

Hans Fagerström, Lisa Skogens & Ninive von Greiff

Kommuners stöd för anhöriga till personer med substansbruksproblem

– organisering, utbud och konsekvenser

Abstract

Several studies have highlighted differences between significant others of individuals with substance use problems and significant others for other groups. In comparison, the former group are more often subject to stigmatization, blame, and suspicion, and face unique challenges that affect their interactions with the welfare sector and how they are perceived by the public. It has also been noted that this particular group is rarely aware of their rights to support, which can be related to their less prominent presence in policy documents and their lack of association with the terminology used in general support frameworks for significant others. Unlike other groups, the term “codependency” is often used to describe their vulnerability, which has been criticized for pathologizing caregiving behaviors and perpetuating stigmatization.

While previous research emphasizes that these significant others constitute a group with specific conditions and challenges, policy documents for social support to this group are usually generally formulated, and knowledge about the manner and extent to which the group is offered and receives support is limited. This article presents the results of a comprehensive survey on how Swedish social services address adult significant others of individuals with substance use problems. The purpose is to examine how support for this specific group is organized and communicated, as well as to identify which forms of support are prioritized and utilized.

The study’s results highlight that the organization of support significantly impacts access to and design of support for significant others, influencing the dynamics between significant others’ participation and agency, needs, and well-being. The implications of various direct and indirect support forms and interventions for family members are discussed.

Keywords: Significant others, substance use, support, codependency, organization, social services

Hans Fagerström är doktorand i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Lisa Skogens är docent i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Ninive von Greiff är professor i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Inledning

Anhöriga till personer med substansbruksproblem beskrivs i tidigare forskning som en utsatt grupp relaterat till exempelvis våldsutsatthet (McCann m.fl., 2017; Weimand m.fl., 2020; Benishek m.fl., 2011), social isolering (Russell m.fl., 2024; Liahuagen Flensburg m.fl., 2022), finansiell- och emotionell stress (Benishek m.fl., 2011; Maina m.fl., 2021; Olafsdottir m.fl., 2020) och fysiska och psykiska medicinska problem (McCann m.fl., 2021; Orford m.fl., 2019; Nath och Nath 2021; Kumar m.fl., 2021).

Flertalet studier har uppmärksammat skillnader mellan anhöriga till personer med substansbruksproblem och andra anhöriggrupper. Till skillnad från andra anhöriggrupper blir de till exempel ofta föremål för stigmatisering, skuldbeläggning och misstänksamhet (Liahaugen Flensburg m.fl., 2022; Orr m.fl., 2013; Corrigan m.fl., 2009; Løseth m.fl., 2022; Ray m.fl., 2009) och de ställs inför särskilda utmaningar som påverkar deras interaktion med välfärdssektorn och hur de bedöms av allmänheten (Haskell m.fl., 2016; Richert m.fl., 2021; Selbekk m.fl., 2015; Velleman, 2010). Stigmatiseringen av substansbruksproblem medför att anhöriga till personer med dessa problem sällan söker stöd för egen del utan försöker hantera situationen på egen hand (Butler och Bauld, 2005; D'Aniello m.fl., 2022; McCann m.fl., 2017; Ventura och Bagley, 2017). Det har också framkommit att den aktuella anhöriggruppen sällan är medveten om sina rättigheter till stöd för egen del (Fjær och Dyregrov, 2021), vilket kan relateras till att de inte framträder lika tydligt som andra anhöriggrupper i policydokument och inte heller associeras med den terminologi som används i generella anhörigstöd (Orr m.fl., 2013). Till skillnad från andra anhöriggrupper används ofta begreppet medberoende för att beskriva gruppens utsatthet (Vederhus m.fl., 2019), vilket dock kritiserats för att patologisera ett omsorgsbeteende och reproducera stigmatisering (Wilkens och Foote, 2019).

Samtidigt som tidigare forskning framhåller att anhöriga till personer med substansbruksproblem utgör en grupp med särskilda förutsättningar och utmaningar är styrande dokument för samhällsstöd till gruppen oftast generellt utformade och kunskapen om på vilket sätt och i vilken utsträckning gruppen erbjuds och får stöd är begränsad. I föreliggande artikel presenteras resultaten från en totalundersökning av hur svensk socialtjänst adresserar vuxna anhöriga till närstående personer med substansbruksproblem. Syftet är att undersöka hur anhörigstöd är organiserat och kommunicerat, samt vilka former av stöd som prioriteras och används.

Social policy och tillämpning av stöd

I de nordiska länderna har socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård det huvudsakliga ansvaret för att ge stöd till anhöriga till personer med substansbruksproblem medan frivilligorganisationer, som står utanför myndighetsutövningen, i regel agerar som ett komplement till detta stöd (Socialstyrelsen, 2019; Palko, 2021; Social- och häl-

sovårdsministeriet, 2021; Socialstyrelsen, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2012; Norwegian Directorate of Health, 2014). I ländernas policydokument framhålls vikten av att upptäcka och tillgodose behov hos anhöriga som lever med en person med substansbruksproblematik. Anhöriggruppen¹ uppmärksammas som utsatt och i behov av stöd, samtidigt som den ofta särskiljs från andra anhöriggrupper. Ett exempel som illustrerar detta finns i den svenska regeringens nationella anhörigstrategi (Socialdepartementet, 2022a) där anhöriga till personer med substansbruksproblematik inte ingår utan istället behandlas i den nationella narkotikautredningen (SOU, 2023:62), samt ANDTS-strategin vars huvudsakliga innehåll fokuserar på stöd och preventiva insatser för personer med substansbruksproblematik (Socialdepartementet, 2022b). Anhöriggruppen placeras därmed i en kontext av den närståendes problematik snarare än i en roll som formell eller informell vårdgivare med dess betoning på omvårdnad (Twigg och Atkin, 1994). Som en konsekvens av detta utesluts ofta rekommenderade stödformer för andra anhöriggrupper, såsom ekonomiska bidrag eller avlösning (Socialdepartementet, 2022a), som möjliga lösningar för anhöriga till personer med substansbruksproblematik. Detta kan potentiellt bidra till att förstärka stigmatisering och skapa en differentierad behandling av anhöriggruppen.

En del av förklaringen till varför anhöriggruppen särskiljs från andra anhöriggrupper kan beskrivas utifrån substansbruksproblematiken i sig som genomsyrad av ideologiska antagagaden. Dessa antaganden har, genom politisk styrning, haft betydande inverkan på anhöriggruppen. I Sverige, liksom i andra länder (Stevens, 2011), beskrivs sedan 1980-talet en utveckling av välfärdsstaten mot en neoliberal styrelseform där individens ansvar, och därmed familjens och anhörigas ansvar för sitt eget välmående, har fått allt större genomslagskraft (Lindvall och Rothstein, 2006). Tidigare representation av substansbruksproblematik - av åtgärder som syftade till sociala strukturer - har förkastats till förmån för en problemkonstruktion som betonar substanscentrerade tillvägagångssätt med förebyggande åtgärder riktade mot individens beteende. En moralisk diskurs kring droger där individen tilldelas en betydande grad av personligt ansvar dominerar (Törnqvist, 2009). Strukturella och kollektiva lösningar har allt mer ersatts av ansvar hos anhöriga som beskrivs bidra både till problem och lösning. Antaganden om den ideala familjen och aktivt neoliberalt medborgarskap (Devaney, 2017) påverkar föreställningen om anhöriggruppen och hur de positioneras utifrån rådande policydokument samt vilka stödformer som finns till förfogande.

Implementering och tillämpning av anhörigstöd

Anhörigstöd kan definieras utifrån olika aspekter och Winqvist (2016) redogör för hur beviljade insatser kan kategoriseras utifrån direkt eller indirekt stöd. Gemensamt för

1 Avser i fortsättningen, om inget annat anges, anhöriga till personer med substansbruksproblematik.

båda är att insatsen är specifikt ämnad för att tillgodose den anhöriges behov, men att själva insatsen beviljas antingen till den anhörige (direkt) eller den närstående (indirekt). Anhörigstöd, förutom specifika stödinsatser och interventioner, kan också beskrivas som ett familje- eller anhörigperspektiv som verksamheten i fråga behöver bejaka. Det innebär förhållningssätt som inkluderar anhörigas rättigheter till att få ta del av information och, i möjligaste mån, delta i sin närståendes behandling och återhämtning. Detta förhållningssätt uttrycks implicit eller explicit i policydokument såväl i länder i som utanför Norden och vänder sig till yrkesgrupper som interagerar med anhöriga inom offentliga förvaltningar. Begreppet anhörigperspektiv har, till skillnad från familjeperspektiv, en inneboende potential att vara mer centrerat till anhöriga som individer, orelaterat till den närstående, och att betrakta anhöriga som aktörer med beslutsfrihet och egna behov (Socialdepartementet, 2022a). Anhörigperspektivet har också en bredare definition av vilka personer som kan drabbas av närståendes problematik genom att inkludera personer utanför familjen (grannar, kollegor, vänner etc.).

Införandet av så kallade anhörigkonsulenter har varit en del av svenska förvaltningsars strategi för att beakta anhörigas rättigheter. Anhörigkonsulenters främsta uppgift är att ge stöd åt anhöriga och se till att anhörigperspektivet beaktas inom förvaltningen (Alftberg, 2020). Till skillnad från behandlare och socialsekreterare inom individ och familjeomsorgen (IFO), som praktiserar inom exempelvis beroendeheter och även har kontakt med den närstående, är anhörigkonsulenter oftast inte positionerade inom en substansbrukskontext och har i regel inte heller kontakt med den närstående. Anhörigkonsulenters uppdrag är dock att ge stöd åt anhöriga, däribland den aktuella anhörigruppen. Organisering av anhörigstöd, inklusive vilka yrkesroller som ansvarar för stödet, kan därmed ha betydelse för utformning av och innehåll i stöd för anhöriga.

Utöver anhörigstöd som generellt förhållningssätt, tillkommer även rekommenderade interventioner i nationella policydokument. Orford m.fl., (2013) identifierar tre kategorier av psykosociala interventioner som erbjuds för anhöriga till personer med substansbruksproblem: (1) fokus på närståendes behandling där anhöriga deltar, (2) involvering av anhöriga i syfte att motivera närstående att ta emot stöd, (3) specifika interventioner till anhöriga i syfte att utveckla copingstrategier. De två förstnämnda kategorierna framhäver anhörigas delaktighet i insatser riktade till den närstående och ser i förlängningen anhöriga som en möjlig resurs för att stötta den närstående. Den tredje kategorin har dock större fokus på anhörigas egna behov där interventioner tillämpas oberoende av den närståendes mående och deltagande. I Sveriges nationella riktlinjer rekommenderas interventionerna *Al/nar-anon*, *Copings skills training (CST)* och *Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)* för anhöriga till personer med substansbruksproblematik (Socialstyrelsen, 2019). *CRAFT* har fått störst genomslag inom svenska förvaltningar och kan förstås som ett exempel på den andra kategorin, då flertalet studier har kunnat påvisa hur *CRAFT* bidrar till att den närstå-

ende tar emot behandling genom den anhöriges utveckling av kommunikativa och beteendeförändrade strategier (Smith & Meyers 2004; Archer m.fl. 2020). CRAFT har också visat sig ge positiva effekter för anhörigas egna välmående (Merkouris m.fl. 2022) oberoende om den närstående tagit emot behandling eller inte (Hellum m.fl. 2021). De andra rekommenderade interventionerna AI/nar-anon och CST, som i första hand fokuserar på den anhöriges egna copingstrategier utan inslag av motiverande arbete gentemot den närstående, är mindre vanliga (Socialstyrelsen 2019). CRAFT rekommenderas också i andra nordiska länder (Palko, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2012) och kan med dess fokus på anhörigas agerande i förändringsprocessen relateras till ett fokus på individuellt ansvar inom neoliberal politik. Samtidigt är CRAFT exempel på ett inkluderande anhörigperspektiv där anhöriga ges en aktiv roll i sin närståendes substansbruksproblematik. Genom att tillhandahålla verktyg och strategier för anhöriga att påverka närståendes beteende kan CRAFT bibehålla anhörigas roll som agenter för förändring för den närstående. Med andra ord går det att utläsa en komplexitet och ett spänningsfält kring vad ett framgångsrikt anhörigstöd egentligen innebär; å ena sidan förespråkas delaktighet där anhörigas roll värdesätts och betraktas som en resurs vilket kan ge ett indirekt stöd till den anhörige som kan gynna dennes egna behov. Å andra sidan riskerar anhörigstöd att i vissa fall upplevas som att ansvar för förändring förskjuts till anhöriga (Velleman m.fl., 2023) och därigenom förstärka en anhörigroll som förbiser den anhörigas egna behov.

Delaktighet och egna behov

Anhörigstöd är således ett mångfacetterat begrepp och olika perspektiv påverkar hur det implementeras och uppfattas. En uppdelning baserat på anhörigas delaktighet och egna behov kan utläsas från de studier som har undersökt anhöriggruppens tillvaro kopplat till tillgängligt stöd. Att främja delaktighet och applicera ett övergripande familjeperspektiv, där anhöriga involveras i behandlingen tillsammans med närstående och ses som en resurs, representerar en strategi för att skapa ett kvalitativt anhörigstöd. I studier som fokuserat på anhörigstödet utifrån dessa ramar återkommer beskrivningar av hur anhöriga erfar försummelse från professionella och andra välfärdsaktörer samt vårdens individcentrering (Ventura & Bagley, 2017). I Sverige har Richert m.fl (2021) intervjuat föräldrar till personer med substansbruksproblematik och funnit att de, trots betoning på delaktighet i rådande policydokument, fortfarande är sekundära och förbises som resurs. Samtidigt som de exkluderas från planering och insatser, förväntas föräldrar ställa upp i kriser, såsom när den närstående får återfall (ibid). Bristen på delaktighet manifesteras också genom begreppet medberoende, där anhöriga uppmanas att "stänga dörren" för att inte upprätthålla närståendes destruktiva beteende vilket indirekt skuldbelägger andra möjliga copingstrategier för anhöriga (Nordgren m.fl., 2020).

Anhörigstödet har också studerats med inriktning mot ett anhörigperspektiv fokuserat på anhörigas egna inre processer och välbefinnande snarare än enbart möjligheten till delaktighet och inflytande i den närståendes process. Anhörigas önskan om autonomi inkluderar att erkänna och ta hand om sig själva separat från den närståendes behandling (Selbekk m.fl., 2018). Ett stöd som specifikt adresserar den anhöriges behov kan vara särskilt relevant när den närstående och anhöriga inte uppfattar problematiken på samma sätt, när gemensamma familjeinterventioner är svåra att genomföra eller när sekretessbestämmelser hindrar anhörigas deltagande. Stress-strain-coping-support (SSCS) är en modell framtagen av Orford m.fl. (2013), utvecklad för att just fokusera på anhörigas tillvaro och behov där den närståendes problematik, behandling och återhämtning är sekundär. I modellen argumenteras också för att "behandla den drabbade familjemedlemmen som en vanlig person utsatt för en uppsättning allvarligt stressande omständigheter eller förhållanden av motgång" (Orford m.fl., 2013, s. 71, *författarnas översättning*) vilket tar avstånd från diskursen om medberoende och i förlängningen strävar att reducera stigmatisering. Genom att reducera fokus på substansbruksproblematiken kan andra faktorer som påverkar anhörigas välmående framträda (May, 2008; Kumar m.fl., 2021).

Metod

Urval och enkätstruktur

I Sverige har kommunala förvaltningar det primära ansvaret för att tillhandahålla stöd till anhöriga. För att besvara studiens syfte genomfördes därför en enkätundersökning riktad till samtliga 290 kommuner. Enkäten skickades via mail och besvarades elektroniskt. Inom Stockholmsområdet skickades förfrågan till samtliga tolv stadsdelar, då varje stadsdel har en separat förvaltning inom kommunen. Från förvaltningar inkom 215 enkätsvar (74%) och från Stockholm Stads stadsdelsförvaltningar inkom 5 enkätsvar. I resultatet presenteras svaren från totalt 220 förvaltningar och stadsdelsförvaltningar.

Utformningen av enkätfrågor påverkades av de perspektiv som nämns i inledningen och som utgjorde en del av studiens fokus, men också av en strävan efter öppna och breda frågor för att möjliggöra rika och nyanserade svar. Enkäten innehöll 32 frågor om förvaltningarnas organisering av stöd för vuxna anhöriga till personer med substansbruksproblem, däribland frågor om vilka stödformer förvaltningen erbjuder (både indirekt och direkt stöd), kriterier för tillgång till kommunens anhörigstöd, vilken/vilka yrkesroller som tillämpar stödet och informationsspridning. Vidare innehöll enkäten påståenden med avsikt att belysa anhörigas delaktighet alternativt distansering gentemot den närståendes behandling och kontakt med förvaltningen. Både en- och flervalsoalternativ användes och vissa frågor tillät också fritextsvar.

Datainsamling

Innan utskick testades enkäten i omgångar av sammanlagt sju anhängkonsulenter eller behandlare som arbetade med aktuell målgrupp. Frågorna diskuterades och mindre revideringar av enkäten genomfördes under en process med syfte att säkerställa enkätfrågornas anpassning till förvaltningarnas organisation, användbarhet för att utforska ämnet och att frågorna kunde besvaras av tilltänkta respondenter. Återkommande feedback handlade om frågor som berörde förvaltningens organisering av anhängstödet.

Kontaktuppgifter till tilltänkta respondenter söktes via kommunernas hemsidor. Testfasen och sökningen på hemsidor visade stora variationer gällande vilka yrkesroller och enheter som ansvarade för anhängstödet och därmed var lämpade att besvara enkäten, vilket behandlas i resultatavsnittet. Hos förvaltningar vars hemsidor angav kontaktuppgifter riktade till anhäng till personer med substansbruksproblem, skickades enkäterna primärt till dessa e-postadresser. Om ingen information om anhängstöd fanns, skickades enkäterna till förvaltningens centrala e-postadress. Vid oklarheter avseende ansvar för aktuell anhänggrupp skickades enkäten till flera e-postadresser inom samma förvaltning med information i utskicken att endast en enkät skulle besvaras. I bifogat informationsbrev betonades att enkäten skulle besvaras av den yrkesroll vars arbetsuppgifter inkluderade stöd till aktuell anhänggrupp. Då enkätfrågorna hade både organisatoriska och tillämpade aspekter informerades även om att flera yrkesroller inom samma förvaltning kunde svara på enkäten vid behov.

Totalt skickades tre påminnelser under en 30-dagarsperiod till de förvaltningar som inte svarat. Återstående förvaltningar kontaktades per telefon för att säkerställa att enkäterna hade kommit till rätt person och enhet, vilket resulterade i ytterligare några enkätsvar. Med tanke på att enkätens frågor hade anpassats för att så bra som möjligt spegla Sveriges kommunsstruktur, observerades en potentiell risk för missuppfattning bland de respondenter som tillhörde stadsdelsförvaltningarna i Stockholm. Stockholms förvaltningar fick därför besvara enkäten muntligt via telefon för att säkerställa att svaren blev jämförbara med övriga förvaltningar i landet.

Bortfall

I samband med att de förvaltningar som inte besvarat enkäten kontaktades per telefon framkom att det i vissa fall rådde osäkerhet bland respondenterna kring vem som skulle besvara enkäten, eftersom frågorna både hade en organisatorisk och praktisk inriktning. Denna osäkerhet kan vara en orsak till det externa bortfallet. En annan möjlig förklaring är att vissa förvaltningar delegerar sitt anhängstöd till grannkommuners förvaltningar. Även om enkätfrågorna utformades för att inkludera sådana förvaltningar, kan det inte uteslutas att bortfallet beror på förvaltningarnas uppfattning att frågorna inte passar deras specifika organisation. Enkätens digitala utform-

ning innebar att respondenterna behövde besvara alla frågor innan de kunde skicka in enkäten vilket omöjliggjorde internt bortfall.

Analys

Enkätsvaren bearbetades i statistikprogrammet Stata. Inledningsvis granskades variablernas frekvensfördelning för att få en översikt av respondenternas svar och göra en inledande tolkning av insamlat datamaterial. Bivariat analys genomfördes för sambandet mellan yrkesroll (anhörigkonsulent, behandlare, socialsekreterare och enhetschef) och uppfattning gällande anhörigstödet omfattning (vilka som anses omfattas av anhörigstöd, antingen enbart inom eller inom och utom familj- och släktrrelationer). Yrkesrollernas uppdelning dikotomiserades till yrkeskategorierna; inklusive anhörigkonsulent (innebär att anhörigkonsulenter besvarat hela eller större delen av enkäten) och exklusive anhörigkonsulent (innebär att behandlare, socialsekreterare och/eller enhetschefer besvarat enkäten). Samma uppdelning och analys av yrkeskategorierna utfördes angående påståenden som anses gynna den anhörigs situation, inklusive aspekter som den anhöriges deltagande eller begränsning i den närståendes ärende inom förvaltningen. Syftet med de bivariata analyserna var att fånga eventuella mönster eller samband mellan yrkesroller och synen på anhörigstöd inom förvaltningen.

Fritextsvaren sammanställdes och tematiserades översiktligt i syfte att ge fördjupade kvalitativa insikter till de kvantitativa sammanställningarna av respondenternas svar.

Etik

Projektet är etiskt godkänt av Etikprövningsmyndigheten, dnr 2021-06165-01 respektive 2022-06087-02.

Avgränsningar

Det är värt att notera att studien avsiktligt har begränsats till kommunala förvaltningars verksamhet och därmed exkluderat en omfattande diskussion om sjukvårdens och frivillighetsorganisationers betydelse, trots deras viktiga roll i stödet för målgruppen. Att inkludera dessa aktörer skulle ge en mer holistisk förståelse av det övergripande stödet till anhöriggruppen. Studien har genomförts i Sverige med fokus på anhörigstöd inriktat på den vuxna målgruppen, vilket innebär att eventuella specifika dynamiker och behov hos barn i anhörigrollen inte ingår.

Resultat

Under rekryteringen av respondenter noterades det via information som tillhandahölls på respektive förvaltningars webbplatser att flera förvaltningar hade valt att konsolidera allt anhörigstöd, oavsett om det gällde problem relaterade till substansbruksproble-

matik, äldreomsorg, psykisk ohälsa eller liknande, till en särskild enhet eller ett anhörigcenter bemannat av anhörigkonsulenter. Andra hänvisade anhöriga till personer med substansbruksproblem direkt till Individ- och familjeomsorgen (IFO) eller specifikt till beroendeenheten och respektive behandlare. Vissa förvaltningars websidor beskrev inte någon särskild enhet för anhörigstöd vid substansbruksproblem, istället uppmanades anhöriga att ta kontakt med förvaltningen genom deras centrala kontaktväxel.

Information om anhörigstöd

I tabell 1 redovisas hur information om anhörigstöd förmedlas till kommunens invånare. En stor del av förvaltningens information gick att finna på respektive hemsida men åtta procent av förvaltningarna uppgav att de saknade information specifikt riktad till den aktuella anhöriggruppen. Hemsidorna var också den mest förekommande kanalen för information om anhörigstöd; stödutbud, hänvisningar till övriga aktörer och information på andra språk. Broschyrer var det näst vanligaste kommunikationsmediet, där knappt en tredjedel av förvaltningarna saknade information riktad mot den aktuella anhöriggruppen.

Ytterst få förvaltningar tillhandahöll information på annat språk än svenska. Förvaltningarnas hemsidor var den vanligaste plattformen för att tillhandahålla information på andra språk, även om det endast gjordes av 10 procent. Endast mellan 1 och 18 procent av förvaltningarna angav att de på något sätt förmedlade information om stöd från externa aktörer.

Tabell 1. Frekvenstabell (och procent) av informationskanaler för anhörigstöd hos förvaltningarna, n=220.

Informationstyp	Kommunens hemsida	Affischer	Broschyrer	Sociala medier	Annonser/ lokaltidning
Ingen information spec. riktad till anhöriggruppen finns på...	17 (8)	141 (64)	68 (31)	110 (50)	166 (75)
Att stöd finns inom förvaltningen anges på...	127 (58)	43 (20)	96 (44)	68 (31)	35 (16)
Vilket stöd som erbjuds anges på...	141 (64)	58 (26)	108 (49)	82 (37)	35 (16)
Info. om stöd från andra aktörer finns på...	40 (18)	12 (5)	18 (8)	14 (6)	2 (1)
Info. på andra språk än svenska finns på..	23 (10)	3 (1)	15 (7)	2 (1)	1 (0,5)

Stödutbud

Stödjande samtal var den vanligaste direkta stödformen och utifrån fritextsvar framkom att det handlade om information, vägledning och enskilt förberedande stöd för att vid senare tillfälle kunna delta i gruppsamtal. Cirka hälften av förvaltningarna erbjöd CRAFT, ungefär en tredjedel erbjöd utbildningar/föreläsningar och lika många erbjöd 12-stegsinspirerade program. Andra stödformer som förekom var mötesplatser, juridiskt stöd, CST och ekonomiska medel. 29 förvaltningar fyllde i "annat", flertalet av dessa beskrev insatser utformade efter Carina Bångs manual, ett verktyg framtaget av en certifierad CRAFT-terapeut, kodare och handledare (Socialstyrelsen 2022). Andra stödformer som respondenterna angav var "behovsanpassade stödgrupper", egenhändigt utformade program med inslag av Kognitiv beteendeterapi (KBT), Motiverande samtal (MI), CRAFT och/eller 12-stegsprogram.

I tabell 2 redovisas fördelning av förvaltningarnas utbud av direkt stöd uppdelat på om de sker enskilt eller i grupp. Nästan samtliga förvaltningar erbjöd enskilda samtal till den aktuella anhöriggruppen (206 förvaltningar, 94%). Var femte förvaltning (20%) uppgav att deras enskilda stöd enbart bestod av stödjande samtal, medan övriga förvaltningar uppgav att det enskilda stödet inkluderade flera olika stödformer (ej i tabell). Gällande gruppsamtal erbjöd drygt två av tre förvaltningar detta (153 förvaltningar, 70%). Bland de resterande 30 procent som inte erbjöd gruppsamtal uppgavs i fritextsvaren att avtal fanns med annan kommun/verksamhet som erbjöd denna stödform, att anhöriga hänvisades till frivilligorganisationer eller sjukvården utanför förvaltningens regi, att efterfrågan var för låg eller att det planerades att starta upp en stödgrupp i framtiden.

Tabell 2. Frekvenstabell (antal och procent) av direkt anhörigstöd som förvaltningarna erbjuder enskilt eller i grupp, n=220.

Stödformer	Enskilt (%) n=206	I grupp (%) n=153
Stödsamtal*	193 (88)	-
12-stegsinspirerade program	49 (22)	51 (23)
CST	5 (2)	4 (2)
CRAFT	107 (49)	84 (28)
Utbildning/föreläsningar	59 (27)	52 (24)
Juridiskt stöd	12 (5)	4 (2)
Ekonomiskt stöd*	5 (2)	-
Mötesplatser*	-	38 (17)
Annat	29 (14)	40 (18)
Erbjuder ej stöd	14 (6)	67 (30)

*Svarsalternativ som inte förekom både enskilt och i grupp.

Tillämpning av stöd

Yrkesgruppen behandlare var den yrkeskategori som mest frekvent tillämpade direkt anhörigstöd. Dessa behandlare var även främst inriktade mot substansbruksproblematik (tabell 3). Utifrån att denna yrkesroll i regel är verksam inom IFO och tillhörande öppenvård visar detta på att den aktuella anhöriggruppen kommer i kontakt med IFO i större utsträckning än via anhörigkonsulenterna eller någon annan enhet inom förvaltningen. Detta indikerar i sin tur att den aktuella anhöriggruppen främst blir bemött utifrån den närståendes aktuella substansbruksproblematik, och i mindre utsträckning utifrån den generella rollen som anhörig. I tabell 3 framgår också att det är ytterst få anhörigkonsulenter som är specialiserade på substansbruksproblem, denna yrkesroll möter snarare anhöriga med olika former av problematik. Av de 14 procent som hade svarat "annat", framkom i fritextsvaren att både behandlare och anhörigkonsulenter tillämpade direkt stöd. En av anledningarna till att flera yrkesroller tillämpar det direkta anhörigstödet kan möjligen förklaras utifrån en anhörigkonsulents fritextsvar som beskrev att anhöriga har uppgett att de avstår från/undviker att gå till öppenvården då de inte vill träffa andra på grund av risken att träffa någon de känner, eller känner sig allmänt obekväma att besöka en lokal som associeras till substansbruksproblematik.

Tabell 3. Fördelning av yrkeskategorier som tillämpar direkt anhörigstöd, n=220.

Vem tillämpar direkt anhörigstöd?	Antal	Procent
Anhörigkonsulent - specialiserad mot substansbruksproblem	11	5
Anhörigkonsulent - ej specialiserad mot substansbruksproblem	31	14
Behandlare - specialiserad mot substansbruksproblem	129	59
Behandlare - ej specialiserad mot substansbruksproblem	18	8
Annat	31	14
Totalt	220	100

Organisering

En indikation på organiseringen av stöd till anhöriga till personer med substansbruksproblem kan uttolkas utifrån vilken yrkesroll som besvarade enkäten. Behandlare var den yrkesroll som rapporterades av majoriteten av respondenterna (47%), följt av enhetschef (31%), anhörigkonsulent (29%) och socialsekreterare (8%). 15 procent av förvaltningarna svarade två eller fler av alternativen, till exempel anhörigkonsulent

och behandlare eller socialsekreterare och enhetschef. Utöver tolkningen att flera olika personer inom förvaltningen gemensamt hade svarat på samma enkät, är det möjligt att vissa respondenter identifierat sig med flera yrkesroller.

Uppdelningen av yrkesrollerna *inklusive* och *exklusive anhängkonsulenter* genomfördes baserat på deras olika ansvarsområden och verksamhetskontexter inom förvaltningarna. Inom IFO är det behandlare, socialsekreterare och enhetschefer som huvudsakligen fokuserar på att tillhandahålla stöd för personer med substansbruksproblem. Anhöriga hänvisas primärt till denna enhet och stödet kan innefatta involvering av närstående. Anhörigkonsulentens yrkesroll klassificeras utanför denna kontext då deras huvudsakliga uppdrag är att erbjuda stöd till anhöriga och samtidigt bevaka anhörigperspektivet inom förvaltningen. Baserat på yrkesgruppernas svar observerades variationer i tillgängligheten av anhörigstöd inom olika förvaltningar (se Tabell 4). Det noterades att var tredje förvaltning angav att anhörigstödet enbart omfattade personer inom familj och släkt, vilket avviker från den bredare definitionen enligt gällande lagstiftning i Sverige (Prop 2008/09:82). Bland respondenterna som höll sig till den mer snäva definitionen, saknade drygt två femtedelar (42%) representation av anhängkonsulenter och utgjordes istället av behandlare, socialsekreterare och/eller enhetschefer. Endast drygt en tiondel (12,5%) av de respondenter som hade en anhängkonsulent representerad använde den mer snäva definitionen. Samband mellan yrkesgrupp och tolkning av anhörigstöd var statistiskt signifikanta.

Tabell 4. Korstabell. Antal (och procent) som omfattas av anhörigstöd inom förvaltningen, n=220. Pearsons's X²-test om anhängkonsulent har svarat eller ej. n=64 för anhängkonsulenter inkluderat; n=156 för anhängkonsulenter exkluderat.

	Inom familj och släkt	Inom och utom familj och släkt	Totalt
Exkl. anhängkonsulent	65 (42)*	91 (58)*	156 (100)
Inkl. anhängkonsulent	8 (12,5)*	56 (87,5)*	64 (100)
Totalt	73 (33)	147 (67)	220 (100)

* $p < 0.001$.

Delaktighet och begränsning

Förvaltningarnas syn på vad som bäst skulle gynna den anhöriges situation i kontakt med förvaltningen redovisas i tabell 5. Resultaten indikerar att delaktighet i den närståendes ärende inom förvaltningen prioriteras (65%) framför begränsning i syfte att den anhörige fokuserar på sig själv (25%). Bland de respondenter som inte inkluderade anhängkonsulenter är andelen som prioriterar delaktighet lägre (58%) jämfört med gruppen som inkluderade anhängkonsulenter (80%). Sambandet mellan del-

aktighet och yrkeskategori var statistiskt signifikant. Även om fördelningen avseende delaktighet tenderar att skilja sig åt mellan dessa två yrkeskategorier, är dock fördelningen jämt fördelad avseende påståendet om begränsning för den anhörige.

Tabell 5. Korstabell. Antal (och procent) svar på påstående om delaktighet och/eller begränsning främjar den anhöriges situation. n=220. Pearsons's χ^2 -test om anhängigkonsulent har svarat eller ej. n=64 för inkluderat anhängigkonsulenter; n=156 för exkluderat anhängigkonsulenter.

Delaktighet (beslut, insatser, planering och genomförande som berör den närstående) ¹	Ja	Nej	Total
Exkl. Anhörigkonsulenter	91 (58)*	65 (42)*	156 (100)
Inkl. Anhörigkonsulenter	51 (80)*	13 (20)*	64 (100)
Totalt	142 (65)	78 (35)	220 (100)
Begränsa anhöriges insyn hos den närståendes ärende i syfte att fokusera på sig själv ²			
Exkl. Anhörigkonsulenter	41 (26)	115 (74)	156 (100)
Inkl. Anhörigkonsulenter	14 (22)	50 (78)	64 (100)
Totalt	55 (25)	165 (75)	220 (100)

* $p < 0.003$

¹ Respondenten har ombetts att markera alternativ som denne anser skulle gynna den aktuella anhängiggruppens situation i kontakt med förvaltningen (flera svarsalternativ möjliga): "Ja" avseende "Delaktighet" innebär att respondenten markerat ett eller båda påståendena: Delaktighet för anhöriga gällande beslut och insatser som berör den närstående, Delaktighet för anhöriga gällande planering och genomförande som berör den närstående.

² Respondenten har markerat påståendet "Begränsa anhöriges insyn hos den närståendes ärende i syfte att fokusera på sig själv" som det alternativ som denne anser skulle gynna den aktuella anhängiggruppens situation i kontakt med förvaltningen.

Totalt 52 förvaltningar kompletterade sina svar om delaktighet och begränsning med fritextsvar. En övervägande majoritet beskrev att frågan om vad som är mest gynnande för den anhörige är helt beroende på sammanhang och situation, vilket exemplifieras nedan av en enhetschef inom förvaltningen.

(...) Utgångspunkten i vårt arbete är att stödet måste ges individanpassat utifrån kontext och behov. I många ärenden är det en fördel när anhängig kan ha en aktiv roll i närståendes återhämtningsprocess och det blir ett samspel som gynnar. I andra fall kan behov av att anhängig ges utrymme att fokusera på sig själv och sitt sätt att hantera situationen för att öka det egna psykiska måendet alternativt genom det vara ett stöd i närståendes återhämtning (...). Detta kan förändras över tid och upplägget anpassas. (Enhetschef A)

Majoriteten av förvaltningarna uttryckte att delaktighet var en viktig aspekt för att skapa gynnande förutsättningar för den anhörige. Bedömningen av huruvida delaktighet är fördelaktigt förankrades dock utifrån olika faktorer och förutsättningar. Flertalet respondenter hänvisade till samtycke och sekretessbestämmelser som avgörande i bedömningen;

Delaktigheten bygger självklart på att samtycke från klienten/individ, att denne anser att det är okej med en anhörig som har insyn och får vara delaktig. I de fall samtycke ges är det enligt mig en stark framgångsfaktor och trygghet. (Behandlare 1)

I andra fritextsvar var dock den anhöriges personliga förutsättningar avgörande för möjligheten till deltagande, oberoende av sekretessbestämmelser. För mycket delaktighet kan leda till försämring hos den anhöriges situation och mående;

Anhöriga vill ju gärna ha insyn och delaktighet gällande den närståendes beslut och genomförande. Men samtidigt är det en problematik som finns inom den egna problematiken för den anhörige, medberoendet som inte alls gynnas av insyn och delaktighet många gånger för då är det fortsatt fokus på den närstående. (Enhetschef B)

Samtidigt kunde delaktigheten även tolkas som ett verktyg till att den anhörige kunde "släppa kontrollen" och därmed förbättra sin egna situation;

Som anhörig är det viktigt att den närstående får stöd och hjälp och att de anhöriga får vara delaktiga så att de kan släppa kontrollen (Behandlare 2)

Diskussion

Studien visar att anhöriggruppen positioneras organisatoriskt och bemöts främst utifrån den närståendes problematik och att stödet i regel tillämpas av yrkesgrupper som arbetar specifikt med substansbruksproblem. En betydande del av stödet till anhöriggruppen bygger på interventioner som till en högre grad fokuserar på anhörigas engagemang i den närståendes behandling. CRAFT, som i större utsträckning än andra förekommande interventioner inkluderar ett motiverande arbete gentemot den närstående, har fått betydande genomslag inom förvaltningarnas anhörigstöd. Få förvaltningar tycks aktivt sprida information via sina kommunikationskanaler och i synnerhet på andra språk än svenska. Studien synliggör även utmaningar gällande implementeringen av ett anhörigperspektiv då yrkesrollen tenderar att vara en indikator på vilka som omfattas av förvaltningens anhörigstöd. Studien är genomförd i en svensk kontext men resultaten torde ha relevans även för andra kontexter då riktlin-

jer och policydokument i andra länder ofta följer liknande modeller och strukturer. Nedan diskuteras den komplexa positioneringen av anhöriggruppen samt delaktighet i den närståendes process kontra fokus på den anhöriges egna behov inom ramen för anhörigstöd, med särskild betoning på hur olika stödformer påverkar anhöriggruppens möjligheter till autonomi och välbefinnande.

Placering och ansvar

Den aktuella anhöriggruppen separeras från andra anhöriggrupper i policydokument (Socialdepartementet, 2022a) och föreliggande studie tyder på liknande uppdelning inom förvaltningarna genom att kommunernas anhörigstöd för den aktuella gruppen i första hand delegeras till behandlare inom IFO eller öppenvård specialiserad på substansbruksproblem och i andra hand till generella anhörigkonsulenter. Det går att argumentera för fördelarna med ett specialiserat stöd där tjänstepersoner besitter goda kunskaper om den närståendes problematik. Denna tillämpning inkluderar anhöriga inom samma enheter som närstående, vilket i sig möjliggör att anhöriga synliggörs och blir delaktiga i närståendes behandling (Alftberg, 2020). Det kan också utgöra ett hinder för den anhörige att söka hjälp med tanke på den utbredda stigmatisering som anhöriga upplever kopplat till substansbruksproblem (Liahaugen m.fl., 2022; SOU, 2023:62).

Den generella synen på substansbruksproblem, med fokus på individens attityder och en moralisk diskurs (Törnqvist, 2009), riskerar att hålla anhöriga som ansvariga för sin närståendes problematik. Oavsett om anhöriga betraktas som orsak och/eller lösning på substansbruksproblematiken, riskerar placeringen av anhöriga inom beroendeenheter att reducera dem till enbart en förlängning av den närståendes problematik. Den anhörige blir därmed beroende av progressionen hos den närståendes problematik och ställs inför förväntningar att ta ansvar för den närståendes beteende samt begränsar möjligheten att vid behov frigöra sig från den närstående. Det personliga ansvaret kopplat till substansbruksproblematiken kan leda till en förenkling av ett socialt problem som bortser från andra intersektionella aspekter. Exempelvis framställs kvinnor som centrala för att hålla ihop familjerelationer (May, 2008), samtidigt som kvinnor löper stor risk att bli utsatta för fysiskt våld av en närstående med substansbruksproblem (Huhtanen och Tigerstedt, 2012). Detta kan leda till att kvinnor blir *doubly disempowered* (Orford m.fl., 2013, s 73). En anhörigkonsulent, eller annan tjänsteperson som tillämpar anhörigstöd som fokuserar på individen, utanför substansbruksproblematikens ramar, kan troligen uppmärksamma den anhöriges roll på ett annat sätt. Med dessa förutsättningar finns också potential att betrakta anhöriggruppen som omsorgsgivare eller informella vårdgivare (Twigg och Atkin, 1994) som i dagsläget inte associeras med anhöriga till personer med substansbruksproblem (Orr m.fl., 2013). Detta öppnar möjligheter för insatser med annat fokus än

substansbruksproblematiken som syftar till att anpassa och underlätta för anhörigas vardag. Ekonomiskt stöd, som enligt nationella policydokument är en fundamental stödform för andra anhöriggrupper (Socialdepartementet, 2022a) och som enligt denna studie endast erbjuds i mycket begränsad omfattning till anhöriga till personer med substansbruksproblem, är ett sådant exempel (Benishek m.fl., 2011).

Anhörigstöd vs familjestöd

Även om föreliggande studie i huvudsak har fokuserat på förvaltningarnas direkta anhörigstöd, finns indikationer på hur förvaltningarna har implementerat ett generellt anhörigperspektiv som värnar om den anhöriges rättigheter (Socialdepartementet, 2022a). Anhörigkonsulenter tenderar att definiera anhöriga som både inom och utom familj och släkt i högre utsträckning än övriga yrkesroller. Behandlare inom IFO, som dessutom till störst del tillämpar anhörigstödet för anhöriggruppen, är däremot mer benägna att begränsa anhöriggruppen till endast familj och släkt vilket står i strid med gällande lagstiftning (Socialstyrelsen, 2019). Även om forskningen på området till stor del använder (*affected*) *family members*, har dock begrepp som *affected others* och *concerned significant others* blivit allt mer etablerade begrepp i syfte att bredda definitionen av vilka anhöriga som kan påverkas av den närståendes substansbruksproblematik (Berg m.fl., 2022; Merkouris m.fl., 2022; Timko m.fl., 2022). Föreliggande studie pekar på att trots den bredare definitionen av anhöriga i policydokument (och även på kommunala hemsidor), utgör implementeringen av anhörigperspektivet en utmaning för verksamheterna som riskerar att utelämna vissa anhöriggrupper i behov av stöd. Detta behöver inte innebära att dessa yrkesroller aktivt stänger dörren för dessa anhöriga, men indikerar att anhöriga uppmärksammas utifrån vilken relation de har till den närstående. Att anhörigstödet i regel endast informeras på svenska inom förvaltningarnas kommunikationskanaler, kan utgöra ytterligare exempel på varför anhöriggruppen fortfarande rapporterar om otillgängligt stöd (Fjær och Dyregrov, 2021). Baserat på resultaten finns det skäl att tro att information till anhöriga om deras rätt till anhörigstöd ges först när deras närstående blir aktuell inom socialtjänsten.

Stödformernas inverkan på delaktighet och egna behov

I likhet med Socialstyrelsens (2019) kartläggning om tillämpade stödformer, visar studien att CRAFT är den vanligaste interventionen för direkt stöd till anhöriga. Denna stödform har i tidigare forskning kategoriserats som ett exempel på den andra typen av psykosociala interventioner för anhöriga till personer med substansbruksproblem där den anhörige involveras för att motivera den närstående till behandling (Orford m.fl., 2013). Även om CRAFT uttryckligen även syftar till att stärka den anhöriges välmående (Smith & Meyers, 2004), är det framför allt effekten på

den närståendes benägenhet att söka behandling som har fått störst empiriskt stöd (Roozen m.fl., 2010; Archer m.fl., 2020) – något som kan bidra till att stödformen i praktiken tillämpas med just detta som huvudsakligt fokus. Till skillnad från stödformer som CST och Al-Anon, innehåller CRAFT ett mer explicit fokus på relationen mellan anhörig och närstående, särskilt genom kommunikationsstrategier. Även om detta efterfrågas hos anhöriga (Hellum m.fl., 2021), finns en risk att stödet i praktiken orienteras mot den närståendes förändring. För att anhörigstödet ska förbli relevant för olika behovssituationer, är det viktigt att stöd även ger utrymme för den anhöriges egen återhämtning – särskilt när relationen är konfliktfylld eller förändring hos den närstående är begränsad. Här krävs särskild lyhördhet för hur anhöriga själva upplever sin roll i relationen och vilken typ av förändring de själva har kapacitet och motivation att delta i.

Perspektiv på delaktighet och egna behov inom mindre vanliga interventioner

Föreliggande studie belyser komplexiteten med anhörigstöd och avvägningen mellan delaktighet och distansering framträder som en central utmaning. I studien var anhörigkonsulenterna mindre restriktiva i ställningstaganden angående delaktighet än övriga yrkesroller. En möjlig tolkning är en större flexibilitet hos anhörigkonsulenter i bedömningen av vad som anses vara gynnsamt för anhöriga i interaktionen med förvaltningen. Den övergripande tolkningen av studiens resultat är att delaktighet i regel ses som det slutgiltiga målet i anhörigstödet, vilket också är det huvudsakliga bidraget i den första och andra typens psykosociala interventioner för anhöriggruppen (Orford m.fl., 2013). Selbekk m.fl., (2015) har studerat relationen mellan stödform till anhöriggruppen och definitioner av fenomenet substansbruksproblematik. I studien jämförs två olika modeller; SSCS-modellen som ser substansbruksproblematik som ett psykologiskt fenomen med sociala konsekvenser samt SE-modellen som snarare arbetar inom en social ontologi och betonar substansbruksproblem som något som utvecklas i en social värld, i relationer, system och samhällen. SSCS modellen erbjuder inte specifika verktyg att fokusera på relationen mellan anhöriga och närstående, utan är snarare inriktad på att stödja och stärka anhörigas copingstrategier för att främja eget välbefinnande (Orford m.fl., 2010). Denna modell kan uppfattas ha en närmare anknytning till en behavioral approach som är associerad med interventioner såsom kognitiv beteendeterapi (Smith och Estefan, 2014). Likheter finns även med interventionen CST som fokuserar på anhörigas egna rollmönster och copingstrategier (Socialstyrelsen, 2019), men som väldigt få förvaltningar enligt denna undersökning tillämpar. SE-modellen är dock mer besläktad med *family system approach* /*family disease approach* (Smith och Estefan, 2014) där det snarare är relationen mellan anhörig och närstående som bör ligga i fokus för att för-

bättra den anhöriges situation. Vid första anblicken kan SE-modellen tolkas som ett försök att närma sig ett anhörigperspektiv och utgöra en motreaktion mot ett tidigare individcentrerat fokus, där anhöriga riskerar att bli bortglömda. Här betraktas ett kvalitativt anhörigstöd i enlighet med tidigare studier som förespråkar den anhöriges delaktighet i behandlingen snarare än att betrakta anhöriga som sekundära och exkluderade (Richert m.fl., 2021; Ventura och Bagley, 2017). Modellen kan också tolkas som ett sätt att främja ett familjeperspektiv där den anhörige ses som en del av lösningen, men utan att för den delen uppmärksamma den anhöriges rätt till stöd för egna behov. Genom att framhäva den anhörige som en resurs och en aktiv del av lösningen, till exempel genom att motivera den närstående till behandling, finns en risk att den anhörige inte ges utrymme för självbestämmande utan istället förväntas primärt stödja den närståendes process. Detta relaterar till en neoliberal syn på substansbruksproblematik där ansvar läggs på individ och familj (Törnqvist, 2009; Devaney, 2017). Denna syn, där individen i betydande grad tillskrivs ett personligt ansvar riskerar att förstärka stigmatisering.

Slutsatser

Det förefaller centralt att balansera mellan att främja anhörigas delaktighet samtidigt som deras egna behov och välbefinnande uppmärksammas och prioriteras. Föreliggande studie återspeglar denna avvägning och uppmärksammar att stödets organisering och vem som tillhandahåller stöd har betydelse för tillgång till och utformning av stöd till anhöriga. Föreställningar och uppfattningar om anhöriga till personer med substansbruksproblem bland yrkesverksamma som tillhandahåller stöd behöver utforskas och vidare, hur dessa föreställningar kan förstås utifrån de stödformer som finns tillgängliga för anhöriggruppen.

Referenser

- Alftberg, Å. (2020). *Anhörigkonsulenters uppdrag och arbete: Rapport från en forskningscirkel om stöd till anhöriga och kunskapsbehov*. Malmö universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Archer, M., Harwood, H., Stevelink, S., Rafferty, L., & Greenberg, N. (2020). Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: A systematic review. *Addiction*, 115(6), 1024–1037. <https://doi.org/10.1111/add.14901>
- Benishek, L. A., Kirby, K. C., & Dugosh, K. L. (2011). Prevalence and Frequency of Problems of Concerned Family Members with a Substance Using Loved One. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(2), 82–88. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.54>
- Berg, K., Petersson, F., & Skärner, A. (2022). Keeping concerned significant others at a distance in compulsory treatment for people with substance use in Sweden. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29(2), 121–129. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1889466>
- Butler, R., & Bauld, L. (2005). The Parents' Experience: Coping with drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(1), 35–46. <https://doi.org/10.1080/0968763042000275308>
- Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., & O'Shaughnessy, J. (2009). The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction: Findings from a Stratified Random Sample. *Journal of Social Work*, 9(2), 139–147. <https://doi.org/10.1177/1468017308101818>
- D'Aniello, C., Tambling, R., Smith, M., Jones, E., & Silva, M. (2022). "Every time the phone rings, my heart stops": Mothers' emotional responses to having a young adult child with a substance use disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(3), 861–882. <https://doi.org/10.1111/jmft.12558>
- Devaney, E. (2017). The emergence of the affected adult family member in drug policy discourse: A Foucauldian perspective. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(4), 359–367.
- Fjær, S., & Dyregrov, K. (2021). Advice to policy-makers for improving services to the drug-death bereaved. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(6), 615–630. <https://doi.org/10.1177/14550725211018333>
- Haskell, R., Graham, K., Bernards, S., Flynn, A., & Wells, S. (2016). Service user and family member perspectives on services for mental health, substance use/addiction, and violence: A qualitative study of their goals, experiences and recommendations. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0040-3>
- Hellum, R., Bilberg, R., Bichof, G., & Nielsen, A. S. (2021). How concerned significant others experience Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 22(1). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-198798/v1>
- Huhtanen, P., & Tigerstedt, C. (2012). Women and young adults suffer most from other people's drinking. *Drug and Alcohol Review*, 31(7), 841–846. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00480.x>
- Kumar, P., Chaudhary, R., Bhalla, J. K., & Mishra, B. P. (2021). Comparison of psychiatric morbidity and quality of life among caregivers of substance abusers. *Annals of Indian Psychiatry*, 5(2), 164–168. DOI: 10.4103/aip.aip_86_21
- Liahaugen Flensburg, O., Richert, T., & Väfors Fritz, M. (2022). Parents of adult children with drug addiction dealing with shame and courtesy stigma. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/09687637.2022.2099249>
- Lindvall, J., & Rothstein, B. (2006). Sweden: The fall of the strong state. *Scandinavian Political Studies*, 29, 47–63. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9477.2006.00141.x>
- Løseth, H. M., Selseng, L. B., Dyregrov, K., & Mellingen, S. (2022). How do professionals in municipal health and welfare relate to bereaved persons during the acute phase of a drug-

- related death? A qualitative study. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 1-13. <https://doi.org/10.1177/23333936221085035>
- Maina, G., Ogenchuk, M., Phaneuf, T., & Kwame, A. (2021). "I can't live like that": the experience of caregiver stress of caring for a relative with substance use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00344-3>
- May, V. (2008). On Being a 'Good' Mother: The Moral Presentation of Self in Written Life Stories. *Sociology*, 42(3), 470-486. <https://doi.org/10.1177/0038038508088836>
- McCann, T. V., Lubman, D. I., Boardman, G., & Flood, M. (2017). Affected family members' experience of, and coping with, aggression and violence within the context of problematic substance use: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1374-3>
- McCann, T. V., Stephenson, J., & Lubman, D. I. (2021). Family stress, well-being and hope for the future when supporting a relative with AOD misuse: A cross-sectional survey. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(5), 430-436. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1817207>
- Merkouris, S., Rodda, S., & Dowling, N. (2022). Affected other interventions: A systematic review and meta-analysis across addictions. *Addiction*, 117, 2393-2414. <https://doi.org/10.1111/add.15825>
- Nath, S., & Nath, K. (2021). A comparative study of family burden between alcohol dependent patients and patients with schizophrenia. *Asian Journal of Medical Sciences*, 12(8), 137-143. <https://doi.org/10.3126/ajms.v12i8.36924>
- Nordgren, J., Richert, T., Svensson, B., & Johnson, B. (2020). Say no and close the door? Codependency troubles among parents of adult children with drug problems in Sweden. *Journal of Family Issues*, 41(5), 567-588. <https://doi.org/10.1177/0192513X19879200>
- Norwegian Directorate of Health. (2014). *Sammen om mestrings-veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ólafsdóttir, J., Orjasniemi, T., & Hrafnisdóttir, S. (2020). Psychosocial distress, physical illness, and social behaviour of close relatives to people with substance use disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 20(2), 136-154. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2020.1749363>
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 36-43. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). *Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health*. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
- Orford, J., Padin, M. D. F. R., Canfield, M., Sakiyama, H. M., Laranjeira, R., & Mitsuhiro, S. S. (2019). The burden experienced by Brazilian family members affected by their relatives' alcohol or drug misuse. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(2), 157-165. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1393500>
- Orr, L. C., Barbour, R. S., & Elliott, L. (2013). Carer involvement with drug services: A qualitative study. *Health Expectations*, 16(3), 60-72. <https://doi.org/10.1111/hex.12033>
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2021). *Sammanfattning av tjänsteutbudsrådets rekommendation om psykosociala metoder för vård och rehabilitering av narkotikaberoende*. Helsingfors: Tjänsteutbudsrådet. <https://palveluvalikoima.fi/valmiit-suositukset>
- Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*. <https://www.regeringen.se/contentassets/51fe0e3e78994715a9f58a7c43c46f4c/stod-till-personer-som-vardar-eller-stodjer-narstaende-prop.-20080982>

- Ray, G. T., Mertens, J. R., & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104(2), 203-214. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02447.x>
- Richert, T., Svensson, B., & Johnson, B. (2021). Experiences of Swedish Parents Seeking Social Services Support for Their Adult Children With Drug Addiction. *Journal of Social Work Research*, 12(4), 677–704. <https://doi.org/10.1086/712894>
- Roozen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105(10), 1729-1738. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x>
- Russell, B. S., D’Aniello, C., Tambling, R. R., & Horton, A. L. (2024). Distress Among Parents of Individuals with Substance Use Disorders: Factors That Shape the Context of Care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22, 478-493. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00884-0>
- Selbekk, A. S., Sagvaag, H., & Fauske, H. (2015). Addiction, families and treatment: A critical realist search for theories that can improve practice. *Addiction Research & Theory*, 23(3), 196–204. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.954555>
- Selbekk, A. S., Adams, P. J., & Sagvaag, H. (2018). A Problem Like This Is Not Owned by an Individual Affected Family Members Negotiating Positions in Alcohol and Other Drug Treatment. *Contemporary Drug Problems*, 45(2), 146-162. <https://doi.org/10.1177/0091450918773097>
- Smith, J. M., & Estefan, A. (2014). Families parenting adolescents with substance abuse—Recovering the mother’s voice: A narrative literature review. *Journal of Family Nursing*, 20(4), 415-441. doi:10.1177/1074840714554397
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment: Working with Family Members*. New York: Guilford Press.
- Socialdepartementet (2022a). *Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg (Promemoria)*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2022/04/nationell-anhorigstrategi---inom-halso--och-sjukvard-och-omsorg/>
- Socialdepartementet (2022b). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2022/03/skr.-202122213>
- SOU (2023:62) – *Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/10/sou-202362/>
- Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020). *Nationale retningslinjer for sociale stofmisbrugsbehandling*. Odense: Socialstyrelsen.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2021). *Rusmedels- och beroendestrategi - gemensamma riktlinjer fram till 2030*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Socialstyrelsen (2022). *CRAFT (Community Reinforcement Approach and Family Training)*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/craft-community-reinforcement-approach-and-family-training/>
- Stevens, A. (2011). *Drugs, crime and public health: The political economy of drug policy*. London and New York: Routledge.
- Sundhedsstyrelsen (2012). *Nationale anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Timko, C., Grant, K. M., Han, X., Young, L. B., & Cucciare, M. A. (2022). *Al-Anon Intensive Referral*

- to facilitate concerned others' participation in Al-Anon Family Groups: A randomized controlled trial. *Addiction*, 117(3), 590–599. <https://doi.org/10.1111/add.15670>
- Twigg, J., & Atkin, K. (1994). *Carers Perceived: Policy and Practice in Informal Care*. Philadelphia: Open University Press.
- Törnqvist, D. (2009). *När man talar om knark. Drogdebatt i svensk dagspress 1970–1999*. Umeå: Umeå universitet.
- Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., & Timko, C. (2019). How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? *Quality of Life Research*, 28, 2161–2170. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02169-x>
- Velleman, R. (2010). “The Policy Context: Reversing a State of Neglect”. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17, 8–35. <http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2010.514796>
- Velleman, R., Sequeira, M., & Bhatia, U. (2023). Supporting and Including Families in Professional Care for Alcohol Use. In Cooper, D. B. (ed) *Alcohol Use: Assessment, Withdrawal Management, Treatment and Therapy* (pp. 129–149). https://doi.org/10.1007/978-3-031-18381-2_8
- Ventura, A. S., & Bagley, S. M. (2017). To Improve Substance Use Disorder Prevention, Treatment and Recovery: Engage the Family. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 339–341. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000331>
- Weimand, B. M., Birkeland, B., Ruud, T., & Høie, M. M. (2020). “It’s like being stuck on an unsafe and unpredictable rollercoaster”: Experiencing substance use problems in a partner. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37, 3, 227–242. <https://doi.org/10.1177/1455072520904652>
- Wilkens, C., & Foote, J. (2019). “Bad Parents,” “Codependents,” and Other Stigmatizing Myths About Substance Use Disorder in the Family. In: Avery, J., Avery, J. (eds) *The stigma of addiction* (pp. 33–53). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9_3
- Winqvist, M. (2016). *Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd*. Nka Kunskapsöversikt, 4.