

e-Hälsotjänster för missbrukare

En litteraturstudie

Anne-Sophie Juslin

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	4062
Författare:	Anne-Sophie Juslin
Arbetets namn:	e-Hälsotjänster för missbrukare – en litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist & Jonas Tana
Uppdragsgivare:	Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med det här arbetet är att ta reda på vilka e-hälsotjänster som erbjuds åt missbrukare globalt idag och vilka krav som ställs på dessa tjänster. Studien svarar på vilka fördelar det finns med e-hälsa, hur stort behovet är samt vilka begränsningar det finns inom vården och hos individen. Det här arbetet är en litteraturstudie som baserar sig på 8 artiklar. De artiklar som används i den här studien har analyserats med kvalitativ innehållsanalys varefter de tolkats utgående från Dorothea Orem's teori om egenomsorg. Resultatet av analysen och tolkningen presenteras i huvudkategorierna <i>vårdformer i missbrukarvården</i>, <i>e-Hälsa i missbrukarvården</i> och <i>begränsningar i missbrukarvården</i>.</p> <p>Sammanfattningsvis berättar resultatet att det redan finns en del tjänster som är specifikt utvecklade för missbrukare, men i traditionell form. e-Hälsotjänsterna som erbjuds just nu är få till antalet och kraven som ställs på dem är stora. Ekonomiska begränsningar finns inom vården och hos individen finns det en rädsla för stigmat kring stämpeln man får vid psykiatrisk sjukvård. Slutligen konstateras det att fortsatt forskning behövs för att öka acceptansen för nya tjänster vilket leder till lättare implementering.</p> <p>Det här arbetet är gjort på beställning av yrkeshögskolan Arcada.</p>	
Nyckelord:	e-hälsa, e-hälsotjänster, beroende, missbruk, applikationer, Arcada
Sidantal:	40
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	4062
Author:	Anne-Sophie Juslin
Title:	e-Health services for addicts – A literature analysis
Supervisor (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist & Jonas Tana
Commissioned by:	Arcada
<p>Abstract:</p> <p>The aim of this study is to find out what kind of e-health services are offered to addicts globally today and what the requirements are for the services. The study answers which advantages e-health has, what kind of needs there are and the limitations in healthcare and in the individual. The study is a literature analysis and is based on 8 articles. The articles used were first analyzed with a qualitative content analysis where after they were interpreted with the <i>Self-Care Theory</i> by Dorothea Orem. The result of the analysis and the interpretation are presented in the main categories <i>healthcare practices in addiction treatment</i>, <i>e-Health in addiction treatment</i> and <i>limitations in addiction treatment</i>.</p> <p>A summary of the result is that there already are some services that are specifically designed for addicts, but mostly in the traditional way. e-Health services that are offered at the moment are few in number and the requirements are tough. There are economical limitations in health care and there is a fear for the stigma around psychiatric care inside the individual. Finally, the study shows that there is still a need for further research to heighten the acceptance for new services which then lead to easier implementations. This thesis is commissioned by the university of applied sciences Arcada.</p>	
Keywords:	e-health, e-health services, addiction, substance abuse, applications, Arcada
Number of pages:	40
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

1	INLEDNING	7
2	BAKGRUND	8
2.1	e-Hälsans historia.....	9
2.2	Missbruket i Finland	11
2.2.1	<i>Drogmissbruket</i>	12
2.2.2	<i>Alkoholmissbruket</i>	14
3	CENTRALA BEGREPP	15
3.1	e-Hälsa	15
3.1.1	<i>e-Hälsotjänster</i>	16
3.2	Beroende	16
3.3	Missbruk	16
3.3.1	<i>Dubbeldiagnos</i>	17
4	TEORETISK REFERENS RAM	18
4.1	Dorothea Orem – Teorin om egenomsorg.....	18
4.1.1	<i>Teorin om egenomsorg</i>	19
4.1.2	<i>Teorin om brist på egenomsorg</i>	19
4.1.3	<i>Teorin om omvårdnad</i>	19
5	FORSKNINGSÖVERSIKT	20
5.1	Tjänster för missbrukare	21
6	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	23
7	METOD	23
7.1	Avgränsning för val av material.....	23
7.2	Datainsamling.....	23
7.3	Kvalitativ innehållsanalys	24
8	ETIK	25
9	RESULTAT	26
9.1	Vårdformer i missbrukarvården.....	27
9.1.1	<i>Behov av vård</i>	27
9.1.2	<i>Klienters egna önskemål</i>	29
9.2	e-Hälsa i missbrukarvården	29

9.2.1	<i>Dagens situation</i>	29
9.2.2	<i>Fördelar med e-Hälsa</i>	30
9.2.3	<i>e-Tjänster som erbjuds</i>	31
9.3	Begränsningar i missbrukarvården	32
9.3.1	<i>Vårdens och individuella begränsningar</i>	32
10	DISKUSSION	33
11	KRITISK GRANSKNING	36
	KÄLLOR	38
	BILAGOR	41

FÖRORD

Innan jag började studera till sjukskötare, hade jag en del rädslor och en hel del okunskap om missbruk och missbrukare. Jag förstod inte hur någon kunde välja att använda ett ämne som de flesta vet att är farligt för en, varför man blev beroende och vad som hände i personen som missbrukade. Detta medförde en viss misstänksamhet och försök till att undvika dessa personer, om man träffade på dem. Personerna som uppvisade ett manér som avvek från ”det normala” blev jag rädd för och gjorde mitt bästa för att både undvika men samtidigt inte se. Jag gjorde ett aktivt val att inte se personerna och deras problematik.

Under studierna till sjukskötare har mina ögon öppnats upp till att människan, och speciellt individen, är en helhet med både goda och onda sidor. Dessa sidor uppkommer när kombinationen av bl.a. gener, miljö och kulturen man växer upp i utvecklar individen till den hon blir. Så som jag har förstått så utesluter inte den ena faktorn den andra och individen i fråga utvecklas hela tiden, i takt med att livet går framåt och händelser utspelar sig.

e-Hälsa är ett fenomen som tagits upp en hel del i studierna eftersom vi sjukskötare kommer att stöta på detta under praktikerna och i arbetet, eventuellt vara med och utveckla e-hälsan på kommande arbetsplatser. Jag har märkt att teknologin och digitaliseringen inom sjukvården har utvecklats under de fem år som jag studerat och detta har tagit sig i uttryck på olika sätt, beroende på vilken praktik eller arbetsplats jag varit på. T.ex. inom hemtjänsten i Esbo kommun använde de applikationer på smarttelefoner för att bl.a. dokumentera besökens längd och vad som utfördes under besöket.

Jag upplever att det idag diskuteras mycket kring e-hälsa och dess nytta inom hälso- och sjukvården. Så jag vill i det här arbetet ta reda på vilka e-hälsotjänster som erbjuds åt missbrukare idag på global nivå och samtidigt ta reda på vilka krav som ställs på e-hälsotjänsterna. Resultatet kan användas som en språngbräda för fortsatta studier och utveckling inom e-hälsotjänster specifikt för missbrukare.

Det här arbetet är tillägnat de som inte kan föra sin egen talan.

1 INLEDNING

I Sverige vårdades ungefär 2400 personer för missbruk och beroende per den 1 november 2015 (Socialstyrelsen, 2016). I Finland, vid samma tidpunkt, är siffran 9326 klienter (THL, 2017). Dessa siffror gäller för de individer med ett missbruk och ett beroende som lyckats ta sig till sjukhusvård. Mörkertalet för alla missbrukare och individer med ett beroende är mycket större och det är svårt att få veta den faktiska mängden individer.

I USA kostar det staten mera än 600 miljoner dollar för alla aspekter av drog- och alkoholberoende och det är ungefär 23 miljoner amerikaner från 12 års ålder och uppåt som kämpar med dessa beroenden. Tyvärr är det endast 10% av dessa individer som får den vården som de behöver. Orsakerna till varför det är så få som får hjälp är flera och mångfacetterade; både individuella och samhällsliga barriärer hindrar möjligheterna till ett fungerande system. (Ramsey, 2015)

I takt med teknologins framsteg har den också hittat sin väg till hälso- och sjukvården. Teknologin som hittills har testats hos missbrukare och psykiatriska patienter är evidensbaserad, enligt teorierna som hittills tagits fram, men i takt med implementeringen och utvecklingen av teknologin fås det fram mera evidens. Energin och intresset för att utveckla interventionerna finns inom vården, men det saknas en viss uppmärksamhet på hur det fungerar i praktiken inom sjukvården. (Ramsey, 2015)

Eftersom många missbrukare inte kommer ihåg eller helt enkelt inte vill delge den ärliga mängden olagliga substanser eller alkohol som de konsumerat, kan nya interventioner via smarttelefoner vara foten in genom dörren till att engagera flera missbrukare i att svara på undersökningar. Teknologin och applikationerna i smarttelefonerna kommer att föra med sig ökad bekvämlighet och anonymitet hos missbrukarna samt minska kostnaderna vid studier och minska fel i data. Dock finns det ännu etiska frågeställningar som kräver svar och de svaren kan ännu dröja många år, tills man vet mera. (Capon et al., 2016)

Arbetet är ett beställningsarbete för yrkeshögskolan Arcada, som en del av deras *e-Hälsa* projekt.

2 BAKGRUND

WHO (1948) definierade redan tidigt att ”hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast avsaknaden av sjukdom eller funktionsnedsättning”. Tidigare ansåg man att hälsa var endast avsaknaden av just sjukdom eller funktionsnedsättning, eftersom människan då var frisk. I och med denna definiering kom hälso- och sjukvården att utvecklas till vad den är idag, med en förebyggande syn på vården och ett välutvecklat system för behandling av sjukdomar.

Teknologin rusade fram under senare delen av 1900-talet och ett av framstegen var datorn. Datorn kunde lagra, processa och ta emot information på ett sätt som inte tidigare hade skådats. Marknader och företag som är relaterade till ekonomi och handel var bland de första att introducera datorer och datasystem för att effektivisera sitt arbete. Arbetet effektiviserades, systemen drog ner kostnaderna och ökade varje arbetstagares insats, eftersom tid sparades in av att allting hittades direkt på datorerna och det behövdes inte letas efter rätt papper. Tätt därefter följde rymdprogrammen och regeringar, som hade den ekonomiska möjligheten att köpa in teknologin och systemen. (Computer History Museum, 2017)

När teknologin och systemen togs i bruk på sjukhusen och inom vården, och e-hälsa blev ett begrepp, definierade WHO (2005) e-hälsan som ”den kostnadseffektiva och säkra användningen av informations- och kommunikationsteknologier till stöd för hälsa och hälsorelaterade fält, som innefattar hälsovårdstjänster, övervakning av hälsa, hälsolitteratur och hälsoutbildning, -vetenskap och -forskning.” Detta innefattar bl.a. vård av patienter, övervakning av befolkningens hälsa och överbrygga gränserna mellan privata och offentliga sektorn. De definierade e-hälsan för att det skall finnas en linje för användandet av e-hälsa inom vården för medlemsstaterna och andra intresserade.

Definiering finns där främst för att skydda patienternas integritet och deras möjlighet till en god vård som tar i beaktande befolkningens olika ekonomiska situationer.

2.1 e-Hälsans historia

e-Hälsan som begrepp användes sällan förrän år 1999. Detta för att man inte definierade e-hälsa inom den akademiska världen, utan den definierades av marknadsförare och företag. De gjorde detta i en tid då man införde teknologi och internet till alla områden av arbetsmarknad. Det blev populärt att använda "e-ord" i samband med införandet av teknologin och detta ville företagen dra nytta av. Genom att införa e-hälsa som begrepp gjorde de vården och tjänsterna inom vården mera attraktiva och kunde lättare få sina produkter sålda och åtråvärda. Samtidigt stod företagen framför en rad av utmaningar som denna nya generation av teknologi i samband med vård utgjorde. Utmaningarna uppstod då man märkte att internet och tjänsterna förändras enligt hur människor använder sig av tjänsterna och hemsidorna. (Eysenbach, 2001) "Man blir som man umgås" är ett ordspråk i svenska språket som rätt bra beskriver hur e-hälsan och internet förändras i takt med hur den blir använd.

I takt med att ett nytt fenomen som e-hälsa kom på marknaden, måste man redogöra för etiska riktlinjer för hur man sköter patienternas och personernas integritet. Till på det måste man vara medveten om att information om hälsa kan förbättra hälsan men också vara till skada. Detta kan ske om det inte finns regler för hur man kan verifiera och vara säker på att företagen och yrkesmänniskorna som lägger ut informationen är pålitliga. Därför utvecklades "e-health code of ethics" i e-hälsans begynnelse, för att redan då lägga grunden för hur man etiskt skall publicera och dela med sig av information på nätet. Enligt denna moralkod skall den som publicerar följa vissa grundprinciper: uppriktighet, ärlighet, kvalitet, informerat samtycke, integritet, yrkesfärdighet inom hälsa på nätet, ansvarsfullt kompanjonskap och ansvar. Genom att följa dessa kan den som söker sig till hälsoinformation på nätet vara säker på att det personen läser är korrekt och går att lita på. (Rippen & Risk, 2000)

Utöver de etiska riktlinjer som behövs för att e-hälsan skall kunna vara pålitlig för användarna, måste man också ha en teori eller flera teorier, som hjälper till att guida

introduceringen och implementeringen av e-hälsa i företag. Med hjälp av dessa teorier kan man, utöver själva implementeringen, även avgöra om tjänsterna och produkterna har haft sin önskade effekt. Utan teorier är det svårt att veta om resultaten eller avsaknaden av resultat beror på att det helt enkelt inte fungerade eller om det är ett fel som måste åtgärdas, så att det passar in på den önskade situationen. (Pingree et.al. 2010)

e-Hälsan inom sjukhus kan vara lätt att implementera och kan fungera nästan direkt för vårdpersonalen. När e-hälsotjänster å andra sidan skall utvecklas för att användas av både vårdpersonal och patienter, kan det bli svårare att få igenom ett fungerande system från första början. En patient använder inte en tjänst på samma sätt genom hela sin sjukdom, patientens synsätt förändras under hela processen och tjänsten måste kunna ta i beaktande detta fenomen. Med andra ord skall tjänsten utvecklas i takt med patientens användning och samtidigt kunna vara flexibel för den komplexa situationen som är. Teorierna behövs därav för att kunna hjälpa utvecklarna utveckla ett så precist instrument för e-hälsotjänsterna. (Pingree et.al. 2010)

Pingree et al. (2010) anser att deras artikel bör vara en grund för hur utvecklare skall lägga upp sin teori kring sin produkt eller tjänst. Man borde börja arbetet genom att först identifiera de resultat man vill åstadkomma, varefter man skall hitta de mekanismer som på något sätt kan påverka det resultat man vill ha och till slut arbeta sig bakåt till en e-hälsotjänst som kan aktivera åtminstone någon av de mekanismer man identifierat. De säger själva att det inte alltid är så enkla steg då det kan bli mera invecklade steg man måste ta i takt med arbetets gång. För att Pingree et al. (2010) tanke om hur en teori skall utvecklas inte skall vara den enda rätta, tog Coleman & Coleman (2013) upp en teoretisk ram som tar i beaktande alla de delar som berör och berörs av den e-hälsotjänsten som utvecklas. *Activity Theory Framework* föreslås vara det ramverket som används vid utvärderingen av hur redo sjukhus och hälsoinstitutioner är för en implementering av e-hälsa. Enligt deras studie passar just denna ram perfekt på utvärderingen av hur redo ett sjukhus är för implementering av e-hälsa, eftersom detta ramverks punkter kommer åt de mest väsentliga punkterna i utvärderingen.

Förutom e-hälsotjänster för persondatorer finns det även idag appar, applikationer, för smarttelefoner. Dessa appar kan vara av vilken kategori som helst, men då hälsotrenden

är så pass stark som den är idag, är en stor del av apparna för smarttelefoner hälsorelaterade: håll reda på din vikt, skriv in vad du har ätit, koppla din smartklocka till telefonen så får du in informationen om hur många steg du tagit och tips på vilka träningsmoment du skall göra för att komma åt de svårare muskelgrupperna. Många appar har alla dessa funktioner och varje företag försöker nischa sina egna appar, så att de skall vara mera attraktiva än de andra företagens. Vidare har de flesta smarttelefoner kameror och mikrofoner installerade i sig som möjliggör direkt kontakt med vårdpersonal, ifall man har t.ex. influensa och inte skall söka sig till hälsocentralen för risken att smitta andra omkring sig. (Luxton et.al. 2011)

Det som är viktigt att komma ihåg när det gäller e-hälsa, både då och nu, är att teknologin i datorer, smarttelefoner och appar för med sig ett etiskt och moraliskt dilemma. Gränserna för förhållandet mellan vårdpersonalen i ena änden och patienten i den andra änden blir hårfina och ibland även luddiga. I och med att internet också för med sig möjligheten till att meddelanden skickas, tas emot och kan svaras på direkt det plingar till i meddelandeprogrammet, blir kraven högre på vårdpersonalen. Om meddelanden utväxlas utanför kontorstid är det viktigt att vårdpersonalen håller meddelandena på en nivå som följer lagar och regler för hur man kommunicerar med patienter. Detta för att det inte skall bli missförstånd, som kan leda till att patienten upplever att denne blir annorlunda behandlad. Patienten med svagare psyke, p.g.a. sjukdomar, personlighet eller ett beroende, kan se signaler i meddelandena som inte finns där och eventuellt tro att vårdpersonalen flörtar med patienten. (Luxton et al. 2011)

2.2 Missbruket i Finland

I Finland har alkoholen funnits, och finns ännu, starkt med i kulturen i form av öl i bastun och snapsar vid middagar kring högtider. Eftersom alkoholen är en så stor del av den finska kulturen är också konsumtionen därefter. T.ex. år 2008 låg mängden alkohol, som konsumerades per invånare, på 8,5 liter omvandlat till 100% alkohol. Jämfört med 1950-talet är det fem gånger så mycket. (Österberg & Mäkelä, 2009)

Däremot har droganvändning och läkemedelsmissbruk tillkommit långt mycket senare. Med tanke på Finlands placering geografiskt har det varit svårare i tiderna att få tillgång till ”riktiga” droger så som heroin och amfetamin, och då har missbruket övergått till felanvändning av läkemedel. Detta har dock inte förhindrat importen av ”riktiga droger” under de senaste 10 åren och bl.a. amfetamin finns idag i den dagliga gatuhandeln. I Finland råder totalförbudspolitik, dvs att all tillverkning, handel, smuggling och innehav är olagligt inom finska gränserna. (Tammi, 2015)

Skadereduceringspolitik togs med i finska drogpolitiken år 1997 i samband med den nationella drogstrategin. Skadereduceringen går ut på att förebygga skador hos dem som redan är missbrukare. Tillämpningarna som används för att reducera skadorna hos missbrukarna är att ha mottagningar som delar ut rena injektionsredskap, rådgivning och om missbrukarna är mottagliga för substitutionsvård finns det också. (Tammi, 2015)

2.2.1 Drogmisbruket

Bland missbrukarna i Finland finns det en stor variation på substanserna man använder. De mest vanliga är opiater, så som heroin och morfin, buprenorfin, amfetamin och cannabis. Näst vanliga är kokain, ecstasy och läkemedelsmissbruk. Det finns inget dokumenterat årtal då en viss drog skulle ha tagit över marknaden, utan det har smugit sig på genom åren. Man får en viss inblick i när man börjat ha missbrukarna i åtanke, i och med skadereduceringspolitiken år 1997. (Tammi, 2005 & Holopainen, 2005) Nedan räknas de substanser upp som är de mest använda.

Amfetamin har klassats som läkemedel i Finland år 1968. Före det har den använts som medicin mot bl.a. övervikt och svår nästäppa. Idag säljs amfetamin på gatan i olika former så som tabletter och kapslar och färgen är inom det gula spektret. Man kan inta amfetamin genom att röka eller injicera. Amfetamin har olika effekt beroende på vilken individ det är som använder drogen, precis som med andra droger. Eftersom alla individer har olika kemiska uppsättningar och beroende på hurdan livssituation man har vid det tillfället som man tar drogen. Det finns en del fysiska påverkningar som gäller för alla: minskad matlust, svettningar, höjning av blodtrycket och yrsel. De psykiska påverkningarna är att missbrukaren känner sig energisk och oslagbar, vilket kan leda till

att missbrukaren är aggressiv och fientlig. Aggressiviteten och fientligheten kan hålla i sig och förvandla missbrukaren till en väldigt våldsam person, om användandet är regelbundet. Vidare kan missbrukaren bli paranoid och får hallucinationer, en så kallad amfetaminpsykos. (Sairanen, 2009)

Opium är känt från historieböckerna, med flera referenser till asiatiska kulturer, men det är okänt när opium har omnämnts första gången. Opium, som substans, är den torkade mjölken av opiumvallmon (latinska namnet *Papaver somniferum*). Vissa lärda påstår att man inte kan tillskriva en enda författare som den första att ta upp användningen eller missbruket av opium. Dock är många överens om att Homeros, aktiv 800 år f. Kr., är den första som verkligen beskriver i sitt verk *Odyssén* hur opium verkar i människokroppen. (Brownstein, 1993) Sedermera har opium tagits i bruk inom medicinen genom att ur råopiumet tillverka morfin och kodein. Ur dessa två har man vidare tagit fram heroin. Morfin används vid operationer och smärtlindring vid slutskedena av cancer hos cancerpatienter, kodein används vid smärtlindring av hosta och lindrigare smärtor. Heroin säljs på gatan blandat med andra pulver, för att fylla ut den och därför är den ytterst farlig att ta eftersom man inte vet vilken styrka det är på heroinet. Överdoserering är ofta fallet. Dessa opiater hör till de naturliga opiaterna. Till de syntetiska opiaterna hör bl.a. metadon, som används vid substitutionsvård, och petidin. (Sairanen, 2005)

Läkemedelsmissbruk har blivit ett legitimt missbruk då det kan vara svårt att få tag på droger som är någorlunda rena och tillförlitliga. Enligt lag är läkemedel klassificerade i olika klasser för att lättare kunna övervaka möjligheterna att få tag på dem. De läkemedel vars verkan på bl.a. centrala nervsystemet är störande i vardagen och kan ha grova biverkningar har klassats så att de endast kan fås via recept från läkaren. Tanken är god och det finns en orsak till varför övervakningen finns där, men används fel. Idag är det lättare att få tag på läkemedel på recept som innehåller t.ex. opioider eller amfetaminliknande substanser, då det är lätt att få tag på information om läkemedlens olika användningsområden och presentera dem som alternativ till läkaren. En majoritet av missbrukarna har lärt sig att gå till olika läkare, på olika sjukhus och läkarstationer eftersom deras uppgifter inte alltid syns överallt. Det skall dock inte glömmas bort att

skadligt bruk av mediciner räknas som att ta en extra antibiotikakur bara för att eller att äta för mycket värkmediciner, t.ex. Panadol och Burana. (Holopainen, 2005)

Något som bör nämnas är att missbrukare ofta har ett blandmissbruk, dvs det är inte endast en eller två missbruk som de har utan flera. De flesta alkoholister är även rökare och konsumerar stora mängder koffein. När dessa inte mera räcker för att täcka behovet man har, övergår man sakta men säkert till läkemedel för att hjälpa till med sömnen, lugnande för att stilla ångest och sedan uppiggande substanser för att få igång en efter att man tagit lugnande. Missbrukaren fastnar alltså i en ond cirkel där denne måste ha substanser från varje missbruk för att klara av vardagen. Förutom dessa beroenden och missbruken är det typiskt hos blandmissbrukare att de har psykiska problem, psykiatriska diagnoser och att de ofta är uteslutna ur samhället. Vidare kan de ha svåra infektionssjukdomar, så som HIV och hepatit C, som har uppkommit då missbrukarna har delat injektionsredskap och/eller att redskapen är smutsiga. (Holopainen, 2005)

2.2.2 Alkoholmissbruket

Alkohol är som sagt en stor del av kulturen i Finland och det kommer inte att ändra sig på några generationer, men det som håller på att förändras är vad finländarna väljer att dricka när de väl konsumerar alkohol och vilken dag i veckan de konsumerar. Det finns ingen jämnt fördelad användning av alkohol, varken på mängden eller vilken dag i veckan. En tiondel av männen dricker mest och av all alkohol som männen dricker så dricker de 45 procent av den, medan hos kvinnorna är samma procent ungefär 50 procent. Detta betyder alltså att en tiondel av invånarna i Finland dricker nära på hälften av all alkohol. (Österberg & Mäkelä, 2009)

Tidigare var det endast män som använde alkohol i Finland. När man år 1968 undersökte kvinnors användning svarade ca. 40 procent av de kvinnor mellan 15 och 69 års ålder att de var helnyktra. När kvinnor sedan började konsumera alkohol har nästan 90 procent av dagens alla kvinnor druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Totalt har kvinnornas andel av konsumerad alkohol stigit från år 1968 på 10 procent till en fjärdedel av all alkohol år 2009. (Österberg & Mäkelä, 2009)

Hos ungdomar har alkoholanvändandet ändrats på flera olika sätt genom åren och generationerna. Vid 1960 och 1970 talens skifte blev alkoholen också en del av ungdomskulturen. Ungdomar var mera intresserade av att testa på nya saker och alkohol var någonting okänt och spännande. Skiftet mellan 70- och 80-talet förde med sig strängare attityder och regler för en tid, men i mitten av 80-talet började en 15 årig våg skölja över ungdomarna. Denna våg bestod av en ökad konsumtion av alkohol i allmänhet bland alla ungdomar, men särskilt bland flickor. Som motvikt till det här ökade nykterheten efter millennieskiftet och en minskning av konsumtionen av alkohol bland 14 till 16 åringar noterades. (Österberg & Mäkelä, 2009)

I Finland är det ovanligt att dricka varje dag i veckan och större delen av drickandet sker idag under slutet av veckan. Då dricker befolkningen för att det sägs ha en positiv effekt på sociala situationer och att vara berusad har en etablerad ställning i umgängeskretsar. Kraftig berusning, som når gränsen för skada, är central i dagens alkoholvanor. Däremot, som det tidigare nämndes, håller nya trender på att ta över i vad man väljer att dricka och när. Vin till middagen hemma håller på att bli vanligare, medan alkohol till lunch har blivit ovanligare. ”Våta luncher” är en sällsynt syn i dagens läge. Däremot är det vanligare att det dricks på offentliga platser så som sportevenemang. (Österberg & Mäkelä, 2009)

3 CENTRALA BEGREPP

Nedan följer de begrepp och deras förklaringar, som används mest i arbetet. Begreppen är viktiga att förstå för att innehållet skall bli begripligt för läsaren.

3.1 e-Hälsa

e-Hälsa är den delen av hälsa som innefattar all teknologi som är relaterad till hälsa. Datorer, datasystem och program utvecklade speciellt för sjukvården är några exempel på vad som räknas in i e-hälsa. Dock så står e:et i e-hälsa inte bara för elektronik, e:et kan också vara så mycket mera än bara elektronik. Den kan vara t.ex. effektivitet,

evidensbaserad, utökande(extending) och etik/moral(ethics). Förutom dessa tycker kan e:et i e-hälsa stå för och vara ”enkel att använda”, underhållande(entertaining) och spännande(exciting). (Eysenbach, 2001)

3.1.1 e-Hälsotjänster

e-Hälsotjänsterna är tjänster som erbjuds åt både vårdpersonal och patienter som en del av vården. Dessa tjänster är ofta utvecklade för att användas via datorer och/eller smarttelefoner och kräver därmed internet. För vårdpersonal och sjukvård är t.ex. patientjournaler en stor e-hälsotjänst. Patientjournalerna är kopplade till kanta.fi-hemsidan och på den hemsidan kan patienterna själva gå in på egna datorn i hemmet för att kontrollera sina recept, vilka intyg som blivit beviljade av läkare och vad som skrivits vid ett poliklinikbesök. (THL, 2015)

3.2 Beroende

Beroende är en kronisk sjukdom, som påverkar hjärnan till dess struktur och funktion. Ofta är man beroende av en substans så som alkohol och droger, vilket leder till att ens enda mål i vardagen är att hitta följande ”fix”, möjlighet till att få inta substansen, och uppleva de känslor som kommer vid användningen. Vid ett beroende förändras hjärnans kretsar och nervbanor så till den grad att individens biologi och psykologi förändras. Förändringarna innebär risker att insjukna i somatiska och psykiatriska sjukdomar som är vanliga vid beroende. Beroende är som sagt en kronisk sjukdom och går således inte att bota. Det går däremot att få sjukdomen i regression via program och tekniker, men det finns alltid en möjlighet till att suget tar över och individen får ett återfall. Detta är en del av sjukdomen, precis som dödligheten vid obehandlat beroende. (Smith, 2012)

3.3 Missbruk

Missbruk är till skillnad från beroende, inte en sjukdom. Missbruk är den avsiktliga användningen av ämnen eller beteenden som påverkar individen på ett negativt sätt, hälsomässigt och socialt. Till missbruk hör också den avsiktliga, harmfulla

användningen av t.ex. mat, sex och pengar, men i detta arbete används missbruk som samlingsnamn för alkohol- och drogmissbruk. (HOCBC, 2005, s. 6)

Till drogmissbruk hör både receptbelagda preparat t.ex. kodein, olagliga droger t.ex. heroin och plantor från växtriket t.ex. cannabis. Vid missbruk av receptbelagda preparat finns det effekter utöver initialeffekten av medicinen som kan skada desto mera, beroende på vilken medicin man använder. Illegala droger som är köpta på svarta marknaden eller på gatan är ofta utblandade med andra mediciner och oidentifierbara ämnen med dödande effekt. Växter och naturliga preparat har oftast bara den ena funktionen och skadar hälsomässigt lika mycket som de syntetiska läkemedlen. Oavsett vilket missbruk en individ har, är de negativa effekterna bestående och allvarliga. Det sociala intellektet och ekonomiska beteendet kan försvinna helt, individen påverkas så till den grad av preparaten att denne blir en fara för sig själv och andra, vilket allt som oftast leder till kriminalitet, för att täcka upp de ekonomiska luckorna. Ett straffregister är inte ovanligt för en individ med missbruk. (HOCBC, 2005, s. 4)

3.3.1 Dubbeldiagnos

Vid ett missbruk kan det framkomma symptom på psykiska sjukdomar. Dessa undersöks och diagnosticeras under en vårdperiod på avdelning. Det är sällan som det är den psykiska sjukdomen som ligger bakom missbruket, men missbruket kan orsaka psykiska symptom och dessa symptom kan vara tillfälliga, orsakade av rusmedlet, men ungefär 30% av de med psykiatriska diagnoser har någon gång haft ett missbruk eller överanvändning av ett rusmedel vid något livsskede. (Aalto, 2009)

När en patient med dubbeldiagnos vårdas tar man i beaktande både problematiken med missbruket samt den psykiatriska diagnosen. Rusmedel, med andra ord alkohol och droger, orsakar skador hos en psykiskt frisk individ vid överkonsumtion. Hos missbrukare med en dubbeldiagnos försvårar missbruket ofta de psykiatriska symptomen och förvärrar situationen för individen. Det finns tre tillvägagångssätt för vård av dubbeldiagnos patienter:

- Sekventiell modell – man börjar med att behandla missbruket med t.ex. substitutionsvård på en A-klinik och efter önskat resultat behandlas den psykiatriska diagnosen på en psykiatrisk poliklinik
- Parallell modell – behandlingen av båda problemen startas samtidigt men på olika behandlingsorgan
- Integrerad modell – ett och samma behandlingsorgan behandlar båda diagnosernas problematik samtidigt, t.ex. en specialiserad beroendepsykiatrisk avdelning. (Aalto, 2009)

4 TEORETISK REFERENSRAM

Teorin som jag har valt att ha som utgångspunkt i det här arbetet är Dorothea Orem's *Self-Care Theory*. Jag valde denna teori eftersom den tar upp de komponenter varje individ bör ha med sig i vardagen för att själv kunna uppehålla en god hälsa, söka sig till vård vid rätt tid och även ta hand om sina medmänniskor.

4.1 Dorothea Orem – Teorin om egenomsorg

I sin egenomsorgsteori definierar Dorothea Orem människan som utpräglade individer och anser att människan skall vara självförsörjande och att hon, människan, är ansvarig för både sin egen och andra familjemedlemmars vårdbehov. Orem anser vidare att vårdandet är en växelverkan mellan två eller flera personer och att det är viktigt att lyckas förebygga vård på primärnivå och ohälsa, genom att framgångsrikt kunna möta universella och utvecklande egenvårds behov. För att människan skall vara medveten om sitt eget ansvar gällande egenvård och för att hon skall kunna utföra dem, är det viktigt att människan har kunskap om potentiella hälsoproblem. Egenvård är ett beteende som individen lär sig inom sin egen sociokultur. (Orem, 1991)

Teorin om egenvård är en helhet som består av tre delar: teorin om egenvård, teorin om brist på egenvård och teorin om omvårdnad. Varje del är stark i sig själv, men teorin är utformad som en helhet. (Orem, 1991)

4.1.1 Teorin om egenomsorg

Teorin om egenvård definierar egenvård som en handling där individen själv utför aktiviteter för att uppehålla ett gott liv och hälsa. Handlingen som individen utför är egentligen en förmåga som definieras av utvecklingsstadiet för den åldern individen är i, livserfarenheter inom hälsa och vilka resurser som finns tillgängliga. Till egenvårds behoven hör de universellt erkända behoven, behov av egenvård vid utveckling och egenvårds behoven vid avvikelser i hälsan. (Orem, 1991)

Orem (1991) ansåg att till de universella egenvårds behoven hör: de behov som är relaterade till processerna i livet som uppehåller strukturen och funktionaliteten hos människan och de behov som gäller för alla, bl.a. tillräckligt intag av syre, vatten och mat och en balans mellan vila och aktivitet. Till de behov som uttrycks i utveckling räknas de mentala processer som utlöses vid en större ändring, så som en ny arbetsplats eller en stor förändring i kroppen. Behoven vid avvikelser i hälsan är de som uppkommer vid t.ex. sjukdom eller skada och innefattar att individen skall kunna uppsöka vård och följa de riktlinjer som vårdpersonalen ger åt individen.

4.1.2 Teorin om brist på egenomsorg

Vid brist på egenvård uppkommer behovet av vård från vårdpersonal. Vården från vårdpersonal behövs när en vuxen individ har av orsak eller annan blivit begränsad i hur denne utövar egenvård och inte klarar av att vårda sig själv ensam. Orem identifierade fem metoder för hur man kan hjälpa och de är följande: individer skall stöda och lära ut åt varandra, arbeta för att andra skall må bra och göra saker för andra, och hjälpa till att uppehålla en miljö som är positivt inställd till egenvård och förbättring. (Orem, 1991)

4.1.3 Teorin om omvårdnad

I teorin om omvårdnad definierar Orem hur patientens egenvårdsbehov skall mötas av vårdaren, patienten eller båda. För att underlätta vården och för att vårdaren skall ha rätt nivå på hur hon skall vårda, finns det tre klassifikationer som stöd: helkompenserande vid t.ex. koma, delvis kompenserande där patienten kan göra en del egenvård och stödjande-undervisande vid t.ex. viktnedgång. (Orem, 1991)

Orem (1991) identifierade vissa tekniker som vårdarna använde. Dessa tekniker var oftast utvecklade av alla nivåer av vårdpersonal för att underlätta vårdprocesser och – metoder, som kan utföras med eller utan material och instrument. Teknikerna är antingen sociala eller tillsynstekniker. De sociala teknikerna fokuserar på kommunikation och en hälsosam, terapeutisk relation, medan tillsynsteknikerna fokuserar på upprätthållandet och förebyggandet av livets processer.

5 FORSKNINGSOVERSIKT

Förr i tiden trodde man att beroende var en moralisk avvikelse eller rent av ett fel i personligheten, men forskningen har visat och fått oss att idag förstå att beroende är en kronisk sjukdom. Detta innebär att individer med beroende bevisligen har en nedsättning i bl.a. sociala funktioner och att de inte har en medveten kontroll över användningen. Beroende, som sjukdom, kan jämföras med somatiska sjukdomar så som diabetes och astma, eftersom de sjukdomarna är alla kroniska och uppkommer p.g.a. gener och miljön man växer upp i. Tack vare forskningen och förståelsen för hur beroende egentligen fungerar och uppkommer, har man kunnat utveckla bättre verktyg för att förhindra och behandla missbrukare. Tidigare attityder mot missbruk och missbrukare har varit negativa, vilket lett till dåligt bemötande och nedvärdering av dem som lider av ett beroende. (HHS, 2016. Kap. 2 s 1)

Forskning har visat att all användning av beroendeframkallande ämnen har en stor effekt på hjärnan; och till dessa effekter räknas de känslor som väcker intensiva, rent av euforiska, känslor då individen första gången använder ett ämne. De intensiva känslorna som upplevs under denna första gång man använder ett ämne, är den drivande kraften bakom varför man fortsätter använda alkohol eller droger. Detta trots att individen är medveten om riskerna. (HHS, 2016. Kap. 2, s 2)

Neuroadaptions, progressiva förändringar som sker i hjärnan vid fortsatt felanvändning av skadliga ämnen, påverkar inte bara strukturen på hjärnan utan även på funktionerna i

hjärnan. Dessa ändringar ligger bakom förändringen i användandet av de ämnen som framkallar beroende: det går från kontrollerad användning till beroende. Vidare kan dessa progressiva förändringar finnas kvar hos missbrukaren, långt efter att denne blivit kvitt sitt beroende efter en behandlingsperiod. Därför är det en majoritet av missbrukare som faller tillbaka till missbruket, eftersom hjärnan i dess struktur och funktion är förändrad. (HHS, 2016. Kap 2, s 2)

Tack vare forskningen vet man idag att beroende inte endast är en konsekvens av felanvändning av ämnen. Oavsett hur individen använder det beroende framkallande ämnet, är det flera olika faktorer som spelar in på ifall individen går från kontrollerad användning till ett beroende. Dessa faktorer är bl.a. den genetiska uppsättningen, utbud av och möjlighet till att införskaffa ämnet och kulturen man växt upp i. Faktorerna är dock inte endast sådana att de förstärker beroendet, utan de fungerar även som möjliga buffrar för att förhindra möjligheterna till att få ett beroende. Precis som med många andra saker när det kommer till händelser, kemiska reaktioner och känslor hos människan, utesluter inte den ena saken den andra. Ingen individ är den andra lik och det krävs ”den rätta” kombinationen av faktorer för att just en specifik individ skall utveckla eller inte utveckla ett beroende. (HHS, 2016. Kap 2, s 2–3)

Tidigare forskning om digitala tjänster för missbrukare och individer med ett beroende finns till en viss grad, men de är mest utbildade gissningar på hur det kan komma att se ut om x antal år från det att forskningen är gjord, baserat på vad de visste då. De tidigare forskningarna inom detta specifika område, med dessa två kriterier, har för mycket gissningsarbete i sig.

5.1 Tjänster för missbrukare

I Finland finns det tydliga skillnader i hur tjänsterna för missbrukare används eftersom det finns skillnader i droganvändningen och i hur man har valt att utveckla tjänsterna. Användningen av alkohol har minskat sedan höjdpunktsåret 2007 medan droganvändningen har ökat markant. Noterbart är att 19 procent av 15–69 åringar har någon gång under sitt liv testat på cannabis. (Partanen et al. 2016. s 1)

Eftersom missbrukare är en speciell patientgrupp, blir tjänsterna som utvecklas åt och för dem specialtjänster. Enligt lag är det kommunerna som har ansvaret för utvecklandet och uppehållandet av tjänster för missbrukare, vilket leder till en stor variation i utbudet. Tjänsterna är mångsidigare och flera till antal i kommuner med bättre resurser, således är tjänsterna i kommuner med mindre resurser färre till antal och inte lika nischade. De olika tjänsterna som erbjuds: är ”dygnet runt”-vård så som rehabiliteringsenheter och beroendepsykiatriska avdelningar, öppen vård på A- och NA-kliniker, en del boendetjänster som är specifikt för missbrukare och olika nättjänster. Dessa tjänster kan produceras av endast kommunerna, men ofta väljer man att samarbeta över kommungränser och även över gränserna mellan offentliga och privata sektorerna. (Partanen et al. 2016. s 1)

Antalet missbrukare som är utanför vårdsystemet är flera än de som är inskrivna i systemet. Dessa missbrukare som är utanför är oftast de som skulle ha mest nytta av tjänsterna som erbjuds. Tyvärr kommer de sällan åt de tjänsterna som de behöver, eftersom det inte finns en aktiv kontakt som kan hjälpa dem. Likställdhet inom tjänsterna kräver att resursskillnaderna mellan kommuner skall respekteras samt så skall man ta i beaktande skillnaderna i droganvändningen och hur väl förberedd socialen är per kommun. (Partanen et al. 2016. s 3)

Med tanke på mängden missbrukare och individer med ett beroende samt den enorma summan pengar som går åt till att upprätthålla missbrukarvården med personal, läkemedel och andra resurser, väcks oavkortat frågan: kan e-hälsotjänster vara nyttiga för missbrukare? Nyttiga i den bemärkelsen att de i slutändan kan vara mera kostnadseffektiva jämfört med hur det är nu, kanske kan de få fram resultat som tidigare inte varit möjliga och nyttan kan komma fram på ett helt oväntat sätt.

6 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med det här arbetet är att påvisa e-hälsans situation i samhället idag och vilka e-hälsotjänster för missbrukare som finns tillgängliga idag globalt. Nedan listas frågeställningarna:

1. Vilka e-hälsotjänster finns det specifikt för missbrukare idag i världen?
2. Vilka krav ställs på e-hälsotjänsterna för missbrukare?

7 METOD

Det här arbetet är en litteraturstudie baserad på tidigare forskningar. Materialet som använts har samlats in genom systematisk sökning och har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

7.1 Avgränsning för val av material

Eftersom arbetet behandlar dagens situation för e-hälsotjänster för missbrukare, kan artiklar inte tas med som inte har informationen om vad som gäller idag. De kan med andra ord inte vara för gamla och inte heller endast fokusera på framtiden. Artiklarna skall behandla e-hälsotjänster som är utvecklade speciellt för missbrukare. Studier och artiklar som gäller e-hälsotjänster för andra patientgrupper än missbrukare har exkluderats. Eftersom arbetet gäller situationen globalt har materialet inte blivit begränsat geografiskt.

7.2 Datainsamling

Materialet och informationen till den här studien har sökts på databaserna PubMed, Academic Search Elite (EBSCO) och Google Scholar. Då studien behandlar situationen globalt idag, år 2017, kunde inte informationen vara äldre än 5 år eftersom informationen skall stämma in på dagens läge. Sökorden som användes i olika kombinationer på databaserna var *e-health*, *e-healthservices*, *addict & addiction*. Vid sökningen valdes ”*free full text*”, för att säkerställa att hela artikeln eller studien var

läsbar via nätet, och ”peer reviewed”, eftersom det är viktigt att informationen är kontrollerad, på både innehåll och kvalitet, av kollegor inom vården och teknologi.

Inledningsvis valdes 35 artiklar som baserat på abstraktet gav en bild av att vara det som söktes. Dessa artiklar valdes från tidigare nämnda databaserna och var kvalitetskontrollerade. Utav dessa valdes sedan 12 artiklar som baserat på kriterierna, syfte och frågeställningar passade in i studien. Tyvärr fanns det inte möjlighet att få tag på 4 av dessa artiklar, p.g.a. att det inte fanns rättigheter till de artikeldatabaserna var de fanns och tyvärr hittades inte artiklarna någon annanstans ifrån. Jag upplever att de 4 artiklarna som jag inte fick tag på kunde ha lyft, fördjupat och breddat resultatet på min studie, men de skulle också ha kunnat förbättra den röda tråden.

Samtliga artiklar är skrivna på engelska och den systematiska sökningen i tabellform finns i Bilaga 1.

7.3 Kvalitativ innehållsanalys

Vid kvalitativa metoder har man inte som huvudmål att hitta en generell giltighet i informationen som undersöks. Istället skall målet vara en ”djupare förståelse” för det som studeras och undersöks, samt kunna se en helhet i det stora sammanhanget. (Holme & Solvang 2001, s. 14) Forskaren skall med andra ord kunna beskriva, analysera och tolka information under sin kvalitativa forskning. Förståelsen föds under processen av att minska volymen av informationen som undersöka och få fram en röd tråd. Den röda tråden kan vara ett mönster man identifierat och passar med eftersökta resultat. Mönstret som framkommer kan utvecklas till en teori om studien framför en eller fenomenet. När forskaren går in i analysfasen har denne ett ansvar över sin egen process och skall bedöma och beskriva hurdan den egna processen varit. (Forsberg & Wengström 2013, s. 150)

Tillvägagångssättet i en kvalitativ innehållsanalys är följande: materialet läses igenom flera gånger för att lyckas hitta den röda tråden och kunna se informationen på flera olika sätt, samt förstå innebörden av det man har framför sig (Forsberg & Wengström 2013, s. 167). Som verktyg vid analysen kan man använda sig av ord och fraser som

bäst kategoriserar det man söker efter, ordna informationen och materialet utefter det och samtidigt skall tolkning vara en stark del under analysen. Tolkningen ger mening åt arbetet och för att kunna tolka krävs en viss insikt och ibland även intuition. (Backman 2004, s. 54–55)

Analysen finns till påseende i Bilaga 2.

8 ETIK

Etik är ett ord med många översättningar och definitioner, men den mest använda definitionen är moral. Grekiska *ethos* är grunden till ordet etik, medan översättningen moral härstammar från latinet och kan användas som sådan. Skillnaden mellan orden etik och moral är att etiken är teorin bakom handlandet, moralen. Dock så används orden synonymt i de flesta sammanhang, trots den lilla skillnaden. (Gustafsson 1996, s. 17)

Etiken ses ofta som det guidande tankesättet som styr över hur lagar och regler uppkommer, men etiken är inte ett ”facit” på vad som är rätt och fel, den är endast ett redskap. Som redskap fungerar etiken när människan skall handla ansvarigt, när individen blir självständig och en etisk känsla, där människan kan se sig själv och sina göranden vilket leder till värdighet. Vidare är etiken även summan av sina översättningar: sedvänja, ståndpunkt och sinnelag. I sedvänjan betyder etiken goda seder, seder som följer den tiden och kulturen som för det tillfället har med förnuftet kommit fram till vad som är acceptabelt eller inte. Ståndpunkterna eller värderingarna utgår från samspelet mellan intellektet hos individen samt dennes uppfattningar om människans värde och samhället: ”Har alla människor samma värde?” (Gustafsson 1996, s. 21). Empati utgör grunden till individens sinnelag och därav påverkar den hur individen ser på hur denne själv vill bli bemött och hur den vill bemöta andra. (Gustafsson 1996, s. 17–22)

I enlighet med Arcadas riktlinjer i *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada* (2012) har jag till min bästa förmåga strävat efter att vara ärlig och noggrann i processen av detta arbete. Jag har efter bästa möjliga förmåga varit konsekvent i mitt val av material för detta arbete. Materialet för bakgrunden till detta arbete är en kombination av artiklar och böcker, som alla är kvalitetsgranskade och säkra informationskällor tagna från tidskrifter och internet. Vid hänvisningar till källor har jag av respekt för författarna och enligt riktlinjer korrekt nämnt alla vid namn och ursprungskällor. I min studie, baserad på tidigare forskningar och studier, har jag inte behövt ta i beaktande informanter och deras etiska rättigheter.

9 RESULTAT

Med hjälp av ovannämnda kvalitativa innehållsanalys har jag analyserat materialet som valts för denna studie. Således bygger arbetet på 8 artiklar som fyller mina kriterier.

Under analysprocessen läste jag igenom materialet flera gånger om, markerade viktiga stycken och meningar som initialt passade in och skrev sen ner dem i första kolumnen på tabellen i Bilaga 2. Under genomläsningarna hade jag mitt syfte och mina frågeställningar med mig genom hela texterna, för att inte missa någonting viktigt som annars kunde förbises. Allt material är på engelska, så en stor del av tiden gick åt till att översätta styckena och meningarna som är med i analystabellen.

Syftet med studien var att ta reda på vilka e-hälsotjänster som finns för missbrukare på en global nivå idag och hurdana krav det finns på tjänsterna. Resultatet delade jag upp i rubriker enligt kategorierna som uppkom i takt med analysen. Dessa kategorier delas upp i 3 huvud- och 7 underkategorier. Huvudkategorierna är **vårdformer i missbrukarvården, e-hälsa i missbrukarvården** och **begränsningar i missbrukarvården** och tillsammans motsvarar de syftet samt frågeställningarna.

I samband med resultatredovisningen analyseras huvudkategorin på basis av teoretiska referensramen. Materialanalysen finns till påseende i Bilaga 2.

9.1 Vårdformer i missbrukarvården

Varje individ är unik. Detta betyder att ingen människa är den andra lik och detta gäller också för missbrukare och individer med beroende. Alla har olika förutsättningar för hur de kommer att utvecklas och ifall de får ett beroende. Det finns många olika faktorer som spelar in på hur beroendet kan komma att utvecklas, som t.ex. gener, miljö, kulturen man växer upp i, familjens ekonomiska situation osv. Dessa faktorer är en stor del av varför det uppstår ett behov av vård.

Enligt Orem (1991) är varje individ själv ansvarig för sin hälsa, egenomsorg, och detta innefattar även att kunna på eget bevåg söka sig till hjälp. För att individen skall kunna ta hand om sig själv, ta hand om andra och kunna söka sig till vård, måste individen ha kunskap om hälsa och ohälsa. Denna kunskap anammas i den sociokulturella uppväxten. Finns det brister eller om brister i den uppstår, påverkar det individens tanke om egenomsorg. (Orem, 1991)

9.1.1 Behov av vård

I studien utförd av Guarino m.fl. (2016) framkommer det att mängden individer med beroende och missbruk av olagliga samt lagliga droger ökar. Utöver detta är det många individer, som använder receptbelagda mediciner icke-medicinskt, som går över till heroin. Denna ökning av individer ställer ett större krav på att det skall finnas effektiv behandling, behandling som inriktar sig på missbruk av opioider. I samma artikel visar man på att substitutionsvård med metadon är effektivt och ger resultat, till en viss grad. Trots att man får fram resultat är substitutionsvård med metadon den behandlingen som erbjuder minsta mängden psykosociala verktyg, jämfört med t.ex. behandlingshem. Detta trots att patient till vårdare kvoten är högst inom substitutionsvården. (Guarino et al. 2016)

Kamratgruppsdrivna forum för beroende och missbruk har genom tiderna funnits, så som AA-möten (anonyma alkoholister) och man kan använda sig av de redan existerande synsätten vid utvecklandet av interventioner för internet och mobiltelefoner. Sociala medier och en del forum på internet har blivit erkända som försiktiga försök till

just detta, men med hjälp av mobiltelefoner har man en tillgänglig plattform för utveckling av interventioner baserat på kamratgrupper. (Tofighi et al. 2015)

Farabee m.fl. (2013) har i sin studie funnit att vård efter en behandling, eftervård, är minst lika om inte viktigare än själva behandlingen. Vid planerandet av behandlingen skall man också planera eftervården och i alla steg av behandlingen skall man involvera alla delar av klientens liv. Genom att involvera alla delar av klientens liv säkerställer man en god vård, från början till slut. Till på detta är regelbunden kontakt, mellan vårdare och klient, genom hela vårdprocessen jätteviktigt. Klienten får en känsla av trygghet om denne vet att den inte blir lämnad ensam under någon del av behandlingen. (Farabee et al. 2013)

Av alla beroenden är rökning den svåraste och samtidigt mest allmänna hos missbrukare och psykiatriska patienter. Nikotinberoende är största missbruket och påverkar negativt både psykologiskt och fysiologiskt på individen. Fysiologiskt påverkar nikotinet och andra ämnen i cigaretterna hur t.ex. en del psykofarmaka tas upp i kroppen. Det kan rent av minska den terapeutiska mängden läkemedel i blodet, vilket leder till mindre effekt. (Hall& Prochaska, 2009)

Rökning och nikotinberoende har spelat en stor roll genom psykiatrins historia och den fortsätter att ännu idag vara en stor del av missbrukarnas vardag. Majoriteten av missbrukare och psykiatriska patienter röker och det är sällan som det går att utträna varför, eftersom en stor mängd faktorer spelar in på psykiatriska patienters rökning. (Hall & Prochaska, 2009) Däremot finns det motivation för att sluta hos de flesta och enligt Hall & Prochaska (2009) kan motivationen generaliseras med resten av befolkningen.

Humphris m.fl. (2017) tog reda på i sin studie hur deras verktyg kunde förbättra varseblivning om risker hos klienterna. Deras ORION-verktyg ökade varseblivningen hos deltagarna i studien och särskilt stor ökning skedde hos kvinnorna. I samma studie framhävde Humphris m.fl. (2017) vikten av att förhindra drogrelaterade dödsfall, genom att missbrukarna blir varseblivna om riskerna.

9.1.2 Klienters egna önskemål

Tofighi m.fl. (2015) poängterade i sin studie att majoriteten av klienter är öppna för teknologiska interventioner i behandlingarna och vården. Särskilt de klienter som inte har möjligheter att komma åt internet och teknologi. Vidare finner de att klienterna gärna ser en förbättrad mobilkommunikation mellan dem själva och vårdarna. De accepterar med andra ord interventioner som levereras via m-hälsa kanaler. (Tofighi et al., 2015)

9.2 e-Hälsa i missbrukarvården

Kategorin säger sig självt och visar på vad som finns att erbjudas idag inom vården.

I Orem's (1991) teori om egenomsorg finns det en del om omvårdnad. I den delen säger Orem att patientens egenvårdsbehov skall mötas av patienten själv, vårdaren eller av båda tillsammans. Vidare anser hon att vårdandet är ett samarbete mellan två eller flera individer och tillsammans skall man möta de universella och individuella kraven på vården. (Orem, 1991)

9.2.1 Dagens situation

Idag äger alla en mobiltelefon, men det tekniska kunnandet och modell på mobilen varierat enligt ålder. Det är ofta yngre, under 35 års ålder, som är tekniskt kunniga och skaffar sig en smarttelefon, medan de äldre nöjer sig med knapptelefoner. Detta gäller även för missbrukarna. (Guarino et al., 2016) Eftersom mobiltelefoner är billiga, anonyma och lättillgängliga är det inte konstigt att de flesta ha dem. Och oavsett ålder och bakgrund är intresset för och användningen av mobila tjänster i mobiltelefonerna stort. (Tofighi et al., 2015)

Trots det stora intresset av mobiltelefoner och –tjänster hos befolkningen, har m-hälsa ännu inte nått sin fulla potential och mera studier behövs för mobila teknologier. Detta gäller för vad som finns åt både missbrukare och resten av befolkningen. (Tofighi et al., 2015)

Fortsatt utveckling av interventioner som inspirerar är viktigast, särskilt för missbrukarna, som kan ha ett litet intresse för det mesta annat. Dessa utvecklingar kan förbättra och förenkla uppföljningen av fortsatt vård, även från andra instanser än den där den ursprungliga behandlingen tog plats. Om dessa interventioner sedan kommer att gälla för en hel vårdorganisation eller om det är en intervention för personligt bruk återstår att se. (Farabee et al. 2013)

I dagens läge forskas det mycket i e-hälsotjänsterna som redan finns och pilotstudier utformas för prövning inom en snar framtid. Men så som det är idag är interventionerna inkonsekventa. Detta p.g.a. att alla tjänster inom e- och m-hälsa skall vara evidensbaserad och uppfylla kriterier för att den skall få lanseras till marknaden. (Cunningham, 2016) Eftersom forskningen inte riktigt hinner med utvecklingen kan det bli diskrepanser mellan forskare och vårdpersonal. Forskningen vill ofta försöka visa på att någonting är bättre än den andra, men så kan man inte göra i det här fallet. Ingen tjänst är bättre än den andra, trots att man kunde tro det. (Frueh, 2015)

Humphris m.fl. (2017) visade på att en bråkdel av missbrukarna inom EU, 1.3 miljoner av 80 miljoner, fick vård år 2012. (Humphris et al. 2017)

9.2.2 Fördelar med e-Hälsa

Teknologiska interventioner överbygger barriärer och är mera kostnadseffektiva och anonyma, jämfört med traditionella tillvägagångssätt. Vidare föreslås det att färdiga mobilpaket bör erbjudas åt klienterna (Tofighi et al. 2015). Dessa mobilpaket skulle innehålla en mobiltelefon och ett abonnemang och detta paket skulle ha en fast, och billig, månadskostnad. På detta sätt förhindrar man konfusion vid kontroll av klientens kontaktuppgifter och vårdpersonalen kan vara säkra på att de får tag på klienten på bestämda tider och vid behov. Detta skulle betyda att även mindre bemedlade invånare kan nås via mobilerna, som det tidigare har varit svårt att göra. (Guarino et al., 2016 & Tofighi et al. 2015))

Bland fördelarna med e-hälsa som märks hos klienterna är att t.ex. telemedicin stärker patienters självförtroende (Molfenter et al., 2015) och att e-hälso-tjänster kan nås av 90% av individer världen över (Humphris et al. 2017).

Teknologi är nyckeln för att e-hälsa skall lyckas inom missbrukarvården. Telepsykologi, som erbjuder t.ex. live videokonferenser, har tagit leveransen av vård till nästa århundrade. Trots att teknologin har gett oss dessa möjligheter, skall man komma ihåg att det är samma vård som levereras på ett nytt sätt. Telemedicin kan likställas med traditionell vård och det skulle kunna arbeta för en snabbare utveckling om psykiatrin skulle få ett samarbete med somatiska vården. Då skulle man i framtida forskningar få rätt svar på när man frågar om telemedicin kan likställas med all traditionell vård. (Frueh, 2015)

Fördelar kan komma att märkas i den mångfacetterade eftervården, eftersom eftervården är viktig och det är ofta där som ett återfall kan ske samt att vårdpersonalen kan tappa kontakten med klienten. (Farabee et al., 2013) Vidare kan en kombination av avvänjningsbehandlingar öka chanserna för att sluta röka med hjälp av interventioner som levereras via bl.a. mobiltelefoner och plattformar på internet. (Hall & Prochaska, 2009)

9.2.3 e-Tjänster som erbjuds

Idag erbjuds bl.a. dubbeldiagnos klienter dialektisk beteende terapi i m-hälsa form. Klienterna har rapporterat ett minskat sug, deras symptom på depression minskade och de fick ett minskat farligt beteende, med andra ord utsatte sig klienterna inte för onödiga risker under vardagen. (Tofighi et al. 2015) När man erbjuder vårdinstanser och kliniker dessa interventioner, är färdiga paket bäst. Det är lättare att få igenom ett godkännande för implementering av interventionen på alla nivåer av systemet med ett färdigt paket. (Molfenter et al. 2015)

Engagemang i verktyg på klinikerna är en prioritet och investering för framtida utveckling. Det är inte endast klienterna som skall använda interventionerna som erbjuds åt dem, utan det är också vårdpersonalen som skall engagera sig i och verkligen

vilja arbeta för att klientens behandling skall lyckas, på alla etapper. Eftersom internet är en sådan stor plattform för informationsdelning lyckas klienter hitta alternativa behandlingar som är godkända i länder utanför det egna landet. Dessa behandlingar har ofta en saftig prislapp på sig och om den alternativa behandlingen inte har forskning bakom sig som kan godtas av klientens egna land, får de dem inte ersatta ekonomiskt. Därför bör det forskas i klienternas investering i alternativa behandlingar, eftersom man gärna skall översätta fungerande verktyg till alla tillgängliga plattformar. (Humphris et al. 2017)

9.3 Begränsningar i missbrukarvården

”Förändring är det enda konstanta.” (Heraclitus, ca 500 f.Kr). Med förändringar följer både gott och ont. När det kommer till missbrukarvården och vården överhuvudtaget finns det ofta begränsningar och barriärer som hindrar en snabbare utveckling eller implementering av någonting nytt. Dessa följer här nedan.

Enligt Orem (1991) är vårdandet en växelverkan och man skall samarbeta för att lyckas med förebyggandet av ohälsa och att lyckas möta krav (Orem, 1991). Med tanke på motståndet eller begränsningarna som stöter emot vid implementering av förändring och nytt, är det svårt att se en växelverkan och ett samarbete i vården.

9.3.1 Vårdens och individuella begränsningar

Majoriteten får inte den vård de behöver p.g.a. begränsade resurser i samhället, vården och individuella barriärer. Bland de begränsade resurserna i vården kan räknas ekonomi, ovilja till att samarbeta och behandlingsprogrammen kan inte erbjuda vård enligt god praxis bl.a. p.g.a. ekonomiska barriärer och personalfrågor. Bland de individuella barriärerna finns rädslan för stigmat som följer en psykiatrisk stämpel och en öppenhet med att man behöver hjälp med sin mentala hälsa, oavsett orsaken. Individen blir märkt av sin krets p.g.a. detta stigma. (Guarino et al. 2016)

Ansvaret för kontakten mellan klient och klinik faller på klienten. Orsaken är okänd, men kan härledas till att bero på den stora klient-till-vårdare kvoten, arbetsstress eller en

ännu okänd orsak. Den regelbundna kommunikationen saknas under behandlingsförloppet, trots att det finns intresse för det från klienterna. Klienterna är öppna för en mer regelbunden kommunikation med sina vårdare på vårdinstanserna. Acceptans och godkännande krävs för interventionerna och den acceptansen och godkännande måste komma från ledningen på vårdinstanserna. (Tofighi et al. 2015)

Andra begränsningar är att kommunikationsverktyg behövs och telemedicin bör bli lättare att integrera. (Molfenter et al. 2015) Det behövs också ett proaktivt synsätt och en längre tids kontakt mellan kliniken och klienterna. I takt med hälso- och sjukvårdsreformerna, har man möjlighet att utveckla nya tjänster som kan bli evidensbaserade, om tankesättet gentemot dessa interventioner kan förändras. (Farabee et al. 2013)

Förtillfället begränsas interventionerna av att de är inkonsekventa. Inkonsekvensen beror på att deras roll i vården och i behandlingarna inte ännu bevisats. (Cunningham, 2016) Som Frueh (2015) konstaterat i sin studie så finns det många begränsningar på system- och individnivå inom psykiatrisk vård. En av orsakerna som tidigare redan nämns är att informations- och kommunikationsteknologin skall vara evidensbaserad, men forskningen hinner inte med utvecklingen. Det viktigaste av allt är att telemedicin är en viktig resurs för de invånarna med olika sorters begränsningar och barriärer, på individnivå men också samhälleliga som sätt upp runt dem. (Frueh, 2015)

10 DISKUSSION

Studien är en del av yrkeshögskolan Arcadas projekt om e-hälsa och just detta tema presenterades åt mig baserat på min erfarenhet i att arbeta med missbrukare under studietiden. Det kändes passande att göra ett djupdyk i vad som verkligen finns att erbjuda åt missbrukarna i e-hälso väg när jag arbetat mycket med dem och fortsätter att göra det även idag på liten ort.

I den här studien var syftet att ta reda på vilka e-hälsotjänster som finns att erbjuda åt missbrukarna idag och samtidigt kontrollera vilka krav som ställs på dem. Som teoretisk referensram valde jag Dorothea Orems teori om egenomsorg, för att få fram hur svårt missbrukarna kan ha med att se till sina dagliga behov och hur de går tillväga ifall de kommer sig för att söka sig till vård. Jag skulle ha velat få fram hur missbrukarna gör för att få reda på vart de kan vända sig, använder de sig av internet och hemsidor för att hitta rätt NA-tjänst eller är det djungeltrumman som är den allmänna informationsvägen.

I min studie framkom det att det idag finns en del e-tjänster som är specifikt utvecklade för att passa missbrukarnas mångfacetterade problematik samt planer på att utveckla mera sådana tjänster. Dock finns det vissa tjänster som endast implementerats i forskningssyfte och sedan tagits bort för att säkerställa resultaten, det är osäkert om dessa tjänster kommer tillbaka ens i en uppdaterad version beroende på vad man fått som resultat. Dessa tjänster är bl.a. uppföljning av substitutionsvård och sidomissbruk genom textmeddelanden, öka varseblivningen om risker i vardagen och förhindrandet av drogrelaterad död. Vidare erbjuds missbrukare samma e-tjänster som den vanliga befolkningen, oavsett sjukdom eller allmänt hälsotillstånd. De e-tjänsterna är hemsidor som uppehålls av organisationer inom missbrukarvården, frivilligorganisationer inom tredje sektorn och statliga organ. På hemsidorna finns information som är till för alla att läsa sig till om de känner sig behöva få veta om någonting specifikt. "Låg tröskel"-tjänsterna erbjuder hjälp åt missbrukarna med t.ex. ifyllning av blanketter för ansökan om sociala stöd och så finns personerna till för missbrukarna, utan fördomar och med öppna armar.

På basis av mitt resultat konstaterar jag att det finns en del e-tjänster specifikt utvecklade för missbrukare men de är ännu få till antalet, p.g.a. att interventionerna skall vara evidensbaserade och forskningen hinner inte med i utvecklingen. Samtidigt är det svårt att implementera redan färdiga interventioner som är evidensbaserade och har en stark grund att stå på, eftersom interventionerna kräver acceptans och godkännande från alla nivåer av vårdinstanserna, från ledningen ner till gräsrotsnivån. Om det sen är av ekonomiska skäl eller ett ointresse för just den interventionen som hindrar

implementeringen är okänt, men det förlänger processen och försvårar möjligheterna att få in nytt på behandlingar snabbt.

Missbrukarna har ofta svårt för att lära sig nytt och ta till sig hur t.ex. smarttelefoner fungerar, p.g.a. förändringarna i hjärnans struktur och funktion, så det kan vara utmanande att utveckla en e-tjänst eller m-tjänst för dem, men inte omöjlig. I min studie kom det fram att majoriteten av missbrukarna är öppna för mobila interventioner. Det är dock inte någonting som skall ignoreras, eftersom missbrukarnas vardag är turbulent och livsfarlig, och de skulle vara i stort behov av en möjlighet till att kunna finna hjälpen som redan existerar. Pamfletter och broschyrer i all ära, men i dagens samhälle är det lättare om informationen tjänsterna är digitaliserad eftersom informationen inte tappas bort, så som den kan göra i pappersform.

Missbrukarna har en del e-tjänster som är utvecklade för dem och kraven som ställs på dessa tjänster är hårda. Trots att tjänsterna finns där är det svårt att få in dem i behandlingarna om vårdinstansens ledning inte håller med om att just den interventionen skulle passa deras etablissemang. Till på det har missbrukarna samma e-tjänster och e-hälsotjänster som resten av befolkningen.

Vad som skulle kunna tänkas att utvecklas är t.ex. en applikation för både mobiler och till webbläsare på datorerna, som fungerar på både smarttelefoner men också ”äldre” telefoner som har internetuppkoppling. I den skulle det finnas information åt klienten om risker med att använda injektionsnålar med andra, information om substitutionsmedicinen som just den klienten har och ha kontaktuppgifterna (telefonnummer, besöksadress och e-postadress) till ”låg tröskel”-mottagningar och andra dygnet runt tjänster. Vidare skulle denna applikation tillåta klienten att vara i kontakt med en vårdare på den vårdinstansen som klienten vårdas på, genom en chatt-/meddelandefunktion i applikationen, men också låta vårdarna ha möjlighet att skicka uppmuntrande meddelanden och påminnelser åt klienten.

11 KRITISK GRANSKNING

I rapporter och uppsatser är uppgiften inte alltid att bidra med ny kunskap eller nya rön inom ett visst ämne. Istället fungerar de som en demonstration av att man tagit och läst till sig i ett ämne och redogör för hur man gick tillväga. Det kan vara rapporter och uppsatser för en utbildning, men även om det inte är så, kan utformningen och innehållet få konsekvenser. Därför bör det finnas riktlinjer som gäller för internationell publicering och dessa skall följas av de som skriver rapporter och uppsatser. (Backman 2004, s. 19–20)

Vid presentationen av resultatet skall forskaren vara objektiv och sakligt föra fram svaren på frågeställningarna som denne lagt fram. Det skall finnas en röd tråd genom resultatet, som sakligt för läsaren genom det som framkommit. Helst skall resultatet vara en kombination av noggrant skriven text, med goda hänvisningar till hur resultatet har med syftet och frågeställningarna att göra. Det ger ett trovärdigt intryck. (Forsberg & Wengström 2003, s. 140–142)

Resultatet på denna undersökning har blivit påverkat av en del faktorer; mängden material var inte tillräcklig och frågeställningarna kunde ha varit specifika för att möjliggöra klarare resultat, detta är den första studien jag utför och resultatet kan därför vara färgad av min oerfarenhet inom flera av forskningsprocesserna. Jag har arbetat utefter bästa förmåga genom att vara så objektiv som möjligt och endast föra fram informationen som har blivit insamlad under detta arbete.

Det som är styrkan i det här arbetet är att det är en början, en grund att vidare bygga på ju längre teknologin och e-hälsotjänsterna utvecklas. Att komma ihåg att missbrukare är en grupp i gruppen är viktigt då deras grundsituation är annan än de individer utan ett beroende och missbruk, men viktigast är ändå att komma ihåg att de också är människor och har samma känslor och rättigheter som alla andra.

Jag skulle önska se att det forskas vidare i vårdens förhållningssätt till missbrukare, se till att det utvecklas specifika e-tjänster och e-hälsotjänster för missbrukarna för att underlätta deras livsfarliga och osäkra vardag och att missbrukarna verkligen får den

hjälp som de behöver och förtjänar. Missbrukare är, icke att förglömma, individer.
Människor.

KÄLLOR

- Aalto, M. *Dubbeldiagnos*. 2009. Päihdelinkki.fi.
<https://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/missbruk-och-mental-halsa/dubbeldiagnos> Hämtad 13.04.2017
- Arcada. 2012, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig:
https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf Hämtad 13.04.2017
- Backman, J. 2004. *Rapporter och uppsatser*, Studentlitteratur, Lund, Sverige. 213 sidor.
- Brownstein, M. J. 1993. A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. Vol 90, s 5391-5393.
- Capon, H. & Hall, W. & Fry, C. & Carter, A. 2016. Realising the technological promise of smartphones in addiction research and treatment: An ethical review. *International Journal of Drug Policy*, nr 36, s. 47-57.
- Coleman, A. & Coleman, M. F. 2013. Activity Theory Framework: A Basis for E-Health Readiness Assessment in Health Institutions. *The Journal of Communication* (Kamla-Raj Enterprises), volym 4, nr 2, s 95-100.
- Computer History Museum, 2017. Timeline of computer history.
<http://www.computerhistory.org/timeline/computers/> Hämtad 17.04.2017
- Cunningham, J.A. 2016. Addiction and e-Health. *Addiction*, volym 111, nr 3, s. 389-390.
- Eysenbach, G. 2001. What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, vol 3, nr 2, e20.
- Farabee, D. & Cousins, S.J. & Brecht, M-L. & Antonini, V.P. & Lee, A.B. & Brummer, J. & Hemberg, J. & Karno, M. & Rawson, R.A. 2013. A Comparison of Four Telephone-based Counseling Styles for Recovering Stimulant Users. *Psychol Addict Behav*. Volym 27, nr 1, s 223-229.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. 2003, *Att görasystematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur, 207 s.
- Forsberg, C & Wengström, Y. 2013, *Att göra systematiska litteraturstudier*, 3 uppl., Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur, 219 s.
- Frueh, C. B 2015. Solving Mental Healthcare Access Problems in the Twenty-first Century. *Australian Psychologist*, nr 50, s. 304–306.

- Graneheim & Lundman 2003. <https://www.researchgate.net/publication/8881380> *Qualitative Content Analysis in Nursing Research Concepts Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness* Hämtad 14.05.2017
- Guarino, H. & Acosta, M. & Marsch, L.A. & Xie, H. & Aponte-Melendez, Y. 2016. A Mixed-methods Evaluation of the Feasibility, Acceptability and Preliminary Efficacy of a Mobile Intervention for Methadone Maintenance Clients. *Psychol. Addict. Behav.* Volym 30, nr 1, s 1-11.
- Gustafsson, S. 1996. *Etik – att handla ansvarigt*. Första upplagan, tryckt i Eskilstuna, Sverige.
- Hall S.M. & Prochaska, J.J. 2009. Treatment of Smokers with Co-Occuring Disorders: Emphasis on Integration in Mental Health and Addiction Treatment Settings. *Annu Rev Clin Psychol*, nr 5, s 409-431.
- Health officers' council of british columbia, 2005. *A Public Health Approach to Drug Control in Canada*. 30 sidor. <http://www.cfdp.ca/bchoc.pdf> Hämtad 24.04.2017
- Heraclitus av Ephesus, ca 500 f.Kr. http://www.ancient.eu/Heraclitus_of_Ephesos/ Hämtad 23.05.2017.
- Holme, I. M. & Solvang B. K. 2001. *Forskningsmetodik, Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur, Lund, Sverige. Andra upplagan.
- Holopainen, A. 2005. *Blandmissbruk*. Päihdelinkki.fi. <https://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/droger-lakemedel-och-ovriga-beroenden/blandmissbruk> Hämtad 19.04.2017
- Holopainen, A. 2005. *Läkemedelsmissbruk*. Päihdelinkki.fi. <https://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/droger-lakemedel-och-ovriga-beroenden/lakemedelsmissbruk> Hämtad 13.04.2017
- Humphris, G. & Carrá, G. & Frisher, M. & Neufind, J. & Cecil, J. Scherbaum, N. & Crome, I. & Baldacchino, A. 2017. Engagement in an e-Health Tool (ORION) predicts opioid-dependent patient likelihood of behavioural change. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, accepterad 14.01.2017, 14 s.
- Hyppönen, H. & Hämäläinen, P & Reponen, J. 2015. *E-health and e-welfare of Finland – check point 2015*. THL. Juventes Print Oy – Tampereen yliopistopaino Oy, Rapport 18/2015, 155 sidor.
- Leeman, L & Hämäläinen, R-M. 2015. *Matalan kynnyksen palvelut*. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke(Sokra). THL.
- Luxton, D. D. & McCann, R. A. & Bush, N. E. & Mishkind, M. C. & Reger, G. M. 2011. mHealth for Mental Health: Integrating Smartphone Technology in

Behavioral Healthcare. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 42, nr 6, s. 505-512.

Molfenter, T. & Boyle, M. & Holloway, D. & Zwick, J. 2015. Trends in telemedicine use in addiction treatment. *Addict Sci Clin Pract*, volym 10, nr 14, 9 s.

NHS England 2016. *Statistics on drug misuse: England 2016*. <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB21159> Hämtad 22.05.2017

Partanen, A. & Kuussaari, K. & Markkula, J. & Forsell, M. & Varis, T. 2016. *Päihdepalvelut*. THL. 7 sidor.

Pingree, S. & Hawkins, R. & Baker, T. & DuBenske, L. & Roberts, L. J. & Gustafson, D. H. 2010. The Value of Theory for Enhancing and Understanding e-Health Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, Volym 38, Nr 1, s. 103-109.

Ramsey, A. 2015. Integration of Technology-based Behavioral Health Interventions in Substance Abuse and Addiction Services. *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol 13, nr 4, s. 470-480

Rippen, H. & Risk, A. 2000. E-Health Code of Ethics (May 24). *Journal of Medical Internet Research*, vol 2, nr 2, e9.

Sairanen, S. 2005. *Opiater – morfin och heroin*. Päihdelinkki.fi <https://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/droger-lakemedel-och-ovriga-beroenden/opiater-morfin-och-heroin> Hämtad 19.04.2017

Sairanen, S. 2009. *Amfetamin och andra stimulantia*. <https://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/droger-lakemedel-och-ovriga-beroenden/amfetamin-och-andra-stimulantia> Hämtad 19.04.2017

Smith, D. E. 2012. Editor's note: the process addictions and the new ASAM Definition of addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, volym 44, nr. 1, s. 1-4.

Socialstyrelsen i Sverige 2016. *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2015*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-26> Hämtad 22.05.2017.

Tammi, T. 2015. *Drogpolitiken I Finland*. Päihdelinkki.fi <https://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/missbruk-i-samhallet/drogpolitiken-i-finland> Hämtad 19.04.2017

THL, 2015. <https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/frekventa-anvandare-av-halsovardstjanster-utnyttjar-ocksa-elektroniska-tjanster> Hämtad 24.04.2017

THL, 2015. *Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2015*. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tammerfors.

- THL, 2016. *Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2016*.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/Paihdelastollinen%20vuosi%20kirja%202016_verkko.pdf?sequence=1 Hämtad 24.04.2017
- Tofighi, B. & Grossman, E. & Buirkle, E. & McNeely, J. & Gourevitch, M. & Lee, J.D. 2015. Mobile phone use patterns and preferences in safety net office-based buprenorphine patients. *J Addict Med*, volym 9, nr 3, s 217-221.
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General. *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs And Health*. Washington, DC: HHS, November 2016.
- Världshälsoorganisationen (WHO), 07.04.1948. <http://www.who.int/about/mission/en/> Hämtad 10.04.2017.
- Världshälsoorganisationen (WHO), 2005. <http://www.who.int/ehealth/about/en/> Hämtad 10.04.2017.
- Österberg, E & Mäkelä, P. 2009. *Alkoholbruket i Finland*. Päihdelinkki.fi. <https://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/alkohol/alkoholbruket-i-finland> Hämtad 13.04.2017