

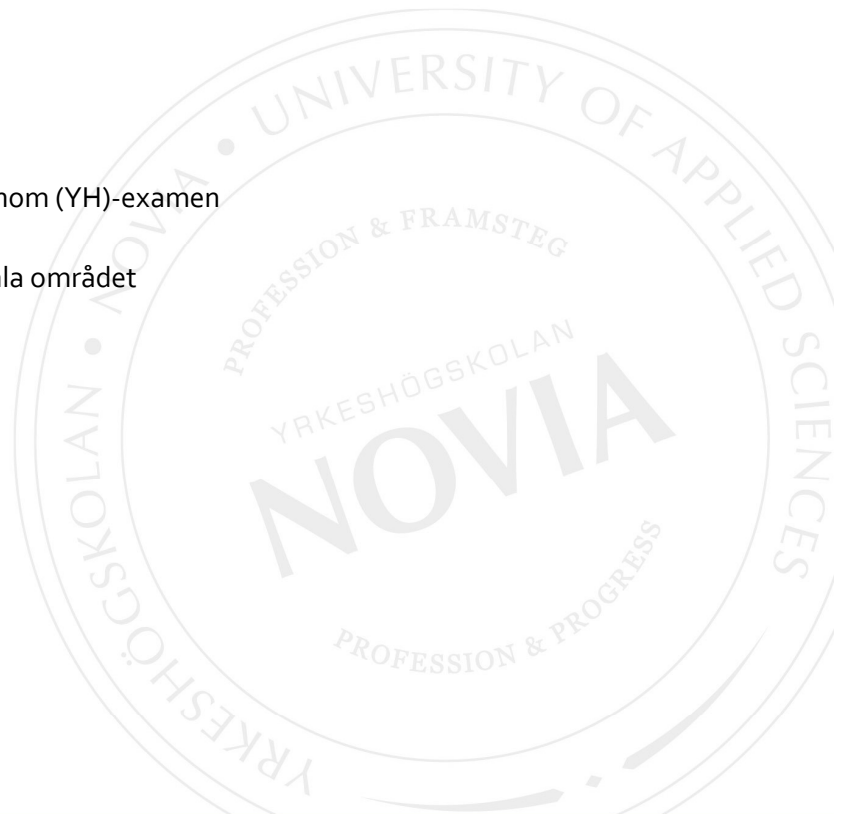
**En undersökning av kvaliteten på
beroendevården vid Oikeahetki Kb
med hjälp av livskvalitetsmätaren
WHOQOL-BREF**

Nina Jacobsson

Examensarbete för Socionom (YH)-examen

Utbildningen för det sociala området

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Nina Jacobsson

Utbildning och ort: Socionom (YH), Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Missbruk och kriminologi

Handledare: Sonja Kurtén-Vartio och Ralf Lillbacka

Titel: En undersökning av beroendevården vid Oikeahetki Kb med hjälp av livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF

Datum

Sidantal 64

Bilagor 3

Abstrakt

Målet med detta examensarbete är att använda livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF för mätning av kvaliteten av vården vid Oikeahetki Kb. Många mätmetoder är i bruk inom beroendevården, men det finns ingen gemensam vilket försvårar jämförelsen av olika vårdproducenter.

Livskvalitetsmätningen WHOQOL-BREF som utvecklats av Världshälsoorganisationen används i olika delar av världen för subjektiv mätning av värdeffekt, och den är validerad för bruk även i Finland. Mätningen är snabb att utföra och analysera, och material för jämförelse finns att få tag på, varför den valdes för denna undersökning. Undersökningen av vårdkvaliteten vid Oikeahetki Kb genomfördes med hjälp av WHOQOL-BREF samt en enkät med frågor av såväl kvantitativ som kvalitativ natur. Respondenterna i undersökningen är patienterna vid Oikeahetki Kb samt deras anhöriga.

Slutsatsen är att WHOQOL-BREF livskvalitetsmätaren är användbar i en undersökning som denna, samt att målsättningarna för vården på Oikeahetki Kb uppnås samtidigt som vårdtilfredsställelsen är hög.

Språk: Svenska

Nyckelord: Beroendevård, kvalitetsmätning, Oikeahetki Kb, WHOQOL-BREF

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Nina Jacobsson

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Päihteet ja kriminologia

Ohjaaja(t): Sonja Kurtén-Vartio ja Ralf Lillbacka

Nimike: Elämänlaatumittari WHOQOL-BREF sovellettuna Oikeahetki Ky:n tarjoaman päihdehoidon laadun mittaamiseen

Päivämäärä

Sivumäärä 64

Liitteet 3

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tavoite on soveltaa WHOQOL-BREF elämänlaatumittaria Oikeahetki Ky:n tarjoaman hoidon laadun mittaukseen. Monta eri laadunmittaamismenetelmää on käytössä, ja tämä vaikeuttaa eri palveluntuottajien tulosten vertailua.

Elämänlaatumittari WHOQOL-BREF on Maailmanterveysjärjestön kehittämä menetelmä mitata subjektiivista elämänlaatua. Elämänlaatumittari on helppokäyttöinen ja nopea analysoida, ja maailmanlaajuisesta käytöstä johtuen myös vertailukelpoisia tuloksia löytyy runsaasti. Oikeahetki Ky:n tarjoaman hoidon laadun tutkimiseen käytettiin elämänlaatumittarin lisäksi kyselyä, joka sisälsi sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti analysoitavia kysymyksiä. Tutkimuksen kohderyhmä on Oikeahetki Ky:n potilaat sekä heidän läheisensä.

Tutkimuksen johtopäätös on, että elämänlaatumittari WHOQOL-BREF soveltuu käytettäväksi tämän tyyppisessä tutkimuksessa, ja että Oikeahetki Ky:n hoidon tulokset vastaavat hoidon tavoitteita.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Riippuvuushoito, WHOQOL-BREF, Oikeahetki Ky, laadun mittaaminen

BACHELOR'S THESIS

Author: Nina Jacobsson

Degree Programme: Social Welfare, Vaasa

Specialization: Substance abuse and criminology

Supervisor(s): Sonja Kurtén-Vartio and Ralf Lillbacka

Title: A study on the application of the WHOQOL-BREF measure of quality of life on substance abuse treatment provided by Oikeahetki Ky.

Date	Number of pages 64	Appendices 3
------	--------------------	--------------

Abstract

The purpose of this thesis is to use the WHOQOL-BREF measure of quality of life to measure the quality of substance abuse treatment provided by Oikeahetki LP. Many different quality measures are used, which impedes direct comparison of substance abuse treatment providers.

The WHOQOL-BREF measure of quality of life is developed by the World health organization, and it is validated for use in most countries. The WHOQOL-BREF is easy to use and analyze, and other studies can be used for comparison of quality of treatment. The study of substance abuse treatment at Oikeahetki LP was performed using WHOQOL-BREF and a survey which results were analyzed by qualitative and quantitative methods. The target group of this study is all patients of Oikeahetki LP and their close relatives.

This study shows that the WHOQOL-BREF can be used as a tool to measure the quality of substance abuse treatment, and that the treatment at Oikeahetki LP achieves its objectives.

Language: Swedish Key words: Substance abuse treatment, quality measures, Oikeahetki LP, WHOQOL-BREF

Innehåll

1. Inledning	1
2. Syfte och problemprecisering	3
2.1. Syfte.....	3
2.2. Problemprecisering	3
3. Missbruk och beroende i Finland	4
3.1. Missbrukare, storkonsumenter och alkoholister	4
3.2. Kostnader och andra siffror om beroende	5
4. ”Addictive thinking”	7
5. SOTE-reformens inverkan på vården i Finland	9
5.1. Lagförslaget om klientens rättighet till valfrihet inom social- och hälsovården	9
5.2. Lagförslaget om serviceproducentlagen	10
5.3. Serviceproducenternas förslag inför SOTE-reformen.....	11
6. Behovet av kvalitet och kvalitetsmätare inom beroendevården	11
7. Kvalitet i finsk lagstiftning	12
7.1. Hälso- och sjukvårdslagen och Socialvårdslagen	12
7.2. Lagen om patientens ställning och rättigheter och Lagen klientens ställning och rättigheter inom socialvården	13
7.3. Lagen om missbrukarvård.....	13
8. Forskning och rekommendationer om kvalitet inom hälsovården.....	14
9. Exempel på kvalitetssystem inom hälsovården.....	16
9.1. Kvalitetssystemet på Vasa Centralsjukhus.....	16
9.2. Kvalitetssystemet på Mehiläinen.....	17
10. Kvalitetstänk och kvalitetsmätare inom beroendevården	18
10.1. Strategin för mentalvårds- och missbrukarvårdsarbetet i Finland.....	18
10.2. Utmaningen att välja kvalitetsmätare inom beroendevården	19
10.3. Förslag till kvalitetsmätare inom beroendevården	19
11. Oikeahetki Kb	22
12. Metoder och tillvägagångssätt	24
12.1. Val av undersökningsmetod	24
12.2. Val av undersökningsgrupp.....	25
12.3. Dataanalys	25
12.4. Svarsprocent	26
12.5. Datasekretess	26
13. Kvantitativa resultat: grunduppgifter om Oikeahetkis klientel och de svarande	27

13.1.	Grundinformation om klientelet vid Oikeahetki.....	27
13.2.	Numeriska resultat från enkät 2.....	29
13.3.	Vårdtillfredsställelse och totalvitsord för vården	32
13.4.	Diskussion om de kvantitativa resultaten av interna data och enkät 2	33
14.	Resultat från livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF	33
14.1.	Allmän livskvalitet (QOL) hos patienter och anhöriga vid Oikeahetki	35
14.2.	Den hälsorelaterade livskvaliteten (hQOL)	35
14.3.	Den fysiska, psykiska och sociala livskvalitetsdimension samt miljölivskvaliteten.....	36
14.4.	Jämförelse av WHOQOL-BREF resultat mellan kvinnliga patienter och manliga patienter vid Oikeahetki.....	37
14.5.	Diskussion av resultaten av livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF hos patienter och anhöriga vid Oikeahetki	39
15.	Kvalitativ behandling av enkätsvaren	41
15.1.	Förväntningar inför vård	41
15.2.	Motsvarade vården dina förväntningar?.....	43
15.3.	Vad upplevde du mest givande i vården?	46
15.4.	Vilka är de viktigaste verktygen du fått (i vården) för ditt eget välmående?	47
15.5.	Vad ansåg patienterna att inverkade positivt på fortsatt nykterhet?.....	49
15.6.	Vilka är de viktigaste insikterna du fått under vården?	51
15.7.	Diskussion om de kvalitativa resultaten från undersökningen	53
16.	Sammanfattning och kritisk granskning av examensarbetet	57
17.	Källförteckning.....	58
18.	Bilagor.....	64

1. Inledning

Mitt intresse för detta arbete väcktes av att jag själv som tillfrisknad alkoholist har haft fördelen att ta del av vården på ett flertal institutioner för beroendesjuka, och min personliga erfarenhet är att vården på dessa enheter är enormt olika både till upplägg och kvalitet. Några av dessa institutioner har kvalitetscertifikat, men min erfarenhet är att ändamålsenligheten och utfallet av vården ofta inte är det eftersträvade. Från en början tänkte jag göra mitt examensarbete om företaget Oikeahetki Kb:s verksamhet, vårdkvalitet och effektivitet, men det framkom att en sådan undersökning är svår att genomföra då inga gemensamma kvalitetsmätare finns inom beroendevården. Några undantag finns som använder sig av kvalitetssystem (bl.a. A-klinikstiftelsen och Ventuskartano; Labquality 2016) men på nationell nivå finns inga gemensamma, jämförbara kvalitetsmätare inom beroendevården. Därför ville jag också presentera kvalitetsindikatorer, kvalitetskriterier och kvalitetsmätare som används inom hälsovården. Beroendevården har länge kallats missbrukarvård, men jag väljer att använda termen beroendevård då den bättre beskriver problematiken.

En individ som insjuknat i beroendesjukdomen alkoholism kallas alkoholist, och den som insjuknat i narkomani kallas narkoman. Därtill finns flertalet blandmissbrukare, som använder olika kemiska ämnen (alkohol, mediciner, narkotika) som sin huvuddrog. Ofta glöms de icke-kemiska beroendena bort, men de medför samma problematik som de kemiska beroendena. En beroendesjuk insjuknar aldrig ensam, hen omges oftast av ett flertal anhöriga och närstående som i sin tur löper risk att insjukna i beroendesjukdomen medberoende.

SOTE-reformen med nya lagförslag och kriterier är av intresse, både för den enskilde patienten, olika serviceproducenter och de blivande landskapen, varför jag har valt att även inkludera information om hur lagförslagen och kriterierna ser ut för tillfället, även om dessa kommer att ändras till en del. Överlag ska SOTE-reformen öka valfriheten för klienter och patienter inom social- och hälsovården, och samtidigt ska vården vara effektiv. För att klienten eller patienten ska ha verklig valfrihet, bör jämförelsebara kvalitetsmätningar göras inom enheterna. Dessutom krävs relevanta kvalitetsmätare för att kunna avgöra vilken vårdform som är effektiv, och utfallet av vården i olika enheter.

Rusmedelsberoendet är officiellt klassat som sjukdom med definitioner och diagnoskriterier i diagnosmanualerna DSM5 och i ICD-10, så även på dessa grunder kunde samma kvalitetsmätare användas inom denna typ av vård som inom hälsovården i övrigt. WHOQOL-BREF är en livskvalitetsmätare som utvecklats av världshälsoorganisationen (WHO), och den används i hela världen som en kvalitetsmätare för olika populationer. Denna livskvalitetsmätare tillsammans med en enkät med mer specifika frågor om bl. a. vårdtillfredsställelse används i denna undersökning för att undersöka vårdkvaliteten vid Oikeahetki Kb, som är ett beroendevårdsföretag med öppen beroendevård samt tjänster för anhöriga och närstående.

2. Syfte och problemprecisering

2.1. Syfte

Syftet med detta examensarbete är att använda livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF för att göra en kvalitetsmätning av vården vid Oikeahetki Kb.

2.2. Problemprecisering

SOTE-reformen innebär större valmöjligheter för klienten och patienten, och samtidigt behövs ett sätt för landskapet att jämföra kvaliteten och resultaten hos olika tjänsteproducenter. För hälsovården i Finland finns ett längre utvecklat kvalitetsgranskningssystem, men samma gäller inte beroendevårdstjänsterna som länge räknats höra till den sociala sektorns tjänster. SOTE-reformen i sig innebär nya kriterier för tjänsteproducenterna, och förslag har getts för hur kriterierna ska se ut inom beroendevården.

Beroendesjukdomarna räknas som primära sjukdomar som har ICD-klassificering (Duodecim, 2015), och kunde därför höra under hälsovården. Dessutom pågår arbete att sammanföra mental- och missbrukarvården i Finland, vilket förbättrar den beroendesjukes ställning inför lagen.

Det finns lite jämförbar forskning om beroendevårdens kvalitet och resultat i Finland. I detta lärdomsprov använder jag livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF tillsammans med en enkät med specifika frågor som mätare av kvaliteten och resultaten vid företaget Oikeahetki som bedriver öppenvård för missbrukare. Ingen granskning av Oikeahetki Kb:s resultat har gjorts ännu.

3. Missbruk och beroende i Finland

I detta kapitel presenterar jag information om beroendesjukdomen, som allmänt kallas missbruk. Jag går också in på skälen till att just denna sjukdom är så kostsam för samhället, och skälen till att kvalitets- och effektivitetsmätare bör utvecklas inom beroendevården i Finland. Medberoende är en beroendesjukdom som ofta glöms bort i dessa sammanhang, men även den har många negativa effekter för individen och bör uppmärksammas.

3.1. Missbrukare, storkonsumenter och alkoholister

Svenska Akademiens ordlista särskiljer termerna missbruk och beroende. Missbruk definieras som ”olämplig (och otillåten) användning som kan medföra skada”, medan beroende definieras som ”ofritt tillstånd, avhängighet särsk. av droger” (Svenska akademiens ordlista, hädanefter SAOL, 2015). Sammanblandningen av dessa termer kan medföra en viss förvirring, då termen missbrukare även kan användas om storkonsumenter, men alla missbrukare inte kan klassas som beroende. Dessutom kan en beroende vara nykter eller ren i långa tider, men fortsättningsvis lida av ett förvrängt tänkande som kallas ”Addictive thinking” (bl. a. Twerski 1997). I detta arbete har jag översatt termen ”Addictive thinking” till beroendetänk.

I Finland används på svenska oftast termen missbrukarvård då det talas om den vård som ges främst beroende som inte klara av att avsluta sitt missbruk på egen hand. I Sverige används termerna missbrukarvård och beroendevård parallellt. I detta examensarbete kommer jag att använda termen beroendevård, då den beskriver problematiken bättre. På finskt håll används ofta termen päihdehoito eller -huolto, som närmast motsvarar svenskans missbrukarvård då den inbegriper både storkonsumenter (missbrukare) och beroende.

Institutet för hälsa och välfärd har utarbetat riskgränser för alkoholkonsumenter i Finland. Dessa riskgränser är uppskattningar av den alkoholkonsumtion som sannolikt leder till hälsorisker. Vid den högre riskgränsen ökar risken för förtidig död och sjuklighet bland brukarna märkbart, och vid den måttliga riskgränsen ökar dessa risker måttligt. En storkonsument, eller en högriskkonsument, av alkohol är en individ som konsumerar 23-24 portioner alkohol per vecka eller tre portioner alkohol per dygn då det gäller män, medan motsvarande siffror för kvinnor är 12-16 portioner alkohol per vecka eller två portioner alkohol

per dygn. En måttlig risk uppstår vid ett bruk av maximalt 14 portioner alkohol per vecka för män och sju portioner alkohol per vecka för kvinnor. (Institutet för hälsa och välfärd, hädanefter THL, 2015).

Hur vet man då om en person är alkoholist? Enligt Anonyma Alkoholisters klassiska definition från 1930-talet upplever en alkoholist en fysisk allergi mot alkohol som gör att hen återkommande tappar kontrollen över sin alkoholkonsumtion, tillsammans med en sinnets besatthet som gör att alkoholisten intar alkohol gång på gång även om hen är medveten om dess negativa verkningar (Anonyma Alkoholister 2011, 24 – 29). Denna definition är förvånansvärt korrekt med tanke på sin ålder, och stämmer väl överens i dagens ICD-10-kriterier (t.ex. Duodecim, 2015). En alkoholberoende kan konsumera mer eller mindre än en storkonsument, men hen har utvecklat ett beroende som medför ett visst beteende och ett visst tankemönster som förklaras närmare i kapitlet om beroendetänk (Twerski 1997; kapitel 4). En missbrukare kan ofta sluta missbruka om hen får skäl därtill, medan en beroende vanligen behöver hjälp för att bryta mönstret, och speciellt för att upprätthålla det nyktra livet. Helnykterhet rekommenderas oftast för beroende, men vissa instanser anser det grymt att försöka få den beroende att helt bryta med sitt gamla liv (Leppävuori 2017).

3.2. Kostnader och andra siffror om beroende

I statistiken särskiljs inte missbrukare och beroende, så det är vanskligt att försöka uttala sig om den exakta mängden av individer som är beroende av kemiska ämnen i Finland. Därtill finns en hel del andra beroenden varav vissa statistikförs som t.ex. spelberoende, men andra statistikförs inte alls som t.ex. beroende av internetspel, medberoende, sexberoende, förhållandeberoende och olika matberoenden. I Institutet för hälsa och välfärds statistiska årsbok om alkohol och narkotika presenteras bland annat den aktuella statistiken över människor som vårdas årligen i Finland för kemiska beroenden, vilket ger en jämförelsebar bild över utvecklingen av beroendesjukdomen vad gäller kemiska beroenden över tid. Däremot förekommer bara den del av de beroendesjuka som sökt vård i statistiken, och gissningsvis är mörkertalet stort.

År 2016 drack en över 15-årig genomsnittsfinländare 10,8 liter alkohol omvandlat till ren eller 100%-ig alkohol (THL, 2017b, 20). Omvandlat till starksprit blir detta 27 liter, eller 67,5 standardflaskor starksprit. Omvandlat till alkoholportioner rör vi oss kring 766 portioner, vilket medför 15 portioner per vecka per person. Detta genomsnitt är nära den av THL utarbetade

riskgränsen för måttlig risk för ökad sjuklighet och dödlighet. Samtidigt rapporteras 10% av männen och 16% av kvinnorna inte dricka alls, vilket ökar mängden alkohol per person för dem som dricker (THL, 2017b, 45). Därtill finns en stor mängd måttliga konsumenter, som inte konsumerar alkohol i den mån att det skulle utgöra en risk för skadliga verkningar. Sammantaget innebär detta att en liten del av befolkningen står för största delen av alkoholkonsumtionen, och samtidigt de risker och kostnader detta medför.

År 2016 var antalet individer som vårdades för kemiska beroenden i Finland 34 193 i primärvårdens öppenvård (öppenvård inom kommunerna), och ca. 140 000 som vårdades på annat ställe (specialistvård), en siffra som sjunkit något de senaste åren. Samtidigt har antalet individer som sökt sig till härbärgen och inom boendeservicen stigit. År 2016 dog 2311 personer på grund av olika alkoholrelaterade sjukdomar, förgiftningar och olycksfall och samma år beviljades över 14 000 arbetsoförmögenhetspensioner med koppling till alkoholrelaterad sjukdom (THL, 2017b, 201, 63-68. Vanligaste alkoholrelaterade dödsorsaken var alkoholförgiftning, följt av leversjukdomar och olycksfall (THL, 2017b, 44-46). Antalet alkoholpåverkade förare i vägtrafikolyckor som ledde till personskador var 450, en siffra som varit förhållandevis konstant de senaste åren. Våldsbrott relaterade till rusmedelsbruk har gått från ca. 20 000 år 2000 till över 34 000 år 2016. Missbrukarvårdens utgifter har ökat med ca. 55% från år 2006 till år 2015 (THL, 2017b, 75-91).

Statistiken är intressant läsning, men den berättar ändå inte allt. Många samhällseliga förändringar kan återspeglas i statistiken, t.ex. mindre satsningar på vård, ökade satsningar på öppenvård jämfört med institutionsvård, och nedskärningar i olika yrkesgruppers resurser. Det som slår mig mest är ändå mängden dödsfall relaterade till alkohol, och mängden våldsbrott relaterade till rusmedelsbruk. Anhöriga och andra närstående och kostnaderna för deras vård tas inte alls upp i statistiken, även om många av dessa utvecklar vårdkrävande psykiska och/eller psykosomatiska symptom (t.ex. Fisher & Beer 1990). Det mänskliga lidandet som beroendesjukdomar i olika format förorsakar den beroende och hans anhöriga är omätbart.

4. ”Addictive thinking”

Abraham Twerski beskriver fenomenet ”Addictive thinking” eller beroendetänk i sin bok *Addictive thinking; Understanding self deception* (Twerski 1997). Enligt Twerski var Anonyma Alkoholister (AA) först med att påpeka det onormala tankesättet hos en beroende. Detta onormala tankesätt kallas populärt torrffylla – ett tillstånd då alkoholisten blir rastlös, missnöjd och irriterad, eller ett tillstånd där alkoholisten inte dricker men betar sig som en drickande alkoholist (Twerski 1997, 4). Termen Addictive thinking är i allmänt bruk inom beroendevården i USA, och beskrivs som en förvrängning av de kognitiva tankarna eller som irrationella tankemönster (t.ex. *The Ranch*, 2012).

Beroendetänket drabbar alla beroendesjuka, däremot har ingen fastställt om det aktiva beroendet föregås av beroendetänkets inträde eller tvärtom. Hög intelligens är inget skydd mot beroendetänk – Twerski konstaterar att individer med hög intelligens kan ha väldigt utvecklat beroendetänk och därför vara svåra att vårda (Twerski 1997, 13). Självbedrägeriet och de ändlösa, till synes logiska, förklaringarna varför en beroende gör eller inte kan göra något är mycket framträdande drag i beroendetänket. Många alkoholister bedrar sig själva väldigt länge med att anse att de är måttliga konsumenter, och de till synes logiska skälen att inte söka vård är många (Twerski 1997, 18-19). Förnekelsen är ett annat framträdande drag i beroendetänket. Hur kan en till synes intelligent människa inte inse vidden av sin problematik? Svaret är förnekelse, som ofta kommer av svårigheten att förändra sig. Många beroende skyller på omgivningen för sitt rusmedelsbruk och vill att de andra ska ändra sig, men de är inte beredda att förändras själv (Twerski 1997, 22).

Exempel på dessa kognitiva tankefel, som för en beroende leder till fortsatt användning kan vara påståenden som innehåller ordet ”borde” – dessa påståenden innebär att den beroende, eller nån annan, borde agera eller vara annorlunda, vilket kan leda till frustration och besvikelse som ofta ger den beroende skäl till fortsatt rusmedelsbruk. Ett annat typiskt exempel är att skylla på andra, eller på sig själv. En beroende kan skylla sitt rusmedelsbruk på partnern, sitt jobb eller sin uppväxt. Alternativt kan hen ta alla motgångar eller kritik väldigt personligt, vilket bidrar till den låga självkänslan. (*The Ranch*, 2012)

Det kan vara frustrerande att konfronteras med beroendetänket, som innehåller ett stort mått av förnekelse över det egna tillståndet. Det kan vara omöjligt för den beroendesjuka att inse det faktum att hens liv har slagits i spillror av rusmedelsbruket. Frustrerande är också det att

beroendetänket till det yttre kan verka väldigt logiskt, och därför har omgivningen ofta svårt att känna igen det. Dessutom är den beroendesjuka oftast inte själv medveten om sitt självbedrägeri och sina osanningsliga tankebanor (Twerski 1997, s. 7-8). Enligt Twerski uppkommer det förvrängda tankesättet i beroendetänket på grund av dålig självkänsla. Genom att individen har en felaktig föreställning av sig själv, förvrängs även bilden av omvärlden. Twerski skriver att vi inte kan anpassa oss till verkligheten, om vi har en felaktig bild av oss själva, och vissa individer flyr från dessa anpassningsproblem genom att använda rusmedel (Twerski 1997, 23-24). Oftast har en beroende i början av sin bana inte fler konflikter i sitt liv än en icke-beroende, även om det kan verka så, utan det är det förvrängda tankesättet som skapar konflikter. Den största förvrängningen är oftast i den beroendes syn på sig själv, då den dåliga självkänslan inte låter hen känna tillfredsställelse över sig själv och sina prestationer. Denna felaktiga självbild uppkommer inte med beroendet, utan den är närvarande redan före beroendet inleds. (Twerski 1997, 51-52).

Enligt Al-Anon, som är en stödgrupp för anhöriga till missbrukare, är det en vanlig missuppfattning att det är missbrukaren som är problemet, men i verkligheten möjliggör ofta en eller flera medberoende missbrukarens beteende och missbruk. En medberoende kan vara en partner, en förälder, ett barn eller vem som helst som har ett destruktivt förhållande till en missbrukare. Dock kan medberoende förekomma även i andra dysfunktionella förhållanden, till exempel om den ena parten har psykisk problematik eller våldsbenägenhet. Medberoende personer har ofta dålig självkänsla, svårt att sätta gränser, och ett stort behov av att vara till lags. Även medberoende lider av beroendetänk likväl som andra beroendesjuka. Al-Anons lösning för medberoende innebär att den medberoende ska göra sig av med sitt problem – missbrukaren. Ofta kräver detta terapi för att den medberoende ska våga frigöra sig (Al-Anon, u.å.). Tyvärr försvinner inte medberoendeproblematiken även om den medberoende frigör sig från missbrukaren. Enligt Twerski lider även medberoende av beroendetänk (Twerski, 1997, 7-8; Al-Anon, u.å.), och obehandlat kan detta leda till den medberoendes ”återfall”, det vill säga ett nytt destruktivt förhållande.

Utan behandling av beroendetänket är det aktivt även i en individ som avhåller sig från rusmedel. Det är viktigt för vårdpersonal att känna igen och kunna påpeka detta onormala tankesätt, eftersom om det inte behandlas är det en stor risk för återfall – livet blir för tungt att leva för den beroende utan drogen (Mayo Clinic, 2007.). Beroendetänket går att behandla, och i behandlingen strävar man efter att byta ut de förvrängda tankemönstren mot rationellt och verklighetsbaserat tänkande. Mayo Clinic i USA erbjuder kognitiv beteendeterapi för att

behandla beroendetänket (Mayo Clinic, 2007). Även andra behandlingsenheter i USA ser kognitiv beteendeterapi som en fungerande lösning på beroendetänket (The Ranch, 2012). Ett annat alternativ är 12-stepsprogrammet, en frivillig och kostnadsfri verksamhet, som utvecklats av AA. I 12-stepsprogrammet behandlas beroendetänket genom att ersätta de irrationella tankemönstren med friska tankemönster, och genom att hjälpa individen att hitta en högre makt och genom detta uppleva tillit (Anonyma alkoholister 2011, 83).

5. SOTE-reformens inverkan på vården i Finland

SOTE-reformen medför förändringar i vårdens struktur och upplägg i Finland. Nya lagförslag är under beredning, men ingen vet ännu exakt hur vården ska organiseras då reformen genomförs. I detta kapitel presenterar jag två aktuella lagförslag, samt en skrivelse som serviceproducenter inom beroendevården skickat till berörda ministrar med önskemål om hur beroendevården borde organiseras.

5.1. Lagförslaget om klientens rättighet till valfrihet inom social- och hälsovården

Regeringen har utkommit med ett lagförslag om klientens rättighet till valfrihet inom social- och hälsovården. Detta förslag till lagtext valde jag att ta med, då det klargör vissa punkter om hur servicesystemet inom social- och hälsovården förväntas se ut efter att SOTE-reformen är genomförd. Lagens syfte är att främja klientens och patientens valfrihet inom social- och hälsovård, att förbättra tillgängligheten av social- och hälsovård och öka kostnadseffektiviteten samt att förbättra utvecklingen av tjänster. Lagförslaget är långt, och innehåller olika kriterier på hur valfriheten ska se ut. Tjänsterna inom landskapen delas in i direktvalstjänster (främst primärvård på hälsovårdsstationer och inom munhälsovården), tjänster som finansieras med klient- eller kundsedlar och tjänster med personlig budget (gäller vissa behovsprövade tjänster enligt äldrevårdslagen, handikapplagen och lagen angående specialomsorg om utvecklingsstörda). (Statsrådet, 2017a).

I lagförslaget nämns beroendevårdstjänster inte specifikt, men de torde falla under den kategori av tjänster som finansieras med klientsedlar. En klient som fått klientsedel, får själv välja serviceproducent som godkänts av landskapet enligt kriterier som publiceras i serviceproducentlagen. Dessa krav kommer att gälla kvaliteten på servicen, serviceproducentens resurser (ekonomiska och arbetskraftsmässiga), servicens tillgänglighet och serviceproducentens ekonomiska stabilitet. Landskapet ska följa upp att kriterierna uppfylls. Hur detta görs i praktiken nämns inte, utom att landskapets övervakningsenhet ska ha tillgång till ekonomiska- och skatteuppgifter om serviceproducenten, samt andra uppgifter om vården. Dessutom kan landskapet självt göra beslut om ytterligare kriterier som används för tjänsteproducenterna i landskapet. (Statsrådet, 2017a)

5.2.Lagförslaget om serviceproducentlagen

Även en serviceproducentlag är under utveckling, och syftet med denna är att försäkra klient- och patientsäkerheten, garantera service av god kvalitet samt främja samarbetet mellan serviceproducenter och myndigheter. Serviceproducenten förväntas garantera servicens kvalitet, klientcentrering, säkerhet och relevans samt övervaka att dessa uppfylls. Dokumentet ”Palveluntuottajan vaatimukset sotelainsäädännössä” klargör vidare vilka kriterier som kommer att gälla serviceproducenterna enligt lagförslaget. Klart är, att privatiseringen av tjänster gör att kvalitetsövervakningen måste effektiveras och samstämmas för att kunna garantera likvärdiga tjänster åt brukarna. Servicens innehåll stadgas fortfarande om i Socialvårdslagen och Hälso- och sjukvårdslagen, men alla serviceproducenter måste uppfylla vissa baskriterier (serviceproducentlagen) och tilläggs-kriterier (utges av landskapen) för att få höra till serviceproducentregistret, vilket å sin sida är en nödvändighet för att kunna producera tjänster i landskapet. Dessa grundkriterier är bl.a. att tjänsterna ska hålla hög kvalitet, vara patient/klientcentrerade och säkra. Hur kvalitetskriterierna ska se ut, och hur de ska övervakas, finns ännu ingen information om. (Statsrådet, 2017b; Social- och hälsovårdsministeriet, u.å. a)

5.3. Serviceproducenternas förslag inför SOTE-reformen

Grupperingar inom såväl hälsovårdssektorn och den sociala sektorn har varit proaktiva då det gäller den pågående SOTE-lagstiftningen. Läkarförbundet har gått ut med en uttalande om hur förbundet tycker kvalitetsmätningen inom deras område ska gå till (Parkkila-Harju & Pärnänen 2017). En gruppering inom beroendevården, som kallas Ammatilaiset päihdetyössä, har skickat en skrivelse till alla berörda ministrar med förslag om hur valfriheten ska se ut inom beroendevården i SOTE-reformen (Personlig kommunikation, Riitta Koivula, 2.1.2018).

Grupperingen föreslår att vården av rusmedelsberoende och deras anhöriga ska tilläggas i lagen om valfrihet som sin egen helhet, och att tjänsterna ska höra till grundnivåns (primärvårdens) tjänster. Tjänster inom specialistvården ska gälla främst personer med missbruk eller beroende av flera substanser, eller personer med dubbeldiagnoser. Kunskapen om beroendesjukdomar och beredskapen att känna igen sjukdomen ska vara god inom grundservicen, och klienten och dennes anhöriga ska ha rätt att själv välja serviceproducent med hjälp av klientsedel. Vidare föreslås att anhöriga ska ha samma rätt till vård och val av serviceproducent som den beroendesjuka, och att vården ska förverkligas i enlighet med kriterier som gäller andra sjukdomar, dvs evidensbaserad vård som stöds av forskning. Nationella kriterier ska uppställas för utbildningen av erfarenhetsexperter, och dessa ska tas med i planeringen, förverkligandet och utvärderingen av missbrukarvården. Överlag ska utbildningen inom området stärkas. En viktig punkt i förslaget är erkännandet av beroendesjukdomen och medberoende som de primära sjukdomar som de är, och att sjukdagpenning ska betalas ut samt resekostnader ersättas likvärdigt med andra sjukdomar. (Personlig kommunikation, Riitta Koivula, 2.1.2018)

6. Behovet av kvalitet och kvalitetsmätare inom beroendevården

Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder begreppet kvalitet ”inre värde; god egenskap; sort, god beskaffenhet” (SAOL, 2015). Enligt Lecklin (2002) är kvalitet ett begrepp som definieras på olika sätt utgående från betraktarens synvinkel. Kvalitet kan uppfattas som en effektiv tillfredsställelse av kundens behov, som samtidigt ska vara lönsam för företaget. En förutsättning för kvalitet är kontinuerlig utveckling, övervakning och mätning av kvaliteten.

Med kvalitetsövervakning och kvalitetsmätning försöker man uppnå en jämn kvalitet och upptäcka möjliga misstag i processen. Även kundens eller konsumentens uppskattning av kvaliteten ses viktig. (Lecklin 2002, 18-19)

Inom hälsovården har kvalitetsarbetet och arbetet med att hitta mätare för att definiera effektiviteten och kvaliteten på vården kommit längre än inom den sociala sektorn, under vilken beroendevården i Finland av tradition placerats. Beroendesjukdomarna är erkända sjukdomar med ICD-klassificering (Duodecim, 2015), varför det är skäl att tänka att vården av dessa kunde använda sig av liknande kvalitetsmätare som hälsovården.

Vidare står Finland inför en stor social- och hälsovårds (SOTE)-reform, där det står klart att klientens och patientens valfrihet kommer att öka, och då bör det finnas jämförbara kvalitetsmätare för beroendevården för att sann valfrihet ska bli möjlig. Producenterna av vården kommer att ställas inför nya krav som framkommer i Serviceproducentlagen, vartill även landskapen kan ställa egna krav på de serviceproducenter de accepterar på sina listor. Detta innebär att det bör finnas ett system att tillförlitliga kvalitetsmätare, som kan ge en fingervisning om hur utfallet av vården blir hos serviceproducenten (se kap. 5, SOTE-reformens inverkan).

7. Kvalitet i finsk lagstiftning

Den finska lagstiftningen innehåller en del lagar som bör tas i beaktande då man studerar förhållandet mellan kvalitet och hälsovård. De lagar som tas upp här är Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326), Lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785), Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812), Socialvårdslagen (2014/1301) och Lagen om missbrukarvård (1986/41).

7.1. Hälso- och sjukvårdslagen och Socialvårdslagen

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) stadgas att ”Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt.” Vidare ska varje verksamhetsenhet uppgöra en

kvalitetsplan (§ 8). Tjänsterna ska vara tillräckliga för att trygga kommuninvånarnas välbefinnande, patientsäkerhet, sociala trygghet och hälsotillstånd, och servicen ska vara tillgänglig på lika villkor (§10). I Socialvårdslagen (2014/1301) stadgas om rätten att få socialservice som baseras på individuella behov, så att inte rätten till nödvändig omsorg och försörjning äventyras (§8). En av de centrala principerna i Socialvårdslagen är rätten att få högklassig socialvård (§30). Enligt Socialvårdslagen ska enheter inom socialvården göra upp en plan för egenkontroll för att säkerställa kvaliteten, säkerheten och ändamålsenligheten. Denna plan ska uppföljas och uppdateras regelbundet, och ska finnas att ses offentligt (§47).

7.2.Lagen om patientens ställning och rättigheter och Lagen klientens ställning och rättigheter inom socialvården

Lagarna om Patientens ställning och rättigheter (1992/785) samt Klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812) är lagar som särskilt beskriver den ställning och de rättigheter patienter och klienter inom social- och hälsovården åtnjuter. Enligt §3 i lagen om Patientens ställning- och rättigheter, har alla och envar rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans hälsotillstånd förutsätter. Vården ska vara god, och bemötandet likaså. §4 i lagen om Klientens ställning och rättigheter inom socialvården är liknande, och fastställer att klienten har rätt till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande (2000/812). Den mest slående skillnaden i ordalydelsen av dessa lagar är patientens *rätt* till den vård hans hälsotillstånd förutsätter (§3, 1992/785) medan klientens önskemål, åsikt, fördel och individuella behov samt modersmål och kulturella bakgrund ska *beaktas* då det gäller socialvård (§4, 2000/812).

7.3.Lagen om missbrukarvård

Lagen om missbrukarvård (1986/41) är en speciallag med målet att ”förebygga och minska missbruket av rusmedel ävensom därmed förknippade sociala olägenheter och men för hälsan samt att främja missbrukarens och honom närstående personers funktionsförmåga och säkerhet” (§1). I lagen om missbrukarvård nämns inte specifikt missbrukarvårdens kvalitet eller mätning av denna. Däremot ska missbrukarvården till sin omfattning vara tillräcklig för att täcka behovet i kommunen (§3), och vara lätt åtkomlig, smidig och mångsidig (§6), aspekter

som passar väl in i kvalitetstänket. Missbrukarens familj och andra närstående har enligt Lagen om missbrukarvård (§7,1986/41) även de rätt till vård och stöd. Tyvärr är det endast en liten andel av de anhöriga som utnyttjar denna rätt, och många har svårt att inse att de insjuknat i ett medberoende.

Missbrukarvårdslagen ska inom nära framtid revideras, och det är inte alldeles otänkbart att krav på kvaliteten av beroendevården kommer att inkluderas. Helena Vorma på Social- och hälsovårdsministeriet vill inte kommentera förändringar i lagen eller ge någon uppskattning om när lagen väntas träda i kraft, då arbetsgruppens arbete fortfarande är halvfärdigt. Vorma hänvisar till Social- och hälsovårdsministeriets nätdokument, där det framgår att lagarna som är under beredning ska skickas ut för ett första utlåtande på våren 2018. Beredningen av Missbrukarvårdslagen nämns i samband med andra lagar där huvudsyftet för förnyelsen av lagen är stärkning av patientens och klientens självbestämmanderätt. Stärkandet av förebyggande arbete, mångprofessionellt samarbete och bättre tjänster nämns också (personlig kommunikation, Helena Vorma 16.1.2018; Social- och hälsovårdsministeriet u.å. b).

8. Forskning och rekommendationer om kvalitet inom hälsovården

I en kort skrivelse från Regionförvaltningsverket konstateras att §8 i Lagen om hälso- och sjukvård (2010/1326) ska följas vad gäller kvalitetsarbetet inom hälsovårdssektorn. Regionförvaltningsverket har som uppgift att övervaka att hälsovårdsservicens kvalitet och patientsäkerhet planeras, genomförs och uppföljs i enlighet med lagar och föreskrifter. Följande kriterier rekommenderas av Regionförvaltningsverket för kvalitetsgranskning inom hälso- och sjukvården: Patientorienterat synsätt (erfarenhetsexperter, deltagande, dialog); patientsäkerhet, riskanalys, förebyggande av risker, riskhantering; rätt vård i rätt tid; sakkunskap; vårdens smidighet; ändamålsenlighet och effektivitet samt personalmängd. (Regionförvaltningsverket 2014; 2010/1326)

Terveidenhuollon laatuopas, som är en handbok om kvalitet, har utgivits av Kommunförbundet för att fungera som handledning i kvalitetsfrågor. Handboken riktar sig specifikt till hälsovårdssektorn, och liknande presentation och genomgång av kvalitetsaspekter finns inte för beroendevården. I handboken betraktas kvalitet som tjänstens eller produktens kapacitet att

uppfylla klientens eller patientens behov eller krav, eller som verksamhetens överensstämmelse av verksamhetens mål och resultat. Handboken beskriver i detalj hur kvalitetssäkringen bör gå till, via planeringen och ledningen av verksamheten och dess mål och konstant granskning och analys av resultaten för att se om de motsvarar de uppställda målen, samt strävan att förbättra verksamheten för att nå uppställda mål. Publikationen innehåller också goda förslag på hur de olika kvalitetsaspekterna kan mätas. (Kommunförbundet 2011)

Kvalitet kan mätas och ses ur olika synvinklar. De synvinklar handboken lyfter fram är patientens, personalens och ledningens synsätt, med olika kriterier för var grupp. Förslagen till kvalitetsmätare är dock samma för de olika grupperna. Patientcentreringen ses som ett viktigt kvalitetsmål, och förslag för mätare av denna är elektroniska eller manuella feedbackblanketter för patienterna, uppföljning av klagomål till ledningen och övervakningsmyndigheten, samt uppföljning av antalet patientskadeanmälningar. För att vården ska hålla god kvalitet ska den enligt handboken ges i rätt tid. Kvalitetsmätare som föreslås för denna aspekt är hur snabb kontakt som fås med vårdinstansen, mer specifikt väntetider i telefon, antal missade samtal samt andra faktorer som påverkar hur lätt det är att få kontakt. Vidare kan man övervaka väntetiden till mottagningen, och om vårdgarantin uppfylls. Uppföljning av vårdens kliniska kvalitet är en viktig aspekt av kvalitetsarbetet, och som mätare av denna aspekt föreslås när/frånvaro av introduktionsprogram för nya medarbetare, årlig fortbildning enligt gällande rekommendationer, uppföljning av antal deltagare i fortbildningen samt förverkligande av utvecklingssamtal samt personalenkät om arbetsvälmåendet med jämna mellanrum. Patientsäkerheten är en central del av vårdens kvalitet, och den uppföljs via specifik praxis. (Kommunförbundet 2011, 10-13)

Processens kvalitet innebär för patientens del en smidig och effektiv vårdkedja utan onödiga ingrepp, där patienten själv är med och planerar sin vård. Ur personalens synvinkel innebär en högklassig process att tillräckliga resurser finns för den vård som krävs, i form av utrustning, utrymmen och arbetskraft, samt att samarbetet fungerar mellan olika enheter. För ledningens kvalitetssyn är det viktigt att resurserna används där de behövs, och att verksamheten uppnår uppställda mål. Mätare som föreslås för övervakning av processens kvalitet är till exempel mätning av patienttillfredsställelse, utarbetning av processplaner samt uppföljning av vårdtider. Effektivitet och ändamålsenlighet av vården är viktiga kvalitetsaspekter, som bör följas upp för att kunna utveckla och förbättra vården. Det är viktigt att även samla in subjektiva upplevelser av patienterna hur de själva upplever att deras hälsa förändrats, och för detta ändamål kan allmänna eller sjukdomsspecifika mätare användas. Såna är till exempel QALY (Quality

Adjusted Life Years), som är en allmän livskvalitetsmätare som kan användas för att undersöka hälsans förbättring vid många olika sjukdomstillstånd. En annan allmän mätare är 15D-metoden, som används för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. För att man ska kunna jämföra vården på olika enheter, är det viktigt att samma mätare är i bruk i hela landet. Andra mätare på effektiviteten och ändamålsenligheten av vården är dödligheten i olika sjukdomar, uppnådd funktionsförmåga samt välmående bland regionens befolkning. (Kommunförbundet 2011, 13-15; Sintonen 2001; Prieto & Sacristán 2003)

9. Exempel på kvalitetssystem inom hälsovården

Olika kvalitetssystem och -certifieringar är i bruk även inom hälso- och sjukvården, och vissa kvalitetscertifikat återfinns även inom beroendevården. I detta kapitel presenterar jag kvalitetssystemen på Vasa Centralsjukhus (VCS) och Mehiläinen som exempel på hur kvalitetssystemen kan se ut inom hälso- och sjukvården.

9.1. Kvalitetssystemet på Vasa Centralsjukhus

VCS använder sig av SHQS och PERFECT-systemen. SHQS står för Social and Health Quality Service, och är ett kvalitetssystem med externa ackrediteringar vart tredje år för att bedöma kvaliteten enligt vissa kriterier i social- och hälsovården. SHSQ är ett internationellt ackrediteringssystem för social- och hälsovårdsbranschen, som grundar sig på International Society for Quality in Health Care (ISQua) principer. SHSQ är i bruk på många ställen i Finland inom social- och hälsovårdsbranschen. Av de olika instanserna för missbrukarvård har bl.a. A-klinikstiftelsen och Ventuskartano Rf. ikraftvarande SHSQ-kvalitetsutmärkelse. (Vasa Centralsjukhus, u.å.; Labquality, u.å.; Labquality, 2016)

PERFECT står för PERFormance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes och är ett projekt som leds av Institutet för hälsa och välfärd. I projektet studeras vårdkedjans funktionalitet, effektivitet och kostnadseffektivitet inom specialsjukvården. Olika indikatorer utvecklas och används, av vilka vissa kan användas för jämförelser mellan olika sjukhus och

sjukvårdsdistrikt. En svaghet med PERFECT är att projektet enbart rör vissa sjukdomar, som t.ex. hjärninfarkt och schizofreni, dock är målet att kunskap från PERFECT-projektet ska kunna tillämpas även på andra sjukdomar. Indikatorer som används i projektet är bl.a. sjukdomarnas frekvens, antal vård dagar och omkostnader, åtgärder, medicinering, dödlighet och vårdens effektivitet enligt vissa mätare. Alla dessa indikatorer kunde också användas inom beroendevården. (THL, 2017a; THL, 2016)

9.2. Kvalitetssystemet på Mehiläinen

Mehiläinen, som är ett vårdföretag inom privata sektorn, har tjänster som hälsovårdsservice och munhälsovård, men även tjänster för äldre, handikappade, barnskyddstjänster och rehabilitering för mentalvårdspatienter. Mehiläinens nätsidor berättar att kvalitetstänket i företaget är en viktig del av både ledningen och hela verksamheten. Någon kvalitetsplan finns inte på nätsidorna. Verksamheten i alla led auditeras årligen av Inspecta med ISO 9001 och ISO 14001-standarderna. Dessutom mäter Mehiläinen kundtillfredsställelse via en enkät efter varje besök. (Mehiläinen, u.å. a; Mehiläinen, u.å. b)

ISO 9000-seriens standarder (International Organization for Standardization) är internationellt erkända standarder för kvalitetssäkring, enligt vilka varje enskild aktör kan skraddarsy ett kvalitetssystem där dessa tillämpas. De aktörer som använder sig av ISO-standarderna ackrediteras av en utomstående aktör med jämna mellanrum. ISO 9001 är den standard som oftast används i kvalitetsarbetet, med målet att förbättra kundtillfredsställelsen samt kontinuerligt förbättra företagets verksamhet. Kvalitetsstyrningen enligt ISO-standarderna har 8 bestående huvudprinciper och ett antal andra principer som varierar. Huvudprinciperna är kundcentrering, ledarskap, personalfrågor, ständig förbättring av processen, faktagrundning av beslut samt samarbetsförhållanden och nätverk. ISO 14001 är ett certifierat miljösystem, med vars hjälp ett företag kan visa sin medvetenhet om miljöfrågor och den standard företaget håller angående dessa (Lecklin 2006, 311; DNV GL u.å. a; DNV GL, u.å. b; Peltonen 2007, 74).

10. Kvalitetstänk och kvalitetsmätare inom beroendevården

Det finns överlag lite information att hämta om utfall inom beroendevården i Finland och kvalitetskriterier samt -mätare som används inom densamma. Stakes (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus) förde tidigare register över aktörer inom beroendevården, men detta register är tyvärr inte tillgängligt längre. I och med den ökade valfriheten för klienten som uppkommer i SOTE-reformen, krävs kriterier även för beroendevården, såväl för landskapens styrelser som för den enskilde klienten som ska välja vårdplats. I detta kapitel presenterar jag några undersökningar om beroendevården i Finland, samt undersökningar från andra länder.

10.1. Strategin för mentalvårds- och missbrukarvårdsarbetet i Finland

I en rapport som sammanfattar och utvärderar arbetet med strategin för mentalvårds- och missbrukarvårdsarbetet konstaterar man som ett delmål för strategin fram till år 2020 att

”Man utvecklar kunskapsgrunden om tillräckligheten av och kvaliteten på det förebyggande mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet och mental- och missbrukarvårdens tjänster. Dit hör kunskap om hur utbredd användningen av berusningsmedel är och de faktorer som inverkar på det, förekomsten av och kostnaderna för psykiska störningar och missbruksproblem samt kostnaderna för, kvaliteten på och resultaten av tjänsterna.”

I dokumentet konstateras vikten av att missbrukarvårdstjänsterna ska vara tillräckliga och lättillgängliga, då en missbrukare som inte fått rätt vård i rätt tid blir dyr för samhället i form av andra tjänster. Vidare är en aktiv missbrukares livslängd i genomsnitt ca 20 år kortare än beräknad livslängd. Det konstateras också att utbudet av tjänster för missbrukare (och mentalvårdsbrukare) inte svarar mot behovet, och att det finns behov av epidemiologisk forskning, samt forskning om kostnader, kvalitet och effektivitet av vården. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2016, 26)

10.2. Utmaningen att välja kvalitetsmätare inom beroendevården

Många utmaningar infinner sig då det gäller att välja ”rätt” kvalitetsmätare inom beroendevården. Olika beroendevårdsenheter har olika målsättningar, där vissa enheter satsar på skademinskande vård och andra på helnykterhet. Vidare kan man fråga sig vad som ska mätas. Nykterhet och tillfrisknande är en lång process, och innehåller mycket mera än bara avhållsamhet från rusmedel. Enligt Donovan och andra (Donovan et al. 2012) och Tiffany och andra (Tiffany et al., 2012) bör en gemensam kvalitetsmätare hittas för beroendevården, men andra aspekter av tillfrisknandet får inte ska glömmas bort. Därför föreslås minskad rusmedelskonsumtion som en primär utfallsaspekt, och andra aspekter av tillfrisknandet som sekundära utfallsaspekter (t.ex. ökning av livskvalitet, förändrade familjeförhållanden, arbetsförhet). (Donovan et al., 2012; Tiffany et al., 2012)

Hermann och Palmer (Hermann & Palmer 2002) betonar behovet av kvalitetsmätningar inom mental- och beroendevården, då dessa behövs för att kunna utveckla vården. Författarna av artikeln ser det som ett problem att många olika slags mätmetoder existerar, och att resultaten därför inte direkt kan jämföras. Vidare anser författarna att det behövs standardiserade, jämförbara kvalitetsmätningar, som ska vara lätta att utföra och utvärdera för att resurserna ska kunna koncentreras till effektiva vårdmetoder. (Hermann & Palmer 2002)

10.3. Förslag till kvalitetsmätare inom beroendevården

10.3.1. Livskvalitetsmätare

Mätning av livskvaliteten före och efter vård är allmän praxis i vården i många länder. Att använda både subjektiva och objektiva instrument är bra, då individens subjektiva upplevelser om sitt hälsotillstånd och sitt välmående ofta ger bättre insyn i vårdens utfall.

Muller har i sin avhandling (Muller 2017) koncentrerat sig på mätningen av livskvalitet. Att mäta den subjektiva livskvaliteten hos patienter i beroendevården är ett viktigt sätt att visa patienterna att de själva är de bästa experterna i sina liv, och att beroendesjukdomarna har samma ställning som andra kroniska sjukdomar. Muller betonar i sin avhandling att ökat välmående är mycket mera än minskat rusmedelsbruk (Muller 2017, 8).

Muller lägger stor vikt vid betydelsen av sociala nätverk för den beroendesjuktes livskvalitet, och presenterar Bohnert och andras (2009) samt Becker och Currys (2014) arbete i avhandlingen för att belysa vikten av de sociala nätverken. Dessa nätverk spelar in på helt annat sätt än för en cancersjuk patient, då nätverket kring den beroende antingen kan hjälpa eller stödja beroende på om individerna i nätverket är nyktra kontakter eller även de beroendesjuka. Om individerna i nätverket är nyktra, bidrar de sannolikt till tillfrisknandeprocessen, medan om de själva är missbrukare bidrar de sannolikt till beroendet. (Muller 2017, 6)

Att mäta livskvaliteten i slutet av vårdperioden kan vara ett bra instrument för att undersöka hur mycket stöd den beroendesjuka behöver framöver. Muller skriver att enligt Laudet och andra (2009) kunde låga resultat i livskvalitetsmätningar förutspå återfall efter vården, medan förhöjd livskvalitet jämfört med situationen i början av vården förutspådde långvarigare nykterhet (Muller 2017, 9).

För att få vidare information om mätning av livskvaliteten inom beroendevården, tog jag kontakt med Ashley Muller, som gjort sin doktorsavhandling inom området. Muller rekommenderade användningen av livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF i examensarbetet då den är allmänt använd och validerad för bruk i de flesta länder (personlig kommunikation, Ashley Muller, 24.1.2018). WHOQOL-BREF är en mätare som utvecklats och validerats av Världshälsoorganisationen WHO som definierar hälsa som ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välmående, inte bara frånvaron av sjukdom. WHO:s definition av livskvalitet omfattar många variabler, såsom individens fysiska och psykiska hälsa, personliga trossatser, sociala nätverk och miljö. Man bör enligt WHO inte bara mäta frånvaron eller närvaron av sjukdom, utan också se till individens totala välmående. För att kunna uppskatta detta välmående, har WHO tillsammans med 15 olika samarbetscentrum runt om i världen utvecklat livskvalitetsmätarna WHOQOL-100 och WHOQOL-BREF, som fungerar i olika populationer oberoende av kulturmässiga skillnader. (WHOQOL 1995)

WHOQOL-mätningarna är tillgängliga på 20 olika språk, och kan användas för att utvärdera effekten av olika slags interventioner i människans liv, till exempel vård eller rehabilitering. (WHOQOL 1995). Livskvalitetsmätaren består av 26 frågeställningar, som är uppdelade i fyra delområden för att mäta livskvaliteten angående individens fysiska hälsa, psykiska hälsa, sociala relationer och miljö. Eftersom WHOQOL-BREF är en kortare mätare än WHOQOL-100, är den mer lämplig för både undersökning av större folkgrupper, och för kliniskt bruk för kartläggningen av en enskild patients livskvalitet. I forskningssyfte får WHOQOL-BREF

användas utan kostnad (THL 2014). I Finland används WHOQOL-BREF bland annat av Folkpensionsanstalten (FPA) för att utvärdera utfallet av rehabiliteringar (FPA, u.å.).

10.3.2. Mätning av vårdtillfredsställelse

Kendra och andra undersökte relationen mellan patientens tillfredsställelse med vården, och fann att god vårdtillfredsställelse kan fungera som en indikator för längre abstinens från rusmedel. Även deltagandet i 12-stegsgrupper, som är frivilliga kamratstödsgrupper (AA, NA, CA) fanns öka möjligheterna till längre abstinens för patienten (Kendra, Weingardt, Cucciare & Timko 2015).

Enligt Trujols och andra kan enbart subjektiva mätningar av hur tillfredsställd klienten är med beroendevården ge ett snedvridet resultat, då de flesta mätningar om vårdtillfredsställelse ger väldigt goda resultat. Det har visat sig att då andra mätmetoder används parallellt är resultaten inte alltid överensstämmande (Trujols, Iraurgi, Oviedo-Joekes & Guardia-Olmos 2014). Andra aspekter som bör tas i beaktande enligt Trujols och andra för att få ett tillförlitligt resultat av en patientcentrerad undersökning är patientens förväntningar och behov av vården; patientens uppfattning om samspelet mellan patienten och vårdpersonalen samt sin medbestämmanderätt; patientens upplevelse av att få sina behov tillfredsställda; samt hur tillfredsställd patienten överlag är med vården (Trujols et al., 2014).

10.3.3. En undersökning av beroendevården i Finland

Heikki Oinas-Kukkonen tar i sin doktorsavhandling upp många aspekter av hur en lyckad vårdkedja ser ut inom missbrukarvården. Han har i sin avhandling koncentrerat sig på att studera Minnesotahoitos verksamhetsprinciper, vårdprocess och utfall. Tyvärr är resultaten av avhandlingen inte direkt jämförbara med andra aktörers utfall, då liknande undersökningar inte har gjorts. Oinas-Kukkonen jämför bl.a. livskvaliteten hos beroende och anhöriga före och efter vården med hjälp av flervalfrågor, och undersöker hur många rusmedelsberoende som lever ett rusmedelsfritt liv efter vården. I Oinas-Kukkonens undersökning skickades enkäter med flervalfrågor och öppna frågor till patienter som genomfört vården, samt till deras anhöriga. Frågorna som Oinas-Kukkonen använde sig av innehöll frågor om tiden och livskvaliteten före

och efter vården, hur vården upplevdes under vårdtiden och hur patienternas och de anhörigas attityder mot beroendesjukdomen förändrats under tillfrisknandet. Vidare inkluderade Oinas-Kukkonen frågor om vården genomförts i sin helhet eller ej, samt om längd nykter tid efter vården. (Oinas-Kukkonen 2013)

11. Oikeahetki Kb

”Oikeahetki – Tillfrisknande från ett beroende ökar hela familjens välmående”

Oikeahetki Kb är ett familjeföretag som grundats år 2012, med verksamhetspunkter i Kauhajoki och i Malax. Oikeahetki Kb erbjuder öppenvård för olika beroenden och coaching för anhöriga och andra närstående. Oikeahetki Kb är grundat av Riitta Koivula, som till sin utbildning är sjukskötare och familjeterapeut. Den övriga personalen består av tre erfarenhetshandledare. Alla i personalen har egen erfarenhet av tillfrisknande från missbruk eller medberoende, samt en för branschen lämplig utbildning. (Personlig kommunikation, Riitta Koivula, 2.1.2018)

Referensramen för den öppna beroendevården vid Oikeahetki Kb är en lösningscentrerad praxis, som tillämpar 12-stegsprogrammet för tillfrisknande samt Minnesotamodellen för beroendevård. Vårdens grundsten är sjukdomsbegreppet i beroendesjukdomen, med en helhetssyn på hur den beroendesjukes och de anhörigas liv påverkats av sjukdomen. Eftersom beroende ses som en sjukdom på Oikeahetki, kallas klienterna patienter. Vården vid Oikeahetki är rusmedelsfri, och målet för vården är ett rusmedelsfritt och nyktert liv, där individen blivit fri från beroendetänket som omger sjukdomen. För anhöriga och närstående ordnas familjeveckoslut som ingår i den sex veckor långa intensivvårdperioden, samt må bra-veckoslut och närståendecoaching som specifikt riktar sig till de anhöriga. (Personlig kommunikation, Riitta Koivula, 2.1.2018)

Beroendevårdens intensivperiod som ordnas som gruppterapi pågår i sex veckor, med träffar tre gånger i veckan. Därtill ska patienten ringa sin terapeut dagligen i terapins mellandagar. Den uppföljande vården, som pågår i 46 veckor efter intensivperioden, har som mål att upprätthålla nykterheten och ge individen ett starkt stöd i början av det nyktra livet. Den öppna beroendevården är en frivillig vårdform, och patienten kan avbryta vården om hen vill. Förutom den öppna beroendevården och den vård som riktar sig till de anhöriga erbjuder Oikeahetki

kostnadsfria föreläsningar om beroendesjukdomen, deltar i förebyggande missbrukarvård i skolor och läroanstalter, samt ordnar utbildning för olika yrkesgrupper. (Personlig kommunikation, Riitta Koivula, 2.1.2018)

Oikeahetki strävar efter att kontinuerlig fortbildning av personalen, och i detta syfte ordnas intern utbildning samt utbildning i samarbete med utomstående aktörer. Dessutom deltar personalen i nätverksmöten, till exempel i Myllyhoitodagarna och i Toipuvat Ammatilaiset Päihdetyössä (TAP)-nätverkets seminarier. (Personlig kommunikation, Riitta Koivula, 2.1.2018).

12. Metoder och tillvägagångssätt

12.1. Val av undersökningsmetod

Undersökningen är tänkt att genomföras som en kvalitetsmätning av Oikeahetki Kb:s verksamhet utgående från relevanta mätare. Enkäter är ett bra sätt att samla information, då man vänder sig till en större grupp individer. Den första delen av undersökningen är helt strukturerad, då svarsalternativen är givna och ingen möjlighet till extra kommentarer finns. Den andra delen av undersökningen är mindre strukturerad, då den innehåller en hel del öppna frågor (Davidson & Patel 2011, 75).

Den första delen av undersökningen i detta examensarbete består av livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF, då den är validerad mätare som ger jämförbara resultat (se THL 2014). Vidare är den inte alltför omfattande, så att respondenterna hålls motiverade genom hela processen av ifyllandet, och analysen av resultaten inte är alltför tidskrävande. Resultaten av livskvalitetsmätaren behandlas kvantitativt enligt Världshälsoorganisationens anvisningar (THL, 2014).

Den andra delen av undersökningen består av ett formulär med både givna svarsalternativ och öppna frågor (enkät 2, se bilaga 3). Patel och Davidson rekommenderar att man inleder en enkät med neutrala frågor om till exempel ålder och kön, samt avslutar enkäten neutralt med till exempel möjlighet för deltagaren att komma med egna kommentarer (Patel & Davidson 2011, 76-77). För att få ett tillförlitligt resultat av en patientcentrerad undersökning bör även andra aspekter av vården tas med i undersökningen (Trujols et al. 2014), och alla relevanta delområden bör täckas (Patel & Davidson 2011, 77). Enkäten som skickas ut till deltagarna har uppgjorts enligt de aspekter Trujols och andra betonar som viktiga för att ge ett tillförlitligt resultat på undersökningen. Dessa är bland annat frågor om patientens förväntningar på vården, patientens uppfattning om samspelet mellan patienten och vårdpersonalen, samt olika aspekter på hur tillfredsställd patienten är med vården (Trujols et al. 2014; Kendra et al. 2015). Frågor om nykter tid efter fullföljd vård inkluderas också, då även det är en viktig mätare av vårdens utfall (Tiffany et al. 2012). Dessutom tillkommer statistik om hur många patienter som inlett vården, hur många som avbrutit vården under intensivperioden, hur många patienter som inlett den uppföljande vården och hur många som genomfört hela vården som räcker ett år. Statistiken är företagets egen statistik över patienter.

12.2. Val av undersökningsgrupp

Målgruppen (n=49) består av alla patienter som påbörjat vården vid Oikeahetki, samt anhöriga till patienterna som samtycker till deltagande. Av dessa hade två patienter avlidit och inkluderades således inte i undersökningen. 19 av patienterna hade fullföljt vården, 20 av patienterna hade avbrutit vården i något skede och 10 av patienterna vårdades för tillfället.

Då patienterna påbörjar vården, skriver de under ett avtal om att enkäter får skickas för undersökningar i samband med uppgörande av vårdkontraktet. Även patienternas anhöriga inkluderas i undersökningen, men då inga adressuppgifter finns till de anhöriga ombeds patienterna via följebrevet att dela ut enkäter till de anhöriga som samtycker till att vara med i undersökningen. Alla patienter inkluderas, även om de valt att avbryta vården, då det är viktigt att få veta varför en patient väljer att avbyta sin vårdperiod.

Samtidigt som livskvalitetsmätaren och enkäten skickas ett följebrev till deltagarna (bilaga 1). Enligt Patel och Davidson (2011, 73) är följebrevet ett viktigt verktyg för att motivera deltagarna att svara på frågorna i undersökningen, vilket kan göras genom att klargöra undersökningens syfte samt varför deltagandet är viktigt. Denna undersöknings följebrev förklarar syftet för undersökningen, hur undersökningen går till, hur konfidentialiteten försäkras, hur resultaten presenteras samt hur deltagarna kan få mer information om undersökningen om de önskar. Deltagande i undersökningen är frivilligt för både patienter och anhöriga. Svaren på undersökningen kan antingen skickas per post i bifogat frankerat svarskuvert, eller inlämnas i ett slutet kuvert till verksamhetspunkten i Kauhajoki eller Malax. Konfidentialiteten och att det gjorts enkelt att posta svaren ökar troligen motivationen att delta i undersökningen.

12.3. Dataanalys

Resultaten av WHOQOL-BREF-mätningarna analyseras enligt anvisningar (THL, 2014).

Figureerna tillverkas i Microsoft Excel, som även används för att räkna ut medelvärde och standardavvikelse.

Räkneprogrammen på nätsidan Social Science Statistics används för att räkna ut möjlig statistisk signifikans (Social Science Statistics, u.å.).

De fritt formulerade svaren analyseras kvalitativt för att finna gemensamma teman. Representativa svar presenteras som direkta citat grupperade enligt tema.

12.4. Svarsprocent

Totalt 47 enkäter skickades ut åt patienterna. Av dessa returnerades 17 stycken (36%). 10 anhöriga valde att delta i undersökningen.

12.5. Datasekretess

Alla enkätsvar behandlas konfidentiellt och svarsformulären förstörs efter att analysen är färdig. Deltagarens namn framkommer inte i något skede, men svarsformulären numreras efter returnering för att lättare kunna se samband mellan olika faktorer som påverkar vårdtillfredsställelsen och utfallet av vården. Svaren läses enbart av mig, och resultaten presenteras i en sådan form att svaren inte kan kopplas ihop med någon enskild individ. Undersökningens konfidentialitet har beskrivits i följebrevet.

13. Kvantitativa resultat: grunduppgifter om Oikeahetkis klientel och de svarande

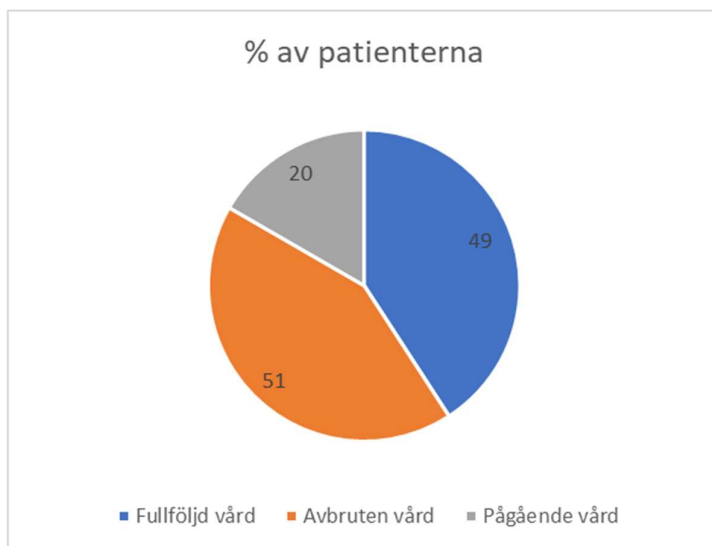
Under denna rubrik presenterar jag dels grundinformation om klienterna vid Oikeahetki som fåtts ur företagets dokumentation, dels information om de svarande som de själva angett i enkät nummer 2, till exempel ålder, kön och huvudsakligt beroende. All information presenteras så att ingen enskild klient kan identifieras från materialet.

13.1. Grundinformation om klientelet vid Oikeahetki

13.1.1. Totala antalet patienter som undertecknat vårdkontrakt vid Oikeahetki

Företagets dokumentation visade att totalt 49 patienter hade undertecknat vårdkontraktet sedan företaget startade sin verksamhet i augusti 2012. Av dessa hade två avlidit. I och med att patienterna undertecknar vårdkontraktet, undertecknar de också ett tillstånd att enkäter får skickas ut i forskningssyfte. För denna undersökning skickades enkäter till alla levande patienter, det vill säga ett totalantal av 47 stycken samt 47 stycken enkäter som patienterna fick dela ut till de anhöriga som ville delta i undersökningen.

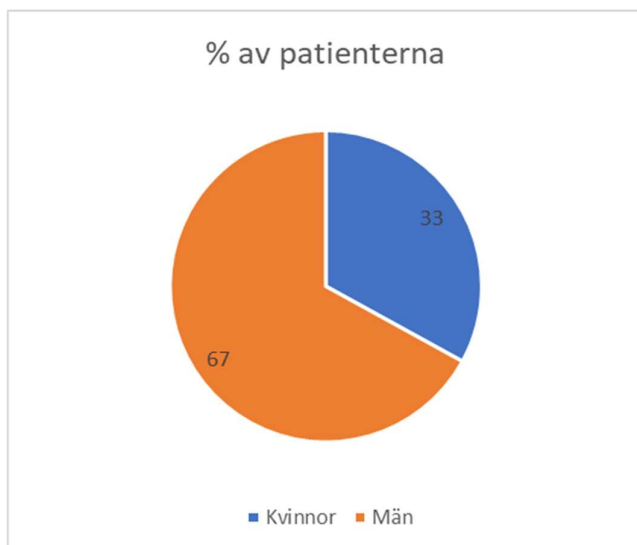
I företagets dokumentation finns också antecknat hur många av de inskrivna patienterna som fullföljt vårdperioden på ett år, det vill säga uppnått minst ett års nykterhet. 19 av patienterna hade fullföljt vården (49%), 20 av patienterna hade avbrutit vården i något skede (51%) och 10 av patienterna vårdades för tillfället (20%). (Figur 1)



Figur 1. Totala antalet inskrivna patienter vid Oikeahetki (n=49). Siffrorna anger den procentuella andelen patienter i olika skeden av vården.

13.1.2. Andelen kvinnor och män av patienterna vid Oikeahetki

16 av de inskrivna patienterna vid Oikeahetki är kvinnor (33%), och 22 är män (67%; Figur 2).



Figur 2. Totala antalet inskrivna patienter vid Oikeahetki (n=49). Siffrorna anger den procentuella andelen inskrivna kvinnor och män.

13.2. Numeriska resultat från enkät 2

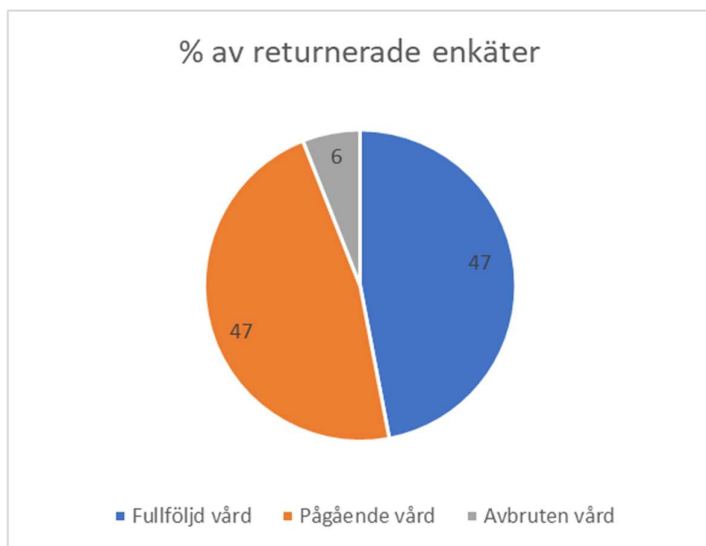
Enkät nummer 2 bestod av både kvantitativa frågor, och frågor med mer kvalitativ natur. I denna del presenteras resultaten till de frågor vars svar går att behandla kvantitativt, såsom svarsprocent och de svarandes ålder. Alla svar behandlas så att ingen enskild person går att identifiera.

13.2.1. Undersökningens svarsprocent

Totalt 47 enkäter skickade ut åt patienterna. Av dessa returnerades 17 stycken (36%). Av de svarande hade åtta fullföljt vården (47 % av svaren), åtta vårdades då undersökningen utfördes (47 % av svaren) och en hade avbrutit vården (6 %; Figur 3). 10 anhöriga valde att svara på undersökningen.

Antalet svaranden med fullföljd vård är representativt, då 49% av alla patienter fullföljt vården. De med avbruten vård är kraftigt underrepresenterade, då den gruppen utgör 51% av patienterna men enkätsvaren endast 6%. Patienter med pågående vård är något överrepresenterade, då deras svar utgör 47 % av alla svar medan de i verkligheten utgör ca 21 % av patienterna.

Förväntningen att de som avbrutit vården mindre gärna besvarar enkäterna visade sig alltså stämma, men jag var förvånad att deltagandet var så lågt. Således kan inga slutsatser dras om livskvaliteten bland de som avbrutit vården, och skäl till avbrytandet framkommer heller inte. På grund av det stora bortfallet är inte resultaten lika tillförlitliga som de hade varit om fler svarande hade deltagit i undersökningen. Vidare kan speciellt svaren på frågorna om vårdtillfredsställelse, interaktion med personalen och om vården motsvarade förväntningarna snedvridas positivt, då de som fullföljt vården antagligen upplever en högre vårdtillfredsställelse och bättre interaktion med personalen än de som valt att avbryta vården



Figur 3. Figuren beskriver hur de svarande (n=17; patienter) procentuellt fördelas enligt vilket skede av vården de befinner sig i.

13.2.2. Andelen kvinnor och män bland de svarande

Fler manliga (11 st.) än kvinnliga patienter (6 st.) svarade på enkäten, vilket var väntat då klientelet i huvudsak består av män (67 %). Av de anhöriga som svarade på enkäten var 9 kvinnor och 1 man, vilket stämmer överens med verkligheten då de allra flesta anhöriga som deltar i eftervården är kvinnor. (Tabell 1)

Tabell 1. Andelen kvinnor och män bland de svarande. Patienter, (n=17); anhöriga (n=10).

	Anhöriga	Patienter
Kvinnor	9	6
Män	1	11

13.2.3. De svarandes ålder

Tabell 2 visar medelvärdet samt standardavvikelsen av åldern på de svarande indelat i patienter och anhöriga. Åldern hos kvinnliga och manliga patienter var liknande, och deras ålder visas därför inte skilt. Medelvärdet av åldern hos de anhöriga som svarat på enkäten ligger lägre i medeltal, då även vuxna barn till patienterna har lämnat in enkätsvar.

Tabell 2. Medelvärde av åldern hos de patienter (n=17) och anhöriga (n=10) som svarat på enkäten.

De svarandes ålder		
	Medelvärde	Standardavvikelse
Patienter (n=17)	50,2	11,6
Anhörig (n=10)	40,2	15,5

13.2.4. Patientens huvudsakliga beroende

De svarande patienterna ombads ange sitt huvudsakliga beroende eller ”huvuddrog” bland fem möjliga svarsalternativ som var alkohol, droger, mediciner, penningspel och ”annat”. Då många svaranden hade flera parallella beroenden, överstiger antalet svar på denna fråga antalet svaranden. 15 svaranden ansåg att alkohol var deras huvudsakliga beroende, 4 svaranden angav mediciner, penningspel var det huvudsakliga beroendet för 4 svaranden, medan 3 svaranden angav droger som sitt huvudberoende. Medberoende och shopping angavs vardera av en svarande i kategorin ”annat”. Alkoholberoende var vanligast hos de svarande, då 15 patienter angav alkohol som sin huvuddrog. (Tabell 3)

Tabell 3. Huvuddrog hos patienterna (n=17). Alkohol, n=15; droger, n=3; mediciner, n=4; penningspel, n=4; shopping n=1; medberoende, n=1

	Alkohol	Mediciner	Penningspel	Droger	Shopping	Medberoende
n=	15	4	4	3	1	1

13.3. Vårdtillfredsställelse och totalvitsord för vården

Vårdtillfredsställelsen uppskattades på en skala från ett till fem där 1 representerade ”mycket dålig” och 5 representerade ”mycket bra”. Överlag fick vården mycket goda vitsord både för interaktionen med personalen och totalvitsordet för vården det vill säga vårdtillfredsställelsen. Vitsorden var mycket lika i både patientgruppen och i anhöriggruppen, och ingen skillnad fanns mellan könen i patientgruppen eller mellan de som fullföljt vården eller med pågående vård. Däremot fanns en liten skillnad i både interaktionsvitsordet och totalvitsordet på vården hos anhöriga som deltagit i vården jämfört med dem som inte deltagit, så att de som deltagit skattade både interaktionen med personalen och den totala vårdtillfredsställelsen högre än de som inte deltagit. (Tabell 4)

Tabell 4. Värden för vitsord 1–5 för interaktion med personalen samt vårdtillfredsställelse för anhöriga som deltagit i eftervården (n=8), anhöriga som inte deltagit i eftervården (n=2) och patienter (n=17).

Vitsord för interaktion och vårdtillfredsställelse			
	Anhöriga som deltagit i vården (n=7)	Anhöriga som inte deltagit vården (n=3)	Patienter (n=17)
Interaktionsvitsord	4,4	3,7	4,5
Standardavvikelse	0,5	0,9	0,5
Totalvitsord för vården	4,6	4,0	4,4
Standardavvikelse	0,5	0	0,5

13.4. Diskussion om de kvantitativa resultaten av interna data och enkät 2

Bortfallet i undersökningen är rätt stort, då svarsprocenten var 36%. Speciellt de patienter som avbrutit vården har av någon orsak valt att inte delta, vilket troligen förskjuter resultaten i undersökningen positivt. Resultaten i denna undersökning representerar då främst de patienter som fullföljt vården och de patienter som är i pågående vård samt deras anhöriga.

Förväntningen att de som avbrutit vården mindre gärna besvarar enkäterna visade sig stämma, men jag var förvånad att deltagandet var så lågt. Enligt tidigare forskning kan god vårdtillfredsställelse fungera som en indikator för längre abstinens från rusmedel (Kendra et al., 2015). På grund av detta antog jag att de som avbrutit vården upplevt sämre samverkan med personalen och sämre vårdtillfredsställelse, men den patient med avbruten vård som svarat på enkäten har gett både vårdtillfredsställelse och samverkan med personalen 4 poäng på skalan 1–5. Således gav undersökningen ingen information om de som avbrutit vården upplevt sämre vårdtillfredsställelse eller interaktion med personalen.

I enkäten efterfrågades hur länge patienterna varit nyktra efter fullföljd vård, men den formuleringen visade sig vara dåligt genomtänkt då vården pågår 12 månader. De som fullföljt vården har alltså oftast redan ett års nykterhet, medan de som är i pågående vård har allt mellan noll till nästan 12 månaders nykterhet, så det skulle ha varit mer givande att fråga efter nykterhetens längd sedan vårdstart.

Åldern och könsfördelningen bland patienterna stämmer bra överens med tidigare forskning i Finland. Enligt Statistisk årsbok för alkohol och narkotika, (s. 39) var tre fjärdedelar av de som sökt vård för alkoholberoende män (72 %), och över hälften var över 50 år gamla (57 %).

14. Resultat från livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF

Då man använder livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF delas livskvaliteten i fyra olika domäner, som representerar den fysiska, den psykiska, den sociala och miljödimensionen av individens liv. Miljödimensionen omfattar såväl boendekvalitet som tillgängligheten av service, miljöns trygghet, ekonomi och tillgång till psykosocialt stöd (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010; WHOQOL Group 1998).

Mätaren består av sammanlagt 26 frågor, varav sju frågor är angående den fysiska hälsan, sex frågor om den psykiska hälsan, tre frågor om det sociala välmåendet och åtta frågor om miljön. Dessutom finns det en fråga om upplevd hälsa (hur tillfredsställd är du med din hälsa?), och en fråga om allmän livskvalitet (hur uppskattar du din livskvalitet?). Resultaten som fås räknas om enligt WHO:s formel så att de skattas på en skala 0-100 för att underlätta jämförelsen av resultaten. Oftast används mätaren så att de olika domänernas poäng analyseras skilt för sig istället för att räkna ihop summan av poängen. (WHOQOL Group 1996 och 1998).

Vid jämförelserna av resultat med medeltalet av finländarna användes åldersgruppen 45-59 då de allra flesta svaranden i denna undersökning hör till den åldersgruppen. I de grafer där patienterna betraktades som "vårdgrupp", det vill säga antingen med fullföljd vård eller pågående vård, användes ett medeltal av finländska kvinnors och mäns WHOQOL-BREF poäng, då vårdgrupperna bestod av både kvinnor och män. Vidare används som jämförelse WHOQOL-BREF-poängen hos en population av beroende som jämförelse, då det är intressant att se om patienterna vid Oikeahetki har liknande poängtal som beroende i andra delar av världen (de Campos Moreira et al., 2013).

Resultaten presenteras både som grafer och numeriskt i samband med den graf som presenterar samma information. Graferna är gjorda i Microsoft Excel 2016 och statistisk signifikans är uträknat med hjälp av onlineprogrammet Social Science Statistics (Social science statistics, u.å.).

Patienter som avbrutit vården var kraftigt underrepresenterade i undersökningen, vilket är synd då det skulle ha varit intressant att veta varför de valt att avbryta vården, samtidigt som de kunde ha fungerat som en jämförelsegrupp för att kunna jämföra livskvaliteten hos personer som fullföljt beroendevården vid Oikeahetki och personer som valt att avbryta vården. Det enda enkätsvaret i kategorin "avbruten vård" är inte representativt, då den individen senare genomgått vård på annan instans och uppnått nykterhet den vägen. Personen berättar att hen valt att avbryta vården på grund av alltför långt avstånd till verksamhetsstället.

14.1. Allmän livskvalitet (QOL) hos patienter och anhöriga vid Oikeahetki

Den allmänna livskvaliteten framkommer som svar på frågan ”hur uppskattar du din livskvalitet” med svarsskalan 1-5 där 1 är mycket dålig och 5 är mycket bra. Vid sammanställningen av poängen ser man att de patienter som fullföljt vården verkar skatta både sin allmänna livskvalitet och sin hälsorelaterade livskvalitet högre än de patienter som ännu inte fullföljt vården. Även anhöriggruppen skattade sin allmänna livskvalitet högre än de patienter som fortfarande deltog i vården. (Tabell 5)

14.2. Den hälsorelaterade livskvaliteten (hQOL)

Den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten (hQOL) mäts på skalan 1–5 där 1 är mycket dålig och 5 är mycket bra. hQOL hos patienterna tenderade att vara svagare än medeltalet hos kvinnor och män i Finland. Hos de anhöriga som deltagit i undersökningen var både den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten lite högre än hos medeltalet av finländarna. De patienter som fullföljt vården upplevde sin hälsorelaterade livskvalitet vara bättre än de patienter som fortfarande var i vård. (Tabell 5)

Tabell 5. Upplevd allmän livskvalitet och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter och anhöriga inom vården vid Oikeahetki på skalan 1–5 där 1 är mycket dålig och 5 är mycket bra. Fullföljd vård (n=8), pågående vård (n=8), anhöriga (n=10) och medeltal av finländarnas poängtal i åldersgruppen 45 - 59 (WHOQOL Group 1998; Vaarama, Moisio & Karvonen 2010).

Allmän och hälsorelaterad livskvalitet (QOL och hQOL)								
	Patienter med fullföljd vård (n=8)		Patienter med pågående vård (n=8)		Anhöriga (n=10)		Medeltal i Finland	
Parameter	QOL	hQOL	QOL	hQOL	QOL	hQOL	QOL	hQOL
Medeltal	4	3,4	3,6	3,1	4,1	4,3	4	4
Standardavvikelse	0,7	1,0	1,0	1,1	0,5	0,6	0,8	1,0

14.3. Den fysiska, psykiska och sociala livskvalitetsdimension samt miljölivskvaliteten

Då de olika livskvalitetsdimensionerna jämförs mellan individer som fullföljt vårdprogrammet verkar poängtalet vara mycket nära medelfinländarens i alla dimensioner. Poängtalen för dem som fortfarande är inom vården (0-12 månader i vård) tenderar att vara lägre speciellt vad gäller den fysiska dimensionen (hälsan och rörligheten), den psykiska dimensionen och den sociala dimensionen (vänner och parförhållande). Patienterna som fortfarande är i vård hade signifikant lägre poängtal vad gäller den sociala dimensionen än medeltalet av finländarna ($p=0,01$; Tabell 6). Dessa resultat överensstämmer med tidigare resultat, där man funnit att abstinens från rusmedel ökar livskvaliteten hos den beroende, speciellt vad gäller psykiska och sociala faktorer (Laudet 2011).

I en jämförelse med en beroendepopulation i Brasilien varav 70% av de beroende är alkoholister, stämmer resultaten för de med pågående vård väl överens. Miljödimensionen uteslöts ur jämförelsen, då den spelar mindre roll i detta sammanhang och miljön i Brasilien och Finland skiljer sig mycket vad gäller trygghet och allmänna levnadsförhållanden. (Tabell 6)

Tabell 6. Jämförelse av de olika livskvalitetsdimensionerna i WHOQOL-BREF på skalan 1–100 där högre poäng indikerar högre upplevd livskvalitet (fysisk-, psykisk-, social- och miljödimensionen) mellan patienter med fullföljd vård (n=8), pågående vård (n=8), anhöriga (n=10) och medeltal av finländarnas poängtal i åldersgruppen 45–59 (Vaarama et al., 2010; WHOQOL Group 1998) samt en beroendepopulation (de Campos Moreira et al., 2013). $p=0,01$ är utmärkt med asterisk vid de värden mellan vilka skillnaden är statistiskt signifikant.

WHOQOL-BREF:s fyra livskvalitetsdimensioner					
	Patienter med fullföljd vård (n=8)	Patienter med pågående vård (n=8)	Anhöriga (n=10)	Medeltal i Finland (n=580 kvinnor och 537 män)	Beroendepopulation i Brasilien
Fysisk dimension					
Medeltal	76,8	61,8	82,1	78	66,6
Standardavvikelse	14,9	27,8	12,0	16,5	
Psykisk dimension					
Medeltal	66,6	55,4	71,1	75,0	60,2
Standardavvikelse	14,9	26,9	10,5	13,8	
Social dimension					
Medeltal	71,9	54,0*	67,1	78,5*	61,2
Standardavvikelse	15,6	20,2	9,5	16,5	
Miljödimension					
Medeltal	73,8	64,9	69,0	77,0	
Standardavvikelse	9,3	15,7	11,4	12,6	

14.4. Jämförelse av WHOQOL-BREF resultat mellan kvinnliga patienter och manliga patienter vid Oikeahetki

Patienterna delades in i en kvinnlig och en manlig grupp, som bestod av både patienter med pågående vård och patienter med fullföljd vård. De kvinnliga patienterna hade sämre resultat vad gäller alla livskvalitetsdimensioner än de manliga patienterna. Överlag tenderar kvinnor i Finland att ha högre poäng än män då det gäller den psykiska och den sociala dimensionen av livskvalitet. (Vaarama et al., 2010). De kvinnliga patienterna som deltog i undersökningen

upplevde signifikant lägre livskvalitet ($p < 0,05$) i den sociala dimensionen än kvinnor i Finland i medeltal. (Tabell 7)

Tabell 7. Jämförelse av de olika livskvalitetsdimensionerna i WHOQOL-BREF (fysisk-, psykisk-, social- och miljödimensionen; WHOQOL Group 1998) mellan kvinnliga patienter, manliga patienter och anhöriga. För jämförelse inkluderas medeltalet för kvinnor och män i Finland. Vaarama et al., 2010). $p=0,05$ är utmärkt med asterisk vid de värden mellan vilka skillnaden är statistiskt signifikant.

	Kvinnliga patienter (n=6)	Manliga patienter (n=11)	Anhöriga (n=10)	Medeltal, kvinnor i Finland (n=580)	Medeltal, män i Finland (n=537)
Fysisk dimension					
Medeltal	58,8	72,3	82,1	78	78
Standardavvikelse	31,1	15,2	12,0	16,1	16,8
Psykisk dimension					
Medeltal	45	66,6	71,1	76	74
Standardavvikelse	28,1	13,9	10,5	12,9	14,6
Social dimension					
Medeltal	45*	69,4	67,1	80*	77
Standardavvikelse	22,6	15,8	9,5	15,3	17,6
Miljödimension					
Medeltal	61,4	73,0	69,0	77	77
Standardavvikelse	17,2	9,8	11,4	12,4	12,7

Då det gäller den upplevda allmänna livskvaliteten hade de kvinnliga patienterna lägre poäng än männen och de anhöriga, även om poängskillnaden inte var signifikant. Då det gäller den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten låg de kvinnliga och manliga patienternas poängtal mycket nära varann. De anhörigas poängtal låg mycket nära medeltalet för finländarna, men genomgående har de anhörigas poäng tenderat att vara lite högre än för medeltalet av finländarna. (Tabell 8)

Tabell 8. Upplevd allmän livskvalitet och hälsorelaterad livskvalitet hos kvinnliga och manliga patienter samt anhöriga inom vården vid Oikeahetki på skalan 1–5 där 1 är mycket dålig och 5 är mycket bra. För jämförelse inkluderas medeltalet för kvinnor och män i Finland (WHOQOL Group 1998; Vaarama, Moisio & Karvonen 2010). QOL, upplevd allmän livskvalitet; hQOL, upplevd hälsorelaterad livskvalitet.

Skillnader i allmän och hälsorelaterad livskvalitet (QOL och hQOL) mellan kvinnliga och manliga patienter										
	Kvinnliga patienter (n=6)		Manliga patienter (n=11)		Anhöriga (n=10)		Medeltal, kvinnor i Finland (n=580)		Medeltal, män i Finland (n=537)	
	QOL	hQOL	QOL	hQOL	QOL	hQOL	QOL	hQOL	QOL	hQOL
Medeltal	3,4	3,4	4	3,3	4,1	4,3	4	4	4	4
Standardavvikelse	1,2	1,6	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	1,0	0,8	1,0

14.5. Diskussion av resultaten av livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF hos patienter och anhöriga vid Oikeahetki

Resultaten från livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF som samlats ihop från patienter och anhöriga vid Oikeahetki stämmer väl överens med tidigare forskning. Laudet (Laudet 2011) har skrivit en artikel om användningen av livskvalitetsmätare som mätare av vårdeffekten inom beroendevården. I artikeln beskriver Laudet m.fl. betydelsen av att mäta livskvaliteten hos de beroende, då målet för vården bör vara en ökad livskvalitet. Endast abstinens från rusmedlet ger sällan en omedelbar ökning av livskvaliteten, utan tillfrisknandet från ett beroende är en långvarig process, vilket också återspeglas i resultaten från denna undersökning. Även om patienterna redan är abstinenta från rusmedlet, det vill säga under pågående vård, är deras upplevda livskvalitet lägre än för de patienter som fullföljt vården.

Enligt Laudet m.fl. beskriver American Psychiatric Association i ett utlåtande från år 1994 beroendet som en problematik som ofta leder till svårigheter och sämre funktionsförmåga inom många områden i livet, såsom fysisk och psykisk funktionsförmåga, sociala relationer, arbetsliv och många andra områden (Laudet et al., 2011). Patienterna vid Oikeahetki verkar uppleva samma problematik som beskrivs ovan, då poängtalet i alla livskvalitetsdimensioner samt i mätningen av den uppskattade allmänna och hälsorelaterade livskvaliteten är lägre hos de

patienter som är under pågående vård än hos de patienter som fullföljt vården samt de anhöriga. Samtidigt ses en höjning av livskvaliteten efter fullföljd vård.

Jag blev förvånad över skillnaderna i poängtal då de kvinnliga patienternas poängtal jämfördes med männens poängtal. Mitt antagande var att inga stora skillnader skulle visa sig då man jämförde resultaten hos kvinnliga och manliga patienter, då målgruppen för vården vid Oikeahetki är beroende som fortfarande är i arbetslivet samt har stöd från sina anhöriga. Trots mitt felaktiga antagande överensstämmer dessa resultat med tidigare forskning, som visar att hos kvinnor som har ett beroende visar sig skadorna ofta snabbare än hos män, samtidigt som kvinnor oftare lider av psykiska åkommor än män med ett beroende. Samtidigt har kvinnor ofta högre tröskel att söka vård än män på grund av starka skuld- och skamkänslor, vilket gör att kvinnor som sökt vård har värre fysiska, psykiska och sociala skadeverkningar än männen då de väl kommer sig inom vården. (Landheim, Bakken & Vaglum 2003; Connors et al. 2012, 205-217)

Resultaten angående livskvaliteten hos patienterna vid Oikeahetki kan inte anses vara helt tillförlitliga, då antalet svaranden var rätt litet. På grund av de små grupperna är det svårare att få fram statistiskt signifikanta resultat, men resultaten kan dock påvisa trender i den skattade livskvaliteten. Även frånvaron av svar från individer som avbrutit vården försvårar tolkningen av resultat, då detta med all sannolikhet förskjuter svaren positivt. Därför kan inte dessa svar representera hela patientpopulationen vid Oikeahetki, utan enbart de patienter som antingen fortfarande är i vård samt de som fullföljt vården och deras anhöriga.

Variationen i poängtal i livskvalitetsmätaren var stor inom patientgrupperna (t.ex. kvinnliga och manliga patienter), men trots detta är storleken av standardavvikelsen liknande som den standardavvikelse som iakttagits då medeltal har uträknats för finländarna (Vaarama et al., 2010).

15. Kvalitativ behandling av enkätsvaren

Eftersom enkät 2 med även öppna frågor skrivits på finska, och därmed svaren också, så översatte jag först svaren noggrant till svenska. I den kvalitativa behandlingen av enkätsvaren gick jag igenom alla svaren och sökte nyckelord och -begrepp samt grupperade dem enligt olika teman. Ett tema innebär en tolkning av vad informanten avsett med sitt svar, och då samma tema förekom i flera svar slog jag samman svaren i grupper enligt huvudsakligt tema. Jag valde att dela in svaren i mer kvantitativa grupper, då det i många fall fanns väldigt tydliga skillnader mellan de olika svarsgrupperna. Samtidigt ger detta en bättre överblick över hur andelen svarande fördelas mellan de olika svarsgrupperna. Detta är viktigt speciellt i frågan om vården motsvarade klientens förväntningar, då det är en god mätare av vårdtillfredsställelse, samt i frågor som behandlar vad klienten tyckt varit mest betydelsefullt för dem i vården.

15.1. Förväntningar inför vård

Den första kvalitativa frågan på enkät nummer 2 gällde patienternas och de anhörigas förväntningar inför vården. Denna fråga är viktig av flera skäl. För att kunna undersöka om patienterna och de anhöriga tycker att vården motsvarade deras förväntningar, är det viktigt att också veta vilka dessa förväntningar var. Dessutom är det viktig information för Oikeahetki att veta hurdana förväntningar patienterna och de anhöriga haft inför vården, då detta kan förbättra bemötandet och ge en bättre förståelse för hur patienterna och de anhöriga känner sig inför vårdstart.

15.1.1. Patienternas förväntningar inför vård

17 av patienterna hade svarat på frågan som löd ”Hurdana förväntningar hade du inför vården?”. Svaren på frågan delade jag in i tre grupper enligt svarets tema om patientens förväntningar inför vården. Temat i sju av svaren speglar misstänksamhet och misstro, såväl mot vården som mot patientens egna förutsättningar att lyckas. Flera uttrycker också att de inte visste om de var alkoholist eller inte och tror inte att vården kan hjälpa dem. Det huvudsakliga temat i dessa svar är misstänksamhet och misstro (”Misstänksamhet och misstro”). (Tabell 9)

Åtta av svaren har jag placerat i en grupp med temat ”tillförsikt”, då dessa svar uttrycker en tillförsikt och ödmjukhet, men samtidigt en hoppfullhet att kunna tillfriskna från sitt beroende. Patienterna är redo att ta emot hjälpen, och vill bli nyktra. Temat i den tredje gruppen kallar jag ”relationshjälp”, då temat utmärks av ett hjälpbehov för inte bara beroendet utan också problem i relationerna. Patienterna uttrycker alltså ett behov av att inte bara nå nykterhet utan också få hjälp med sina personliga relationer. Det finns två svar med detta tema. (Tabell 9)

Tabell 9. Patienternas svar på frågan om förväntningar inom vården.

Tema	Misstänksamhet, misstro	Tillförsikt	Relationshjälp
Antal svar	7	8	2
Exempel	”jag ville ha hjälp, men tyckte inte att jag var alkoholist” ”misstroende, men hoppades jag skulle få hjälp”	”få en heltäckande hjälp, andligt tillfrisknande” ”med tillförsikt, bra med öppenvårdsalternativ” ”jag ville ha hjälp för mitt överdrivna drickande”	”min önskning var att få ordning på livet och familjen att hållas samman”

15.1.2. De anhörigas förväntningar inför vården

På frågan om förväntningar inför vården hade 10 anhöriga svarat. De anhörigas svar delade jag också in i tre grupper enligt deras tema. Den första gruppen som jag kallar ”hjälp åt den beroende” innehåller två teman; att den anhörige förväntade sig att patienten skulle få hjälp, men upplevde inte att hen själv behövde nå hjälp. (Tabell 10)

Den andra gruppen av svar med temat ”hjälp åt mig själv” innehåller svar där den anhörige antingen genast eller senare insett att hen själv också behöver hjälp, och den svaren i den tredje gruppen kallar jag ”känslor” då de inte berättar så mycket om den anhöriges förväntningar inför vården utan temat är om känslorna inför vården. (Tabell 10)

Tabell 10. De anhörigas svar på frågan om deras förväntningar inför vården.

Tema	Hjälp åt den beroende	Hjälp åt mig själv	Känslor
Antal	4	3	3
Exempel	”jag förväntade mig att vården skulle fungera på en alkoholist” ”jag upplevde inte att jag som anhörig behövde hjälp”	”först tänkte jag bara på partnern, att hen måste få hjälp. snart förstod jag att jag också måste jobba med mig själv”	”blandade känslor, rädd för att få bli besviken än en gång”

15.2. Motsvarade vården dina förväntningar?

Denna fråga inkluderades i undersökningen, då det enligt Trujols med flera (2014) är viktigt att fråga patienterna om vården motsvarade förväntningarna då man undersöker vårdens kvalitet, då det berättar mera om vårdtillfredsställelsen än en fråga om enbart vårdtillfredsställelse. Vidare är det viktigt för företaget att veta om patienterna och de anhöriga tyckt att vården motsvarat deras förväntningar, då företaget strävar efter att erbjuda rätt och effektiv vård i rätt tid.

15.2.1. Svar från patienterna

Patienternas svar på frågan ”Motsvarade vården dina förväntningar?” delade jag in i tre grupper med olika teman. I grupp 1 med fyra svar är temat att vården var bättre än väntat, eller att den överträffade förväntningarna (”Bättre än förväntat”). I den andra gruppen (”Enligt förväntningarna”) återfinns de svar där patienten tycker att vården motsvarade förväntningarna. Den tredje gruppen som jag kallar ”delvis” innehåller svar där temat är mer ambivalent än i de andra två kategorierna. Patienten kanske inte fick ut det hen ville av vården, eller önskade att upplägget varit annorlunda (”Delvis”). I denna grupp förekommer ord som ”delvis” och ”utom”, även om de flesta ändå är nöjda med vården. (Tabell 11)

Tabell 11. Patienternas svar på frågan om vården motsvarade deras förväntningar

Tema	Bättre än förväntat	Enligt förväntningarna	Delvis
Antal	4	8	4
Exempel	<p>”Bättre än jag förväntade mig”</p> <p>”Ja! Jag fick mer än jag önskade”</p>	<p>”Jag hade inga förväntningar men det fungerar”</p> <p>”Helt. Jag kan inte tro att jag har varit odrucken över ett år nu”</p>	<p>”Delvis. Inte så mycket info om upplägget, en del överraskningar under vårdens gång”</p> <p>”Ja, annars nog utom efter intensivvården då jag skulle ha fått samma vård på AA”</p>

15.2.2. Svar från de anhöriga

I de anhörigas svar på frågan ”Motsvarade vården dina förväntningar?” är det svårare att hitta teman, då många av svaren är väldigt korta. Då svaret är ett kort ”ja”, är det svårt att veta exakt vilka förväntningar som infriats under vården. Som det visar sig i svaren kan även ett svar som innehåller ordet ”nej” på frågan om vården motsvarade förväntningarna vara ett positivt svar,

då den anhörige istället för att få hjälp åt sin partner fått hjälp i sin egen livshantering. På grund av detta är svaren inte entydiga.

Jag delar ändå in svaren i tre grupper enligt de teman jag tycker är tydliga. Den underliggande förståelsen eller temat i den första gruppen som kallas ”Ja-svar” är att det är den beroende som fått hjälp då de flesta anhöriga hade nämnt detta i sina förväntningar inför vården. I grupp två återfinns de svar där det är den anhöriga som fått hjälp, även om den beroende kanske inte uppnått nykterhet. I grupp tre finns de svar som inte passar in i de andra kategorierna, och som kan tolkas både positivt och negativt. (Tabell 12)

Tabell 12. De anhörigas svar på om vården motsvarade deras förväntningar.

Tema	Ja-svar	Jag fick hjälp själv	Ambivalenta svar
Antal	4	3	2
Exempel	<p>”Ja”</p> <p>”Ja, då min partner varit nykter och livskvaliteten har förbättrats avsevärt”</p>	<p>”Ja. Vården har varit till stor hjälp för att hitta mig själv. Jag har en klar riktning i mitt liv och njuter av mitt liv”</p> <p>”Nej, för mina förväntningar var ”felaktiga”, och jag deltog inte i vården för att hjälpa mig själv utan hela mitt liv kretsade kring att uppfylla alkoholistens behov. Jag märkte inte att jag själv var medberoende. Vården har varit exakt det jag behövde!”</p>	<p>”Å ena sidan ja, å andra sidan nej”</p> <p>”Det har varit lugnande att sitta med i gruppen”</p>

15.3. Vad upplevde du mest givande i vården?

Denna fråga är med i undersökningen därför att det dels är viktigt för Oikeahetki att veta vad patienterna och de anhöriga upplevt mest givande under vården, dels för att undersöka vilka faktorer allmänt sett är sådana som klienterna upplever fungerande och därmed är del av en effektiv vård.

15.3.1. Patienternas upplevelser

Då patienterna tillfrågades om vad de ansåg var mest i givande vården, innehöll svaren många olika faktorer som de upplevt som viktiga. 16 av de svarande hade svarat på frågan. Ett märkbart tema var kamratstödet, det att patienten inte längre kände sig ensam i sin sjukdom och att hen fick tala ut med sådana som förstod. Detta tema återfanns i olika former i tio av svaren. Andra viktiga teman var att få kunskap om sjukdomen (3 svar), nykterheten i sig själv (3 svar), och att få redskap att vårda sig själv (4 svar). Även personalens roll framkom i några svar (4 svar). Ett flertal teman kunde förekomma inom samma svar, varför antalet citat inte stämmer överens med antalet svaranden. (Tabell 13)

Tabell 13. Patienternas upplevelse av vad som var mest givande i vården.

Tema	Kamratstöd	Kunskap om sjukdomen	Nykterheten i sig själv	Redskap att vårda sig själv	Personalens roll
Antal	10	3	3	4	4
Exempel	”Kamratstödet” ”Det att jag inte är ensam. Stöd så man kan tala om saker”	”Kunskap om alkoholism och alkoholister”	”Nykterheten, allt annat är tack vare den”	”Redskap att jobba med sjukdomen och beroendetänket i mitt huvud” ”Att jag fått sinnesro i ”alla” olika aspekter av livet”	”Personalens professionella synvinkel” ”Grupperna med (namngiven personal) i början”

15.3.2. De anhörigas upplevelser

De anhörigas svar på vad som var mest givande i vården liknar väldigt mycket patienternas svar, och samma teman förekommer. Även här är kamratstödet, att inte längre vara ensam, det viktigaste temat och kunskap ansågs också viktigt. Endast en anhörig nämner patientens nykterhet som det viktigaste vården gav dem, vilket är förvånande med tanke på att de flesta anhörigas förväntning var just nykterhet för patienten. Förbättring av livskvaliteten nämns i ett av svaren. (Tabell 14)

Tabell 14. De anhörigas upplevelser om det mest givande i vården.

Tema	Kamratstöd	Kunskap	Patientens nykterhet	Livskvalitet
Antal	6	3	1	1
Exempel	”Du är inte ensam” ”Kamratstödet”	”Kanske fakta om alkoholism och medberoende. före vården såg jag inte dem som verkliga sjukdomar”	”Det att patienten blev nykter”	”Förbättring av den egna livskvaliteten”

15.4. Vilka är de viktigaste verktygen du fått (i vården) för ditt eget välmående?

För att få en hållbar nykterhet är det viktigt att patienten – och den anhörige - får förståelse för att tillfrisknande är en livslång process, som förutsätter att hen tar hand om sig själv. I vården erbjuds en hel del verktyg för att uppnå detta mål. Denna fråga formulerades för att få information om vilka verktyg patienterna och de anhöriga upplevde att fungerade för dem.

15.4.1. Patienternas viktigaste verktyg

Totalt 16 svar samlades in på denna fråga. De viktigaste teman är kunskapen (6 svar), kamratstödet (7 svar), och förändringen i synen på livet och livsstilen samt i patientens värderingar (8 svar). (Tabell 15)

Tabell 15. Patienternas viktigaste verktyg för sitt eget välmående.

Tema	Kunskap	Kamratstöd	Förändring i synen på livet
Antal	6	7	8
Exempel	”Kunskap om sjukdomen”	”Kamratstödet” ”Gruppens stöd”	”Förståelse för min maktlöshet, ärlighet, öppenhet, att undvika det som ledde till att jag drack, känna igen mina egna känslor” ”Ärlighet, Gud ge mig sinnesro, mod och vishet” ”Att behandla känslor, betoningen av vikten av att vårda sig själv, ”lev och låt leva”-attityden” ”Ärlighet gentemot mig själv/andra”

15.4.2. De anhörigas viktigaste verktyg

De anhörigas svar om de viktigaste verktygen var åtta till antalet. Även här var kunskap (2 svar) och kamratstöd (3 svar) återkommande teman, samt förändringar i livssyn och värderingar som förekom som tema i sju av svaren. Även här fanns i vissa svar flera teman, så antalet citat överstiger antalet svaranden. (Tabell 16)

Tabell 16. De anhörigas viktigaste verktyg för att vårda sig själv.

Tema	Kunskap	Kamratstöd	Förändringar i livssyn och värderingar
Antal	2	3	7
Exempel	”Kunskap”	”Att tala om saker med personer i samma situation” ”Kamratstödet”	”Insikter om mig själv” ”Ta ansvar bara för mitt eget liv och vad jag gör” ”Att stanna upp, att ta det lugnt i olika situationer” ”Att koncentrera mig på hur jag mår och ta hand om mig själv”

15.5. Vad ansåg patienterna att invercade positivt på fortsatt nykterhet?

Ungefär hälften av patienterna hade återfallit i beroendebeteendet under vården eller efter fullföljd vård. För att undersöka vilka faktorer som patienterna ansåg stödde nykterheten, och vilka faktorer som kunde påverka återfall i beroende, ställdes frågorna ”vad invercade positivt på din nykterhet?” (14 svar) och ”vilka faktorer anser du påverkade ditt återfall?” (8 svar).

Jag identifierade tre stora teman vad gällde den fortsatta nykterheten. Det yttre stödet ansåg patienterna vara viktigt, och det förekom i 7 svar av 8. Det egna välmåendet som tema förekom lika ofta, i sju svar av åtta. Fyra patienter nämnde också sin personliga utveckling som en faktor som invercade positivt på nykterheten. Många av svaren var överlappande och kunde ha passat in på flera teman, och vissa faktorer kan vara en följd av andra. (Tabell 17)

Tabell 17. De faktorer som patienterna ansåg påverkade deras nykterhet positivt.

Tema	Yttre stöd	Välmående	Personlig utveckling
Antal	7	7	4
Exempel	”Stödet från anhöriga” ”Kamratstödet”	”Att må bra” ”Friheten” ”Att allmänna måendet är bättre”	”Mental och andlig utveckling” ”Verktyg att vårda mig själv, känna igen riskabla stunder”

I det som påverkade nykterheten negativt, det vill säga faktorer som kan sägas ha främjat ett återfall, framstår temat ”jag själv” eller inneboende faktorer tydligt. De allra flesta patienter finner faktorer i sig själva vara det som gjort att de återfallit i beroendet. Endast en patient nämner yttre faktorer, det vill säga ensamheten, som en faktor. (Tabell 18)

Tabell 18. Patienternas svar om faktorer som påverkat deras nykterhet negativt.

	Inneboende faktorer	Yttre faktorer
Antal	7	1
Exempel	”Min egen svaghet, att jag inte koncentrerade mig” ”Självkänslan var inte tillräckligt bra ännu” ”Att jag inte vårdade mig själv, att processen var halvfärdig”	”Ensamhet, problem i parförhållandet”

15.6. Vilka är de viktigaste insikterna du fått under vården?

Nya insikter är väldigt viktiga för att patienterna och de anhöriga ska ha en chans att tillfriskna. De nya insikterna kan komma från litteraturen, från personalen, eller via kamratstödet. Då man frågar om de insikter patienter och anhöriga fått under vården är man mycket nära tillfrisknandets kärna, eller skälet till att vissa vårdformer för beroende fungerar bättre än andra.

15.6.1. Patienternas viktigaste insikter

12 patienter hade svarat på frågan om de viktigaste insikterna de fått under vården. De flesta svaren har temat ”Insikter om mig själv och omvärlden”, där patienterna beskriver insikter om sig själv och insikter om attityderna mot omvärlden. Kunskapen har varit en viktig insikt för tre svaranden, som via denna kunskap fått mer förståelse för sig själv och andra. Kamratstödet och dess styrka har varit den viktigaste insikten för en av de svarande. Två av de svarande kunde inte specificera insikterna. Jag väljer att presentera de flesta citat med temat ”Insikter om mig själv och omvärlden”, då dessa speglar förändringen i livssyn och attityder hos patienten som är så viktiga för tillfrisknande. (Tabell 19)

Tabell 19. Patienternas viktigaste insikter

Tema	Kamratstödet	Insikter om mig själv och omvärlden	Ny kunskap	Inte säker
Antal	1	7	3	2
Exempel	”Styrkan och stödet i en grupp, kamratstödet”	”Ja, att acceptera det jag inte kan förändra” ”Allt som allt en exkursion i mig själv, många viktiga insikter om mig själv” ”Jag fick min självkänsla tillbaka” ”Många. Jag är en helt annan människa nuförtiden” ”Nykterhet är roligt, man kan vara glad att man slapp ifrån alkoholförbannelsen”	”Hur likadana olika beroenden är” ”Jag har förstått varför jag betett mig som jag gjort – beroendet”	”Svårt att specificera, men det har varit många”

15.6.2. De anhörigas viktigaste insikter

Nio av de anhöriga svarade på frågan om de viktigaste insikterna de fått i vården. Samma teman visar sig i de anhörigas svar som i patienternas, och precis som i patienternas svar finns det flest svar med temat ”Insikter om mig själv och omvärlden”. De anhöriga ansåg även att kunskap om beroendesjukdomen varit en viktig insikt, och den insikten att andra har en likadan vardag som de själva. Två anhöriga var inte säkra på om de fått insikter, eller vilka dessa varit. Alla citat med temat ”Insikter om mig själv och omvärlden” presenteras, då jag tycker att dessa speglar den anhöriges tillfrisknande och därför är speciellt informativa. (Tabell 20)

Tabell 20. De anhörigas viktigaste insikter.

Tema	Insikter om mig själv och omvärlden	Kunskap	Inte säker	Kamratstöd
Antal	4	2	2	1
Exempel	<p>”Åtminstone det att jag inte kan kontrollera andras beteende. jag kan ha makt och förändra bara mig själv.”</p> <p>”Många. T.ex. att släppa det som jag inte kan påverka”</p> <p>”Att jag lever själv mitt eget liv och låter andra leva sitt liv som de önskar. Och att ”även detta kommer att passera”</p> <p>”Jag kan inte alls ändra på någon annan människa”</p>	<p>”Jag fick veta, att den anhörige är lika sjuk som patienten”</p> <p>”Vad jag inte borde ha gjort, vad jag borde ha gjort istället”</p>	<p>”Jag har inte deltagit i träffarna så ofta, vet inte”</p> <p>”Något”</p>	<p>”Andra har likadan vardag”</p>

15.7. Diskussion om de kvalitativa resultaten från undersökningen

Vid genomgång av resultaten av undersökningen bör man komma ihåg att vården vid Oikeahetki, som tillämpar 12-stepsprogrammet för tillfrisknande, är utvecklad för att hjälpa både patienten och dennes anhöriga. De anhöriga insjuknar ofta i medberoende, som kan vårdas med hjälp av samma metoder, principer och verktyg som vilken annan beroendesjukdom som helst (t.ex. Twerski 1997, 7-8). För klarhetens skull vill jag också repetera målet för vården vid Oikeahetki, som är ett rusmedelsfritt liv, där individen blivit fri från beroendetänket som omger sjukdomen samtidigt som de anhöriga också får hjälp att tillfriskna.

15.7.1. Diskussion om resultaten gällande förväntningar inför vården och hur dessa förväntningar infriades

Då man jämför de anhörigas svar om förväntningar inför vården och om vården motsvarade förväntningarna, ser man en klar förskjutning från förväntningen att den beroende ska få hjälp/bli nykter till att de anhöriga istället under vårdens gång upplevt att de själva också behöver hjälp, och att detta för många blivit vårdens huvudmål istället för att hjälpa den beroende. Då man jämför patienternas svar om förväntningar inför vård och om vården motsvarade dessa förväntningar, utläser jag i förväntningarna inför vården ganska mycket osäkerhet om sjukdomen, och osäkerhet om vården kommer att ha effekt. Detta stämmer väl överens med Twerskis tankar om hur många alkoholister in i det sista önskar tro att de är måttliga konsumenter, och gärna gör vad de kan för att undvika vård (Twerski 1997, 18 – 19). Då det gäller frågan om vården motsvarade förväntningarna kan svaren tolkas antingen som mestadels eller helt positiva, då 12 av svaren faller inom kategorierna ”bättre än förväntat” och ”motsvarar förväntningarna”. De resterande svaren är inte helt negativa, då de ändå innehåller positiva element.

Överlag tycker jag vården vid Oikeahetki får mycket positiv feedback genom dessa svar, då inte ett enda svar var direkt negativt bland svarandena som fullföljt vården eller de som var i pågående vård. Eftersom de som avbrutit vården inte svarat på enkäten, går det inte att veta hur dessa hade svarat på frågorna om förväntningar och om vården motsvarade förväntningarna. Enligt Trujols med flera (2014) är det viktigt att ta frågor om klienternas förväntningar, och deras åsikt om förväntningarna uppfylldes, i beaktande i en patientcentrerad undersökning för att få ett tillförlitligt resultat. I denna undersökning korrelerar resultatet på denna fråga väl med de resultat om vårdtillfredsställelse som presenteras tillsammans med övriga kvantitativa resultat.

15.7.2. Diskussion om vad klienterna upplevde som mest givande inom vården

Svaren på frågan om vad som var mest givande i vården var intressanta, då både patienternas och de anhörigas svar var så lika. Kamratstödet sågs som mycket viktigt både bland patienter och anhöriga, och många upplevde att de inte längre behövde vara ensamma. Därför är grupperapi ett mycket viktigt element i beroendevård enligt Minnesotamodellen ("12-

stegsmetoden”) liksom också det att man under vården bekantar sig med kamratstödsgrupper som kan fungera som ett extra stöd efter vårdperiodens slut. Det är glädjande att så många svaranden tyckte att kunskap om beroendesjukdomen är viktig, då den svenske läkaren Lars Söderling (Söderling 1993) anser att det är av avgörande betydelse att den beroende får kunskap om sin sjukdom, då detta är enda sättet som ger hen möjligheten att själv ta ansvar över sitt tillfrisknande. Många av patienterna nämnde redan på denna fråga att det mest givande var att få verktyg att jobba med sig själv, och med beroendetänket som kan ses som roten till sjukdomen (t.ex. Twerski 1997). På denna fråga nämndes även personalens roll, men jag är förvånad att personalen inte alls nämndes i svaren på resterande frågor.

15.7.3. Diskussion om verktyg som klienterna fått för att vårda sitt välmående

I svaren på denna fråga återkommer många teman från föregående fråga, såsom kunskap om sjukdomen och kamratstödet, vilka är viktiga redskap för en hållbar nykterhet. Kunskap är viktigt redskap, då patienten bör förstå sjukdomens natur för att kunna ta ansvar över sitt tillfrisknande. Att dra nytta av kamratstödet är ett mycket viktigt redskap, som patienten efter vården kan använda genom att t.ex. delta i AA-möten. Det är intressant att så många svar är i kategorin ”Förändringar i livssyn och värderingar”, som är den kategori som speglar förändringarna som skett i patientens och den anhöriges gentemot sig själv och omvärlden.

15.7.4. Diskussion om faktorer som upprätthåller nykterheten eller kan leda till återfall

Det som de flesta patienterna ansåg främja deras nykterhet var framförallt det egna välmåendet, och stöd från de anhöriga och kamratstödsgrupper. Sociala nätverk har i tidigare forskning visat sig vara viktiga för den beroendesjuktes livskvalitet (Muller 2017, 6) så antagligen stöder dessa två faktorer varandra i upprätthållandet av nykterhet. Att klienterna har positiva åsikter om att delta i kamratstödsgrupper är betydelsefullt, då tidigare forskning visat att deltagandet i kamratstödsgrupper ökar möjligheterna till längre abstinens (Kendra et al. 2015).

Svaren som gällde faktorer som påverkade återfall i beroendet var betydligt fåordigare än de som gällde fortsatt nykterhet. Hela sju av svaren om faktorer som påverkade återfall hade att göra med patienten själv, att ”processen var halvfärdig” på något sätt. I litteraturen beskrivs alkoholism som en primär sjukdom, vilket betyder att den inte beror på något eller någon annan,

vilket patienterna verkar ha förstått då de inte ”skyller” sina återfall på externa faktorer. Enligt tidigare forskning innebär en ”halvfärdig process”, att beroendetänket inte är färdigbehandlat, en risk för återfall (Mayo Clinic, 2007).

15.7.5. Diskussion om klienternas viktigaste insikter under vården

Jag väljer att presentera de flesta citat i kategorin ”Insikter om mig själv och omvärlden” istället för att välja ut ett eller två, då det gäller både patienter och anhöriga då dessa speglar förändringen som skett i hur klienten (patient eller anhörig) förhåller sig till sig själv, sitt liv och omvärlden. Enligt tidigare forskning (t.ex. Mayo Clinic, 2007) är denna förändring nödvändig för en hållbar nykterhet, eller ett tillfrisknande från beroendetänket. Även i Anonyma Alkoholisters ”Stora bok” beskrivs denna omvälvning av livet, den totala förändring av livsstil som inte bara innebär abstinens från rusmedlet utan även ett nytt sätt att tänka (Anonyma alkoholister 2011 27). Denna omvälvning innebär inte bara att individen kan avhålla sig från sitt beroende, utan från en frisk och sund inställning till livet (Anonyma alkoholister 2011, 105).

Muller konstaterar i sin avhandling att ökat välmående är mycket mera än minskat rusmedelsbruk (Muller 2017, 8). En effektiv beroendevård är en sådan vård som möjliggör denna omstrukturering av tanken och livet, med abstinens från rusmedelsbruk samt en ökning av välmåendet för både patienten och de anhöriga som följd. Med hjälp av en sådan vårdmetod kan både primära utfallsaspekter i form av minskat rusmedelsbruk samt sekundära utfallsaspekter (t.ex. ökning av livskvalitet, förändrade familjeförhållanden, arbetsförhet) uppfyllas (Donovan et al., 2012; Tiffany et al., 2012). Enligt resultaten av denna undersökning tycker jag att vården vid Oikeahetki är effektiv.

16. Sammanfattning och kritisk granskning av examensarbetet

Syftet med examensarbetet var att göra en kvalitetsmätning på vården vid Oikeahetki Kb med hjälp av livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF. Jag ville också veta vad klienterna vid Oikeahetki (patienter och anhöriga) fått ut av vården, vad som varit viktigt och fungerande för dem på vägen mot tillfrisknande samt om de var nöjda med den vård de fått.

I denna undersökning visade det sig att resultaten från mätningen av patienternas livskvalitet vid Oikeahetki var jämförbar med resultat som mätts i andra delar av världen, och att standardavvikelserna från resultaten av mätningen var liknande som de standardavvikelser som uträknats då livskvalitetsmätaren validerats för bruk i Finland. Detta tyder på att WHOQOL-BREF är användbar även i mindre undersökningar som denna, samt att den upplevda livskvaliteten förhöjs då klienten får vård. Vad gäller de öppna frågorna på enkät 2 var det två faktorer som genomgående lyftes upp som viktiga i vården och i tillfrisknandet, nämligen kamratstödet och den förändrade livssynen och attityderna. Samma faktorer var de viktigaste även i anhöriggruppen.

Ungefär en tredjedel av de utskickade enkäterna returnerades, så grupperna i undersökningen var små. Ett större antal svaranden hade gett möjlighet att få statistiskt mer signifikanta resultat. Bara en patient som avbrutit vården deltog i undersökningen. Detta påverkar antagligen resultaten vad gäller vårdtillfredsställelse, interaktion med personalen och totalvitsord för vården, då de som valt att avbryta vården inte är med i undersökningen.

Resultaten i denna undersökning tyder på att metoderna som används vid Oikeahetki är de rätta för att nå målen, då patienterna fått verktyg att behandla beroendetänket samtidigt som de anhöriga upplevde att även de fått hjälp. Vårdtillfredsställelsen och totalvitsordet för vården var mycket höga, och de allra flesta klienterna tyckte att vården motsvarade deras förväntningar. Min slutsats och de centrala resultaten i undersökningen är för det första att livskvalitetsmätaren WHOQOL-BREF är en mätare som lämpar sig för denna typ av undersökning, och för det andra att vården vid Oikeahetki uppnår de utsatta målsättningarna samt att klienterna och deras anhöriga är nöjda med vården.

17. Källförteckning

Al-Anon (u.å.). *Att vara medberoende*. [Online] <http://al-anon.a.se/att-vara-medberoende> [hämtat 15.1.2018].

Anonyma alkoholister, 2011. Stockholm: AA i Sverige.

Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M. & Donovan, D. M., 2012. *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change*. Guilford Press. [Online] <https://books.google.fi/books?id=C4eikuFwwVIC&dq=greenfield+grella+2009&hl=fi> [hämtat 20.3.2018].

de Campos Moreira, T., Rizzieri Figueiró, L., Fernandes, S. Justo, F. M., Dias, I. R., Tannhauser Barros, H. M., & Ferigolo. M., 2013. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciênc. saúde coletiva*. (18):7 [Online] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700010 [hämtat 15.3.2018].

DNV GL (u.å.)a. *ISO 14001 Ympäristöjärjestelmä*. [Online] <https://www.dnvgl.fi/services/iso-14001-ymparistojarjestelma-3360> [hämtat 23.12.2017].

DNV GL (u.å.)b. *ISO 9001 – Laadunhallintajärjestelmä* (u.å.). [Online] https://www.dnvgl.fi/services/iso-9001-laadunhallintajarjestelma-3283?gclid=EAIaIQobChMIxurDr_Cg2AIVxkQYCh3VEAHTEAAYASAAEgLBRPD_BwE [hämtat 23.12.2017].

Donovan D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R. & Zweben, A., 2005. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl.* (15) s. 119-139.

Donovan, D. M., Bigelow, G. E., Brigham, G. S., Carroll, K. M., Cohen, A. J., Gardin, J. G., Hamilton, J. A., Huestis, M. A., Hughes, J. R., Lindblad, R., Marlatt, G. A., Preston, K. L., Selzer, J. A., Somoza, E. C., Wakim, P. G. & Wells, E. A., 2012. Primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research: systematic approach to selection and measurement of drug use end-points in clinical trials. *Addiction*, 107(4) s. 694-708.

Duodecim, 2015. *Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit*. [Online] <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00353> [hämtat 29.12.2017].

Fisher, D. & Beer, J., 1990. Codependency and Self-Esteem among High School Students. *Psych Reports*, 66(3), s. 1001-1002.

FPA (u.å.). *Toimintakyvyn mittaaminen*. [Online] <http://www.kela.fi/toimintakyvyn-mittaaminen> [hämtat 31.1.2018].

Kendra, M. S., Weingardt, K. R., Cucciare, M. A. & Timko, C., 2015. Satisfaction with substance use treatment and 12-step groups predicts outcomes. *Addictive Behaviors* 40, s. 27-32.

Kommunförbundet, 2011. *Terveysthuollon laatuopas*. Suomen Kuntaliitto: Helsingfors [Online] http://shop.kuntatyonantajat.fi/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf [hämtat 16.12.2017].

Labquality (u.å.). *SHQS – tie jatkuvaan parantamiseen*. [Online] <https://www.labquality.fi/auditointi-ja-sertifiointi/shqs-laatuohjelma-tie-jatkuvaan-parantamiseen/> [hämtat 20.12.2017].

Labquality, 2016. *Voimassa olevat SHQS laaduntunnustukset*. [Online] http://www.labquality.org/LQ/pdf.aspx?dir=3&path=Qualitor/SHQS_Voimassa_olevat_laaduntunnustukset.pdf [hämtat 20.12.2017].

Landheim, A.S., Bakken, K. & Vaglum P., 2003. Gender Differences in the Prevalence of Symptom Disorders and Personality Disorders among Poly-Substance Abusers and Pure Alcoholics. *Eur Addict Res.* (9) s. 8–17.

Laudet, A. B., 2011. The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addict sci clin pract.* 6(1) s. 44–54.

Lecklin, O., 2002. *Laatu yrityksen menestystekijänä*. (4. uppl.) Jyväskylä: Gummerus.

Leppävuori, A., 2017. *Unohda sankaritarinat täysraitistumisesta – onnistunut alkoholisti voi olla myös tissutteluun siirtynyt perheenäiti*. [Online] <https://yle.fi/uutiset/3-9768637> [hämtat 10.1.2018].

Mayo Clinic, 2007. *The Disease of Addiction: Changing Addictive Thought Patterns*. [Online] <http://www.mayo.edu/pmts/mc6000-mc6099/mc6064-12.pdf> [hämtat 13.1.2018].

Mehiläinen (u.å.)a. *Laatu ja turvallisuus*. [Online] <https://www.mehilainen.fi/yritysinfo/laatu->

ja-turvallisuus [hämtat 23.12.2017].

Mehiläinen (u.å.)b. *Tietoa mehiläisestä.* [Online]
<https://www.mehilainen.fi/yritysinfo/mehilainen-lyhyesti> [hämtat 23.12.2017].

Muller, A. E., 2017. *Quality of life, substance use disorders, and social lives. Exploring one-year outcomes and intrinsic links.* Oslo: Doktorsavhandling. University of Oslo, The Norwegian Centre for Addiction Research (SERAF); Institute of Clinical Medicine.

Oinas-Kukkonen, H., 2013. *Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota-hoidossa.* Uleåborg: Doktorsavhandling. Uleåborgs universitet, pedagogiska fakulteten.

Parkkila-Harju, M. & Pärnänen, H., 2017., *Luonnoksesta hallituksen esitykseksi laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.* [Online]
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/36564/lausunto_valinnanvapauslaista_laakariliitto_final_2017_12_14.pdf [hämtat 13.1.2018].

Prieto, L. & Sacristán, J. A., 2003. Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). *Health Qual Life Outcomes*, 80(1). [Online]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC317370/pdf/1477-7525-1-80.pdf> [hämtat 10.1.2018].

Regionförvaltningsverket, 2014. *Laatu ja potilasturvallisuus.*, 2014. [Online]
<https://www.avi.fi/web/avi/laatu-ja-potilasturvallisuus1#.WjY04d-WaUk> [hämtat 16.12.2017].

Sintonen, H., 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med.*, 33(5), s. 328 - 36.

Social- och hälsovårdsministeriet (u.å)a. *Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta.* [Online] http://stm.fi/documents/1271139/3118747/HE-luonnos_sote-palveluntuottaja.pdf/9b031d62-5642-4dd9-b655-b16a4d1c9ffc [hämtat 19.12.2017].

Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.)b. *Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.* [Online] <http://stm.fi/itsemaaramisoikeuden-vahvistaminen> [hämtat 16.1.2018].

Social- och hälsovårdsministeriet, 2016. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset.* [Online]

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS__JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1 [hämtat 22.12.2017].

Social science statistics (u.å). [Online] <http://www.socscistatistics.com/Default.aspx> [hämtat 28.3.2018].

Statsrådet, 2017a. *Laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa*, 2017. [Online]

<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/5552878/06+HEluonnos+laiksi+asiakkaan+valinnanvapaudesta+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa%2C+pyk%C3%A41%C3%A4ehdotukset%2C+3.11.2017.pdf/541d86-e5ad-4c07-b2e0-cb195ba034e3> [hämtat 13.1.2017].

Statsrådet, 2017b. *Palveluntuottajan vaatimukset sotelainsäädännössä*, 2017. [Online] <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2271254/Palveluntuottajan+vaatimukset+sotelains%C3%A4%C3%A4d%C3%A4nn%C3%B6ss%C3%A4+esittelydiat+9.5.2017.pdf/7bc56280-c30b-4cf8-ab30-373133d9b1e1> [hämtat 29.12.2017].

Stephen T. Tiffany, S. T., Friedman, L., Greenfield, S. F., Hasin, D. S. & Jackson, R., 2012. Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction*, 107(4) s. 709–718.

Söderling, L., *Alkoholismens Alfabet*. 1993. Johanneshov: Larson förlag.

SAOL, Svenska Akademiens ordlista, 2015. (14. uppl.) Stockholm: Svenska Akademien

The Ranch, 2012. *The Powerful Role of Cognitive Thinking Errors in Addiction*. [Online] <https://www.recoveryranch.com/articles/addiction-research/drug-addiction-drug-rehab-treatment/> [hämtat 15.12.2018].

The WHOQOL Group, 1996. *WHOQOL BREF-introduction, administration, scoring and generic version of assessment*. Geneva: WHO The world health organization.

THL, 2014. *WHOQOL-BREF: Maaailman terveystjärjestön elämänlaatumittari - lyhyt versio*. [Online] <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/> [hämtat 5.1.2018].

THL, 2015. *Miten alkoholia kannattaa käyttää*. [Online] <https://www.paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa> [hämtat 10.1.2018].

THL, 2016. *PERFECT, Hoitoketjujen toimivuus, tuottavuus ja vaikuttavuus.*, 2016. [Online] <http://www.terveytemme.fi/perfect/tulokset/index.html> [hämtat 22.12.2017].

THL, 2017a. *PERFECT*. [Online] <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect> [hämtat 20.12.2017].

THL, 2017b. *Päihdetilastollinen vuosikirja*. [Online] http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135657/URN_ISBN_978-952-302-972-9.pdf?sequence=1 [hämtat 19.12.2017].

Trujols J., Iraurgi I., Oviedo-Joekes E. & Guardia-Olmos J., 2014. A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient Prefer Adherence*, 8, s. 107-117.

Twerski, A. J., 1997. *Addictive thinking*. Minnesota: Hazelden Publishing.

Vaarama, M., Moisio, P., & Karvonen, S. red., 2010. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsingfors: Yliopistopaino

Vasa Centralsjukhus (u.å). *Vaasan Keskussairaalan Laadunhallinnan Ja Potilasturvallisuuden Täytäntöönpanon Suunnitelma*. [Online] <https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/potilasturvallisuus/laadunhallinnan-ja-potilasturvallisuuden-suunnitelma.pdf> [hämtat 20.12.2017].

Ventegodt, S., Andersen, N. J., Merrick, J., 2009. QOL10 for clinical quality-assurance and research in treatment-efficacy: Ten key questions for measuring the global quality of life, self-rated physical and mental health, and self-rated social-, sexual- and working ability. *Journal of Alternative Medicine Research*, 2(1) s. 113-122. [Online] <https://pdfs.semanticscholar.org/dc65/56fd6f656545f58ec100277774c7945aa200.pdf> [hämtat 13.1.2018].

WHOQOL Group., 1998. Development of the World Health Organization WHOQOLBref quality of life assessment. *Psychol Med* (28) 551-558.

WHOQOL Group., 2015. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. [Online] <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> [hämtat 31.1.2018].

Finlands författningssamling:

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. [Online] 22.9.2000/812. www.finlex.fi [hämtat 13.1.2018].

Lag om missbrukarvård 17.1.1986/41. [Online] www.finlex.fi [hämtat 13.1.2018].

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785. [Online] www.finlex.fi [hämtat 13.1.2018].

Socialvårdslagen 30.12.2014/1301. [Online] www.finlex.fi [hämtat 13.1.2018].

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326. [Online] www.finlex.fi [hämtat 13.1.2018].

18.Bilagor

Bilaga 1: Följebrev

Bilaga 2: Enkät 2

Bilaga 1: Följebrev

Parahin potilas ja läheinen,

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kerätä tietoa Oikeahetki Ky:n hoidon käyneiden potilaiden ja heidän läheistensä hyvinvoinnista hoidon jälkeen, sekä hoidon vaikuttavuudesta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta arvostan suuresti jokaista vastausta.

Olen itse toipunut alkoholisti, ja olen ollut Oikeahetken toiminnassa mukana vertaisohjaajana ja luennoitsijana. Opiskelen sosionomiksi, ja tutkimuksen tulokset esitellään opinnäytetyössäni (Yrkeshögskolan Novia), joka ilmestyyneen toukokuussa 2018. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtorit Sonja Kurtén-Vartio ja Ralf Lillbacka. Kaikkia tuloksia ei käytetä opinnäytetyössä, vaan jotkut vastaukset jäävät yrityksen sisäiseen käyttöön.

Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi Oikeahetken hoidon vaikuttavuuden, ja mittariksi potilaiden ja läheisten hyvinvoinnin, koska tutkimusta on Suomessa tehty verrattain vähän eri päihdehoitojen vaikuttavuudesta. Oma kokemukseni on myös osoittanut minulle, että eri tahojen hoitotuloksissa on kovin suuria eroja, joten haluan myös selvittää mikä tekee päihdehoidosta toimivan ja tuloksellisen potilaiden ja läheisten näkökulmasta.

Kysely lähetetään kaikille Oikeahetki Ky:n hoidon käyneille/aloittaneille, jotka ovat allekirjoittaneet hoitosopimuksen ja siinä myöntäneet luvan yhteystietojen käyttämiseen nimettömänä tutkimustarkoitukseen, Oikeahetki Ky:n luvalla. Tutkimuksessa saatu tieto ja palaute on erittäin tärkeää hoidon laadun kehitykselle, joten vastaathan kysymyksiin, vaikka olisit keskeyttänyt hoidon. Mielipiteesi on meille tärkeä.

Lomakkeet lähetetään potilaille, ja toivomme että potilaat jakavat myös läheisilleen kyselylomakkeet heidän luvallaan. Otathan yhteyttä, jos tarvitset lisää kyselylomakkeita. Vastausohjeet löytyvät kyselylomakkeista, ja vastaukset numeroidaan ja käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Ensimmäisen osan kuudennen sivun taulukkoa ei täytetä, vaan se on lomakkeen lopullista pisteytystä varten. Vastauskuori tutkimusvastauksille on lähetetty Sinulle tutkimuskysymyksien ohessa, ja täytetyt kyselylomakkeet voi palauttaa myös Oikeahetki Ky:n toimipaikkaan (Maalahti tai Kauhajoki) suljetussa kuoressa. Luottamuksellisuudesta tai tutkimuksesta yleensä voit kysellä lisää minulta (Nina Jacobsson puh. xxxxxxxx) tai Riitta Koivulalta (puh. xxxxxxxx). Tutkimuslomakkeet palautetaan viimeistään 2.3.2018.

Kiittäen,

Nina Jacobsson, vertaisohjaaja

Bilaga 2: Enkät 2

Kyselylomake osa 2, potilaat ja jatkohoitoon osallistuneet läheiset Nro ____

Ohjeet: Monivalintakysymyksissä ympyröi sopiva vastaus, muissa kysymyksissä voit antaa vapaamuotoisen vastauksen. Kysymykset 4, 10 ja 11 vain potilaille.

1. Ikä ____

2. Oletko (ympyröi) Potilas Läheinen

3. Sukupuoli (ympyröi) Mies Nainen

4. Pot. a) Minkä koit/koet pääpääihtheeksesi?

1) Alkoholi 2) Laittomat huumeaineet 3) Lääkkeet 4) Rahapelit 5) Muu, mikä? ____

4. Pot. b) Koetko, että sinulla oli samanaikainen riippuvuus johonkin muuhun?

1) Alkoholi 2) Laittomat huumeaineet 3) Lääkkeet 4) Rahapelit 5) Muu, mikä? _____

5. Millaiseksi koit/koet vuorovaikutuksen Oikeahetki Ky:n henkilökunnan kanssa?

(1) Erittäin hyväksi (2) Hyväksi (3) En hyväksi enkä huonoksi (4) Huonoksi (5) Erittäin huonoksi

6. a) Millaisin odotuksin tulit hoitoon?

b) Vastasiko hoito odotuksiasi?

7. a) Mikä oli ensimmäinen kontaktisi Oikeahetkeen?

b) Miten kauan meni ennen kuin aloitit hoidon (potilaat), tai ennen kuin läheisesi aloitti hoidon (läheiset)?

c) Aloititko hoidon heti luennon jälkeen? Jos et aloittanut, miksi?

d) Osallistuitko koko hoitoon (intensiivijakso + jatkohoito) (potilaat)? Kyllä Ei

Jos vastasit ei, miksi et?

e) Osallistuitko jatkohoitoon (läheiset)? Kyllä Ei Jos vastasit ei, miksi et?

8. a) Minkä koit hoidon tärkeimmäksi anniksi?
b) Olisitko toivonut jotain lisää hoitoon? Jos, niin mitä?
9. a) Mitkä hoidossa saamasi välineet olet kokenut tärkeimmäksi hyvinvointisi kannalta?
b) Mitkä ovat olleet vähemmän toimivia kohdallasi, miksi?
c) Saitko tärkeitä oivalluksia? Millaisia?
10. Pot. a) Retkahditko hoidon aikana tai hoidon jälkeen? (Jatkokysymykset jos vastasit ”kyllä”) Kyllä Ei
b) Mitkä tekijät vaikuttivat retkahdukseen?
c) Miten selviydyit retkahduksesta?
d) Miten läheiset suhtautuivat?
11. Pot. a) Miten pitkään olet ollut raittiina hoidon jälkeen?
b) Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet positiivisesti raittiuteen?
c) Miten läheiset suhtautuvat raittiuteesi?
12. Millaisen arvosanan annat hoidolle kokonaisuudessaan?
(1) Erittäin hyvä (2) Hyvä (3) Ei hyvä eikä huono (4) Huono (5) Erittäin huono
13. Vapaamuotoiset kommentit ja palaute Oikeahetkelle:

-KIITOS-