | <b>12</b> |
| Informanterna om sina roller i revisionen               | 12        |
| "Jag hade nog dött" – en livräddande behandling         | 13        |
| En "duktig" patient – tacksamhet, rädsla och följsamhet | 13        |
| Bemötande och människosyn                               | 15        |
| <b>VÄGEN GENOM BEHANDLING</b>                           | <b>16</b> |
| Att komma in                                            | 16        |
| Information                                             | 17        |
| Läkemedelsbehandling                                    | 18        |
| Väntrummet                                              | 18        |
| Uthämtning av medicin                                   | 19        |
| Provtagning                                             | 21        |
| Kontaktperson                                           | 22        |
| Psykologisk utredning, behandling och psykosocialt stöd | 23        |
| Ronden                                                  | 23        |
| Läkarkontakt                                            | 24        |
| Samverkan och samsjuklighet                             | 25        |
| Återfall                                                | 25        |
| Avslut                                                  | 26        |
| <b>DISKUSSION</b>                                       | <b>27</b> |
| Kunskapsmässig orättvisa                                | 27        |
| Vägar till delaktighet och autonomi                     | 28        |
| <b>FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN</b>                              | <b>29</b> |
| Väntrum, besökstider, provtagning och medicinutlämning  | 29        |
| Samverkan och kompetensutveckling                       | 29        |
| Kommunikation och information                           | 30        |
| Maktobalans och patientinflytande                       | 31        |
| Flexibilitet och individanpassning                      | 32        |
| <b>REFERENSER</b>                                       | <b>33</b> |
| <b>BILAGA 1.1 AFFISCH MOTTAGNINGEN</b>                  | <b>34</b> |
| <b>BILAGA 1.2 AFFISCH MIKAELSGÅRDEN</b>                 | <b>35</b> |
| <b>BILAGA 1.3 INFORMATIONSBREV</b>                      | <b>36</b> |
| <b>BILAGA 1.4 ANMÄLNINGSBLANKETT</b>                    | <b>38</b> |
| <b>BILAGA 1.5 AFFISCH NY</b>                            | <b>39</b> |
| <b>BILAGA 2.1 INTERVJUGUIDE PÅGÅENDE BEHANDLING</b>     | <b>40</b> |
| <b>BILAGA 2.2 INTERVJUGUIDE AVSLUTAD BEHANDLING</b>     | <b>41</b> |

## Förord

Inledningsvis vill vi tacka alla som på olika sätt deltagit i denna brukarrevision. Vi vill först och främst rikta ett stort och varmt tack till informanterna som ställt upp på intervjuer och delat med sig av sina upplevelser. Utan er ingen brukarrevision. Ni har genom era vittnesmål uppvisat mod, engagemang och empati och det har varit både berörande och inspirerande att få ta del av era berättelser.

Tack också till Beroendemedicinska mottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala för att de givit sina patienter möjlighet att utöva brukarinflytande. Vi vill även tacka personalen inom LARO (läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende) för att de hjälpt till att sprida information om brukarrevisionen till patienterna och upplåtit plats för oss för att möta dem.

Stort tack till Mikaelsgårdens personal och gäster för att vi har fått besöka dem, sprida information om revisionen och genomföra intervjuer i deras lokaler. Även Sprututbytet, Grottan och Bostad först har varit generösa med sin tid och uppmärksamhet när vi letat informanter.

Slutligen vill vi också rikta ett stort tack till medlemmarna i expertgruppen på Brukarrevisionsbyrån i Uppsala län (BRIU) som kommit med kloka inspel och delat med sig av sina insikter, samt till alla andra på BRIU som bidragit på olika sätt och gjort den här revisionen möjlig.

Annie Mattsson och Elsa Kjellander

## Brukarrevisionsbyrån och brukarrevision

Brukarrevisionsbyrån i Uppsala län (BRIU) genomför brukarrevisioner på uppdrag av Region Uppsala, länets kommuner, privata aktörer och civilsamhället. BRIU startade 2013 och har omkring 30 utbildade brukarrevisorer som jobbar på längre och kortare uppdrag.

Metoden brukarrevision är ett verktyg för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. En brukarrevision är en oberoende utvärdering som görs för att utveckla och förbättra vård, omsorg, sociala insatser och andra typer av verksamheter utifrån ett brukarperspektiv. Brukarrevision som metod för brukarinflytande rekommenderas bland annat i Socialstyrelsens kunskapsstöd för Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. (s. 60, 96).

Utvärderingen utförs av personer med egna erfarenheter av vård- och stödinsatser. Brukarrevisorerna som jobbar för BRIU har olika spetskompetenser och brukarerfarenheter, exempelvis erfarenheter av funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa, beroende och av vård- eller stödinsatser inom psykiatri, socialpsykiatri, socialförvaltningen eller arbetsmarknadsförvaltningen. En anhörig kan, med sin unika inblick och erfarenhet, också arbeta som brukarrevisor. Målsättningen är att bidra till ökat brukarinflytande inom vård, omsorg och samhället i stort.

BRIU genomför brukarrevisioner enligt en modell som framtagits i ett samarbete mellan brukarrevisorerna och Forskning och utveckling socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård (FoU-S) inom Region Uppsala. Revisionen svarar på vad brukare tycker fungerar bra eller mindre bra i en verksamhet. Modellen bygger på kvalitativa intervjuer och brukarrevisorerna står för frågeformulering, materialinsamling, analys och rapportskrivande.

Några återkommande teman i intervjuerna är bemötande, tillgänglighet och delaktighet. Svaren från intervjuerna redovisas alltid anonymt i rapporten. Beställare, medverkande brukare och brukarföreningar får ta del av slutresultatet i form av en rapport och muntliga presentationer.

## Ordlista

BRIU – Brukarrevisionsbyrån i Uppsala län

Brukare – I detta sammanhang används brukare som ett samlingsnamn för personer som tar emot psykiatrisk vård, insatser från socialtjänsten eller liknande vård eller stöd.

Brukarinflytande – Det inflytande personer med egen erfarenhet har inom inom vård och omsorg. Inflytandet kan ske genom individers delaktighet i sin egen vård, eller genom en grupps påverkan på utvecklingen av verksamheter eller större områden.

Brukarrevisor – En person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning som arbetar med att utvärdera vård och omsorg ur ett användarperspektiv.

Epistemisk orättvisa – Orättvisan i att en persons kunskap, trovärdighet eller upplevelser nedvärderas eller misstros på grund av vem personen är eller upplevs vara.

HSLF-FS – Gemensam författningssamling avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa med mera

Iatrogen beroende – Beroende orsakat av långvarig läkemedelsbehandling

Informant – En uppgiftslämnare som låtit sig intervjuas för brukarrevisionen.

Intersektionalitet – Ett analytiskt begrepp som beskriver hur olika maktordningar och diskrimineringsgrunder samverkar och påverkar en individs livsvillkor.

Kunskapsmässig orättvisa – Se epistemisk orättvisa.

LARO – Läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende

Opioider – Ett samlingsnamn för både naturliga opiater (som morfin och heroin) och syntetiskt framställda opioider (som fentanyl och tramadol).

Peer Supporter – En professionell yrkesroll eller funktion inom vård och omsorg. Personen har egen erfarenhet av psykisk ohälsa, beroende eller funktionsnedsättning och använder sin egen återhämtningsresa för att ge jämlikt stöd och hopp till andra.

Pseudonymisering – Behandling av personuppgifter på så sätt att de inte längre kan kopplas till en viss person utan kompletterande uppgifter.

Samsjuklighet – Att ha två eller flera diagnoser samtidigt. I detta fall beroende och annan diagnos.

Team – Ett team med två till tre brukarrevisorerna som ansvarar för processen i en brukarrevision från syftesformulering till färdig rapport.

Tolkningsorättvisa – Orättvisan som uppstår när det saknas språk och begrepp för vissa grupperns erfarenhet och perspektiv.

Vittnesorättvisa – Orättvisan som uppstår när en persons uttalande nedvärderas på grund av vem hen är eller upplevs vara.

## Sammanfattning

Informanterna i denna brukarrevision beskriver tämligen samstämmigt att LARO är en livräddande behandling och att de är tacksamma över att de har fått tillgång till den.

De informanter som har fått kontinuerliga samtal med en kontaktperson eller behandling av andra diagnoser via någon annan enhet är överlag nöjda. De som däremot har haft svårt att nå sin kontaktperson eller som har behövt vänta länge på psykologkontakt eller annan behandling har upplevt att det allvarligt äventyrat deras återhämtning.

Informanterna beskriver olika erfarenheter av bemötandet från personalen. Alla kan beskriva flera exempel på gott bemötande som har betytt mycket för dem, många kan dock även beskriva tillfällen då de själva eller andra patienter har fått mycket dåligt bemötande. Flera lyfter att det finns personal som de upplever ser ned på patienterna och inte lyssnar på dem eller tar dem på allvar. De flesta upplever också att patienterna inte behandlas lika, utan att både bemötande och behandling påverkas av patientens utbildningsnivå, språkliga färdigheter, bakgrund, övriga diagnoser, kön, ålder och anhörigas engagemang och kapacitet.

Att behandlingen upplevs som livsnödvändig och samtidigt omgärdas av stark kontroll och reglering försvårar patienternas delaktighet. En del informanter beskriver att de har haft en god dialog med personalen och kunnat påverka sin behandling. Det sammanfaller oftast med att de har haft bra relation till och kontinuerlig kontakt med sin kontaktperson.

En del informanter upplever att det finns oskrivna regler och förväntningar på patienterna som måste uppfyllas för att de ska få den vård de behöver. Många talar också om att patienter kan "straffas" för sådant som återfall, sen ankomst till medicinutlämningen eller ifrågasättande av personalen. De upplever inte heller alltid att personalen är intresserad av att ta reda på orsakerna till det som hänt eller av att ge stöd för att behandlingen ska fungera bättre.

Det faktum att många patienter sagt att de inte vågar delta i brukarrevisionen för att de är rädda för repressalier visar att det finns betydande hinder för delaktighet i vården.

Samtidigt som alla informanter är överens om att kontroller och kontinuitet är avgörande i början av behandlingen finns det flera som upplever att den bristande flexibiliteten i behandlingsformen är ett problem. En del upplever att det är obefogat svårt att få lättnader i medicinutlämningen när man varit en stabil patient under längre tid. Andra har beskrivit att de fasta tiderna för provtagning och medicinutlämning gjort det svårt för dem att få och behålla jobb, ha ett socialt liv, delta i viktiga händelser med familj och vänner och överlag ha meningsfull sysselsättning.

Ett begrepp som kan vara användbart för att förstå informanternas upplevelser är "epistemisk orättvisa". Det beskriver situationer där personers kunskap och upplevelser diskvalificeras på grund av vilka de är eller uppfattas vara. Ett par av de åtgärder som brukarrevisorerna rekommenderar för att åtgärda detta är införande av peer support och brukarråd.

## Inledning

Denna brukarrevision undersöker LARO på Beroendemedicinska mottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Uppdraget kommer från Beroendemedicinska mottagningen och revisionen genomfördes under första halvåret 2026.

## Bakgrund

Förkortningen LARO stod ursprungligen för ”**L**äkemedels**A**ssisterad **R**ehabilitering av **O**pioidberoende”. Idag är den gängse benämningen ”läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende”, men förkortningen kvarstår.

LARO innebär en så kallad substitutionsbehandling, där patienter med ett tungt beroende av opioider (till exempel heroin, fentanyl eller morfin) får kontrollerade läkemedel istället för illegala droger. I LARO kombineras läkemedelsbehandling med psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosocialt stöd.

LARO styrs av HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Där anges till exempel vilka krav som måste uppfyllas för att en patient ska komma ifråga för LARO och att patienterna måste inta sina mediciner under övervakning av hälso- och sjukvårdspersonal under behandlingens första tre månader.

Enligt uppgift från Beroendemedicinska mottagningen befann sig i februari innevarande år 249 personer i LARO via Akademiska sjukhuset. Av dessa var ca 15% det som tidigare kallats ”smärtpatienter”, det vill säga personer som bedöms ha ett så kallat iatrogen beroende orsakat av långvarig opioidbehandling av smärta. Dessa patienter betraktades tidigare som en särskild grupp, men sedan en tid tillbaka görs ingen officiell uppdelning av patienterna.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med revisionen är att undersöka upplevelsen av att vara patient i LARO. Revisionen kommer särskilt att ställa frågor om delaktighet och inflytande samt möjligheterna att utveckla autonomi och egenmakt.

Frågeställningar:

- Hur upplevs det att vara patient i LARO?
- Hur stor delaktighet upplever patienterna att de har i sin behandling?
- Hur ser patienterna på sina möjligheter att utveckla autonomi och egenmakt när de är i behandling?

## Genomförande och metod

Beroendemedicinska mottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala kontaktade BRIU i slutet av 2025 med en förfrågan om en brukarrevision av LARO. En uppdragsbeskrivning utformades av BRIU och uppdragsgivaren. I uppdragsbeskrivningen ingick att intervjua 7-10 patienter som går i LARO vid mottagningen eller har gått i behandling under det senaste året. Målet var att ca 25% av informanterna skulle vara patienter som avslutat behandlingen under det senaste året. Arbetet med revisionen inleddes i början av 2026 enligt nedanstående modell.

När en verksamhet kontaktat BRIU för en brukarrevision tillsätts ett team med två till tre brukarrevisorer som ansvarar för processen från syftesformulering till färdig rapport. Teamet planerar uppdraget i samråd med BRIU:s verksamhetsledare. I samband med att syfte och frågeställningar för revisionen formuleras konsulteras en expertgrupp av brukarrevisorer med särskild kunskap om det aktuella området eller verksamheten som ska utvärderas. I denna revision bestod expertgruppen av personer med egen erfarenhet av beroende och bruk av skadliga substanser samt anhöriga. I revisionen är expertgruppens synpunkter viktiga för att kunna lägga fokus på sådant som brukare upplever som centralt när det gäller vård och stöd.

När syfte och frågeställningar är fastställda formuleras en intervjuguide utifrån dessa (bilagor 2.1 och 2.2). I denna revision formulerades två olika intervjuguides eftersom målgruppen bestod både av patienter som befann sig i behandling och patienter som avslutat behandling. Skillnaderna mellan de två guiderna rör sig främst om språkligt tempus samt extra frågor om avslutet för den senare kategorin patienter. En testintervju hölls med en brukarrevisor innan intervjuguiden fastställdes.

Intervjuguiden kan justeras något under intervjufasen av revisionen om det framträder ämnen som informanterna själva anser vara viktiga för revisionen. I denna revision gjordes efter fjärde intervjun tillägg av frågorna om medicinska studier och information i samband med prover.

Samtidigt som den ursprungliga intervjuguiden formulerades affischer, informationsbrev och anmälningsformulär (bilagor 1.1, 1.2, 1.3, 1.4). Informationsbrevet och anmälningsformuläret distribuerades via mottagningen. Affischerna sattes upp på mottagningen och på Mikaelsgården (Uppsala Stadsmissions öppna dagverksamhet för bland annat hemlösa och personer med beroende). Informanter har också sökts via Sprututbytet, Grottan (dagverksamhet för personer i hemlöshet och/eller beroende som drivs av föreningen Hjälptillbehövande) och Bostad först. Intervjuerna skulle genomföras under februari och mars, men vid slutet av mars hade ännu inte den önskade kvoten av avslutade patienter uppfyllts. En ny affisch skapades därför (bilaga 1.5) och rekryteringen fortsatte under april.

För att möjliggöra anonymitet fanns alltid möjlighet för informanterna att kontakta BRIU direkt och att genomföra intervjun på en neutral eller trygg plats, som exempelvis på BRIU:s kontor eller Mikaelsgården. Erfarenheter från tidigare brukarrevisioner har visat att det ibland finns informanter som vill ha stöd från personal att anmäla sig till en brukarrevision, eller upplever att det är enklare att genomföra intervjuerna när de ändå är på plats på en mottagning eller motsvarande. Därför inkluderades möjligheten att lämna en svarsblankett i ett kuvert vid receptionen på mottagningen och att bli intervjuad i ett rum där.

I rekryteringsarbetet ingick även att teamet besökte Mikaelsgården vid flera tillfällen och lärde känna både gäster och personal. Vid besöken fanns det möjlighet för gäster som ville delta i

revisionen att bli intervjuade på plats i ett avskilt rum. Teamet besökte även mottagningen och pratade med patienter i och utanför väntrummet och informerade om revisionen.

BRIU använder sig av kvalitativa intervjuer. Intervjuerna är semistrukturerade. Det innebär att det finns en intervjuguide med de frågor som ska ställas till alla informanter men att frågorna inte alltid ställs i samma ordning, utan att informanten får viss möjlighet att styra intervjuens riktning. Intervjuerna genomförs vanligtvis med en informant i taget, men om informanterna önskar kan två personer intervjuas tillsammans. Informanterna får alltid ta med en stödperson till intervjun och intervjun genomförs på ett sätt och på en plats som fungerar för informanten utifrån hans förutsättningar. De flesta intervjuer genomförs av två brukarrevisorer, varav minst en ingår i teamet.

Innan intervjun inleds får informanten information om sekretess och tillvägagångssätt för intervjun. Det poängteras att medverkan är frivillig, att informanten alltid har möjlighet att avbryta intervjun om de vill, att de kan välja att inte svara på frågor och att de kan dra tillbaka sin medverkan i efterhand. Informanten får även information om hur inspelning och transkribering av intervjun kommer att behandlas, samt att deras svar kommer att pseudonymiseras så att inga namn eller detaljer som kan användas för att identifiera dem kommer att finnas med i den slutgiltiga rapporten.

Efter att samtycke inhämtats spelas intervjuerna in och därefter transkriberades de. Alla inspelningar och transkriberingar raderas efter att rapporten färdigställts. Informanterna får ett presentkort som tack för sin medverkan.

Teamet ansvarar för att analysera materialet och sammanställa en rapport. De transkriberade intervjuerna bearbetas genom kodning och tematisering för att hitta mönster och identifiera viktiga delar. För att ytterligare stärka brukarperspektivet diskuteras preliminära resultat med expertgruppen innan rapporten färdigställs.

Eftersom informanter i denna revision har uttryckt rädsla för repressalier till följd av sin medverkan i revisionen har särskilt stor vikt lagts vid att pseudonymisera citat. För att säkerställa att ingen person, varken deltagare eller personal, kan identifieras i rapporten har han och hon bytts ut mot hen och uppgifter som kan användas för att identifiera individer har strukits ur citat. Citaten har också skrivits om för att uttryckssätt inte ska kunna kopplas till individer. Rapportskribenterna har varit noggranna med att säkerställa att själva innehållet i uttalandena inte ändrats även om vissa ord strukits eller bytts ut.

## Informanter och material

I rekryteringsarbetet blev det tydligt att patienter avstod från att delta i revisionen på grund av rädsla för repressalier. Det innebar att det var lättare att rekrytera informanter som var övervägande nöjda med sin behandling. Det visade sig också svårt att rekrytera informanter som avslutat behandlingen. Många av de som blivit avslutade trots fortsatt behov av behandling var inte längre nåbara via telefon, hade slutat komma till dagverksamheter eller var avlidna. De som avslutat för att de inte längre hade behov av behandling var å sin sida också svåra att nå via de kanaler som fanns till revisionens förfogande.

Eftersom det visade sig svårt att rekrytera informanter som avslutat behandlingen det senaste året inkluderades även en informant som avslutat sin behandling för mer än fem år sedan och en informant som var anhörig till en patient vars behandling avslutats under det senaste året.

I revisionen deltog sammanlagt elva informanter. Av dessa var åtta i pågående behandling, en hade frivilligt avslutat behandlingen för mer än fem år sedan, en hade ofrivilligt skrivits ut från behandlingen under det senaste året och en var anhörig till en patient som ofrivilligt hade skrivits ut under det senaste året. Tre av informanterna var kvinnor och åtta män. Två av dem identifierade sig som "smärtpatienter".

En intervju genomfördes med två informanter, övriga med en informant i taget. Antalet intervjuer är således tio. De enskilda intervjuerna var mellan 24 och 73 minuter långa, beroende på hur mycket informanten ville berätta. Intervjun med två informanter var 126 minuter lång.

Eftersom det i denna revision varit svårt att rekrytera missnöjda informanter och informanter som avslutat behandlingen har teamet medvetet låtit informella samtal med patienter och anhöriga styrka innehållet i materialet. I praktiken kan det innebära att vissa delar av materialet betonas trots att det är ämnen som enbart lyfts i en intervju, eftersom liknande vittnesmål framkommit i informella samtal med personer som inte vågat eller orkat ge en formell intervju.

## Rapportens disposition

Efter föreliggande inledning kommer ett avsnitt om informanterna och den särskilda roll det innebär att vara patient i LARO, eftersom det är en viktig kontext för att förstå övriga resultat. Sedan följer ett längre avsnitt som är upplagt utifrån behandlingens gång från antagning till programmet till eventuell utskrivning. Där redovisas resultaten från intervjuerna uppdelat främst utifrån de olika praktiska delarna av behandlingen, såsom de framträder för patienterna. Därpå följer ett diskussionsavsnitt som lyfter resultaten till en mer generell nivå och erbjuder tolkningsramar utifrån ett maktperspektiv. Rapporten avslutas med en överblick över förbättringsområden och konkreta förbättringsförslag.

## Informanterna och rollen som patient

Informanterna i revisionen vittnar om LARO-patienternas särskilda roll och förhållande till behandling och personal. Både informanterna och det aktuella kunskapsläget beskriver LARO-programmet som livräddande. Samtidigt är det en behandling som omgärdas av många regler och krav på patienterna. Socialstyrelsens kunskapsunderlag lyfter hur denna situation kan påverka patienternas upplevelser av makt och inflytande:

”De regler, rutiner och kontroller som av säkerhetsskäl behöver omgärda behandlingen kan [...] av patienter och brukare upplevas som oförenliga med begrepp som delaktighet, inflytande och makt.” (s. 25)

Eftersom detta utgör en viktig förståelseram för revisionens resultat inleds resultatdelen med en genomgång av informanternas syn på sina egna roller i revisionen, behandlingens betydelse i deras liv, deras roller som patienter och hur de upplevt sig ha blivit bemötta av personalen. Bilden blir mer komplex eftersom den dessutom fylls i av responsen vi brukarrevisorer fått från patienter och anhöriga som vi pratat med under rekryteringsfasen samt av våra egna brukarperspektiv.

### Informanterna om sina roller i revisionen

Flera av informanterna uttrycker att deras främsta motivation för att delta i revisionen är att de vill bidra till förbättrad vård för alla patienter inom LARO. De vill att fler ska överleva och att fler ska få ett gott bemötande och en god vård. En del uttrycker också en särskild omtanke om de medpatienter som av olika skäl har svårare att föra sin egen talan eller som de upplever blir sämre behandlade än de själva, till exempel på grund av psykisk ohälsa, ålder, kön, utbildningsnivå eller social status.

En informant beskriver att hen själv hade kunnat samla information om problem på avdelningen och gjort anmälningar, men att hen hellre vill påverka genom att delta i brukarrevisionen. En annan informant berättar att patienter tidigare försökt ta kontakt med media för att framföra sina synpunkter, men att det varit svårt att organisera. I informella samtal har nämnts att patienter dragit sig ur kontakt med journalister av rädsla för repressalier från mottagningen.

Flera informanter berättar att de tolkar en del brister de upplevt i vården som uttryck för personalens arbetsbelastning. De spekulerar i att exempelvis långa väntetider, otillgänglighet och brister i bemötandet kan bero på stress, underbemanning, högt patienttryck och långa arbetspass. Här uttrycks också omsorg om personalen. Många av dem betonar även att personalens arbete inte är lätt och att de har förståelse för att patientgruppen har komplexa behov.

Samtidigt tror andra informanter inte att grunden enbart ligger i arbetsbelastning eller resursbrist. De tolkar det som att resurserna inte används på rätt sätt eller att det finns grundläggande problem i personalens syn på patienterna och behandlingen.

## **”Jag hade nog dött” – en livräddande behandling**

Nästan alla informanter beskriver att LARO varit en nödvändig behandling som haft positiva effekter på deras liv. De flesta beskriver den som direkt livräddande. När de ombads berätta om livet före behandlingen talade de om suicidförsök, hemlöshet, överdoser och känslor av hopplöshet. Någon beskriver sin inställning som ”dör jag så dör jag” och någon annan som att: ”Livet var jättedåligt men det kändes som att jag kan ju inte få det bättre än så här.” Flera har sagt att de tror att de hade varit döda idag om de inte hade blivit antagna till LARO.

Många informanter berättar om stora förändringar i livet efter att de fått tillgång till LARO. Det kan handla om att de har fått jobberbjudanden eller arbetsträning, att de fått kontakt med sina barn igen, bildat familj, eller att de kommit ur hemlöshet. En informant säger att hen är väldigt tacksam att hen nu har egen bostad och får vara hemma när hen vill. En annan informant beskriver det som att hen kan leva ett normalt liv.

De som talar om sig själva som ”smärtpatienter” har en något annorlunda upplevelse än de som varit beroende av illegala droger, men även där säger en informant att: ”Det här att få en rutin i att få medicin, det har varit bra för mig, väldigt bra. [...] Det här är bra struktur och jag tror att väldigt många har nytta av det, det är inte bara jag.”

Många upplever fortfarande svårigheter i livet på grund av exempelvis samsjuklighet eller biverkningar av medicinen, men som en informant konstaterar: ”Om man ska jämföra så mår jag ju utmärkt.” Någon uttrycker också sorg över vad behandlingen kostat dem, men känner ändå tacksamhet: ”Metadonet har kostat mig väldigt mycket, men det har ändå räddat mitt liv.”

## **En ”duktig” patient – tacksamhet, rädsla och följsamhet**

En informant beskriver att just det faktum att behandlingen är livräddande gör att hen aktivt försöker se den i så positivt ljus som möjligt: ”För min del så har det ju varit i princip livsnödvändigt, så jag försöker se det väldigt positivt det mesta, även om det finns saker som är jobbiga.” Den starka tacksamhet en del informanter uttrycker kan ur brukarrevisionens perspektiv utgöra ett hinder för att få svar på vad de skulle vilja ändra i behandlingen. En informant betonar: ”Jag är nöjd med allt jag har. Tacksam.”

I Socialstyrelsens kunskapsunderlag beskrivs även rädsla som ett hinder för att få fram kritiska synpunkter från patienter i LARO:

”I en svensk intervjustudie med personer som fått LARO framkommer att majoriteten av patienterna uppgav att de vid något tillfälle varit rädda för att bli utskrivna från den pågående behandlingen. Risken för utskrivning från LARO upplevdes som ett hinder för att de skulle vara kritiska eller att påtala de problem de upplevde i behandlingen. Även om många patienter ansåg att personalen lyssnade till deras önskemål så innebar rädslan för utskrivning eller andra sanktioner att patienterna upplevde möjligheterna att påverka sin behandling som begränsade.” (s. 92)

I arbetet med rekryteringen av informanter har rädsla varit ett påtagligt hinder. Patienter har uttryckt intresse för att delta i revisionen och sedan dragit tillbaka sin anmälan av rädsla för repressalier. Andra har sagt att de har saker de vill berätta, men att de inte vågar för att de är övertygade om att de skulle kunna bli identifierade av personalen.

De informanter som beskrivit sig som smärtpatienter har inte uttryckt samma rädsla. En av dem konstaterar: "Jag har blivit hotad men det drogs tillbaka för jag är inte en av dem som kan bli utskriven". Informanten förklarade att hen inte kan bli utskriven för att hen har smärta som endast går att behandla med morfin. Smärtpatienterna beskriver sig själva som "en annan patientkategori" och uttrycker en del missnöje med att de upplevt sig bli behandlade på samma sätt som patienter som varit beroende av illegala droger. En av dem berättar med viss indignation: "Jag blev behandlad som en knarkare. Jag är inte knarkare." Samtidigt ser de att deras upplevda särställning erbjuder en möjlighet för dem att uttrycka kritik som inte andra patienter kan eller vågar framföra och att de på så sätt kan hjälpa sina medpatienter.

Precis som beskrivs i Socialstyrelsens kunskapsunderlag upplever även de informanter som är nöjda att de måste vara följsamma i behandlingen och inte göra något som kan uppfattas som ovilja eller ifrågasättande: "Man måste sköta sig. LARO är inte lätt att få och jag, jag hänger på mycket mindre saker, liksom. Jag måste ta emot allt. Allt stöd, allt."

En nöjd informant reflekterar över att personalen nog uppfattat hen som en patient som passade väl in i behandlingen:

*"Jag var ju väldigt motiverad och jag skötte reglerna och de såg det nog. Jag tror att de såg det som ett bra exempel på en väldigt välfungerande behandling där jag var redo att göra förändringen och använda det stödet som de kunde erbjuda. Och det gjorde jag."*

Flera informanter beskriver den ofrihet som behandlingen innebär i negativa ordalag: "Det blir ju som att man skriver ett kontrakt med djävulen [...] en känsla av att inte ha egen kontroll liksom, att man är lite styrd av dem." En annan säger: "Jag känner mig som en fucking jävla docka med trådar." Samtidigt förklarar en informant att hen valt att se det som en ofrihet som leder till en annan typ av frihet:

*"Den gjorde ju att jag kunde vara självständig på något sätt, samtidigt som man såklart blir väldigt... Det är ju en kemisk fotboja, om man säger så. Men som jag såg det så var det nog att jag kunde börja vara självständig egentligen och börja tänka på annat och det gav mig utrymme att ha ett liv helt enkelt."*

En del informanter har upplevt att det funnits uttalade krav på att patienterna till exempel ska delta i medicinska studier, vara "fina och artiga" och inte "tjata" och att den som inte uppfyller det kan drabbas av repressalier i form av exempelvis tätare besök för att hämta medicin:

*"Man är ju bunden till deras verksamhet, och det här att de beslutar och bestämmer liksom att: 'Ja, nu har du varit duktig så du får komma två gånger i veckan.' Och sen tatar man lite och så: 'Nej, nu får du komma varje dag eller tre gånger i veckan.'"*

En informant som blivit ofrivilligt utskriven reflekterar över att hen trott att en långvarig följsamhet till både uttalade och outtalade regler betydde att risken att bli utskriven var låg:

*"Jag har alltid varit trevlig. Jag har alltid varit, som man säger, mönsterpatient. Jag har alltid... Jag trodde liksom att det var värt någonting åtminstone, men det var det absolut inte. [...] Jag har alltid varit trevlig mot personalen. [...] De säger alltid: 'Du ler och du är alltid välvårdad och du är [...] inte bråkig eller stökig och man blir glad när man ser dig.'"*

Samma informant tolkar det som att hens utskrivning beror på att hen på något sätt upplevts som "en obekväm patient":

*"Jag vet inte... Jag tycker inte att jag har varit en obekväm patient på nåt sätt. Du vet, ibland så kan de skriva så här: 'obekväm patient'. För att du, du kräver svar, du kräver förklaring. [...] Jag anser inte att jag har varit en obekväm patient men ändå har jag blivit det på något sätt. Från deras håll. Och jag vet inte vad jag har gjort för att vara obekväm, liksom."*

En del informanter beskriver personalens makt som i det närmaste total: "De tror att de kan göra vad de vill och det gör de också." Flera informanter upplever inte att de kan vara ärliga i sina samtal med personalen. De anpassar istället vad de säger efter vad de tror personalen vill höra och hur de tänker sig att uttalanden skulle kunna tolkas, misstolkas eller användas. En informant berättar att hen märkt att det spelar roll vilka ord patienter använder för att beskriva sina symtom och att hen då anpassat sig efter det. En annan säger att det blir ett "fulspel" och att hen hellre skulle vilja ha en bra relation till personalen och kunna vara ärlig utan att känna att hen riskerar att bli straffad för ärlighet.

## Bemötande och människosyn

Alla informanter uttrycker förståelse för att det är svårt att arbeta med den här patientkategorin. Många beskriver också fina möten och vänliga ord som betydligt mycket för dem. Samtidigt återkommer merparten till att de vill att all personal ska behandla alla patienter som människor.

Informanterna beskriver överlag att de har fått ett gott bemötande från en majoritet av personalen, som beskrivs som "goda", "fina" och "fantastiska" människor. De använder ord som "trevlig", "positiv", "jättesnälla" och "tillmötesgående" för att beskriva bemötandet.

Flera informanter beskriver dock att det finns några i personalen som inte bemöter dem väl. Någon kopplar det till en allmän syn på missbrukare i samhället: "Personligen tycker jag att en hund har mera värde i Sverige än en missbrukare." Flera andra informanter pratar också om djur och människor i relation till bemötande och människosyn inom behandlingen. En konstaterar att "så behandlar man inte ens djur" och att "vi är också människor, vi är inte bara missbrukare". En annan informant berättar:

*"Man känner nån sorts maktskillnad. Att, okej: 'Ni är pundare och vi är de fina människorna.' [...] Det är drygt. För jag känner mig ju inte som en människa då. [...] Men om jag är där och försöker göra allt jag kan för att bli en bättre människa så anser jag inte att vi är på olika plan [...]. Jag anser att vi båda gör vad vi kan för att vara bra människor. Så, ja, det är lite drygt, såklart."*

En informant berättar att hen blir upprörd av att se medpatienter behandlas respektlöst men att hen själv inte behandlas lika illa på grund av annan bakgrund och sjukdomsbild. Samtidigt beskriver samma informant att en del personal verkar se hen som en "jobbig människa som kommer och vill ha någonting" och att inställningen hos vissa är att "du ska vara nöjd att du får dina piller här och kan gå och supa gratis."

En informant beskriver att bemötandet blir sämre när man varit i behandling länge:

*"De är ju skitbra i början när de gör bedömningar, hur de lägger upp allting. Där är de jättebra. Jag kan säga så här: LARO var utmärkt första sex månaderna, helt fantastiskt. Sen händer det någonting när man har varit där ett tag. Att att man faller liksom, att de liksom bara skiter i en. Jag vet inte vad som händer. Speciellt folk som har varit där 25 år. Man blir absolut inte trodd längre och det är jättejobbigt."*

En informant beskriver tvärtom att bemötande blivit bättre efter det första halvåret. Ännu en har upplevt en stor försämring sedan mottagningen flyttade till Psykiatrins hus. En informant upplever att personal som har ett dåligt bemötande "inte vill vara där" och en annan tror att grundproblemet är att: "Folk har stannat länge på samma plats. De känner: 'Det här styr jag. De kan inte det som jag, för här är det jag som basar.'" Hen tror att lösningen skulle vara att det kommer "någon ny stjärna" som kan "omorganisera och lägga om kurs".

## Vägen genom behandling

I den här delen av revisionen beskrivs informanternas upplevelser av olika delar av behandlingen, från ansökan till eventuellt avslut.

### Att komma in

Informanterna har beskrivit mycket olika erfarenheter av att söka till programmet. Några har beskrivit det som nästan omöjligt att komma in, medan andra tycker att det gått förhållandevis lätt. Den som väntat längst på att komma in hade sökt i mer än ett decennium, medan det gått på några månader för den som kommit in snabbast.

Alla informanter är överens om att det måste finnas krav för att komma in, men en del upplevda krav beskrivs som problematiska. En informant berättar att hen blivit nekad på grund av blandmissbruk och hen anser det vara ett problem för att nästan alla med opioidberoende har blandmissbruk idag.

En del informanter beskriver att det i princip krävs suicidförsök eller allvarliga överdoser för att komma in. En annan informant berättar:

*"Det var svårt att komma in. För de ville ju att man skulle ha haft misslyckade behandlingar [...] man kände sig mer och mer misslyckad, så jag ökade dosen hela tiden. [...] De vill ju att det ska finnas dokumenterat missbruk. Det förstår man ju, så att man inte kommer från gatan direkt och säger hej, här vill jag ha medicin. Men de kanske inte behöver ha att det ska vara flera överdoser eller misslyckade behandlingar."*

Några beskriver att det är så svårt att komma in eller att få komma in igen efter avslut i Uppsala att de själva och andra sökt sig till eller blivit uppmanade att söka sig till andra län. En informant beskriver också att överföring från en LARO-enhet i en annan region tar lång tid.

## Information

De flesta informanter beskriver att de har fått information om behandlingen i samband med ansökan, antagning och behandling, men de tycks tala om olika typer av information. Någon nämner att de fått några A4, andra talar om en broschyr, någon tycks ha haft ett ännu större material i en pärm och några nämner LARO-boken av Tobias Eriksson (2017). En del talar också om den information som ligger ute på mottagningens hemsida och på 1177. Enligt uppgift från uppdragsgivaren har det funnits en informationstext på papper som inte längre används. LARO-boken har tidigare varit tillgänglig via mottagningens hemsida, men den har nu tagits bort för att den är under revision. Troligen har det funnits information som inte kommit brukarrevisorerna till del, eftersom de flesta informanter beskrivit att de fått information om kontaktpersonsystemet på mottagningen och det nämns inte i det material som funnits tillgängligt i samband med revisionen.

En del tycker att informationen har varit tydlig medan andra tycker att den varit otillräcklig. En informant beskriver att det var svårt att få information i samband med att hen skulle söka in till programmet:

*"Jag fick ta reda på information själv. Det var lättare att få information när man låg på avgiftningen. Då kom de kontinuerligt på avgiftningen och pratade: 'Så här kommer det gå till när du kommer in på LARO-programmet.' Men inte när man sökte. Då var det jättesvårt att få någon information om hur det skulle gå till. Då fick man prata med andra som var med i programmet och fråga."*

Samma informant efterfrågar framför allt bättre information om vad som behövs för att bli antagen till LARO. Ett par andra informanter har dock upplevt att de fått tydlig information även i samband med ansökan. En av dessa informanternas beskrivning av informationen anknyter till resonemanget ovan om outtalade krav på "duktiga" patienter: "Allt stod väldigt tydligt. Att man ska hålla sig nykter, inte blandmissbruka, man måste sköta sig och vara trevlig." Denna informant upplevde dock inget problem med att reglerna enligt hens egen tolkning innebar att patienter måste vara "trevliga", utan hen beskrev också reglerna som "bra".

En informant önskar mer information om biverkningar, som hur behandlingen påverkar tandhälsan. En informant efterfrågar information om hur behandlingen kan påverka kvinnors fertilitet och libido:

*"Killarna får ju hormoner för att de inte fungerar sexuellt. Tjejerna får ingenting, knappt ens information om att det påverkar både din lust och din fertilitet. Ingen har sagt ett ljud om det till mig, utan det är vad andra medtjejer har sagt sinsemellan. Och vi har aldrig blivit erbjudna något. Jag har sagt flera gånger att jag har svårt med min sexualitet och jag har svårt med lust och jag har svårt med de här sakerna. 'Ja, men sätt på en porrfilm.' Det är inte det det handlar om. Killarna får ju testosteron men vi tjejer blir inte tagna på allvar. På något ställe. Någonstans."*

Ovanstående informant hade upplevt att personal lade ansvaret för att ta reda på information på patienten. Det vittnar även en annan informant om när hen vid ett tillfälle hänvisats till att information om förändringar i regelverket hade lagts ut på 1177, vilket hen inte ansåg vara tillräckligt: "Tror du att alla narkomaner som går här går in varje dag på 1177 och så går de in på information där LARO har skrivit om deras nya regler?"

Informanterna upplever att de inte har erbjudits det som informationen säger ska ingå i LARO. Framför allt handlar det om att de ska få en kontaktperson, kompletterande psykologisk behandling och psykosocialt stöd samt att det ska finnas samverkan med annan vård och stöd. Två av varandra oberoende informanter uttryckte sig nästan identiskt kring detta. En säger: "Jag fick alla de här pappren och de är jättetjusa, fantastiskt fint. Tror du att de har följt de här punkterna? 50% av dem så kommer de ha ett lyckligt gäng av patienter." En annan säger: "Om det höll sig 55% eller 45% skulle jag vara nöjd."

## Läkemedelsbehandling

Medan nästan alla informanter beskriver positiva effekter av läkemedelsbehandlingen och ofta kallar den livräddande finns det samtidigt en del upplevda problem. Flera berättar om bristande flexibilitet och att det inte tas hänsyn till individuella behov och patienternas egna beskrivningar av till exempel biverkningar eller tidigare erfarenheter. Några informanter säger att de har upplevt olika biverkningar eller skillnader i effekt både mellan olika läkemedel och olika märken med samma aktiva substanser, men att de inte känt att det är något vården lyssnat på eller tagit hänsyn till. Ett särskilt problem som lyfts av en informant är att det är olika märken när man hämtar ut medicin på avdelningen respektive när man hämtar ut på apotek. Hen upplever det som problematiskt att man kan få andra biverkningar samtidigt som man får större frihet och mindre regelbunden uppföljning i och med att man börjar hämta medicin på apoteket istället.

En informant tolkar det som att utbudet av mediciner på mottagningens eget apotek styrs av vilka läkemedelsbolag läkarna har forskningsuppdrag för eller avtal med. Hen tror att det är en ekonomisk fråga för läkarna och kan leda till negativa konsekvenser för patienterna.

En annan informant önskar att läkarna inom LARO arbetade mer med att skriva ut mediciner för att hantera biverkningar, abstinensbesvär och samsjuklighet, så att man inte som patient blir hänvisad till att söka vård på andra ställen för relaterade besvär.

## Väntrummet

Flera informanter beskriver det som ett problem att många patienter samlas samtidigt i väntrummet för att hämta ut sin medicin. De upplever det som en stor risk att det kommer patienter som har aktivt blandmissbruk, att det förekommer försäljning av droger och att patienter från sprututbytet väntar utanför: "Det blev inte bättre nu när de flyttade bytet till sjukhusområdet. De kan stå och fråga: Har du sub och sälja?" En patient beskriver att hen fått återfall för att hen träffat personer i aktivt missbruk på mottagningen: "Nu är det inte lika jobbigt längre. Jag är ganska stabil, så jag blir inte drogsugen direkt. Men i början kommer jag ihåg att det var väldigt jobbigt och oftast så drog man iväg med folk och så vart det att man tog nånting."

En informant tar upp att det borde göras större riskbedömningar kring vilka som hämtar ut samtidigt eller får bokade tider samtidigt. Om det till exempel finns patienter som är i konflikt med varandra eller att ett möte med en viss person kan trigga ångest borde mottagningen försöka undvika att de möts.

En informant tycker att det är särskilt olyckligt att unga och äldre kommer samtidigt till mottagningen:

*"Varför ska du behandla en 18-21-åring med en 50-åring som har gjort allt skit, som kan fixa vad som helst för den här 18-åringen? Det händer många gånger. De ska inte ens mötas, de ska inte ens gå samma dag, de ska inte gå samma ingång. Separera de här unga, för att de här äldre är så, tyvärr, vissa av dem är så samvetslösa."*

Samma informant lyfter att när unga kvinnor med beroende kommer till mottagningen samtidigt som äldre män med tillgång till droger finns en risk att de unga kvinnorna hamnar i situationer där de blir utsatta för sexuella övergrepp.

*"Jag ser en ung tjej följa med en 50-årig man på fredag. Jag ser dem på måndag igen. Hennes ögon är så här stora, hans ögon är så här stora. Jag vet ju vad han har gjort med henne.[...] Gud vet [...] vad hon har varit med om. Och det är sådana saker som skapar en ond cirkel, för då bär hon på ännu mer skuld, ännu mer skam, för att hon har utsatt sig för någonting som hon egentligen inte ville."*

En informant beskriver att hen känner en utsatthet i väntrummet eftersom det rör sig många människor med olika ärenden där. Att behöva vänta länge upplevs som jobbigt, särskilt för patienter som inte mår bra, fysiskt eller psykiskt. Det kan handla både om att väntan skapar stress och att patienter upplever det som jobbigt att andra ser dem när de mår dåligt och kanske har vad som kan uppfattas som ett avvikande beteende.

En informant beskriver tvärtom att hen upplevt blandningen av patienter i väntrummet som inspirerande:

*"Man ser ju väldigt många olika personer och man ser att det är liksom högt och lågt där. Det är allt från personer som man kan gissa är hemlösa och ganska rejält utsatta till personer som man ser att de nog är på en ganska bra plats i livet, men de fortsätter ändå gå dit för behandlingen. Så att det var ju kul att se ändå att det finns alla sorter, och, vad ska man säga, att det fanns en känsla av att det finns möjligheter ändå, att man kan bygga någonting därifrån."*

## Uthämtning av medicin

Alla informanter är överens om att det är rimligt att patienterna behöver inta sin medicin under övervakning i början av en behandling. De flesta har dock många tankar om hur det nuvarande upplägget skulle kunna förbättras.

En informant beskriver en känsla av utsatthet när hen hämtar medicin i luckan. Det handlar framförallt om att det kan stå en grupp personal i bakgrunden och titta när patienter hämtar ut medicinen: "När jag svarade såg jag två-tre pers i bakgrunden som log och bara tittade på varann." En annan informant har också kommenterat att det ofta är mycket personal i bakgrunden vid uthämtningen: "De är många där. Går man in i luckan så sitter det två i luckan och sex där bak, liksom."

Samtidigt finns det informanter som beskriver bemötandet vid uthämtningen som bra: "De är väldigt trevliga och artiga. På det viset är det väldigt bra." En del av bemötandet som flera informanter kommenterat är att frågan "Hur är det?" eller "Hur mår du?" kan

vara jobbig att få när man mår dåligt och samtidigt vet att den som frågar inte har tid att lyssna på ett ärligt svar. En informant beskriver: "Egentligen menar du inte den frågan för du har inte tid att lyssna på mig ändå."

En del informanter berättar också att bemötandet vid uthämtningen kan skilja sig mellan olika patienter och att en del stannar och pratar länge vid uthämtningen, vilket kan göra att väntetiden blir lång för de som kommer efter.

Flertalet informanter har uttryckt önskemål om att personalen i luckan ska kunna göra anteckningar i journalen om vad som sagts vid medicinutlämningen.

*"Men däremot om man vill få till någon kontakt där. Säg att det är: 'Det vill jag eller det här vill jag ha ändring på eller den kontakten vill jag ha.' Det blir stopp där, liksom. De lyssnar, de är väldigt trevliga, ja visst, men det blir inte antecknat någonstans, det blir inte uppföljt. [...] Och när jag har hämtat min medicin så har jag varit arg, jag har varit ledsen, jag har varit helt förvirrad [...] jag har begärt få ändring på saker och ting. Inget av det står i journalen när de har gått. 'Har varit här, fått sin medicin'. Det är som om de har något som de kopierar och klistrar varje gång man är där och det ändras inte."*

Flera informanter beskriver vad de upplever som bristande flexibilitet kring uthämtningen. Detta rör olika typer av behov, som att gå på begravingar, delta i sociala sammankomster eller arbeta. Här skiljer sig dock upplevelserna åt. En informant berättar att när hen bett om ändrad uthämtningstid för att slippa gå från jobbet gick det att lösa utan problem. En annan informant beskriver att hen upprepade gånger blivit nekad ändrad uthämtningstid trots att det var nödvändigt för att få behålla jobbet.

*"Där de har sagt: 'Ja, men det här är en livsviktig medicin för dig. Du kan inte missa.' För jag frågade: 'Kan vi justera lite, för jag får inte komma för sent på morgonen [...] Kan jag få komma tidigare eller kan jag få komma senare eller kan jag få komma på lunchen, liksom kan vi justera lite?' Absolut inte."*

Samma informant konstaterar: "De säger att din medicin är livsviktig, du måste komma på tiderna som vi har. Men mitt liv är också livsviktigt. Jag måste få mitt liv att fungera. Jag har chans att få ett jobb och en anställning."

Flera informanter upplever att uthämtningen av medicin är kopplad till "strafftänk". Dels upplever de att patienter blir oproportionerligt straffade om de kommer för sent till uthämtningen, dels upplever de att tätare uthämtning används som ett straff.

*"Kommer du sent till LARO får du inte din medicin. Så det slutar med att du inte får din medicin på fredag. Säg att på lördag tvingar de folk att åka från Enköping [...] och så är det snöstorm, vad som helst, så kommer den personen 10-15 minuter sent. Den får inte sin medicin. Då säger du: [...] 'Vad ska jag göra?' Ja, du får göra vad du vill. Det betyder gå och ta knark, för det är det som sker om du har varit abstinens i två dagar utan metadon. Och sen har du inte varit där på tre dagar. Då blir du automatiskt utskriven. Det är sådana saker som gör att människor hamnar i en ond cirkel."*

Ett par informanter upplever att de blivit straffade med tätare uthämtning för att de hamnat i konflikt med någon i personalen: "Jag fick gå hela helgen och jag fick gå helgen efter. Tills de var nöjda att jag hade blivit tillräckligt straffad."

En informant misstänker att det ligger i mottagningens intresse att låta patienter hämta ut medicinen ofta för att de kan begära mer pengar för det. Flera informanter upplever att systemet med "luckan" är gammaldags och att det är dags för uppdaterade metoder. "Det är ett sovjetiskt påhitt som kom till Sverige på 70-talet, nåt sånt, och stannade kvar. Nästan alla andra länder har avskaffat luckorna nu."

## Provtagning

Som med de flesta andra delar är informanterna överens om att provtagning är nödvändig, särskilt i början av behandlingen. Ett par informanter betonar särskilt att personalen de möter i samband med de övervakade urinproven är vänlig och förstående och att det goda bemötandet gör en stressande situation lättare att hantera.

*"Det är väldigt trevlig personal. [...] Speciellt i början, när det kändes konstigt att vara bevakad och veta att det är någon som står där, eller några till och med, som tittar på en. De var väldigt fina, förklarade, gav en tid. Blev inte blir sura när man inte kunde och fick gå, sitta och fika och få komma tillbaka för att få till det liksom. Så det, det var väldigt bra."*

Trots gott bemötande beskriver flera informanter urinproven som stressande och för en informant var det en så stor stressfaktor att hen övervägde att helt lämna behandlingen på grund av det. Precis som med medicinutdelningen vittnar en del om att det kan bli köer när patienter ska lämna urinprov, vilket både kan leda till väntetider och extra stress i en redan jobbig situation. Att det bara finns en toalett för att lämna prov och att kön är precis utanför upplevs också som ett problem. En informant önskar även större flexibilitet med tiderna så att de patienter som jobbar inte ska behöva missa så mycket arbetstid.

Flera informanter har upplevt problem med att provsvar visat fel:

*"Alltså, man är ju positiv konstant där på saker fast man inte har tagit det och så skickar de det på analys, då är det negativt. Så jag vet inte om det är nånting med deras jävla, alltså, att det blir nån kontamination, för att det händer alla. Speciellt nu sista halvåret så, just benzo, så är massa positiva på det hela tiden. Fast vi inte har tagit det. Men, de har blivit duktigare nu. Nu säger de inte ens till. [...] Nu har de lärt sig att, okej, vi väntar tills analysen kommer. Så, de är bra på det sättet. De respekterar ju ändå och förstår att okej, tro på vad man säger tills de kan bevisa motsatsen, vilket är skönt."*

Alla delar dock inte upplevelsen att personalen tror på patienterna tills de har bevis för motsatsen. Tvärtom beskriver en informant det som att "de fäller dig hellre än att fria dig". Samma informant beskriver också att sammanblandade prover en gång gjort att hen varit nära att förlora sin plats på ett boende och att det behövdes mycket arbete från informantens egen sida för att reda ut problemet. En annan beskriver å andra sidan att psykiatrin gått med på att ta extra prover för att bevisa att hen inte tagit narkotika när ett boende fått felaktigt resultat.

En informant beskriver att hen inte fått kallelser till urinprovtagning när hen borde ha fått det och att hen behövt kontakta mottagningen flera gånger för att få lämna sitt prov. Flera informanter beskriver också att de har svårt att se logiken i att mottagningen inte vill ta prover på sådant som patienten önskar, men samtidigt tar prover som det inte finns en uppenbar orsak

att ta. En av dem beskriver att det hänt att det beställts nya analyspunkter på hens prover som hen inte godkänt. En annan upplever att extra provtagning kan användas som ett straff.

## Kontaktperson

Att ha en kontaktperson som man litar på, kan få tag i och som man får träffa regelbundet är något de flesta informanter tycker är väldigt viktigt för att behandlingen ska fungera. En av de mest nöjda informanterna berättar:

*"Kontaktpersonerna var alltid liksom på och de pratade med mig och det var alltid mycket kontakt, vilket för mig var det perfekta för att, ibland kan jag bli lite så, om jag blir uttråkad, speciellt i början, och drogsugen och så. Har jag inte mycket kontakt runtomkring mig så blir det lätt att jag viker av. Så, det var väl egentligen det perfekta. Jag fick en bra kontaktperson direkt när jag började som var väldigt hands-on."*

En annan nöjd informant beskriver att hens kontaktperson alltid varit bra och att de sågs minst en gång i veckan i början av behandlingen. Alla beskriver dock inte positiva upplevelser.

*"Den förra kontaktpersonen jag hade mejlade jag och ringde. Då kunde det ju ta månader innan jag fick nån respons. [...] Nu när jag bytte kontaktperson så lovade de att jag skulle få bättre kontinuitet med samtal, men det har det inte blivit. [...] Hen har sagt att vi ska ha ett samtal i veckan lite mer djupgående, men det har inte blivit av och jag har påpekat det men jag har inte fått någon respons."*

En annan informant beskriver att hen träffade sin kontaktperson först efter fyra månader i behandling. Två informanter uppger att de träffar sin kontaktperson två till tre gånger per år, trots att de har behov av tätare kontakt och har försökt att framföra det flera gånger. Flera beskriver att deras intryck är att få patienter träffar sina kontaktpersoner kontinuerligt. En informant beskriver en livskris där hen desperat försökte få samtalsstöd eller kontakt med sin kontaktperson:

*"I deras pamflett står det ju att du har ju rätt att prata med din kontaktperson åtminstone en gång i månaden, om du vill. Och jag skrek efter att få prata med någon. [...] Men de svarade inte alls på det utan stängde alla dörrar. Jag sa, jag behöver inte prata med just min kontaktperson, men låt mig prata med någon, vem som helst, ge mig tio minuter, ge mig bara så att jag får någon form av stöd i det här. Men det fanns inget sånt stöd."*

En informant lyfter också att mottagningens telefonsvarare med flera val utgör ett hinder för patienter som mår dåligt: "Du kommer bara till en svarare med fem olika val. Mår du dåligt orkar du inte lyssna på de här valen. Du måste gå igenom de här valen sen ska du tänka: 'Var fan ska jag nånstans?' Du vet, de bara krånglar till det så mycket som det bara går."

En annan informant beskriver att hen vet med sig att hen ofta mår sämre och får återfall en viss tid på året och beskriver att en kontinuerlig kontakt troligen hade kunnat förhindra återfall.

*"Jag tror att hade jag haft kontinuerlig samtalskontakt så hade de kunnat upptäcka det tidigare och se när man är på väg att kanske falla. [...] När jag började märka att det börjar gå mot ett återfall så kunde jag höra av mig till kontaktpersonen, men får man ingen respons så hinner man ju trilla dit."*

Även den informant som blivit ofrivilligt avslutad från behandlingen tror att en samtalskontakt hade kunnat fungera förebyggande: "Ja, men jag behövde egentligen bara få prata. Mycket av det här hade inte hänt om jag bara hade fått prata."

De som har en kontaktperson som de kan nå beskriver också att det kan innebära mer än att göra planering kring återfall eller att få ett allmänt samtalstöd. En berättar att hen har fått hjälp med att få rätt intyg och en annan säger att kontaktpersonen kunnat se till att informanten oftare får träffa samma läkare.

## Psykologisk utredning, behandling och psykosocialt stöd

Som framgår av föregående avsnitt är det många som inte tycker att de har fått psykologisk behandling eller psykosocialt stöd trots att de anser sig ha behov av det.

*"Det är bara på pappret. Alla de här punkterna som de räknar upp som ska ingå i LARO, det är bara på papper. Socialt stöd - noll. Kurator - noll. Psykolog [skratt]. [...]  
Följ det som de har fått tillstånd för liksom. Det skulle faktiskt funka väldigt bra."*

En informant beskriver att hen fått fylla i papper för att välja psykolog, men sedan inte hört mer om det. En annan tycker sig minnas att det var en psykolog med på första mötet, men inte heller hen har hört något mer efter det. Samtidigt finns det informanter som berättar att de har fått kontakt med psykolog eller behandling på annan avdelning eller mottagning. De är överlag nöjda med det. När det gäller trauma och ptsd beskrivs blandade upplevelser. En informant beskriver att hen fått traumabehandling, men fler upplever sig ha behov av det.

Två av informanternas beskrivningar speglar varandra, men från olika håll. En berättar om början av behandlingen att: "Jag trodde mer att man gick dit, hämtade medicinen och sen var det klart. Och jag tänkte det kommer aldrig funka, men det är ju mycket mer stöd och kontaktpersoner och psykologer." En annan beskriver att för hen har behandlingen varit "här har du din medicin, gå", men hen konstaterar: "Jag behöver mer än så. Jag behöver mycket mer än så." Hen fortsätter: "De flesta patienterna skulle behöva ha extra samtal. Men ingen får det och då har man resultat på kyrkogårdarna. Så enkelt är det. Och det här är liv och död, det är inte bara tomprat. Det här är en allvarlig situation. Det här är ens liv."

Flera informanter beskriver att det fungerar bra att få adhd-utredningar och andra psykiatriska utredningar. Flera har också fått medicinering för adhd.

## Ronden

Flera informanter upplever att systemet med rond en gång i veckan är problematiskt.

*"Ronden är också en väldigt konstig grej [...]. Att det är på tisdagseftermiddagar och oavsett vad man har för problem under veckan så, ingen läkare där kan bestämma och besluta någonting förrän de går till rondan. [...] En specialistutbildad kompetent läkare som sitter där och har patienten framför sig måste ha verktyg för att ta hand om sin patient och inte vänta en hel vecka för att sätta igång någonting. Och det är oavsett vad det är. Det är inte bara medicinjusteringar. Det är vad som helst. Det är byte av dagar för att komma dit eller ändra på en enda enskild dag för medicinhämtning."*

En annan informant konstaterar dock: "Om de ska bestraffa dig behövs det inte tas några beslut på tisdagar. De kan straffa dig sju dagar i veckan."

Ännu en informant berättar att beslut tas på rondan utan att det skett någon kommunikation med patienten ifråga:

*"Ja, men sen har de ronderna och där bestämmer de saker över huvudet på dig och sen så blir du bara meddelad att så här ser det ut nu. Ja, men jag var inte ens med på det här. När, var, hur bestämde vi det här? [...] Ingen förklaring, ingen diskussion."*

Informanter beskriver även problem med kommunikationen kring vad som beslutats på ronderna. De beskriver att patienter kommit till luckan och insett att deras dos ändrats utan att de fått något meddelande eller fått ha inflytande i frågan. Flera informanter beskriver också brister i kommunikationen om ronderna mellan personal:

*"Sen när man frågade någonting: 'Nej, det har jag aldrig hört talas om.' Så går de in i journalen. Sen: 'Jo, hen har sagt att de skulle ta upp det på rondan, men det har aldrig kommit upp kanske, för det står ingenting efteråt.' Tydligen har vederbörande gått till chefen och fick inte ens ta upp det på rondan."*

En annan informant ger rådet: "De personer som inte varit på mötena har en skyldighet att på eget ansvar sätta sig in och läsa, eller den som är ansvarig för protokollen: skriv en liten notering och ge det till personalen."

## Läkarkontakt

Även när det gäller läkarkontakter har informanterna olika erfarenheter, men där finns färre positiva beskrivningar än kring kontaktpersoner och psykologbehandlingar. Flera lyfter att det saknas kontinuitet och att de möter en ny läkare varje gång. En beskriver att det orsakar problem när varje ny läkare så att säga vill "börja om" med utprovning av dos för vissa mediciner. En annan informant beskriver en positiv upplevelse vid senaste läkarbesöket:

*"Läkaren jag träffade senast, hen var väldigt bra. 'Jag ska kolla så att allt stämmer med läkemedelslistan, om det är något vi ska ta bort eller lägga till.' Hen var väldigt så... vilket jag tyckte var bra. Det var den första läkaren som gjorde så. De som har jobbat länge bara ser det som står och tycker att det är bra istället för att fråga om det är något som ska läggas till eller tas bort eller om det behövs göra några ändringar."*

Flera informanter beskriver svårigheter i kommunikationen:

*"Läkaren fattade ett beslut och sa till mig: 'På fredag när du kommer ska du ha din metadon. Det ska bli så.' Givetvis är det olika personal olika dagar. Läkaren skulle på semester. [...] Hen gör ingen notering till personalen. Hen skriver inte ens i journalen."*

Flera informanter berättar också om långa väntetider på intyg eller svar på frågor. Andra säger att läkarbesök avbokas och ombokas utan att de får information i tid.

Två informanter beskriver att läkare inom LARO gjort tolkningar av deras hälsotillstånd som somatiska specialister inte hållit med om. Båda informanterna upplever att det gjorts för att kunna neka patienten medicin.

Flera informanter beskriver också att möjligheten att påverka läkarnas beslut beror mycket på vem patienten är och om hen har rätt kunskaper eller kontakter. En patient med medicinsk utbildning eller en närstående med sådan kunskap upplevs ha större möjlighet att påverka. Andra befinner sig i en väldigt utsatt position. Det har bland annat framkommit uppgifter om att läkare utövat sexuell utpressning mot kvinnliga patienter.

## Samverkan och samsjuklighet

En typ av samverkan som informanterna beskriver omfattande problem med är kontakten med den somatiska vården. Flera beskriver att det blir stora problem om man till exempel fått akutvård eller blivit inlagd för en somatisk sjukdom och fått något narkotikaklassat preparat som sedan visat utslag på provtagning. De upplever inte att läkarna inom LARO är intresserade av att ta kontakt med läkare inom andra delar av vården eller av att läsa journalen. Det är ett problem som lett till utskrivningar eller hot om utskrivningar. En annan informant beskriver att hen upplevt att hen inte får söka vård på andra ställen:

*"De vill inte gärna att man går till andra läkare och instanser och så utan de vill ha full koll på på en. Och det är väl inte helt positivt, så att det skulle nog vara bättre om man kunde få sköta andra delar av sitt mående för sig själv på ett... kanske på ett bättre sätt."*

Samtidigt beskriver en informant det som besvärligt att ha blivit hänvisad till vårdcentralen för vissa intyg och vårdinsatser. Samverkan med socialtjänsten beskrivs däremot i positiva ordalag av flera informanter, även om en hade önskat stöd i att etablera kontakten och en annan upplevt att det varit fördröjningar i kommunikationen mellan mottagningen och kommunen.

Smärtpatienterna beskriver att personalen inom LARO inte har tillräcklig kunskap om deras särskilda behov, men att de är positiva till att det kommit in en konsult från smärtemottagningen.

Några informanter efterfrågar större kompetens kring trauma och ptsd på mottagningen. En av dem lyfter att många kvinnor med beroende har varit med om sexuella övergrepp och att det något personal bör vara medveten om.

*"Helt ärligt, av tio tjejer som är i missbrukssvängen, minst nio av dem har det hänt någonting under missbrukstiden. Omöjligt att det inte har hänt någonting. Även om det kanske inte har varit våld inblandat, så har de blivit neddrogade gång på gång och blivit utnyttjade."*

## Återfall

Informanterna beskriver att synen på återfall verkar variera och att man som patient inte alltid förstår varför man får det bemötande och de konsekvenser man får.

Flera är nöjda och säger att det finns en rimlig syn på att återfall är något som kan förväntas, men att dessa behöver adresseras och hanteras.

*"Så att där fanns det ju en stor kompromissvilja ändå, att de sa att det där kan vi inte godta men vi kommer ju inte att skriva ut dig för det här om du fortsätter att lämna prover som du ska. Och det gjorde jag."*

En annan informant beskriver att det är viktigt att behandlande personal "stöttar i stället för att typ bestraffa folk" vid återfall. Hen fortsätter:

*"Man kan absolut dra in och man får hämta oftare och sånt, men då måste man också samtidigt ge någonting eller lägga upp en plan för att annars känns det som att det bara är en bestraffning. Och ibland känner vi missbrukare att vi inte riktigt kan hjälpa att vi tar någonting. [...] Det är ju det de kan göra, att de absolut ska säga stopp, det här funkar inte, men också, som de gjorde med mig varje gång, i alla fall min första kontaktperson. Hen la alltid upp en plan varje gång jag tog ett återfall och liksom sa att okej, varför gjorde du det den här gången och vad hände, och så pratade vi alltid om det, la upp en plan så att vi inte hamnade där igen. Nu vet jag inte om alla gör det men för mig gjorde de det och det är väl det bästa man kan göra tycker jag, för då känns det inte som att man gör någonting fel."*

Andra beskriver ett negativt bemötande och ett ointresse för att ta reda på vad som ligger bakom återfallet. Flera informanter beskriver att patienter fått återfall i samband med att de upplevt något traumatiskt, men att personalen inte försökt ta reda på vad som hänt eller velat lyssna när patienterna försökt berätta.

Några beskriver att det finns patienter som avslutats snabbt efter återfall, med mycket svåra konsekvenser.

*"Det var inte fråga om 'Varför är du positiv här? Vad är det som har hänt? Kan vi göra någonting? [...] Vad kan vi göra för att hjälpa?' Det var ingenting sånt utan [...] nu har du varit positiv här, nu blir du utskriven plötsligt efter så många år fungerande. Så det var en riktig chock alltså, en riktig smäll att få ett sånt besked."*

## Avslut

Av informanterna hade en avslutat enligt planering med goda resultat. En hade tvingats till avslut efter återfall och en var anhörig till en patient som blivit ofrivilligt utskriven efter återfall. Någon av de andra informanterna beskriver att de haft bra diskussioner med personalen kring huruvida eventuell nedtrappning är bra eller eftersträvan svårt i deras fall. Andra tror att de kan diskutera det med personalen om de skulle uppleva att det blev aktuellt.

En av informanterna som beskriver sig som smärtpatient berättar att hen blivit hotad med avslut, men att personalen sedan insåg att hen inte kunde avslutas på samma sätt som de övriga beroendepatienterna. Hen berättar: "Jag fick veta efteråt att det verkar vara deras vapen mot patienterna att hota med att du blir utskriven. Du får inte komma hit längre och få din gratissup. Och få dem att göra det de vill."

En annan informant säger å andra sidan att "de har inte ens yttrat det ordet, och då har jag ändå varit positiv väldigt mycket i början". Hen fortsätter: "De sa aldrig att jag skulle bli utskriven. De sa att det här kan du inte hålla på med, utan nu får du ta och tänka till lite, för det är inte bra för din behandling. Men de har aldrig hotat med det, eller sagt nåt sånt."

Den anhöriga till en patient som blivit utskriven berättar att det känns som att läkaren sagt "Du är inte värd att ge mer medicin utan nu är det dags att du dör." En annan informant konstaterar: "Det är som sagt inte många kvar efter att de har blivit utskrivna. Det är fruktansvärt." Det är

också något som vi brukarrevisorer stött på gång på gång under revisionen. När vi vänt oss till olika sammanhang för att hitta informanter som blivit utskrivna har vi fått höra att det kommer att bli svårt för att de är döda, vilket bekräftats av anhöriga och vänner.

Informanten som blivit ofrivilligt utskriven säger: "Jag har fått rådet att vända mig till IVO, men det är också den långa vägen, du vet." Den anhöriga informanten reflekterar vidare: "De här killarna som är på kyrkogårdarna, som ligger där, vad har de att säga till Socialstyrelsen?" Informanten som blivit utskriven frågar sig: "Vad har jag gjort för fel? Vad är det jag har gjort för fel, för jag förstår inte? Och ingen vill förklara för mig vad jag har gjort för fel."

## Diskussion

### Kunskapsmässig orättvisa

Som framgår i avsnittet om informanterna och rollen som patient inom LARO handlar det om en utsatt grupp i en speciell situation. Patienterna som det gäller tar emot en livsnödvändig vård som är omgärdad av stark reglering. Många av informanterna beskriver en stor maktobalans mellan patienter och vårdgivare. Som den anhöriga informanten beskrev har läkarna i princip makten att bestämma vem som ska leva och vem som ska dö och flera patienter upplever att deras egen röst väger lätt mot personalens och då främst läkarnas.

Överlag innehåller revisionen många beskrivningar av hur patientperspektivet inte tagits på allvar av personalen. Det kan handla om biverkningar, effekter av mediciner, felaktiga provresultat, behov av vårdinsatser eller orsaker till återfall. Ibland beskrivs det som att man inte blir trodd eller att det man säger inte tillmäts någon vikt. I andra fall handlar det om att man inte ens blir lyssnad på eller att personalen inte vill ta del av information som patienterna anser stödjer deras påståenden.

Denna typ av maktobalans benämner filosofen Miranda Fricker som epistemisk orättvisa, eller kunskapsmässig orättvisa. Hon beskriver det som att någon inte betraktas som kunskapsbärare på grund av sin identitet eller vem hen uppfattas vara. Just vården, och i synnerhet psykiatrin, är ett typiskt sammanhang där personalen traditionellt ses som kunskapsbärare och patienterna som objekt som andra kan ha kunskap om, snarare än som subjekt med egen kunskap.

Informanterna beskriver också att patienternas identitet eller vilka de uppfattas vara spelar stor roll för deras möjlighet att ses som kunskapsbärare och få inflytande på sin egen vård. Här är det läge att påminna om intersektionalitetsperspektivet, som handlar om hur olika identitetsbaserade maktstrukturer samspelar.

Att ses som missbrukare innebär i sig att ha låg status och trovärdighet och de informanter som definierar sig som smärtpatienter beskriver hur de, både i personalens och sina egna ögon, har en särställning gentemot övriga patienter. Att vara högutbildad, ha medicinsk erfarenhet och utbildning, eller ha närstående med den bakgrunden som kan tala för en, beskrivs också som en avgörande faktor för att få inflytande över sin vård. Ålder, kön, samt grad och typ av samsjuklighet kan också spela in.

Att vara kvinna innebär en särskild utsatthet där det inte bara handlar om det Fricker beskrivit som vittnesorättvisa, det vill säga att ens vittnesmål inte ses som fullvärdig kunskap, utan också om tolkningsorättvisa, där det i princip saknas begrepp för ens upplevelser. Det exemplifieras av kvinnan som berättar att hon inte fått gehör när hon beskrivit minskad libido som biverkning av behandlingen, medan männens minskade libido är väldokumenterad, har behandlats länge och beskrivs i kunskapsunderlagen. Förutom att det finns en markant brist på medicinsk forskning kring kvinnor har kvinnliga patienter också en särskild utsatthet för sexuella övergrepp och trakasserier både från personal och andra patienter.

Förutom att kunskapsmässig orättvisa på ett samhälleligt plan gör att vi går miste om viktig kunskap, som i det här fallet till exempel skulle kunna användas för att nå bättre resultat i vården, så betonar Fricker att den medför en särskild typ av kränkning av individen. Hon beskriver det som en orättvisa som berör vad det innebär att vara människa. Eftersom kunskap och förmåga att resonera är något som betraktas som en del av vad som skiljer människor från djur innebär att bli utsatt för kunskapsmässig orättvisa också en kränkning av själva ens mänsklighet. Detta stämmer också väl överens med hur informanterna återkommer till formuleringar om att de vill bli behandlade som människor.

## Vägar till delaktighet och autonomi

Kunskapsmässig orättvisa utgör ett tydligt hinder för delaktighet och autonomi, vilket är viktiga aspekter av vägen till återhämtning. Samtidigt finns det också mer konkreta hinder för patienternas delaktighet i sin vård. Framför allt handlar det om att de som inte kan nå sina kontaktpersoner inte har någon kanal för att överhuvudtaget framföra sina åsikter eller diskutera sin behandling. Där handlar det inte så mycket om vittnesorättvisa i betydelsen att deras vittnesmål inte tillmätts vikt, utan snarare om att det inte finns någon kanal för att alls framföra vittnesmål. Här behövs både konkreta vägar för kommunikation och arbete med personalens syn på och bemötande av patienterna.

Ett sätt att fortsatt arbeta med maktbalansen i vården kan vara att införa peer support, vilket redan idag finns inom LARO i Göteborg. I forskningsartikeln "Service Users Experience of Peer Support in Swedish Mental Health Care: A "Tipping Point" in the Care-Giving Culture?" beskriver David Rosenberg och Elisabeth Argentzell att deras informanter talat om en maktutjämning i vårdmiljöer som använder sig av peer support:

"The informants also speak quite often of more equality in the environment. Peer support workers, seen as existing in a position "between" the more powerful staff and the patients, are described as bridges between, thereby reducing the power differentials and creating a more equal environment [...]"

Som uppmärksammas av informanterna finns det också positiva delar i den befintliga vården som det går att bygga vidare på. Det handlar framför allt om den personal som ger ett gott bemötande och de erfarenheter som finns av goda och kontinuerliga kontakter med en kontaktperson. I arbetet framåt är det viktigt att ha med sig att delaktighet och gott bemötande är viktiga framgångsfaktorer för behandlingen. I informationen om LARO under Nationella vård- och insatsprogram konstateras: "Faktorer som spelar roll för kvarstannande i behandling är att behandlingsstrategin är strukturerad, att individen är delaktig i hur behandlingen läggs upp, personalens bemötande och individens relation med behandlaren." Det följs senare upp

med: "Personalens kunskap inom området och inställning till behandlingen har betydelse för behandlingsutfallet. Vid vårdenheter där behandling präglas av en icke-dömande och icke-moraliserande attityd, minskar risken för en repressiv attityd och sämre bemötande."

## Förbättringsområden

Här sammanfattas de förbättringsområden och konkreta förbättringsförslag som framkommit i intervjuer, informella samtal och besök på avdelningen.

### Väntrum, besökstider, provtagning och medicinutlämning

Avdelningen behöver anpassas för målgruppen och verksamheten både fysiskt och vad gäller tider för exempelvis medicinutlämning.

- Mer behöver göras för att undvika att olika patientgrupper möts i väntrummet eller utanför avdelningen. Informanterna har föreslagit exempelvis olika dagar för olika patientgrupper, mobila lösningar för medicinutlämning och utlämning av medicin på vårdcentraler. Behovet som främst beskrivs är trygghet och att inte utsättas för onödiga risker. Det kan handla både om behov på individnivå av att undvika möten som kan trigga ångest eller konflikter och på gruppnivå där till exempel de som försöker lämna ett destruktivt liv bakom sig behöver undvika andra patienter som fortfarande har närhet till illegalt substansbruk. Särskild omsorg bör visas för de yngre kvinnornas säkerhet vid besök på mottagningen.
- Väntetiderna för att hämta medicin behöver minska. Väntetider i sig kan vara stressande och flera patienter behöver också undvika vissa andra patienter. En del informanter upplever att patienter med samsjuklighet som till exempel smärtsjukdomar och psykiatriska diagnoser hamnar i en särskild utsatthet för att de kan känna sig uttittade i en sårbar situation. Detta kan lösas genom att ha fler luckor eller genom att sprida ut patienternas besök över dagen.
- Själva väntrummet utformning upplevs som stressande och då i synnerhet hur man måste sitta på rad i första delen och att man måste gå förbi andra patienter som sitter vända mot gången.
- Väntrummet så väl som parkeringsmöjligheterna och hela husets utformning behöver anpassas för människor med rörelsenedsättning.
- Att lämna urinprov upplevs som särskilt stressande för att det bara finns en toalett och för att andra patienter väntar precis utanför. Fler toaletter för provtagning och annat kösystem föreslås.

### Samverkan och kompetensutveckling

För att patienterna ska kunna få heltäckande vård och stöd behövs mer arbete med samverkan och kompetensutveckling.

- Ansvarsfördelning och rutiner kring samverkan med andra delar av vården behöver ses över. Vad händer när patienter behöver behandling för andra sjukdomar eller skador

och hur påverkar det substitutionsbehandlingen? Vem bär ansvar för helheten? Patienter uttrycker större rädsla för att deras liv är i fara om LARO avslutas än för att dö av andra orsaker. Hur diskuteras och förmedlas denna typ av överväganden i kontakten med patienterna?

- Det behövs rutiner kring LARO-patienters besök på akuten. Vem bär ansvar för smärtlindring och hur sker den? Vad händer om det inte går att få kontakt med en ansvarig läkare på Beroendemedicinska mottagningen? Vad händer när andra läkare ger smärtlindring? Information om hur detta fungerar behöver också komma patienterna till del.
- Samverkan med socialtjänsten är viktig och kommer att behövas även om hela ansvaret för beroendevården framöver ligger på sjukvården. Patienter kan behöva stöd i att ta kontakt med socialtjänsten om sådan inte finns.
- Personalen inom LARO behöver större kompetens kring bland annat trauma, komplex ptsd och smärtproblematik.
- Personalen inom LARO behöver mer kunskap om hur kvinnors libido och fertilitet påverkas av substitutionsbehandling och patienterna bör få information om och behandling för denna typ av biverkningar.

## Kommunikation och information

Kommunikationen mellan patienter och vårdgivare samt informationen till patienterna behöver utvecklas, förbättras och göras mer tillgänglig.

- Tillgängligheten via telefon behöver öka. Patienterna upplever att telefontiderna är slut även om man ringer så tidigt man kan. Det upplevs också som svårt att lyssna igenom alla alternativ och välja rätt när man mår dåligt.
- Patienterna efterfrågar mer kontakt och kommunikation i allmänhet. Framför allt efterfrågas tätare kontakt med kontaktpersonen.
- Den information patienterna får inför och under behandlingen behöver stämma överens med den vård de sedan får. Det vanligaste förbättringsförslaget är att ge den behandling patienterna fått information om att de ska få.
- Informationen om hur medicinerna påverkar kroppen behöver bli bättre och framföras på ett sätt som patienterna kan ta till sig. Det handlar om allt från muntorrhet och tandhälsa till minskad fertilitet och libido, även hos kvinnor.
- Det finns behov av att se över hur information om olika förändringar kommuniceras till patienterna. De efterfrågar snabbare, tydligare och mer tillgänglig information om ändrade regler och rutiner, förändringar i behandlingen, ombokning av tider och beslut som tagits av rondan.
- Patienterna önskar att viktig information som de förmedlar vid luckan förs in i journalen. En möjlig lösning kan vara en snabblucka där man snabbt kan få sin medicin

och man inte har något att kommunicera och en lucka där det finns tid för samtal och där viktiga saker som hänt i livet, biverkningar, mående och behov journalförs.

- Vid ofrivilliga avslut av behandlingen finns ett behov av att få veta vad som ledde till avslutet och att det framförs på ett sätt som patienten förstår.

## Maktobalans och patientinflytande

Maktobalansen mellan personal och patienter behöver minska för att patienterna ska kunna utöva sitt lagstadgade inflytande på vården.

- Patienterna efterfrågar likvärdighet i behandlingen och respekt i bemötandet. Varken behandling eller bemötande ska bero på sådant som patienternas utbildningsnivå, språkliga färdigheter, bakgrund, andra diagnoser, kön, ålder eller anhörigas engagemang och kapacitet.
- Patienterna vill bli lyssnade på och betraktade som trovärdiga tills motsatsen är bevisad. De vill bli tagna på allvar i allt från personliga behov till biverkningar.
- För att öka delaktigheten behöver mottagningen jobba med kontinuitet. Det är svårt att uppnå delaktighet när man hela tiden möter olika beslutsfattande personal, framförallt läkare.
- Patienterna har ett behov av att kunna vara ärliga och berätta om sina problem och misslyckanden utan rädsla för att bestraffas.
- Vid återfall, försämrat mående och kriser efterfrågas empati, förståelse och dialog. Patienterna vill bli frågade om vad som hänt och vad de behöver samt erbjudas extra stöd, framförallt i form av samtal.
- När patienter är sena till medicinutlämningen eller får återfall behöver de bli lyssnade på och mötas med planering framåt, flexibilitet och ökat stöd, inte bara med åtgärder som upplevs som straff.
- Beslutsordningen behöver ses över. Patienterna upplever att beslut tas över huvudet på dem utan kommunikation. Beslut som upplevs som straff kan alltid tas snabbt men beslut om sådant som patienten själv önskar kan bara tas på rondan. Beslut tar dessutom ibland orimligt lång tid. Patienterna efterfrågar både inflytande över besluten och snabbare återkoppling på de beslut som tas. De vill också veta vem som är ansvarig och vem de kan vända sig till för att få ett beslut ändrat.
- Ökat patientinflytande efterfrågas överlag. Det kan till exempel uppnås genom att lyssna mer aktivt på patienterna, införande av brukarråd och peer support.

## Flexibilitet och individanpassning

Behandlingen behöver ha återhämtning som mål. För att detta ska kunna ske måste det finnas större utrymme för flexibilitet och individanpassning så att behandlingen blir mer tillgänglig och kan vara en del av ett meningsfullt liv.

- Gör mer individuella bedömningar vid antagning till behandlingen. Det ska inte behövas flera misslyckade behandlingar eller överdoser för att få LARO. Det är också problematiskt att blandmissbruk ses som skäl att inte få behandling, eftersom det är så vanligt bland de som har opioidberoende.
- Patienterna har behov av att i större utsträckning kunna kombinera behandlingen med arbete och arbetsfrämjande åtgärder. För att kunna bygga upp självständiga liv behöver de också ha möjlighet att delta i viktiga händelser med familj och vänner. Därför behövs större möjlighet till flexibilitet kring tider för medicinutlämning och provtagning. Informanterna föreslår olika lösningar som till exempel tidiga morgontider, lunchtider, sena eftermiddagstider, mobila lösningar och en app för att visa att man tar medicinen.
- Det finns ett behov av att kunna vara mer spontan med till exempel resor och sociala aktiviteter när man varit en stabil patient under en längre tid. För att det ska vara möjligt behöver tillfälliga förändringar i medicinutdelningen kunna göras med kortare varsel.
- Det finns önskemål om att möjliggöra för patienter att kombinera behandling med vistelse i semesterbostad. Det skulle till exempel kunna göras genom att medicin tillfälligt hämtas ut i en annan kommun eller region.
- För att patienterna ska kunna bygga stabila liv finns behov av tydligare individuella planeringar för olika typer av situationer som kan uppstå.
- Det behöver finnas rutiner för att ge stöd när en patient är i en period som innebär risk för återfall, oavsett om patienten flaggar för det själv eller om det uppmärksammas på andra sätt. Framför allt ska inte de som själva uppmärksammar sin instabilitet behöva känna att de kan riskera utskrivning.

## Referenser

Eriksson, Tobias. LARO-boken. (2017).

Fricker, Miranda. Epistemisk orättvisa: Kunskap, makt och etik. (2018). Övers. Carl-Filip Brück. Original: Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. (2007).

HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende – Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Artikelnummer: 2020-3-6607. Publicerad: 2020-03-02.

Läkemedelsbehandling vid opioidberoende, LARO. <https://www.vardochinsats.se/skadligt-bruk-och-beroende/behandling-och-stoed/laekemedelsbehandling-vid-opioidberoende-laro/>

Rosenberg, David & Argentzell, Elisabeth. "Service Users Experience of Peer Support in Swedish Mental Health Care: A 'Tipping Point' in the Care-Giving Culture?". Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health 5:1. (2018). s. 53-61.



### Hej, får vi intervjua dig?

Vi på BRIU har fått i uppdrag att utvärdera LARO-mottagningen och vill därför intervjua dig som är eller har varit patient där det senaste året.

#### Om intervjun:

- **Intervjun tar cirka 45 minuter.** Vi kan ses på en plats och tid som passar dig, till exempel på LARO-mottagningen eller på BRIU:s kontor.
- **Vi som intervjuar har egna erfarenheter** av funktionsnedsättningar/psykisk ohälsa/skadligt bruk av alkohol eller substanser
- **Intervjuerna är planerade till februari och mars 2026**
- **Som tack för ditt deltagande** får du ett presentkort på 100 kr
- **Du som vill bli intervjuad** eller vill få mer information kan kontakta oss via telefon eller e-post

---

**E-post: [intervju@briu.se](mailto:intervju@briu.se) Telefon: 0793 18 16 83**

Maila, ring eller skicka ett SMS.

Det går bra att bara skriva JA och ditt förnamn i ett SMS, så ringer vi upp.



### Hej, får vi intervjua dig?

Vi på BRIU har fått i uppdrag att utvärdera LARO-mottagningen och vill därför intervjua dig som är eller har varit patient där det senaste året.

#### Om intervjun:

- Intervjun tar cirka 45 minuter. Vi kan ses på en plats och tid som passar dig, till exempel på Mikaelsgården eller på BRIU:s kontor.
- Vi som intervjuar har egna erfarenheter av funktionsnedsättningar/psykisk ohälsa/skadligt bruk av alkohol eller substanser
- Intervjuerna är planerade till februari och mars 2026
- Som tack för ditt deltagande får du ett presentkort på 100 kr
- Du som vill bli intervjuad eller vill få mer information kan kontakta oss via telefon eller e-post

---

E-post: [intervju@briu.se](mailto:intervju@briu.se) Telefon: 0793 18 16 83

Maila, ring eller skicka ett SMS.

Det går bra att bara skriva JA och ditt förnamn i ett SMS, så ringer vi upp.



### Hej, får vi intervjua dig?

Vi på BRIU har fått i uppdrag att utvärdera LARO-mottagningen och vill därför intervjua dig om hur du upplever det att vara patient där.

Mer utförlig information om uppdraget och BRIU:s verksamhet finns på nästa sida.

#### Om intervjun:

- **Intervjun tar cirka 45 minuter.** Vi kan ses på en plats och tid som passar dig, till exempel på LARO-mottagningen eller på BRIU:s kontor.
- **Vi som intervjuar har egna erfarenheter** av funktionsnedsättningar/psykisk ohälsa/skadligt bruk av alkohol eller substanser (läs mer om det på nästa sida).
- **Vill du ta med dig någon person till intervjun** går det naturligtvis bra
- **Du kan när som helst ta tillbaka din anmälan** eller avbryta intervjun
- **Du som vill bli intervjuad** eller vill få mer information kan lämna den bifogade blanketten i receptionen på LARO-mottagningen eller kontakta oss direkt via telefon eller e-post (kontaktuppgifter hittar du längre ned).
- **Intervjuerna är planerade till februari och mars 2026**
- **Som tack för ditt deltagande** får du ett presentkort på 100 kr

---

E-post: [intervju@briu.se](mailto:intervju@briu.se)

Telefon: 0793 18 16 83

Maila, ring eller skicka ett SMS.

Det går bra att bara skriva JA och ditt förnamn i ett SMS, så ringer vi upp.

**VÄND för mer information →**

## Hej, får vi intervjua dig?

Vi på BRIU har fått i uppdrag att utvärdera LARO-mottagningen och vill därför intervjua dig om hur du upplever det att vara patient där.

Mer utförlig information om uppdraget och BRIU:s verksamhet finns på nästa sida.

### Om intervjun:

- **Intervjun tar cirka 45 minuter.** Vi kan ses på en plats och tid som passar dig, till exempel på LARO-mottagningen eller på BRIU:s kontor.
- **Vi som intervjuar har egna erfarenheter** av funktionsnedsättningar/psykisk ohälsa/skadligt bruk av alkohol eller substanser (läs mer om det på nästa sida).
- **Vill du ta med dig någon person till intervjun** går det naturligtvis bra
- **Du kan när som helst ta tillbaka din anmälan** eller avbryta intervjun
- **Du som vill bli intervjuad** eller vill få mer information kan lämna den bifogade blanketten i receptionen på LARO-mottagningen eller kontakta oss direkt via telefon eller e-post (kontaktuppgifter hittar du längre ned).
- **Intervjuerna är planerade till februari och mars 2026**
- **Som tack för ditt deltagande** får du ett presentkort på 100 kr

---

E-post: [intervju@briu.se](mailto:intervju@briu.se)

Telefon: 0793 18 16 83

Maila, ring eller skicka ett SMS.

Det går bra att bara skriva JA och ditt förnamn i ett SMS, så ringer vi upp.

**VÄND för mer information →**

## Bilaga 1.4 Anmälningsblankett



Jag vill att BRiU kontaktar mig för mer information om att bli intervjuad om att vara patient på LARO-mottagningen.

☐ JA

Förnamn: \_\_\_\_\_

Kontaktuppgift (telefon eller e-post): \_\_\_\_\_

Om du har särskilda önskemål om när eller hur du vill bli kontaktad kan du skriva det här:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Blanketten lämnas till receptionen på LARO-mottagningen.



## Hej, får vi intervjua dig?

Vi på BRIU har fått i uppdrag att utvärdera LARO-mottagningen och vill därför intervjua dig som har varit patient där det senaste året.

Vi är särskilt intresserade av att få kontakt med dig som blivit avslutad från behandling.

### Om intervjun:

- Intervjun tar cirka 45 minuter. Vi kan ses på en plats och tid som passar dig, till exempel på på BRIU:s kontor.
- Vi som intervjuar har egna erfarenheter av funktionsnedsättningar/psykisk ohälsa/skadligt bruk av alkohol eller substanser
- Intervjuerna är planerade till april 2026
- Som tack för ditt deltagande får du ett presentkort på 100 kr
- Du som vill bli intervjuad eller vill få mer information kan kontakta oss via telefon eller e-post

---

E-post: [intervju@briu.se](mailto:intervju@briu.se) Telefon: 0793 18 16 83

Maila, ring eller skicka ett SMS.

Det går bra att bara skriva JA och ditt förnamn i ett SMS, så ringer vi upp.

## Bilaga 2.1 Intervjuguide pågående behandling

### Intervjuguide

#### Upplevelse

- Berätta om hur det är att vara patient i LARO.
  - Vad fungerar riktigt bra/riktigt dåligt?
- Hur såg ditt liv ut när du började behandlingen och hur ser det ut nu?
- Samverkar behandlingen med andra delar av ditt liv? Hur?
  - Hur skulle detta kunna förbättras?
- Hur skulle den perfekta behandlingsvägen se ut för just dig?
- Hur upplever du att vara i väntrummet?
  - Hur skulle du vilja att det var?

#### Makt

- Hur ser ansvarsfördelningen ut mellan dig och vårdpersonalen i behandlingen? Hur skulle du önska att den såg ut?
- Hur skulle du beskriva relationen mellan dig och personalen?
  - Vilken bild upplever du att personalen har av dig? Hur påverkar det dig?
  - Litar personalen på dig?
  - Litar du på dig själv?
  - Litar du på personalen?
  - Kan du vara ärlig?
  - Tycker du att personalen lyssnar på hur du vill ha det? Hur märks det?
  - Vad skulle kunna göra relationen mellan dig och personalen bättre?

#### Delaktighet

- Vilken information fick du innan behandlingen?
  - Finns det saker du borde ha fått veta innan?
- Hur fungerar det med provtagning?
  - Vilken information får du före och efter provtagning?
- Vilket förhållningssätt har du respektive personalen till återfall inom behandlingen?
- Har du varit nära att bli utskriven ut behandlingen? Vad hade du behövt då?
- Vad kan personalen göra för att du ska känna motivation att fortsätta behandlingen?
- Hur påverkar behandlingen din självständighet?
- Jobbar ni inom behandlingen med att förbereda för framtiden? I så fall, hur? Om inte, hur skulle du vilja att man gjorde det?
- Har du deltagit i några medicinska studier på LARO-mottagningen?
  - Hur gick det till?
  - Vilken information fick du?
- Om du fick drömma helt fritt, hur skulle behandlingen se ut?

## Bilaga 2.2 Intervjuguide avslutad behandling

### Intervjuguide - avslutade

#### Upplevelse

- Berätta om hur det var att vara patient i LARO.
  - Vad fungerar riktigt bra/riktigt dåligt?
- Hur såg ditt liv ut när du började behandlingen, när du avslutades och hur ser det ut nu?
- Samverkade behandlingen med andra delar av ditt liv? Hur?
  - Hur skulle detta kunna förbättras?
- Hur skulle den perfekta behandlingsvägen ha sett ut för just dig?
- Hur upplever du att vara i väntrummet?
  - Hur skulle du vilja att det var?

#### Makt

- Hur såg ansvarsfördelningen ut mellan dig och vårdpersonalen i behandlingen? Hur skulle du önskat att den såg ut?
- Hur skulle du beskriva relationen mellan dig och personalen?
  - Vilken bild upplevde du att personalen hade av dig? Hur påverkade det dig?
  - Litade personalen på dig?
  - Litade du på dig själv när du var i behandlingen?
  - Litade du på personalen?
  - Kände du att du kunde vara ärlig?
  - Tyckte du att personalen lyssnade på hur du ville ha det? Hur märktes det?
  - Vad skulle gjort relationen mellan dig och personalen bättre?

#### Delaktighet

- Vilken information fick du innan behandlingen?
  - Finns det saker du borde ha fått veta innan?
- Hur fungerade det med provtagning?
  - Vilken information fick du före och efter provtagning?
- Har du deltagit i några medicinska studier på LARO-mottagningen?
  - Hur gick det till?
  - Vilken information fick du?
- Vilket förhållningssätt hade du respektive personalen till återfall inom behandlingen?
- Hur påverkade behandlingen din självständighet?
- Jobbade ni inom behandlingen med att förbereda för framtiden? I så fall, hur? Om inte, hur skulle du vilja att man gjorde det?

För informanter som avslutat/blivit avslutade trots att de fortfarande hade behov av behandlingen:

- Hur gick det till när du avslutade behandlingen?
  - Fick du veta varför du blev avslutad från behandlingen?
  - Vad hade du behövt för att inte avsluta?

- Hade personalen kunnat göra något för att förhindra att du lämnade behandlingen?

För informanter som avslutat för att de inte längre hade behov av behandlingen:

- Hur gick det till när du avslutade behandlingen?
  - Fanns det en plan för din väg framåt efter behandlingen?
- Om du fick drömma helt fritt, hur skulle behandlingen se ut?



## BRUKARREVISIONSRAPPORT

Denna brukarrevision har genomförts av Brukarrevisionsbyrån i Uppsala län (BRIU) och undersöker LARO (läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende) på Beroendemedicinska mottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Uppdraget kommer från Beroendemedicinska mottagningen och revisionen genomfördes under första halvåret 2026.

Brukarrevisionen syftar till att undersöka hur patienterna har upplevt sin vård med särskilt fokus på delaktighet, autonomi och egenmakt.

Revisionen baseras på djupintervjuer med elva informanter.



[www.briu.se](http://www.briu.se)

E-post: [info@briu.se](mailto:info@briu.se) | Telefon: 070-285 60 24