NSPH-RAPPORTEN 2025

”JAG ÄR SÅ MYCKET MER ÄN DET HÄR”

En rapport från NSPH om livsvillkoren för personer som lever med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga

NSPH
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

NATIONELL SAMVERKAN FÖR PSYKISK HÄLSA, NSPH, är ett samarbete mellan patient-, brukar- och anhörigorganisationer verksamma inom området psykisk hälsa, beroende och suicidalitet. NSPH arbetar för ökad öppenhet kring psykisk ohälsa och fördjupad förståelse för människors olikheter. Målet är att alla ska ha samma rättigheter och möjligheter, oavsett psykiska funktionssätt. NSPH arbetar för att patienter, brukare och anhöriga ska bli mer delaktiga i vård och stöd samt få ett större inflytande över de beslut som fattas inom olika samhällsområden. NSPH ser patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs för ökad kunskap i samhället om psykisk ohälsa.

NSPH-rapporten 2025:
”JAG ÄR SÅ MYCKET MER ÄN DET HÄR”

© 2025 – Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

TEXT: Zarah Melander och Mårten Jansson.
Tove Sernrot har skrivit personporträtten.
FORMGIVNING: Helena Lunding Hultqvist/Tecknar.nu
ILLUSTRATION: Kari Modén
DISTRIBUTION: Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

NSPH-RAPPORTEN 2025

”JAG ÄR SÅ MYCKET MER ÄN DET HÄR”

NSPH har tagit fram den här rapporten för att lyfta ett viktigt område för oss och våra medlemsorganisationer – om livsvillkoren för personer som lever med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga.

För att få en överblick över detta område har NSPH under 2025 genomfört en större undersökning. Resultaten från undersökningen presenteras i denna rapport. Målsättningen med undersökningen har varit att kartlägga hur det ser ut idag inom området och peka på utvecklingsområden framåt.

FÖRORD

I ÅR SLÄPPS NSPH-RAPPORTEN för andra gången. I år har vi valt att fokusera på livsvillkoren och situationen för personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga. Det här är ett viktigt område för oss på NSPH då alla våra medlemsorganisationer berörs av frågan. Samtidigt är det ett område där vi historiskt inte haft tillräckligt med kunskap, vilket också var motivet till att vi ville lyfta just skadligt bruk och beroende som årets tema.

NSPH-rapporten 2025 handlar bland annat om hur de båda grupperna ser på sina livsvillkor och sociala villkor, hur de upplever tillgång till vård och stöd och vad de uppfattar som betydelsefullt för att hantera ett skadligt bruk eller beroende.

En ambition med undersökningen har varit att i så stor utsträckning som möjligt koppla frågeställningar och resultatet till de olika målbilder som presenterades i samsjuklighetsutredningen, och som därefter vidareutvecklades av narkotikautredningen. Detta mot bakgrund av att vi på NSPH har sett väldigt positivt på att målbilderna arbetats fram tillsammans med målgruppen, och därigenom haft en tydlig utgångspunkt i de kvaliteter som patienter, brukare och anhöriga efterfrågar i de olika insatser som samhället erbjuder.

Årets NSPH-rapport pekar på ett flertal utvecklingsområden som vi tror kan förbättra situationen för personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga. Vår förhoppning är därför att NSPH-rapporten 2025 kan bli ett underlag för kunskap, diskussion och inspiration kring vad som behövs

> Det är ett område där vi historiskt inte haft tillräckligt med kunskap, vilket var motivet till att vi ville lyfta skadligt bruk och beroende som årets tema.

framåt för att arbeta gentemot de mål som målgruppen varit med och definierat genom målbilderna.

Rapporten har tagits fram av Mårten Jansson och Zarah Melander på NSPH, med stöd av utredningsföretaget Agenda PR. Tove Sernrot har intervjuat och skrivit personporträtten. Filippa Åhman har kvalitetsgranskat den statistik som presenterats i rapporten. I utformningen av enkätfrågor, hjälp att hitta testpersoner och att förstå resultaten utifrån en bredd av perspektiv har vi fått stor hjälp av tre av våra medlemsförbund – FMN (FÖRÄLDRAFÖRENINGEN MOT NARKOTIKA), RFHL (RIKSFÖRBUNDET HELA LIVET) och Spelberoendes Riksförbund. Vi vill därför rikta ett särskilt tack till er!

Avslutningsvis, ett stort tack till alla er som svarat på undersökningen och till alla er som hjälpt oss att sprida den. Utan er hade den här rapporten inte varit möjlig!

Conny Allaskog
Ordförande
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH

INNEHÅLL

FÖRORD 4

SKADLIGT BRUK OCH BEROENDE 10

- Behov av förebyggande arbete 12
- Personer som lever med skadligt bruk eller beroende 13
- Två aktuella statliga utredningar på området 15

OM LIVSVILLKOREN FÖR PERSONER MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE OCH DERAS ANHÖRIGA 20

- Om undersökningen 21
- Disposition 25

HUR PERSONER MED EGEN ERFARENHET AV SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE UPPLEVER SINA LIVSVILLKOR OCH SIN SITUATION 28

- Vilka har svarat på enkäten? 29
- Upplevelsen av livsvillkor och den sociala situationen 33
- Konsekvenser av skadligt bruk eller beroende 35
- Om stödet från samhället för skadligt bruk eller beroende 36
- Insatserna man fått för skadligt bruk eller beroende 37
- Att nekas annan vård eller stöd på grund av ett beroende 42
- Samsjuklighet med psykisk ohälsa 43
- Suicidtankar och suicidförsök 45
- Faktorer som varit hjälpsamt för att hantera ett beroende 47
- Personer med flera beroenden 50
- Stigma, självstigma och bemötande 50

HUR ANHÖRIGA TILL PERSONER MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE UPPLEVER SINA LIVSVILLKOR OCH SIN SITUATION 54

Vilka har svarat på enkäten? 55
Den närståendes skadliga bruk eller beroende 56
Konsekvenser av beroendet 57
Vård och stöd som den närstående fått 58
Anhörigas upplevelser av vård och stöd för den närstående 59
Hur anhöriga ser på sina livsvillkor 62
Stödet till anhöriga 64
Upplevelsen av anhörigstödet 66
Olika konsekvenser som anhöriga upplever 67
Många anhöriga upplever stigma och självstigma 70

LIKHETER OCH SKILLNADER MELLAN SVAREN FRÅN EGENERFARNA OCH ANHÖRIGA 76

Likheter och skillnader bland deltagarna i undersökningen 76
Tre tydliga likheter och skillnader i upplevelsen 77

NSPH:S SLUTSATSER REKOMMENDATIONER 80

Långt kvar för att uppnå målbilderna 81
Beroende medför stort stigma och risk för diskriminering 82
Civilsamhället har en viktig roll för dessa grupper 84

OM SITUATIONEN FÖR PERSONER MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE 88

Brister i tillgänglighet, innehåll och utbud av vård och stöd 91
Delaktighet brister ofta men kan bidra till bättre insatser 93
Stor samsjuklighet med psykisk ohälsa – samordningen brister 95
Beroende ger förhöjd risk av allvarliga suicidtankar och suicidförsök 98
Anhöriga, civilsamhället och vårdinsatser är till mest hjälp 100

OM SITUATIONEN FÖR ANHÖRIGA TILL PERSONER MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE 102

Den närståendes situation utifrån den anhörigas perspektiv 102
Anhöriga involveras inte i vården av den närstående 104
Anhörigas livssituation och upplevda konsekvenser 104
Stödet till anhöriga brister 106

AVSLUTANDE ORD 109

REFERENSER 110

INLEDNING

SKADLIGT BRUK OCH BEROENDE

– bakgrund och utgångspunkter

De särskilda utmaningar som personer med skadligt bruk eller beroende möter genom livet har börjat uppmärksammats och adresseras oftare. Det syns till exempel i de statliga utredningar och nationella uppdrag som tillkommit under de senaste åren.

Historiskt har det funnits ett moraliserande perspektiv kring skadligt bruk och beroende där det setts som personens eget val och ansvar. Idag vet vi att beroende är ett behandlingsbart tillstånd och skadligt bruk och beroende är båda psykiatriska diagnoser. Men det finns fortfarande en omfattande stigmatisering i samhället – även inom vård och stöd – som beror på okunskap, negativa attityder och diskriminerande beteenden. Detta drabbar både de som lever med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga.

Samsjukligheten mellan psykiatriska diagnoser och skadligt bruk eller beroende är dessutom vanligt förekommande. Många av de personer som vårdas för skadligt bruk eller beroende har också vårdats för ett annat psykiatriskt tillstånd. De två tillstånden kan dessutom påverka varandra – psykisk ohälsa kan leda till att personer utvecklar ett skadligt bruk eller beroende, och vice versa. Personer med psykiatriska tillstånd och skadligt bruk eller beroende är också en högriskgrupp för suicid.

Personer som lever med skadligt bruk eller beroende kan ha utmanande livsvillkor och problem inom många olika livsområden samtidigt, så som ekonomi, boende, psykisk och fysisk hälsa samt i sina relationer till anhöriga och vänner. Men det är viktigt att inte vården och stödet enbart fokuserar på problem och misslyckanden. Även personer i stor utsatthet har behov av att få stöd samt att vara delaktiga och ha inflytande över viktiga beslut. De behöver själva få prioritera vad de helst vill ha hjälp med, formulera positiva mål och få hjälp att uppnå målen på ett sätt som passar dem.

FAKTA **Skadligt bruk och beroende**

I Sverige används olika begrepp för konsumtion av exempelvis alkohol och narkotika. Skadligt bruk innebär en användning av substanser eller beteenden som leder till negativa konsekvenser – exempelvis att ens hälsa eller relationer försämras. Detta kallades tidigare för missbruk, en term som idag ses som vag och stigmatiserande. Ett beroende är ett allvarligare tillstånd som inkluderar bland annat kontrollförlust, somatisk tillvänjning och fortsatt intag trots allvarliga konsekvenser. Skadligt bruk och beroende utgör diagnoser i diagnosmanualen ICD-10.

FAKTA **Samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende**

Samsjuklighet innebär att ha två eller fler sorters ohälsa samtidigt, i detta fall avses psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende. Detta kallas ibland också för dubbeldiagnos. För att kunna få vård och stöd för båda tillstånden samtidigt ställs ett högre krav på samordning. Samsjuklighet är vanligt hos personer med beroende. En majoritet av personer med beroendeproblematik har enligt Socialstyrelsens kartläggning även visat sig haft psykisk ohälsa, och omvänt är också personer med psykisk ohälsa överrepresenterade inom beroendevården.

Behov av förebyggande arbete

På lång sikt behöver samhället skapa bättre förutsättningar för att människor inte ska behöva utveckla skadliga bruk eller beroenden. Skyddsfaktorer för att personer inte ska utveckla ett skadligt bruk eller beroende kan till exempel handla om att säkra att personer har trygga uppväxt villkor, en fungerande skolgång, goda relationer till familj och vänner samt att erbjuda tidiga insatser vid förekomst av psykisk ohälsa eller vid ett riskbruk eller beteende.

Förebyggande insatser för att minska risken för skadligt bruk eller beroende kan därför handla om att exempelvis erbjuda stöd i skolan och i ungas fritid, föräldrastöd och information om beroenderelaterade frågor som vänder sig till anhöriga samt att erbjuda en adekvat och fungerande psykiatrisk vård och annat stöd vid psykisk ohälsa. Men det kan även handla om att motverka stigma, att säkerställa att människor får tillgång till en meningsfull vardag, bättre ekonomiska förutsättningar, sysselsättning samt trygga boendeförhållanden.

Det finns med andra ord inte en enkel lösning som kommer förebygga att människor hamnar i ett skadligt bruk eller beroende, utan det är nödvändigt med flera parallella insatser på olika samhällsnivåer.

Personer som lever med skadligt bruk eller beroende

Personer som lever med skadligt bruk eller beroende är inte en homogen grupp. Men för många personer som lever med ett skadligt bruk eller beroende handlar det om att få tillgång till adekvat stöd från samhället för att komma ur beroendet. Vad det innebär är ofta individuellt och beror givetvis också på vilken form av beroende det handlar om, tillsammans med hur den övriga livssituationen ser ut. Inte sällan handlar det om att erbjuda en lättillgänglig beroendevård och stöd, tillsammans med tillgång till psykiatrisk vård.

Behandling och stödinsatser vid skadligt bruk eller beroende kan exempelvis innefatta läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling och sociala stödinsatser. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att erbjuda behandling och stödinsatser utifrån sina ansvarsområden.

Det kan också handla om att erbjuda skadereducerade åtgärder och minska förekomsten av narkotikaöverdödlighet, till exempel genom att förbättra tillgång till vård och behandling utan krav på drogfrihet, erbjuda läkemedelsassisterad behandling (LARO) och sprututbyte, samt att erbjuda kostnadsfritt naloxon.[1]

Det finns också mycket som tyder på att det finns en ökad risk för suicid för personer som lever med ett skadligt bruk eller beroende (BL.A. SOCIALSTYRELSEN 2025A). För att minska risken kan det till exempel krävas att erbjuda ett anpassat ekonomiskt stöd och skuldsanering, informationskampanjer om risker med olika substanser och att så kallade dödsfallsutredningar genomförs för att öka kunskapen och identifiera brister.

Precis som i det förebyggande arbetet behövs således flera olika insatser på olika samhällsnivåer för att ge ett bättre stöd och vård för personer som lever med ett skadligt bruk eller beroende.

Avslutningsvis handlar det också om att förändra synen på området och minska det stora stigmat som finns. Stigmatiseringen tar sig uttryck i enskilda möten mellan patient och vårdgivare, men också på beslutsfattande nivåer. Området har dessutom varit lågprioriterat, underfinansierat och underbemannat under lång tid.

I frågor om diskriminering har det setts som ett socialt problem och därför inte omfattats av diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning och skyddat enskilda mot missgynnanden till följd av ett beroendetillstånd. Denna kombination av omfattande

1 Naloxon är ett läkemedel som kan häva överdoser av opioider.

stigmatisering och bristande skydd har en stor negativ inverkan på livsvillkoren för personer som lever med skadligt bruk eller beroende.

FAKTA Från den officiella statistiken

- År 2024 tvångsvårdades 730 personer med skadligt bruk och beroende.
- Bland de personer som vårdades med tvång var medelåldern 36 år.
- Det var drygt 6 016 personer som fick frivillig institutionsvård.
- Drygt 11 200 personer gavs bistånd som avser boende.
- Knappt 1 000 personer gavs en eller flera insatser för spelproblematik.
- År 2023 avled 822 personer till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Dödsfallen dominerades av olycksfallsförgiftningar, följt av suicid.

(SOCIALSTYRELSEN, 2025B)

FAKTA Lagar

De lagar som reglerar området skadligt bruk och beroende är bland annat

- hälso- och sjukvårdslagen
- socialtjänstlagen
- lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM
- lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

(SOCIALSTYRELSEN, 2025B)

Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende

Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende utgör ofta en oerhört viktig del i sina närståendes återhämtning, men har ofta en väldigt svår situation i sitt anhörigskap. Att området dessutom är förenat med mycket stigma, skam och skuld påverkar många anhörigas situation ytterligare.

Många anhöriga berättar om den vanmakt de känner och bristen på stöd och rådgivning. Det kan leda till konfliktfyllda relationer, i värsta fall också till hot och våld. Det är inte heller ovanligt att anhöriga drabbas av fysisk eller psykisk ohälsa, vilket exempelvis kan leda till sjukskrivning, ekonomisk utsatthet och isolering. Samtidigt kan det vara en viktig hälsofrämjande faktor att ge anhöriga stöd för att bättre kunna hantera sin situation – både för den närstående och för den anhöriga själv.

Stöd till anhöriga kan erbjudas både genom kommunens insatser och genom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården har ett generellt ansvar att förebygga ohälsa 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, där anhöriga omfattas precis som alla

andra i samhället. Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende omfattas även av bestämmelsen i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Att erbjuda stöd till anhöriga vid ett skadligt bruk och beroende finns dessutom med i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Trots detta finns det mycket som pekar på att stödet till den här gruppen anhöriga brister idag.

Två aktuella statliga utredningar på området

Flera statliga utredningar har de senaste åren haft i uppdrag att utreda och lämna förslag för att förbättra för personer som lever med ett skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga. Två sådana utredningar är de så kallade samsjuklighetsutredningen och narkotikautredningen. Samsjuklighetsutredningen (SOU 2021:93) tillsattes i juni 2020 och hade i sina direktiv att ”föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd”.[2]

Narkotikautredningen (SOU 2023:62) tillsattes i mars 2022 och hade i sina direktiv att ”föreslå hur en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kan kombineras med ett effektivt narkotikaförebyggande arbete, en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering samt insatser för att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar”.[3]

Samsjuklighetsutredningen tog med hjälp av patienter, brukare och anhöriga fram målbilder. Målbilderna fokuserar på det som är värdeskapande för individen vid kontakt med vården och socialtjänsten, och de önskemål som finns om förbättringar. Målbilderna beskriver däremot inte några konkreta förslag utan är visioner för hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör fungera.

2 https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2020/06/dir.-202068

3 https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2022/03/dir.-202224

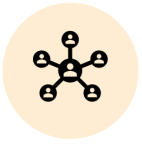
SAMSJUKLIGHETUTREDNINGENS MÅLBILDER



Tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk



Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den



Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig



Stöd och vård som hänger ihop som en helhet



Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa



Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra



Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg



En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang



En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen



Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk

Narkotikautredningen valde därefter att vidareutveckla dessa målbilder. De målbilder som narkotikautredningen tog fram beskriver det som personer med egen erfarenhet av narkotika-användning, och deras anhöriga, säger är viktigt, värdeskapande och önskvärt när det gäller vård och stöd kopplat till användning av narkotika.

NARKOTIKAUTREDNINGENS MÅLBILDER



1. Tidig hjälp och stöd för att förebygga användning av narkotika



2 Återkommande information och lättillgänglig vård och stöd när jag själv är motiverad



3. Tillgång till behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig



4. Stöd och vård som hänger ihop som en helhet och uppföljning och fortsatt stöd efter avslutade insatser



5. Att bli välkomnad till stöd och vård och få hjälp trots återfall eller fortsatt användning av narkotika



6. Bli lyssnad på, behandlad med respekt och fokus på att bli stärkt i min egen förmåga.



7. Boende, en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang och sysselsättning



8. Tillitsfulla relationer och långvariga kontakter inom vård, stöd och behandling



9. Att vård- och stödaktörer lyssnar på, involverar och ger stöd till närstående och anhöriga

Dessa målbilder har varit vägledande i utformningen av den undersökning som presenteras i den här rapporten. Vi har därför tagit fram en uppdaterad bild där båda målbilderna och perspektiven framkommer, vilken presenteras närmre i senare avsnitt.

Några nationella strategier med relevans för området

Det finns ett flertal nationella strategier som är relevant för området. Syftet med en nationell strategi är att ha en enhetlig, samlad och långsiktig inriktning för hur arbetet inom ett visst område ska utformas. Utöver att dessa kan vara viktiga för en mer sammanhållen och riktad styrning, kan de också bidra till en ökad likvärdighet runt om i landet. Några aktuella nationella strategier presenteras därför kort i detta avsnitt.

ANDTS-strategin

Våren 2022 presenterades en samlad strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak samt spel om pengar för 2022–2025, ANDTS-strategin (REGERINGENS SKRIVELSE 2021/22:213).

Strategin ska bidra till de övergripande målen för ANDTS-politiken om ett samhälle som är fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol, minskat tobaksbruk och minskade skadeverkningar av överdrivet spelande. ANDTS-strategin omfattar hela befolkningen. Den sträcker sig från förebyggande arbete och brottsbekämpning till vård och stöd, och den inkluderar insatser som syftar till att begränsa både tillgängligheten och efterfrågan.

De övergripande målen för ANDTS-politiken kompletteras i strategin av en målstruktur med:

SJU
långsiktiga mål

1. Tillgången ska minska.
2. Barn och unga ska skyddas.
3. Färre barn och unga ska börja eller debutera tidigt.
4. Skadligt bruk eller beroende ska minska.
5. Det ska finnas tillgång till vård och stöd av god kvalitet.
6. Skador och död ska minska.
7. Folkhälsobaserad syn på ANDTS internationellt.

Strategi för psykisk hälsa och suicidprevention
Våren 2025 presenterades *"Det handlar om livet"* en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Den nationella strategin ska ge en långsiktig inriktning för arbetet under perioden 2025 till 2034, grundat på en tvärsektoriell ansats som skapar förutsättningar för en gemensam riktning för hela samhället i arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention (REGERINGENS SKRIVELSE 2024/25:77).

Strategin har en vision, mål och delmål.
Visionen lyder:

> *"Ett samhälle som främjar en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen, och där ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara självmord".*

MÅL

1. En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen.
2. Färre liv förlorade i suicid.
3. Minskade påverkbara skillnader i psykisk hälsa.
4. Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd.

Nationell strategi för minskad ofrivillig ensamhet
Våren 2025 presenterades en ny nationell strategi för minskad ofrivillig ensamhet. Strategin beskriver hur arbetet med att minska ensamhet ska förstärkas. Den gäller för perioden 2025–2029 och ska genomföras i samverkan mellan olika samhällsaktörer (FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN, 2025B).

Målet med strategin är att skapa jämlika förutsättningar för sociala relationer. Det betyder att faktorer som ålder, funktionsnedsättning eller ekonomi inte ska försämra möjligheterna till ett socialt liv.

Till målen hör
TRE
delmål

1. Sociala arenor tillgängliga för alla.
2. Färre hinder för socialt deltagande.
3. Färre människor i långvarig ensamhet.

Nationell anhörigstrategi
Våren 2022 presenterades den nationella strategin för anhöriga som vårdar, hjälper eller stödjer en närstående. Syftet med strategin är att stärka anhörigperspektivet inom vård och omsorg, samt att göra stödet till anhöriga mer likvärdigt över landet. Utgångspunkten för strategin är också att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet (PROMEMORIA, S2022/02134).

Strategin ska formulera och tydliggöra de olika behov som anhöriga kan ha och ska utgå från följande tre punkter:

TRE
strategier

1. Att välfärdens insatser till den närstående fungerar.
2. Att välfärdens insatser till den närstående ges med ett anhörigperspektiv. Det innebär att vården och omsorgen utförs med beaktande också av den anhörigas behov av till exempel delaktighet och information och att den anhöriges insatser uppmärksammas.
3. Att anhöriga därutöver kan ha behov av stöd för egen del. Sådant stöd kan till exempel bestå i information, utbildning, avlösning, ekonomiskt stöd och samtalsstöd.

OM LIVSVILLKOREN FÖR PERSONER MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE OCH DERAS ANHÖRIGA

Under våren 2025 genomförde vi på NSPH en undersökning som vände sig till personer med erfarenhet av att leva med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga.

Undersökningen baseras på två enkäter och fyra fokusgrupper med personer som besvarat någon av enkäterna. Totalt har 1 078 personer svarat på enkäterna, 536 med egen erfarenhet och 542 anhöriga. 21 personer har deltagit i fokusgrupper.

Om undersökningen

Undersökningens två enkäterna genomfördes digitalt och var möjlig att svara på under februari månad 2025. Enkäterna spreds via NSPH:s digitala kanaler, NSPH:s medlemsförbund, de regionala NSPH-nätverken, Hjärnkolls samordnare och ambassadörer och via andra samarbetspartners och nätverk.

På några platser i landet fanns även representanter som besökte beroendemottagningar och vårdavdelningar, där de spred information om enkäterna. I vissa fall kunde de även erbjuda patienter och brukare att direkt lämna sina svar via medhavda datorer eller via pappersformulär.

Arbetsprocessen med undersökningen

De av NSPH:s medlemsförbund som arbetar specifik med frågor om skadligt bruk och beroende – FMN (FÖRÄLDRAFÖRENINGEN MOT NARKOTIKA), RFHL (RIKSFÖRBUNDET HELA LIVET) och Spelberoendes Riksförbund – har återkommande deltagit i samtal om undersökningen. Dessa organisationer har bland annat bidragit i utformningen av enkäterna, samt i återkommande diskussioner kring resultat, samt möjliga slutsatser och rekommendationer.

Utöver dessa organisationer har även enskilda personer med erfarenhet av att leva med skadligt bruk eller beroende eller av att vara anhörig, testat och gett feedback på enkäternas utformning och frågeställningar innan dessa publicerades.

Målbilderna

I utformningen av frågorna till enkäterna har vi tagit avstamp i de målbilder som presenterades av samsjuklighetsutredningen och som vidareutvecklades av narkotikautredningen. Dessa målbilder har också funnits med som en röd tråd i sortering av resultatet och i den analys som presenteras i rapportens avslutande del.

Eftersom målbilder har varit vägledande i utformningen av den undersökning har vi tagit fram en uppdaterad bild där båda perspektiven framkommer.

MÅLBILDER för vård och stöd utifrån ett patient-, brukar- och anhörigperspektiv

– EN SAMMANSLAGNING FRÅN NSPH



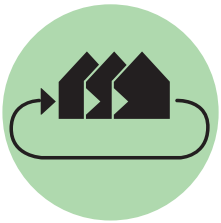
1. Tidig hjälp och stöd med både förebyggande och vårdande insatser.



2. Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag själv behöver den eller är motiverad.



3. Tillgång till behandling, möjlighet att välja utifrån det som passar mig, samt att ha inflytande över min vård och omsorg.



4. Stöd och vård som hänger ihop som en helhet och uppföljning och fortsatt stöd efter avslutade insatser.



5. Att bli välkomnad till stöd och vård och få hjälp trots återfall eller fortsatt bruk. Att inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.



6. Bli lyssnad på, behandlad med respekt och fokus på att bli stärkt i min egen förmåga.



7. Boende, en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang och syssel-sättning.



8. Tillitsfulla relationer och långvariga kontakter inom vård, stöd och behandling.



9. Att vård- och stödaktörer lyssnar på, involverar och ger stöd till anhöriga.

Denna bild har tagits fram av NSPH utifrån de målbilder som presenterades av samsjuklighetsutredningen och vidareutvecklades av narkotikautredningen. Här presenteras de båda perspektiven tillsammans. I den första punkten har vi justerat formuleringen något.

Undersökningens enkäter

Undersökningen bygger på två enkäter. En riktade sig till personer som själva anser att de har eller har haft ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, spel eller något annat. Den andra enkäten riktade sig till personer som lever eller har levt nära någon som de bedömer har eller har haft sådan problematik.

I enkäterna ställdes frågor om till exempel livsvillkor, konsekvenser av beroendet, tillgång och upplevelse av vård och stöd, eventuell psykisk ohälsa och suicidrisk, samt upplevelsen av stigma och bemötande. För anhöriga ställdes även frågor om tillgång och upplevelse av anhörigstöd och eventuella konsekvenser av anhörigskapet. Därtill ställdes en rad bakgrundsfrågor såsom ålder, kön, boendeort, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar.

De svarande hade också möjlighet att lämna ett flertal svar i fritext. Dessa svar har bidragit till att vi fått en fördjupad förståelse för materialet.

Undersökningens fokusgrupper

I enkäterna kunde de svarande också anmäla intresse till att delta i fokusgrupper för att få diskutera resultaten med andra som svarat. Av de sammanlagt 1 078 personer som svarade på enkäterna var det 250 som anmälde sitt intresse.

Av dessa bjöd vi in drygt 50 personer, varav sammanlagt 21 deltog i de fyra digitala fokusträffar som vi arrangerade i månadsskiftet mars-april 2025. Under dessa tillfällen träffades personer med egen erfarenhet av skadligt bruk eller beroende separat, och anhöriga till gruppen träffades separat.

I fokusgrupperna fick deltagarna först en redovisning av de övergripande resultaten på den enkät de besvarat. Därefter fick de reflektera kring resultaten utifrån sina egna erfarenheter samt ge exempel på orsaker och samband. Vi fick därigenom många inspel och idéer om vad vi kunde studera närmare i vår analys av undersökningen. Fokusgrupperna har på så vis bidragit till en fördjupad förståelse av resultatet från enkäterna.

Antal svarande i undersökningen

Totalt har 1 078 personer deltagit i den här undersökningen.

	EGENERFARNA	ANHÖRIGA
ENKÄTSVAR	536 personer	542 personer
DELTAGARE I FOKUSGRUPPER	9	12

Undersökningens målgrupper

Undersökningen vände sig till personer som har eller tidigare har haft ett skadligt bruk eller beroende av till exempel alkohol, narkotika, dopningspreparat, läkemedel eller spelande och som fått en negativ påverkan på till exempel hälsan, det sociala livet eller livet i stort.

Undersökningen vände sig även till anhöriga till personer som har eller har haft ett skadligt bruk eller beroende – till exempel av alkohol, narkotika, dopningsmedel, läkemedel eller spel – och där detta haft en negativ påverkan på personens hälsa, sociala liv eller livssituation i stort.

En omständighet som framkommer i flera fritextsvar är att många upplever att själva beroendet är livslångt, även om man blivit fri från ett substansbruk eller liknande. När vi frågat efter om man har respektive haft ett skadligt bruk eller beroende, är det en av de faktorer vi försökt att fånga in. Detta med syfte att kunna göra olika jämförelser mellan gruppernas svar.

I utformningen av enkäterna bedömde vi att begreppet ”skadligt bruk” kunde kännas som en väldigt teknisk och formell term i en enkät där man ska svara utifrån egna erfarenheter och upplevelser. I enkäterna valde vi därför att genomgående använda formuleringen ”problematiskt användande eller beroende”.

I resultatredovisningen nedan använder vi oss dock av den mer vedertagna benämningen skadligt bruk eller beroende, som ofta används i formella texter, i riktlinjer och beskrivningar av området.

Disposition

Resultatet från egenerfarnas[4] respektive anhörigas enkäter redovisas i detta avsnitt var för sig. Avsnittet avslutas med några sammanfattande reflektioner om likheter och skillnader i de båda gruppernas svar.

I efterföljande avsnitt sammanfattar vi våra slutsatser, samt presenterar förslag och rekommendationer på sådant som NSPH bedömer behövs för att förbättra situationen för personer som lever med ett skadligt bruk eller beroende samt anhöriga till gruppen.

4 Personer med erfarenhet av att leva med ett pågående eller tidigare skadligt bruk eller beroende kommer stundtals kallas för egenerfarna i den här rapporten.

EN BERÄTTELSE OM ATT LEVA MED ELLER LEVA NÄRA NÅGON MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE

”Jag är alltid på väg, aldrig närvarande, jag ska alltid ha mer och mer och mer”

Filip var i ett tungt alkohol- och drogberoende från 15 till 21 års ålder. Under dessa år gjorde Filip otaliga försök att få ordning på sitt liv men också suicidförsök. Filip berättar att han hela livet känt det som att han har ett tomrum på insidan och att han alltid sökt olika typer av kickar för att fylla det tomrummet.

”När jag var 15 år kom jag i kontakt med alkohol första gången. Det var starkare än alla andra kickar jag hade upplevt tidigare. Jag var såld, jag älskade det.”

Filip beskriver hur tydligt det är för honom idag när han tänker på den händelsen att han redan då visade tecken på beroendesjukdom.

”När mina kompisar tänkte: ’Kanske nästa helg’. Tänkte jag: ’Ge mig mer – nu!’ Tredje gången jag drack halsade jag en halv flaska vodka. Till slut räckte inte alkoholen utan tomrummet kom tillbaka hela tiden, då kom jag i kontakt med cannabis. Då var jag 15 år.”

Under hela första året på gymnasiet var Filip påtänd, men gick till skolan. För att ha råd med sitt eget beroende sålde han alkohol och levde i ständig ekonomisk skuld. Under senare delen av gymnasiet hade Filip ett antal uppehåll till exempel i samband med att han bytte skola och när han blev kär, men till slut ledde det ändå till återfall.

Ångesten och suicidförsöket

”Jag hamnade på ett stödboende och den vintern var den värsta i mitt liv. Jag försökte gång på gång bli nykter och sedan en timme senare kom jag på mig själv full och påtänd.

Jag tappade all form av hopp och självkänsla. Jag föll tillslut ihop i panikångestattacker, kröp till sängen i tårar och ringde mamma och skrek: 'Jag måste ha hjälp nu, nu, nu'."

Filips mamma körde honom då till akutpsykiatrin. Där han skrevs in. Dagen efter skrev Filip ut sig själv. Han var då nykter men vräktes från stödboendet på grund av tidigare positiva drogtester och vägran att ta Antabus, ett avvänjningsmedel vid alkoholberoende. Filip bodde då först hos en kompis, senare på hotell via socialtjänsten och där efter i ett eget boende som hans mamma hjälpte honom med.

"Ångesten var till slut starkare än ruset. Till slut blev jag inte full. Då kom självmordsförsöket – när jag inte längre kunde dämpa ångesten. Jag ringde mamma från en fest med panikångest. Hon hämtade mig. I bilen försökte jag kasta mig ut på motorvägen. Hon tvärnitade och lyckades hålla fast mig."

Vändpunkten

Filip valde att avsluta öppenvårdsbehandlingen då han inte tyckte att den hjälpte honom. Han beskriver däremot att det fanns korta stunder då det var som att ett fönster öppnades – där viljan till hjälp fanns.

"Jag ringde socialtjänsten och skrek: 'Jag måste ha hjälp NU!' Jag visste att om jag väntade, skulle jag snart förneka behovet och viljan till hjälp igen. Det var avgörande att de löste det och gav mig hjälp då när jag ringde."

Socialtjänsten lovade att om Filip höll sig nykter till torsdag skulle de tillsammans besöka ett behandlingshem. På fredagen skrevs Filip in på behandlingshemmet.

"Där berättade, för första gången, en person för mig om beroendesjukdom. Det förändrade allt, det var en lättnad eftersom jag då kände att det inte var fel på mig, då kunde jag känna hopp. Det hade varit stor skillnad om jag själv och andra tidigare visste att det var en sjukdom."

"Jag måste ha hjälp nu, nu, nu!"

Hjälpen och livet idag

Filip var på behandlingshem i tre och en halv månad och det blev starten på återhämtningsresan. Filip poängterar hur viktigt det är att vården fokuserar på orsakerna bakom ett beroende och hjälper den som söker vård att förstå dessa orsaker. Filip är idag 28 år och har varit fri från sitt beroende i sju år.

När Filip pratar om sitt liv idag är det den reparerade relationen till sin mamma och lillebror han fram för allt lyfter.

"Vår relation var skakig och i perioder mer eller mindre obefintlig. Men i går fyllde mamma 60 år. Vi firade tillsammans med fika, middag och spa, det var stort!"

NSPH:S UNDERSÖKNING

HUR PERSONER MED EGEN ERFARENHET AV SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE UPPLEVER SINA LIVSVILLKOR OCH SIN SITUATION

Totalt svarade 536 personer med egen erfarenhet av skadligt bruk och beroende i den här delen av undersökningen. Vi har bred representation av svarande med olika åldrar, kön, utbildningsgrad, med trygg eller otrygg försörjning och med erfarenhet av olika sorters skadliga bruk och beroenden.

Sannolikt är det dock så att vi i jämförelse med den totala populationen av personer som lever med ett skadligt bruk eller beroende inte i tillräcklig grad har nått ut till de mest utsatta grupperna, som till exempel personer i hemlöshet och i svåra socioekonomiska förhållanden.

Vilka har svarat på enkäten?

Ålder, kön och könsidentitet

De flesta svarande är mellan 41 och 60 år. 8 procent är yngre än 30 år, 4 procent är äldre än 70 år och av dem är bara en person äldre än 80 år.

Det är en relativt jämn könsfördelning i enkäten – 58 procent av de svarande är kvinnor och 41 procent är män. Drygt en procent av de svarande har angett ickebinär, osäker eller annan könsidentitet En lika stor andel har angett att de är transpersoner.

Geografisk spridning och boendesituation

De svarande kommer från sammanlagt 132 olika kommuner fördelade på landets samtliga regioner.

Knappt hälften (48 procent) av de svarande bor idag ensamma. Nästan 30 procent bor tillsammans med barn, sina egna eller sin partners. Två procent av de som svarat på enkäten har inget boende alls idag. En lika stor andel bor med en eller båda av sina föräldrar.

Utbildningsnivå

De svarandes utbildningsnivå är lägre än den som gäller för hela befolkningen i Sverige. Bland landets alla kvinnor är det mer än 50 procent som läser vidare efter gymnasiet. Bland kvinnorna i vår enkät har 40 procent gjort det. Bland landets alla män är det 40 procent som läser vidare efter gymnasiet, jämfört med 30 procent i den här enkäten (SCB, 2025).

En påtagligt större andel av enkätens män har enbart grundskola som högsta utbildningsnivå, 20 procent, jämfört med 9 procent av enkätens kvinnor.

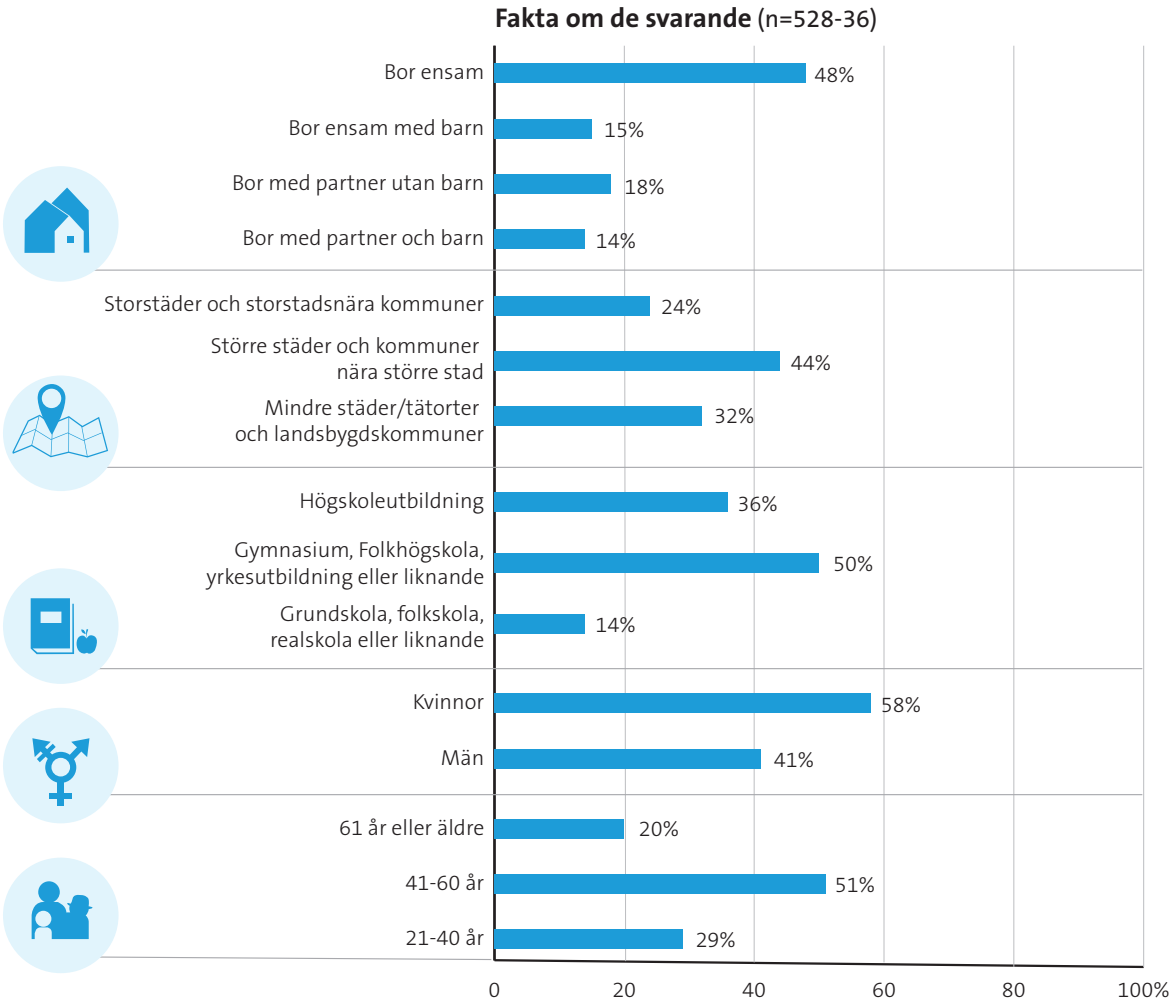
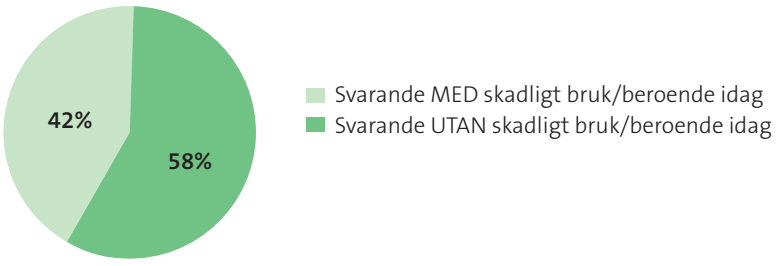


Diagram 1

Typ av skadligt bruk eller beroende

I enkäten ställdes en inledande fråga om man har ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag eller om man haft det tidigare i livet, samt vilken typ av beroende det rör sig om.

Mer än hälften (58 procent) av de svarande har haft ett skadligt bruk eller beroende tidigare i livet, medan 42 procent anger att de har pågående skadligt bruk eller beroende idag.



Graf 1

Resultaten visar att något fler än hälften har angett minst två, men ibland fler, substanser eller beteenden som de är eller varit beroende av. Något färre än hälften har bara angett en substans eller beteende som de har eller haft ett skadligt bruk eller beroende av.

Vanligast är alkohol, därefter narkotikaföljt av läkemedel och därefter spel. I kategorin ”annat” har vi till exempel samlat svar som dopningspreparat, sex, porr, mat och socker.

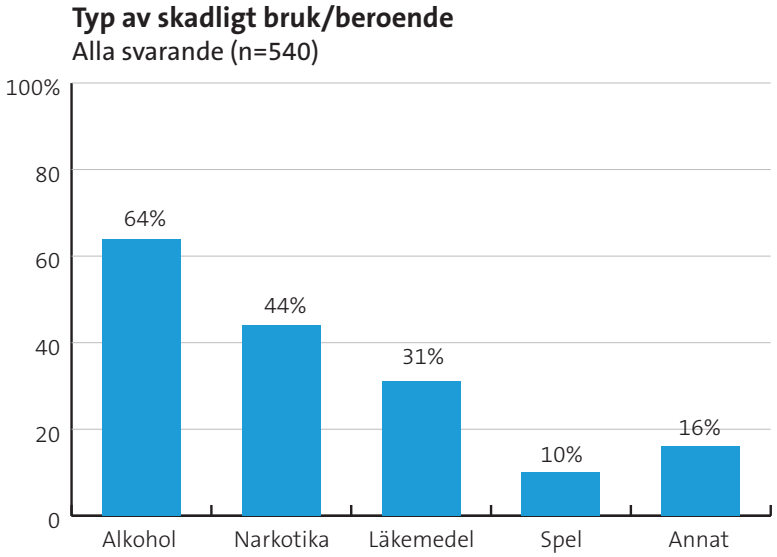


Diagram 2

Fördelningen mellan vad man är eller har varit beroende av ser ungefär likadan ut för de med ett aktivt skadligt bruk eller beroende som de utan. Däremot skiljer det sig en del mellan olika åldersgrupper. Bland de upp till 40 år är det vanligast att ha eller ha haft ett skadligt bruk av narkotika, medan det i gruppen över 40 år i stället är vanligast med alkohol.

Fritextsvaren här pekar på att det är stora skillnader inom gruppen som svarat på enkäten. Vissa beskriver ett livslångt och tungt beroende, medan andra beskriver en mindre omfattande problematik.

Huvudsaklig försörjning

Drygt 40 procent av de svarande får idag sin försörjning från en vanlig anställning utan något stöd från det offentliga. Näst vanligast (drygt 20 procent) är ersättning via Försäkringskassan. Under rubriken annat har de svarande angett allt från A-kassa till ”lever på anhöriga”, ”arv”, ”aktieutdelning”, ”metallåtervinning” och ”måste stjäla mat”.

Här visar resultaten däremot på skillnader bland gruppen som har ett pågående skadligt bruk eller beroende idag och gruppen som inte längre har det. I gruppen som har ett pågående beroende idag minskar andelen med anställning utan stöd till 31 procent, medan gruppen med ersättning från Försäkringskassan i stället ökar till 27 procent.

Varifrån får du din huvudsakliga försörjning idag?

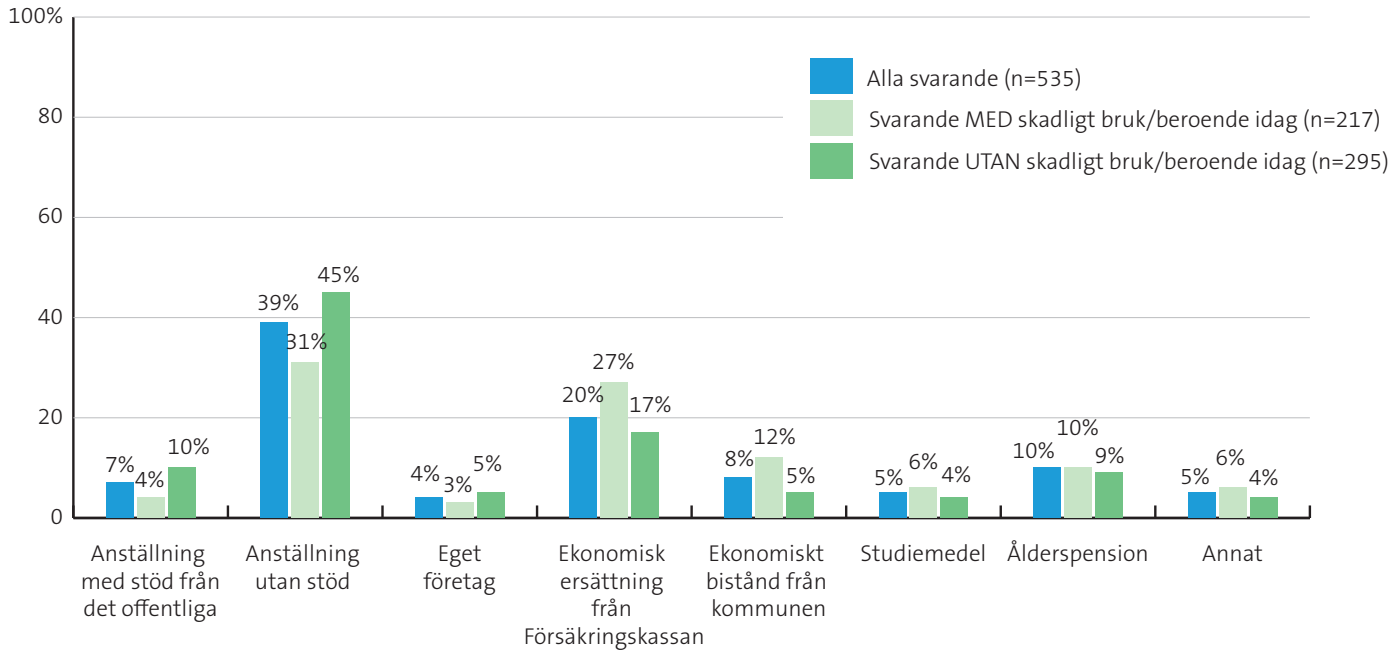


Diagram 3

Den ekonomiska situationen

Vad gäller den ekonomiska situationen är det totalt sett 38 procent av de svarande som vid flera tillfällen under det senaste året haft problem med att klara sina löpande utgifter för mat, hyra, räkningar och liknande.

Bland de som har ett pågående skadligt bruk eller beroende är det däremot nästan hälften (49 procent) som uppgett att de vid flera tillfällen haft svårt att klara sina löpande utgifter, jämfört med 31 procent i gruppen som inte längre har ett aktivt skadligt bruk eller beroende.

Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar och liknande?

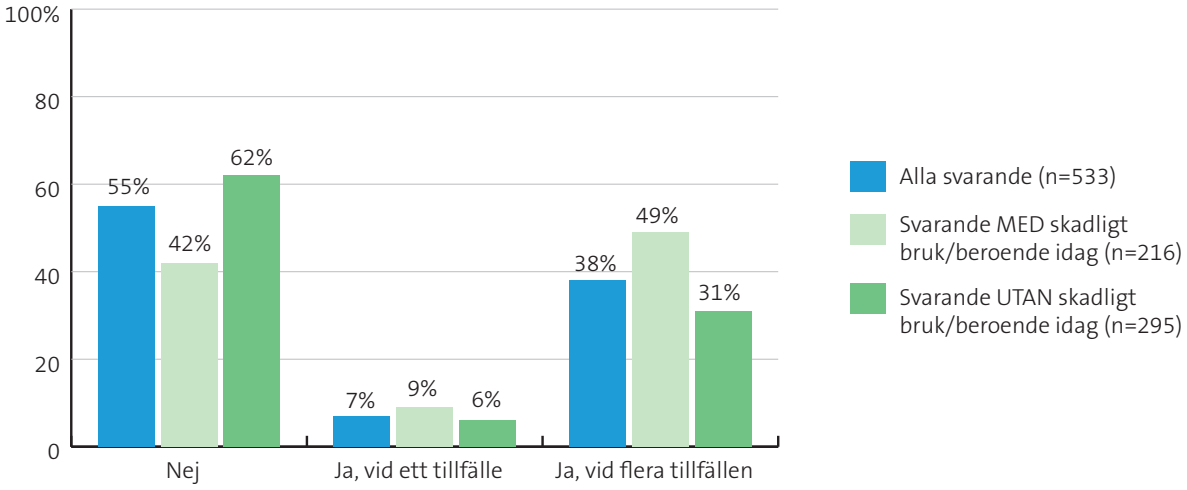


Diagram 4

Upplevelsen av livsvillkor och den sociala situationen

I enkäten ställdes en rad frågor om hur man ser på sina livsvillkor och sin sociala situation. Det handlade exempelvis om ens hälsa, hur vardagen fungerar, hur man ser på framtiden, samt om relationer till vänner och anhöriga.

Synen på sina livsvillkor

De övergripande resultaten visar att de områden som de svarande generellt rankar högst är att de över lag trivs med sina liv, har en positiv syn på framtiden och att vardagen fungerar bra. Ungefär hälften av alla svarande instämmer helt eller mycket i dessa tre påståenden.

Upplevelsen av ens psykiska och fysiska hälsa och möjligheterna att kunna göra det man vill på sin fritid skattas något lägre. Här är det mellan 37 och 45 procent som instämmer helt eller mycket i påståendena.

De svarande fick också skatta hur de upplevde sina sociala relationer till vänner och anhöriga och i vilken utsträckning de upplever att de har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig till. Genomgående är det knappt två tredjedelar av alla svarande som instämmer helt eller mycket i dessa påståenden.

I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden om hur du har det just nu?
Andel som *instämmer mycket* eller *helt*.

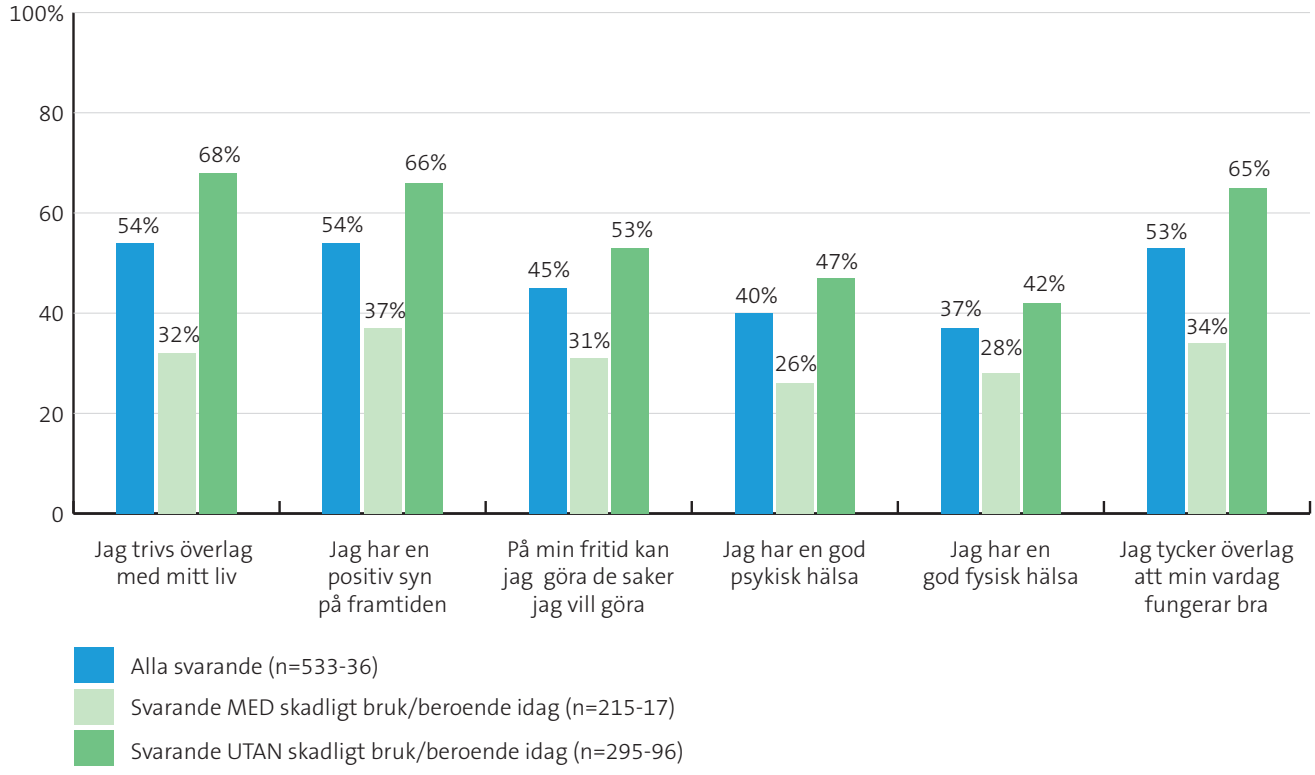


Diagram 5

I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden om hur du har det just nu?
Andel som *instämmer mycket* eller *helt*

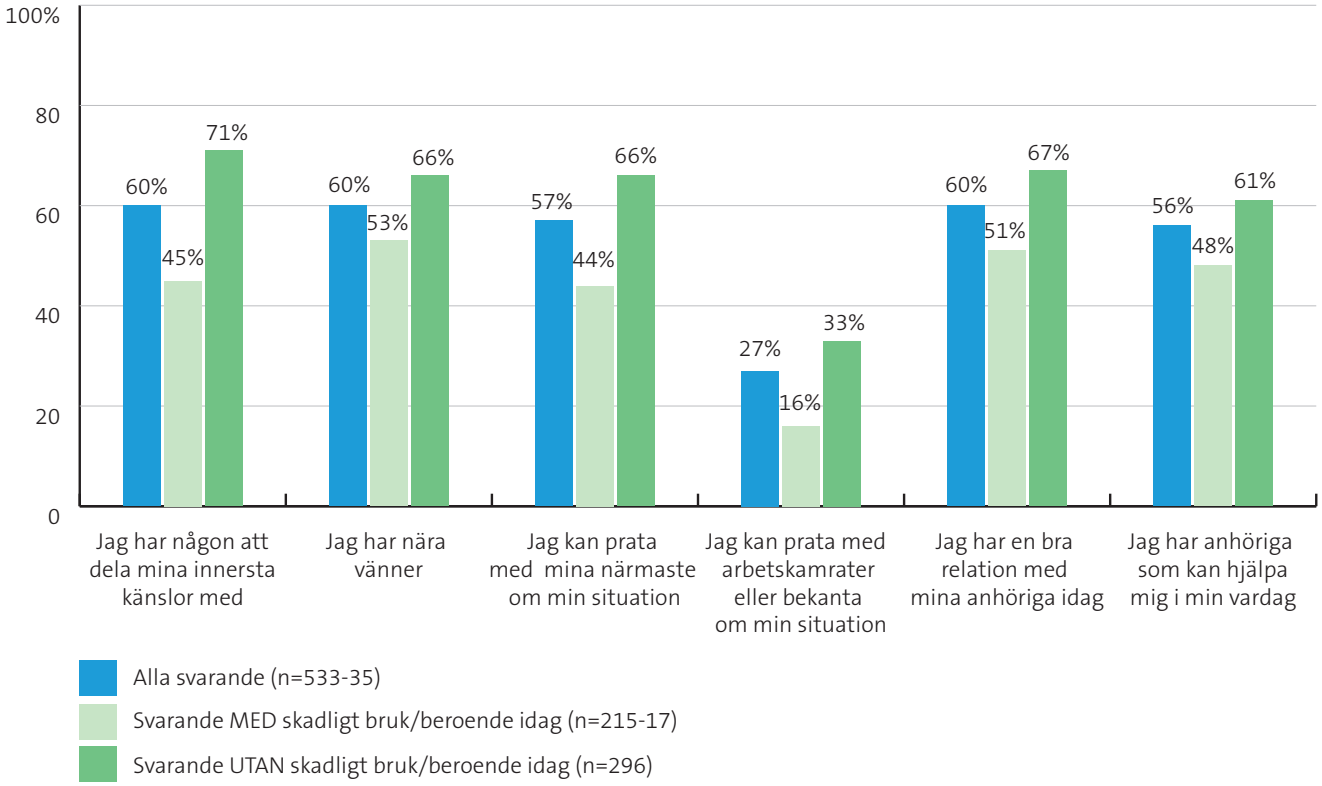


Diagram 6

Skillnader i livsvillkoren i de olika grupperna

Resultaten visar på påtagliga skillnader i gruppen som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag och i gruppen som haft det tidigare i livet. Personer som har ett pågående skadligt bruk eller beroende upplever avsevärt sämre livskvalitet. Det gäller både den psykiska och fysiska hälsan, synen på framtiden, hur de upplever att vardagen fungerar och om de kan göra det som de vill på sin fritid.

Gruppen som inte längre har ett skadligt bruk eller beroende rankar alla dessa delar högre. Känslan av att trivas i sina liv, att se positivt på framtiden och att få en fungerande vardag är de faktorer som ökar mest. Hur man skattar den fysiska och psykiska hälsan och upplevelsen av att kunna göra det man vill på sin fritid ökar också, men inte lika mycket. En möjlig förklaring till det kan vara den begränsade ekonomiska situationen som många svarande har gett uttryck för.

> ”Är ensam. Har inga vänner i den ’vanliga’ världen.

Det är tydligt att den grupp som lever med ett aktivt skadligt bruk eller beroende också generellt skattar sin sociala situation sämre. Ungefär hälften (45–53 procent) instämmer mycket eller helt i påståenden om att man har nära vänner, någon att prata förtroligt med och en bra relation till anhöriga. Bland de som inte längre har ett skadligt bruk eller beroende är det betydligt fler (66–71 procent) som svarar likadant.

Konsekvenser av skadligt bruk eller beroende

I enkäten ställdes en fråga om vilka konsekvenser de svarande upplever av ett aktivt eller tidigare skadligt bruk eller beroende. Här visar resultaten stora negativa konsekvenser inom en rad områden. Störst negativa konsekvenser upplever de svarande att ett skadligt bruk eller beroende får för den psykiska och fysiska hälsan, samt för den ekonomiska situationen.

Konsekvenser av pågående respektive tidigare beroende

I gruppen som har ett pågående skadligt bruk eller beroende är det många som anser att det får ganska eller mycket negativa konsekvenser för den psykiska hälsan (80 procent), den fysiska hälsan (79 procent) och på den ekonomiska situationen (75 procent). En stor andel (65 procent) har också angett att det får konsekvenser för relationen till ens anhöriga.

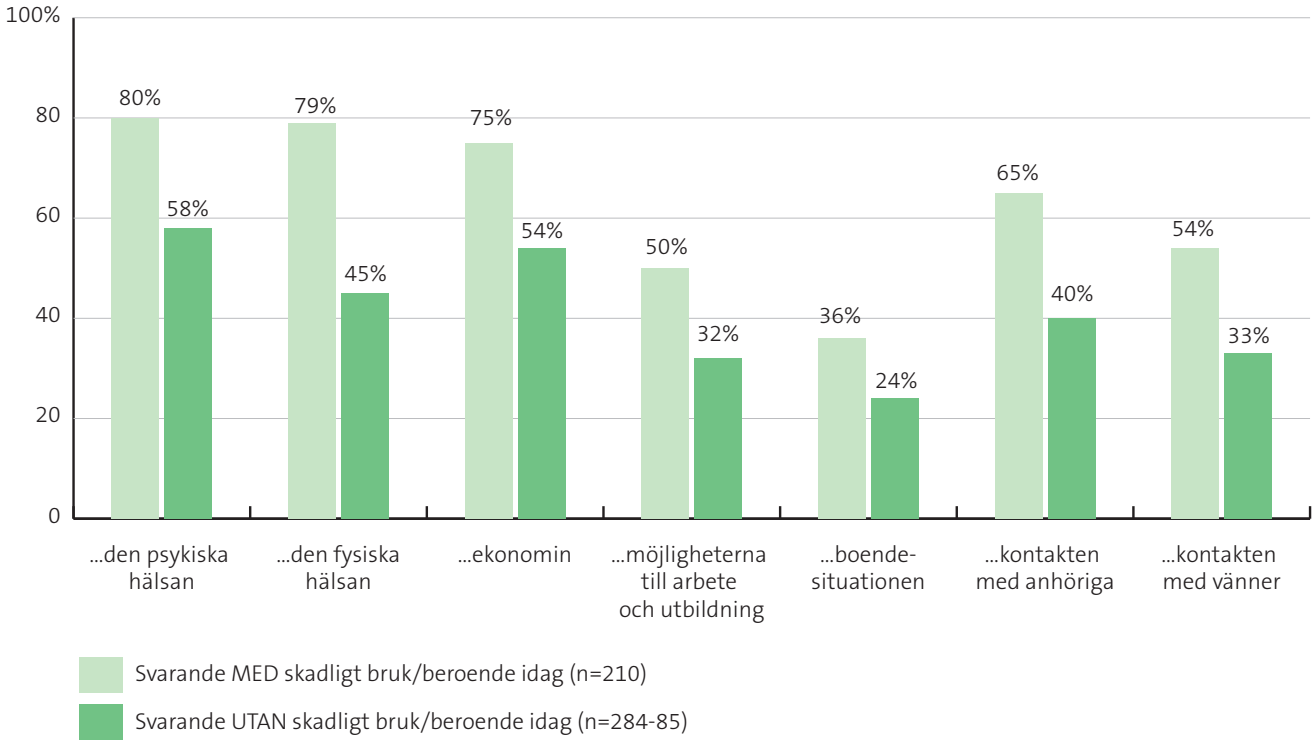
De områden där denna grupp upplever minst konsekvenser är boende, arbete/sysselsättning/utbildning och relationer till vänner. Minst konsekvenser får beroendet på boendesituationen i den här enkäten, men då är det ändå 36 procent som upplever att det får ganska eller mycket negativa konsekvenser även här.

I gruppen som inte längre har ett aktivt skadligt bruk eller beroende visar resultaten inte oväntat att konsekvenserna upplevs som mindre jämfört med gruppen med ett pågående beroende. Men resultatet visar att många upplever att det tidigare beroendet fortfarande ger ganska eller mycket negativa konsekvenser på en rad områden.

De faktorer som ser ut att påverkas mest positivt för de som lyckas lämna ett skadligt bruk eller beroende är den fysiska och psykiska hälsan, följt av relationer till anhöriga och vänner, samt ekonomin. Många upplever också att ens möjligheter till arbete/sysselsättning/utbildning samt att boendesituationen påverkas positivt, men relativt sett är de färre som upplever den positiva förändringen.

Resultaten visar också på att det är vissa grupper som tycks uppleva större och mer långvariga konsekvenser av ett skadligt bruk eller beroende. Mer om det längre ner.

Har ditt tidigare/pågående skadliga bruk eller beroende några negativa konsekvenser på ditt liv idag? Andel som upplever *ganska negativa* eller *mycket negativa* konsekvenser på...



Svarande MED skadligt bruk/beroende idag (n=210)

Svarande UTAN skadligt bruk/beroende idag (n=284-85)

Diagram 7

Om stödet från samhället för skadligt bruk eller beroende

Resultaten i enkäten visar att det finns ett generellt missnöje med det stöd som erbjuds från samhället för skadligt bruk och beroende. Bara 37 procent av alla svarande instämmer helt eller mycket i att de generellt sett fått ett bra stöd från samhället. Hela 28 procent anser att de inte alls fått ett bra stöd från samhället för ett skadligt bruk eller beroende.

Även här visar resultaten vissa skillnader mellan olika grupper. Kvinnorna i enkäten är generellt mindre nöjda än männen. Bland kvinnorna är det 33 procent som instämmer mycket eller helt i att de fått ett bra stöd från samhället, jämfört med 43 procent bland männen.

De som lever med ett pågående skadligt bruk eller beroende idag är också generellt mindre nöjda med stödet från samhället. Bara 29 procent i den gruppen instämmer mycket eller helt i påståendet, jämfört med 42 procent i gruppen utan ett skadligt bruk eller beroende idag. Vi ser också att svarande med pågående skadligt bruk eller beroende av läkemedel eller spel är mindre nöjda än genomsnittet.

Jag tycker generellt sett att jag fått ett bra stöd från samhället för mitt beroende eller problematiska användande Alla svarande (n=532)

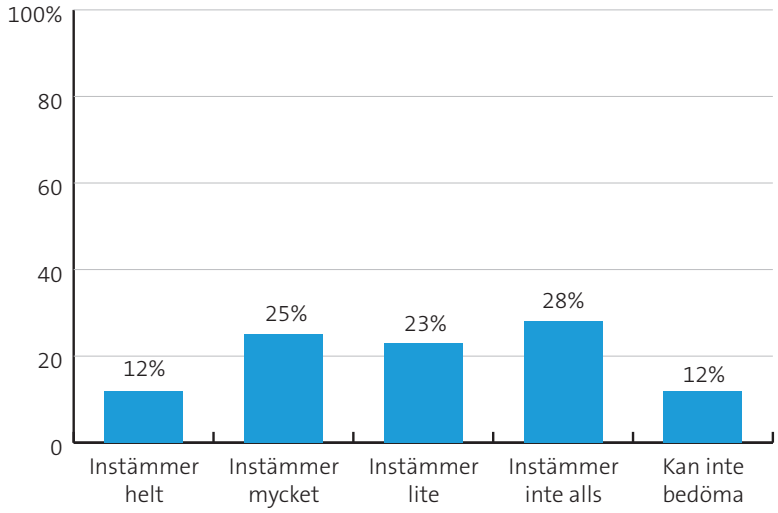


Diagram 8

Insatserna man fått för skadligt bruk eller beroende

I enkäten kunde de svarande ange vilka olika typer av stöd eller vård de har fått för sitt skadliga bruk eller beroende. De ombads däremot inte att precisera varifrån de har fått sina eventuella insatser. Sannolikt har de flesta fått insatser via det offentliga på kommunal och regional nivå. Bland svaren förekommer även ideella organisationer – till exempel Anonyma Alkoholister (AA) och Anonyma Narkomaner (NA) – och en del som har sökt och bekostat eventuellt stöd med egna medel.

> ”När du går till socialtjänsten för att söka hjälp för ditt beroende är du så svag och mår så psykiskt dåligt att du inte orkar eller kan uppfylla alla de krav som ställs på dig för att du ska få hjälp.

De olika svarsalternativen beskrevs så här:

- Psykologisk och psykosocial behandling (till exempel KBT, samtalsstöd enskilt eller i grupp, tolvstegsbehandling)
- Läkemedelsbehandling eller läkemedelsassisterad behandling (till exempel LARO, läkemedel för långtidsbehandling av alkoholberoende, läkemedel för hjälp med nedtrappning)
- Sociala stödinsatser (till exempel arbetslivsinriktad rehabilitering, boendestöd)
- Frivillig vård på behandlingshem eller heldygnsvård på sjukhus
- Tvångsvård på behandlingshem eller sjukhus
- Personligt ombud, case manager eller annat samordningsstöd
- Annan sjukvård
- Jag har inte fått några vårdinsatser eller stöd kopplat till mitt beroende eller skadliga bruk
- Annat

Vanligast är att de svarande har fått någon form av psykologisk eller psykosocial behandling, följt av frivillig vård på sjukhus eller behandlingshem. Av de svarande är det däremot 21 procent som anger att de inte har fått några insatser alls kopplade till sitt beroende eller skadliga bruk. De 79 procent som har fått stöd har i genomsnitt fått 2,3 insatser vardera.

De flesta som kryssat för alternativet ”annat” har angett tolvstegsbehandling i ideell regi hos Anonyma Alkoholister (AA) eller Anonyma Narkomaner (NA). I kategorin ”annan sjukvård” finns exempel på akut somatisk vård på grund av olycksfall och olika insatser från psykiatrin. Några har till exempel angett utredning och behandling för adhd som en insats för ett skadligt bruk eller beroende.

Vilka vård- eller stödinsatser har du fått för ditt skadliga bruk eller beroende?
Alla svarande (n=528)

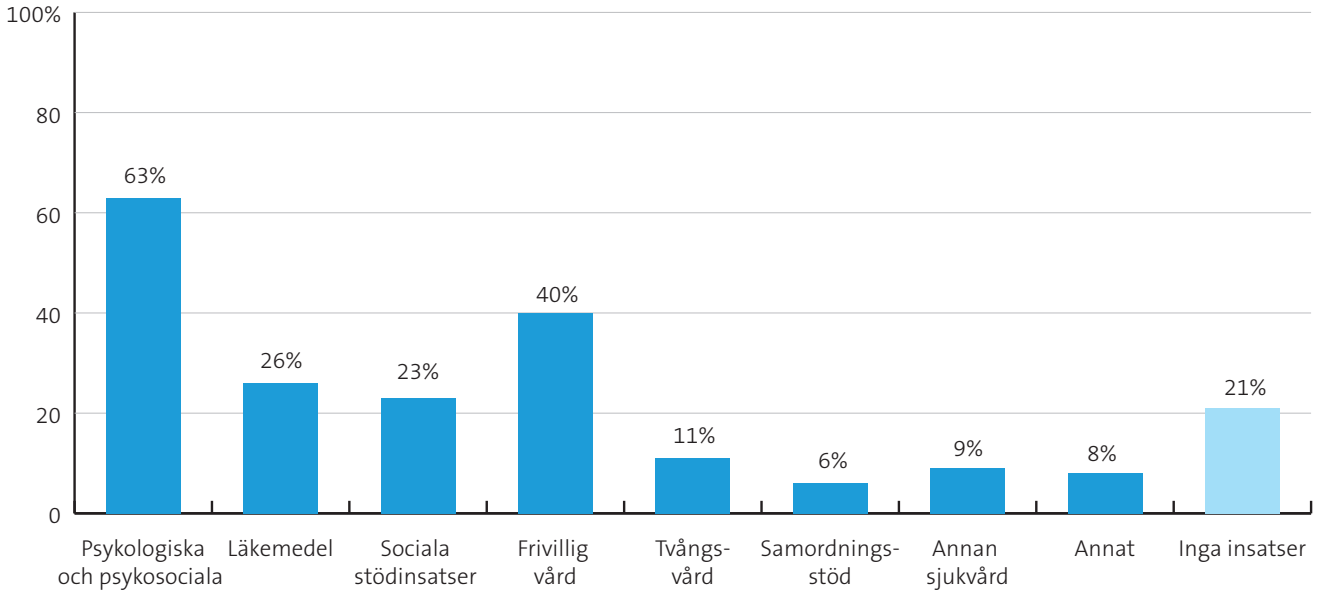


Diagram 9

Vissa skillnader i insatser mellan olika grupper

Resultaten pekar på vissa skillnader i insatser baserat på ålder. I gruppen mellan 16 och 40 år är det två svarsalternativ som sticker ut. Dels har hela 17 procent i denna åldersgrupp fått tvångsvård, jämfört med 9 procent av de svarande som är 41 år eller äldre. Dels har 23 procent av de upp till 40 år inte fått några insatser alls, jämfört med 19 procent av de som är över 40 år.

Vilka insatser de svarande fått skiljer sig inte nämnvärt mellan könen. Men av kvinnorna är det 22 procent som inte fått några insatser alls, jämfört med 17 procent av männen. Skillnaden ökar också med åldern. Bland de över femtio har 25 procent av kvinnorna och 14 procent av männen inte fått några insatser alls.

> I psykiatrin skulle alla känslor dövas med benzo. Personalen hade inte tid med stödsamtal.

Upplevelsen av vård- och stödinsatser

De personer som har fått stöd och vård för ett skadligt bruk eller beroende fick också frågor om hur de upplevt insatserna. Precis som i föregående fråga fångade den här inte in vilken aktör som erbjudit insatserna, utan svaren här handlar mest troligt om både kommunala och regionala insatser, samt insatser från civilsamhället.

De mest positiva resultaten handlar om att de svarande vet vart de ska vända sig om de behöver vård eller stöd igen, att de upplever att de fått tillgång till vård och stöd när de sökt hjälp och att de blivit lyssnade på och behandlade med respekt av vård- och omsorgspersonal.

De minst positiva svaren handlar om utbudet av olika behandlingar, möjligheten till fortsatt stöd och vård efter avslutad behandling och möjligheten att kunna påverka vård eller stöd efter avslutad behandling. Att de som ger vård och stöd lyssnar till, involverar och erbjuder anhöriga eget stöd är det alternativ som de egenerfarna skattar lägst av alla kategorier.

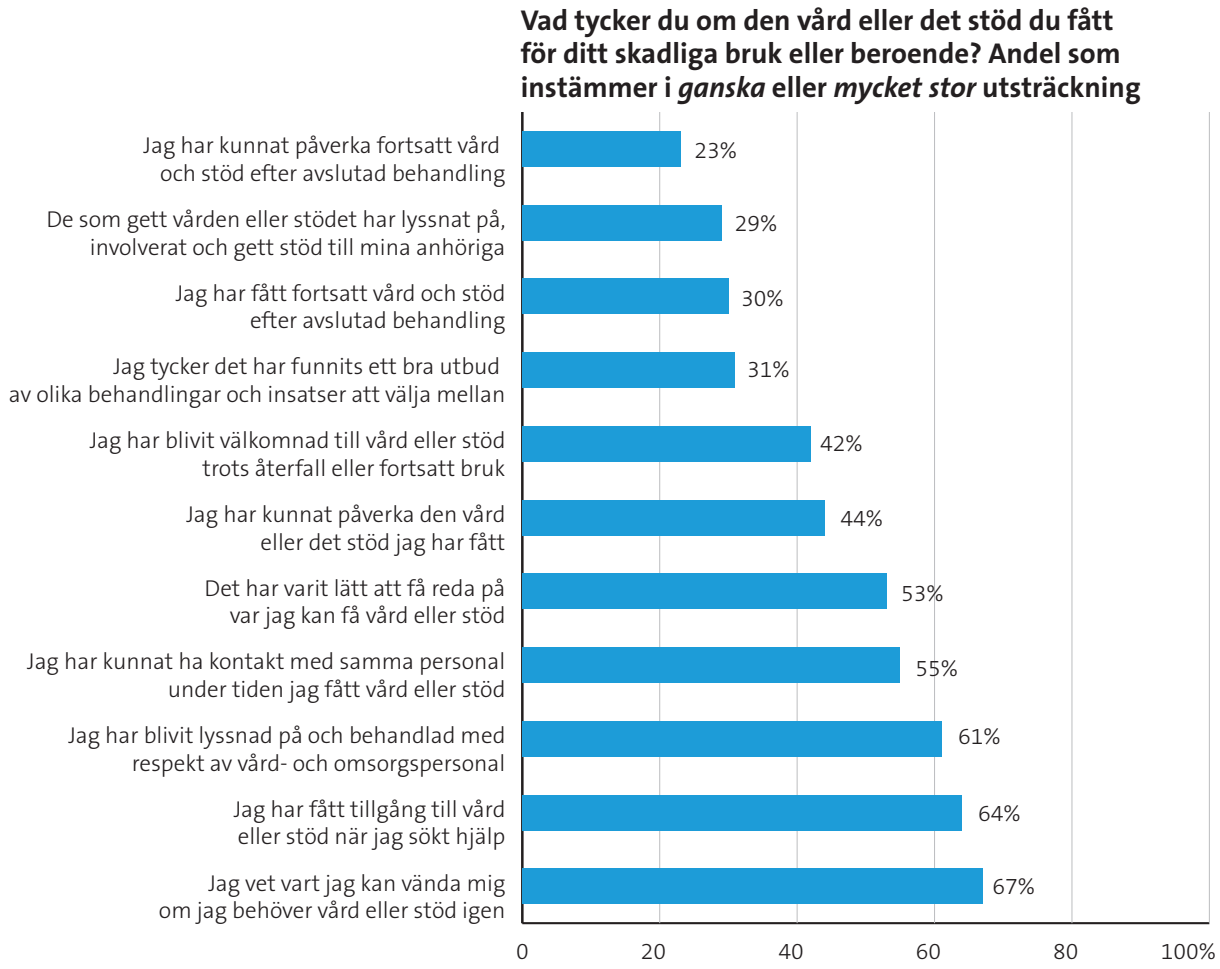


Diagram 10

I diagrammet ovan rangordnas svaren utifrån hur många som upplevt att det stämmer i stor eller mycket stor utsträckning för de insatser de fått.

Vi har också jämfört svaren mellan gruppen som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende och gruppen som inte längre har det. De två grupperna rangordnar påståendena relativt lika. Dock med skillnaden att gruppen som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende genomgående är mindre positiva till alla påståenden.

På en punkt skiljer sig också rangordningen. De som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende instämmer i högre utsträckning i påståendet om att bli välkomnad till vård eller stöd trots återfall eller fortsatt bruk. Det gör att det påståendet hamnar som nummer tre på deras lista.

> ”Kommunen beslutade om vårdtiden på behandlingshemmet. Jag ville stanna en månad till på grund av risken för återfall över jul och nyår. Blev utskriven mot min vilja.

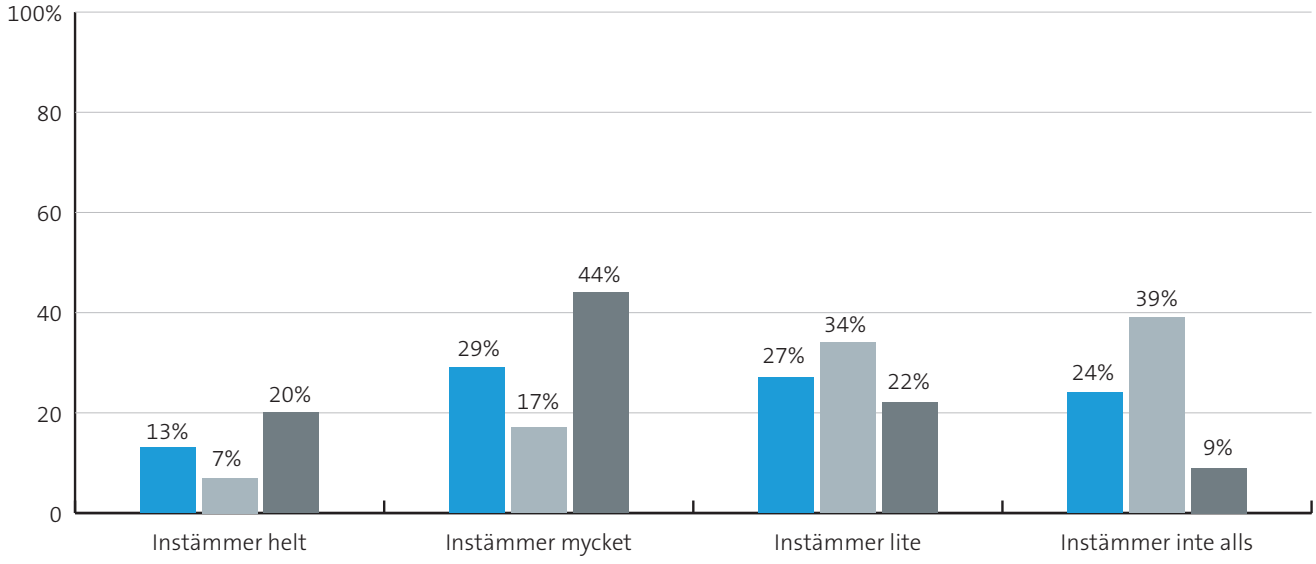
Samband mellan delaktighet och nöjdhet

En viktig aspekt för upplevelsen av stödet är möjligheten att vara delaktig och kunna påverka hur vården eller stödet utformas och ges. Vi jämförde därför resultatet av frågan om upplevelsen av att kunna påverka den vård eller det stöd, med den mer övergripande frågan om upplevelsen kring samhällets stöd vid skadligt bruk

och beroende. Här ser vi att det finns ett mycket starkt samband mellan att generellt uppskatta samhällets stöd och i vilken utsträckning man kunnat påverka det stöd man fått.

Av de som kunnat påverka vården och stödet i ganska eller mycket stor utsträckning är det 66 procent som instämmer mycket eller helt i att de generellt sett fått ett bra stöd från samhället. Av de som bara kunnat påverka vården och stöden i liten eller ingen utsträckning är motsvarande resultat 24 procent.

Jag tycker generellt sett att jag fått ett bra stöd från samhället för mitt beroende eller problematiska användande



Alla som fått någon form av vård eller stöd för sitt skadliga bruk/beroende (n=414)

Svarande som i liten eller ingen utsträckning tycker att de kunnat påverka vården eller stödet de fått för sitt skadliga bruk/beroende (n=196)

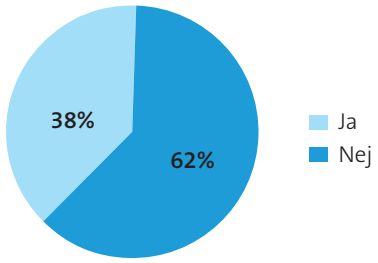
Svarande som i ganska eller mycket stor utsträckning tycker att de kunnat påverka vården eller stödet de fått för sitt skadliga bruk/beroende (n=181)

Diagram 11

Att nekas annan vård eller stöd på grund av ett beroende

I enkäten ställdes en fråga om man någon gång har blivit nekad vård eller annat stöd från det offentliga på grund av en beroendeproblematik. Som exempel till frågan angavs att man inte fått smärtlindring vid ett benbrott med hänvisning till tidigare beroende, eller nekats sociala insatser. En hög andel (38 procent) svarade ja på frågan.

Har du någon gång blivit nekad vård eller annat stöd från det offentliga på grund av din beroendeproblematik?



Graf 2

I fokusgrupperna och i vissa fritextsvar har de svarande angett flera exempel på vilken vård eller stöd som de svarande har nekats. Ett vanligt svar är att man blir nekad vissa läkemedel, till exempel smärtlindring eller adhd-medicin. Men här ges även exempel på att LSS-insatser dragits in med motiveringen att man har eller har haft ett skadligt bruk eller beroende.

Genom fokusgrupperna inkom även exempel på att några individer i vissa fall känt sig påtvingade läkemedel som de utifrån sin beroendeproblematik helst vill undvika, till exempel smärtlindring eller adhd-medicin.

Även här visar resultaten på vissa tydliga skillnader. Att bli nekad vård eller stöd på grund av ens beroendeproblematik är vanligare bland svarande som också angett att de

- saknar anhöriga som kan hjälpa dem i deras vardag (43 procent)
- är generellt missnöjda med hjälpen från det offentliga (52 procent)
- saknar nära vänner som de bryr sig om och som bryr sig om dem (55 procent).

Resultatet skiljer sig även tydligt mellan olika åldersgrupper. Bland de upp till 40 år är det 45 procent som svarat ja på frågan, jämfört med 35 procent bland de över 40 år.

> ”Provat söka vård för psykisk ohälsa men mår tydligen inte dåligt nog.

Tydligast skillnad ser vi dock när vi jämför de svarandes utbildningsnivå. Bland de svarande med högskoleutbildning är det bara 29 procent som någon gång nekats vård eller stöd på grund av sin beroendeproblematik. Bland svarande med enbart grundskoleutbildning är det hela 63 procent som nekats någon form av vård eller stöd på grund av sin beroendeproblematik.

Några exempel från fritextsvaren:

> ”Att jag inte fått smärtlindring i samma utsträckning som andra. De säger uttryckligen att de inte bryr sig för jag har ett beroende.

> ”Jag bröt benet på tre ställen men fick bara smärtlindring på sjukhuset, inte utskrivet så att jag kunde ta det hemma.

> ”Sår efter självskada syddes utan bedövning.

> ”Psykiatrin slutade skriva ut vissa mediciner som jag verkligen behöver för att sova och dämpa ångest. Trots att det inte är mediciner jag varit beroende av och som inte krockar med drogerna jag använt – utan för att ’vi kan inte det etisk’.

Samsjuklighet med psykisk ohälsa

Samsjuklighet med psykisk ohälsa är vanligt bland personer med erfarenhet av skadligt bruk eller beroende. I enkäten fick de svarande därför ange om de även sökt vård för sin psykiska ohälsa. Resultaten visar att nästan två tredjedelar har sökt och fått vård för psykisk ohälsa. Samtidigt anger nästan var femte i den här enkäten att de sökt men inte fått någon sådan vård.

I gruppen med ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag är det betydligt vanligare att man sökt men inte fått vård för den psykiska ohälsan. Här har 25 procent svarat detta, jämfört med 16 procent i gruppen som inte längre har ett skadligt bruk eller beroende.

Andelen som sökt men inte fått vård för psykisk ohälsa varierar också när vi sorterar de svarande utifrån en del andra faktorer. Det är vanligare än genomsnittet att ha sökt vård för psykisk ohälsa, men inte fått det bland de svarande som

- saknar nära vänner (23 procent)
- som har grundskola som högsta utbildning (24 procent)
- bland de som är under 40 år (26 procent).

Har du sökt vård för psykisk ohälsa
(exempelvis ADHD, depression eller psykoser)**?**

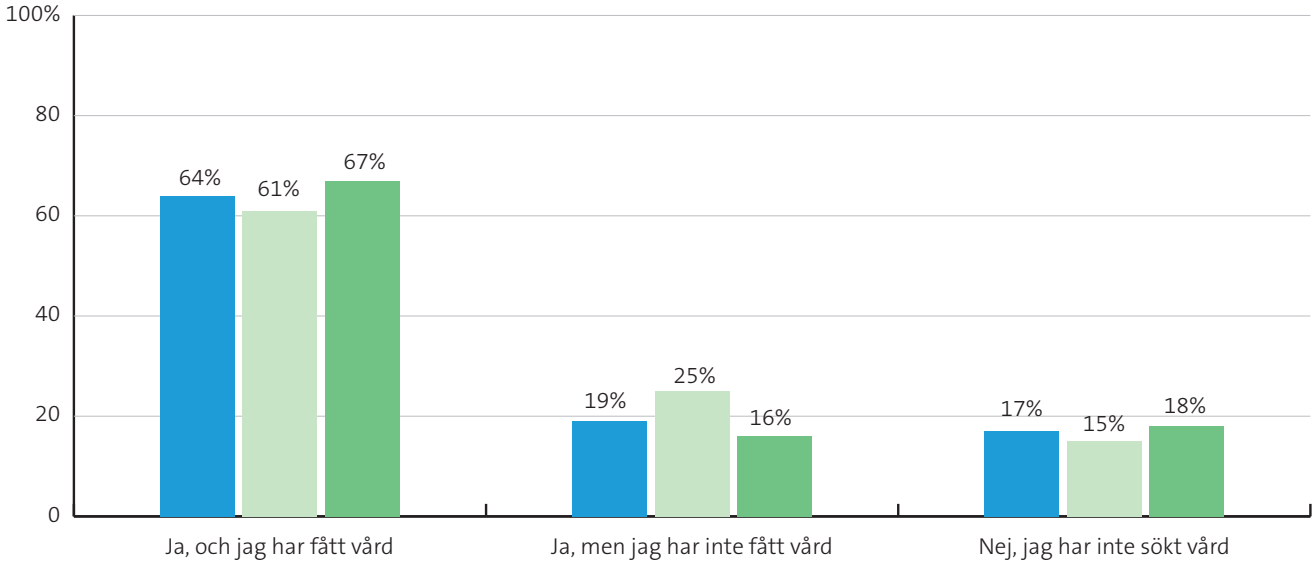


Diagram 12

Samordning av vården

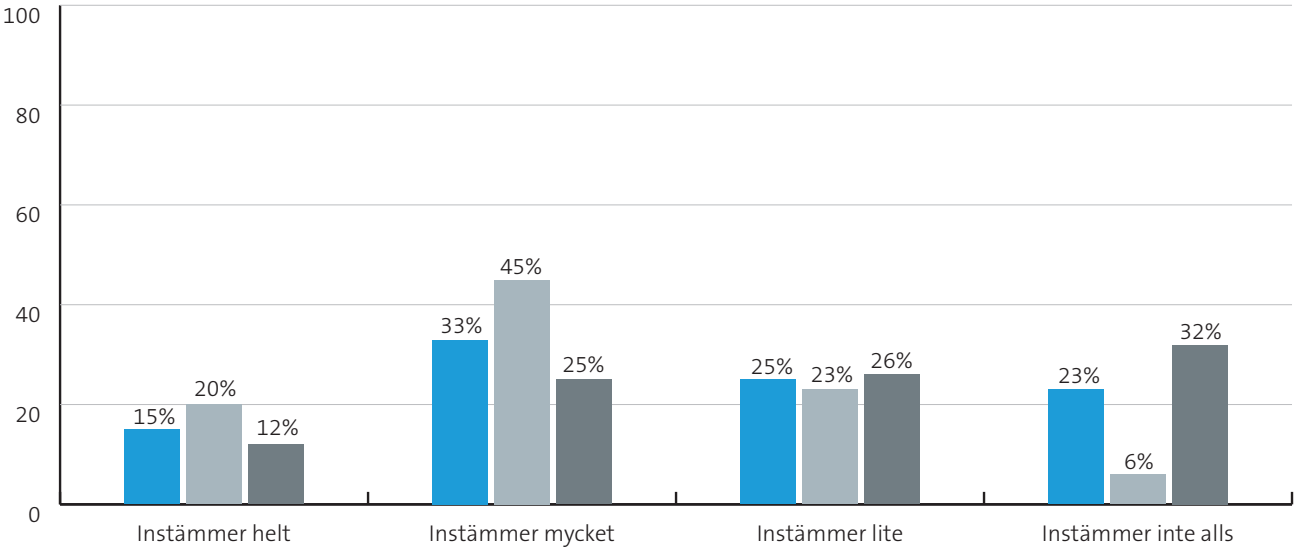
Ungefär hälften i denna enkät har fått vård för både psykisk ohälsa och för skadligt bruk eller beroende. Av dessa är det bara 36 procent som upplever att de olika insatserna samordnats i stor eller mycket stor utsträckning. I motsats är det 33 procent som menar att insatserna samordnats i ganska liten utsträckning. Hela 31 procent tycker inte att insatserna har samordnats alls.

Samband mellan samordning och nöjdhet med samhällets stöd

Precis som i fallet med upplevelsen av att kunna påverka vård och stöd, har vi här jämfört den generella upplevelsen av samhällets stöd med erfarenheten av att få en samordnad vård för både skadligt bruk eller beroende och psykisk ohälsa.

Av de som i låg grad tycker att deras vård samordnats är det 37 procent som instämmer mycket eller helt i att de generellt fått ett bra stöd från samhället. Motsvarande resultat för de som i hög grad tycker att deras vård samordnats är 65 procent.

Jag tycker generellt sett att jag fått ett bra stöd från samhället för mitt skadliga bruk eller beroende



Alla som fått vård eller stöd för skadligt bruk/ beroende och vård för psykisk ohälsa (n=261)

Svarande som instämmer helt eller mycket i att vården för den psykiska hälsan har samordnats med insatserna för skadligt bruk/beroende (n=89)

Svarande som instämmer lite eller inte alls i att vården för den psykiska hälsan samordnats med insatserna för skadligt bruk/beroende (n=159)

Diagram 13

Suicidtankar och suicidförsök

I enkäten ställdes även två frågor om förekomsten av allvarliga suicidtankar och suicidförsök. Generellt visar resultaten att det är väldigt många av de svarande som allvarligt övervägt att ta sitt liv eller som försökt att ta sitt liv.

Hela 29 procent av de svarande har allvarligt övervägt att ta sitt liv under det senaste året. Det är nästan åtta gånger så vanligt jämfört med den nationella statistiken från Folkhälsomyndigheten, där motsvarande siffra för hela befolkningen är 3,7 procent (FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN, 2025A).

Ytterligare 34 procent av de svarande har allvarligt övervägt suicid tidigare i livet. Sammantaget är det är nästan två av tre (63 procent) i den här enkäten som någon gång allvarligt övervägt att ta sitt liv.

Ännu mer allvarligt är att 6 procent i den här enkäten svarat att de gjort ett suicidförsök någon gång under det senaste året. Det är tio gånger så vanligt jämfört med befolkningen i stort enligt den nationella statistiken (Folkhälsomyndigheten, 2025a). Ytterligare 30 procent svarar att de gjort ett suicidförsök någon gång tidigare i livet. Sammanlagt har alltså mer än var tredje svarande i den här enkät någon gång i livet gjort ett suicidförsök.

Resultaten visar därmed på stora skillnader jämfört med befolkningen i stort, med en markant ökad risk gällande både allvarliga suicidtankar och suicidförsök för personer med erfarenhet av skadligt bruk eller beroende.

Vissa grupper har ökad risk för suicidtankar och suicidförsök

Resultaten visar också att vissa grupper i enkäten har en ännu högre grad av allvarliga suicidtankar och suicidförsök. Bland de som sökt och fått vård för psykisk ohälsa är det 7 procent som angett att de gjort ett suicidförsök under den senaste året. Ytterligare 36 procent i denna grupp har gjort ett suicidförsök tidigare i livet.

Mer anmärkningsvärt är att i den grupp som sökt men inte fått vård för psykisk ohälsa är siffrorna ännu högre. Här är det 8 procent som försökt ta sitt liv och 46 procent som allvarligt övervägt det under det senaste året.

Drygt tio procent av alla svarande i enkäten är personer med ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag, som också har sökt vård för psykisk ohälsa men inte fått det. Av dem har var sjätte person (15 procent) försökt ta sitt liv och över hälften (52 procent) allvarligt övervägt det under det senaste året. Värt att påminna om här är att det alltså rör sig om en grupp som sökt vård för psykisk ohälsa – men inte fått det. När vi tittar på de som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag och som aldrig sökt vård för psykisk ohälsa är gruppen för liten för att dra några generella slutsatser. Men resultaten pekar på att ett pågående skadligt bruk eller beroende har en stark koppling till både allvarliga suicidtankar och suicidförsök – i synnerhet om man inte fått någon vård för sin psykiska ohälsa.

Har du under de senaste 12 månaderna försökt eller allvarligt övervägt att ta ditt liv?

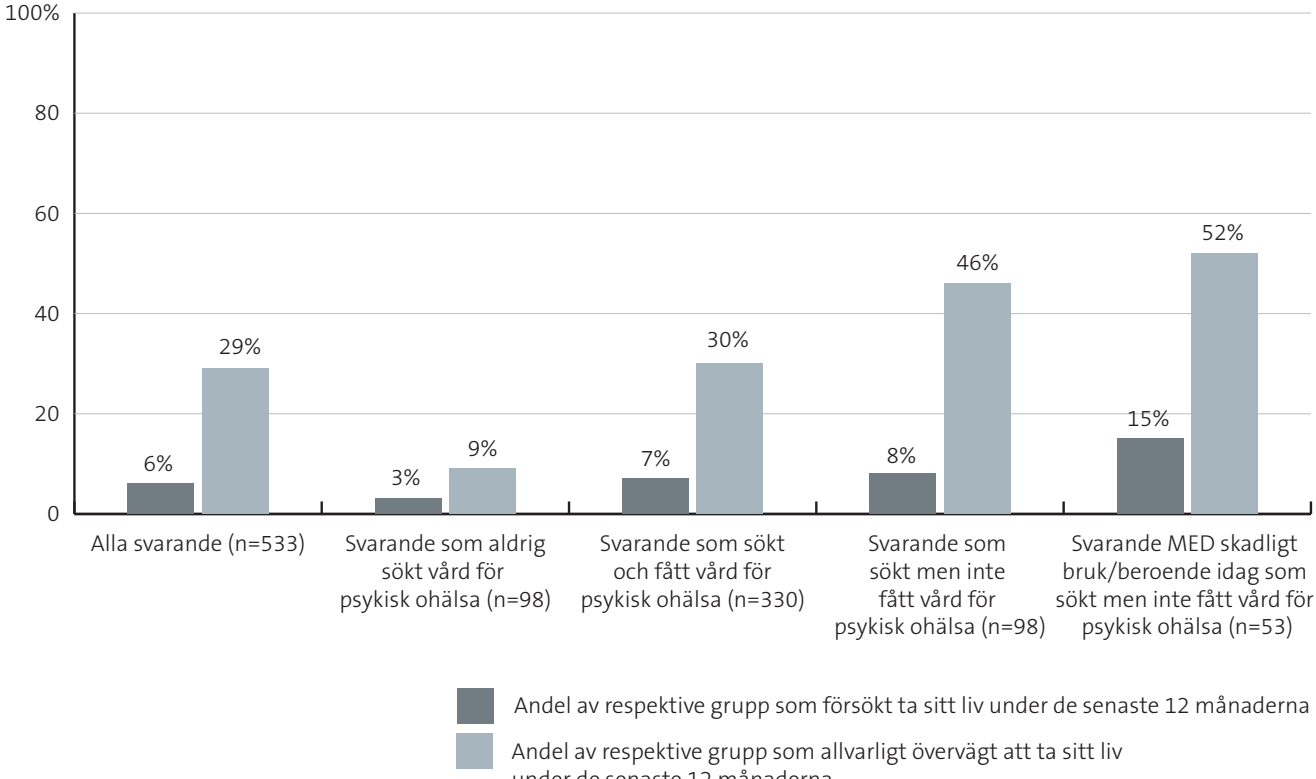


Diagram 14

Faktorer som varit hjälpsamt för att hantera ett beroende

I enkäten kunde de svarande även gradera hur viktiga olika faktorer varit för att hantera sitt skadliga bruk eller beroende. De mest hjälpsamma faktorerna upplevs vara stöd från anhöriga och olika former av vårdinsatser, följt av stöd från ideella organisationer.

Rangordningen av de olika alternativen är nästan densamma mellan de som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag som för de utan, med några få undantag. Gruppen utan ett skadligt bruk eller beroende idag rankar stöd från ideella organisationer som allra viktigast. I gruppen med ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag hamnar stödet från ideella organisationer på femte plats. I den gruppen kommer i stället stöd från anhöriga på första plats, tätt följt av vårdinsatser. Genomgående skattar dock de med ett pågående skadligt bruk eller beroende bruk samtliga alternativ lägre.

Tydligt i resultatet är att anhöriga upplevs som väldigt viktiga för båda grupperna. Att stöd från anhöriga uppfattas som lika viktigt som vård behöver också sättas i relation till att resultaten samtidigt pekar på att de aktörer som ger stöd och vård är dåliga på att involvera och ge stöd till anhöriga.

Hur stor eller liten hjälp upplever du att följande har varit för dig när det handlar om att hantera ditt beroende eller skadligt bruk? Andelar som upplever att alternativen varit till *ganska stor* eller *mycket stor hjälp*

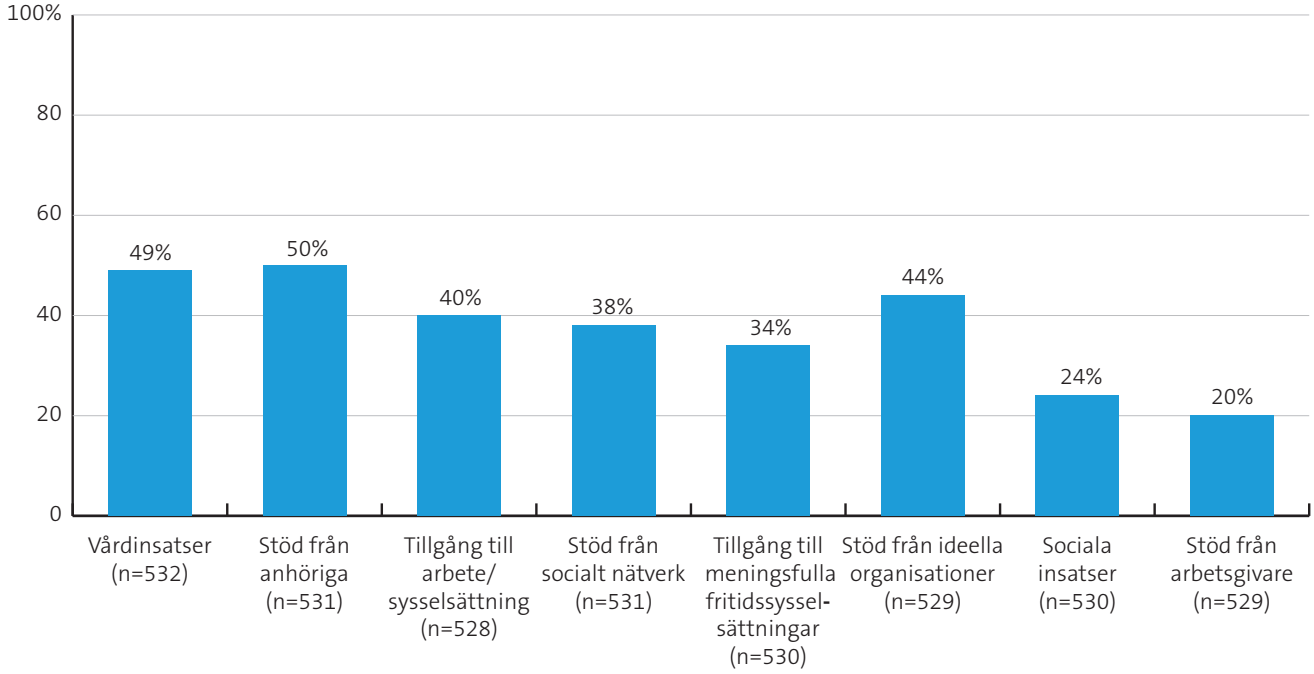


Diagram 15

Vård och stöd som gruppen önskat – men inte fått

I enkäten fick de svarande också möjlighet att i ett fritextsvar beskriva om det är någon typ av vård eller stöd som de hade önskat för sitt skadliga bruk eller beroende, men inte fått. Sammanställning av fritextsvaren (168 personer) visar att en rad olika insatser lyfts fram, men bland dessa är det svårt att identifiera några gemensamma nämnare när det handlar om vad de svarande hade velat ha för typ av vård eller stöd.

Många av de som svarat på frågan ger uttryck för att de inte har fått något bra stöd, samt att det funnits brister i bemötandet. Flera upplever att de inte mötts av förståelse och att det saknats kunskap om deras problematik och behov. Några exempel på insatser som de hade önskat är läkemedel och stöd från psykiatrin, men också andra typer av stödinsatser som exempelvis stöd kring boende och sysselsättning. Tillgång till tolvstegsprogram är även något som relativt många efterfrågar.

> ”Det är viktigt att bli lyssnad på – och inte ytterligare skammad. Det klarar man bra själv.

Några exempel från fritextsvaren:

- ”Jag hade behövt insatser från psykiatrin under pågående öppenvårdsbehandlingar inom beroendevården.
- ”Jag önskar att jag hade fått bättre stöd för att komma tillbaka till arbetslivet.
- ”Att jag hade blivit beviljad LARO mycket tidigare än vad jag blev.
- ”Önskar att jag fått hjälp med boende och slapp vara hemlös, det slet på min hälsa oerhört.
- ”Önskar man kunde bo på ett boende med hjälp att bygga upp kroppen och livet igen.

Insatser man tror hade varit till hjälp

De svarande hade även möjlighet att i fritextsvar beskriva om de tror att några förebyggande insatser från samhällets sida hade kunnat bidra till att de inte skulle ha hamnat i ett skadligt bruk eller beroende.

De som svarade på frågan (269 personer) pekar ut en rad olika faktorer som hade kunnat förhindra att de hamnat i ett skadligt bruk och beroende. Det är svårt att göra en tydlig sammanställning när det handlar om åtgärder eller insatser som lyfts fram i svaren. Det handlar om alltifrån tillgång till fritidsgårdar, stöd kopplat till den familj de växt upp i, till tillgång till vård inom psykiatrin. Däremot är det några tydliga teman som framkommer.

Ett tema som återkommer i många svar är tillgång till vård i olika former. Enkäten visar att många som har en beroendeproblematik lever med psykisk ohälsa. I fritextsvaren är det många som beskriver att deras skadliga bruk eller beroende är eller har varit ett sätt att hantera ett dåligt psykiskt mående. Flera beskriver också att de sent i livet fått psykiatriska diagnoser och önskat att de fått dessa diagnoser tidigare.

Ett annat tema som återkommer är att många konstaterar att de hade varit hjälpta av snabbare insatser. Om de hade fått stöd i ett tidigare stadium för sin psykiska ohälsa eller beroendeproblematik hade deras specifika behov kunnat identifieras snabbare. Flera pekar också på att deras behov borde ha fångats upp tidigare och att omgivningen borde ha reagerat på exempelvis oro och ångest i tidig ålder.

Ungefär 50 personer svarar att förebyggande insatser inte hade hjälpt. Flera beskriver att de själva valt att börja med någon form av bruk, som senare utvecklats till ett beroende.

Några exempel från fritextsvaren:

> ”Om jag fått hjälp när jag sökte för mitt missbruk hade det inte behövt gå så långt som det gick.

> ”Jag hade behövt få hjälp från start med de psykologiska problemen.

> ”Jag var osynlig, var inte utåtagerande och försvann i mängden. Någon hade behövt se eller förstå var som skedde i hemmet eller på min fritid.

”Dagen jag vågade berätta om mina problem försvann en stor tyngd från mina axlar.

Personer med flera beroenden

Drygt hälften (51 procent) av alla svarande i enkäten har eller har haft mer än en form av skadligt bruk eller beroende. Det är tydligt att ju fler skadliga bruk en person har eller haft desto mer negativa konsekvenser upplever man.

Ett beroende skiljer sig från de andra och det är spel. Cirka 10 procent av alla svarande i enkäten har angett att de har ett skadligt bruk eller beroende av spel. I denna grupp har ungefär hälften också angett andra skadliga bruk.

De som idag lever med enbart ett beroende av spel upplever att spelandet får väldigt negativa konsekvenser för både deras psykiska och fysiska hälsa, helt jämförbart med övriga svarande i enkäten. De har däremot i högre utsträckning än andra svarat att deras ekonomi och deras relationer till vänner och anhöriga påverkas negativt.

Resultaten visar däremot att de som tidigare haft ett beroende av spel i högre grad blivit av med de flesta negativa konsekvenserna, jämfört med personer som lämnat andra typer av beroenden och skadliga bruk bakom sig. Dock med en skillnad – för de som lämnat ett spelberoende kvarstår de negativa ekonomiska konsekvenserna i hög grad.

Stigma, självstigma och bemötande

I enkäten ställdes även en rad frågor om upplevelsen av stigma och självstigma kopplat till skadligt bruk och beroende, samt generella upplevelser av bemötande. Frågorna här handlade exempelvis om bemötandet från det offentliga, om man upplever att man kan vara öppen och prata med andra i omgivningen om sina problem, samt i vilken utsträckning man undvikit olika saker på grund av sin problematik.

Resultatet visar att det är vanligt att undvika sociala sammanhang på grund av ett skadligt bruk eller beroende. Nära 60 procent instämmer helt eller mycket i att de har undvikit sociala aktiviteter. Nästan lika många (59 procent) har undvikit att träffa vänner på grund av sitt skadliga bruk eller beroende. Det är även vanligt att undvika kontakt med sin familj (54 procent) och att delta i fritidsaktiviteter (44 procent). Det är däremot mindre vanligt att undvika att söka jobb (30 procent) och utbildningar (34 procent) på grund av ett skadligt bruk eller beroende.

I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden kopplat till ditt skadliga bruk eller beroende? (n=530-32)
Andel av svarande som *instämmer mycket* eller *helt*

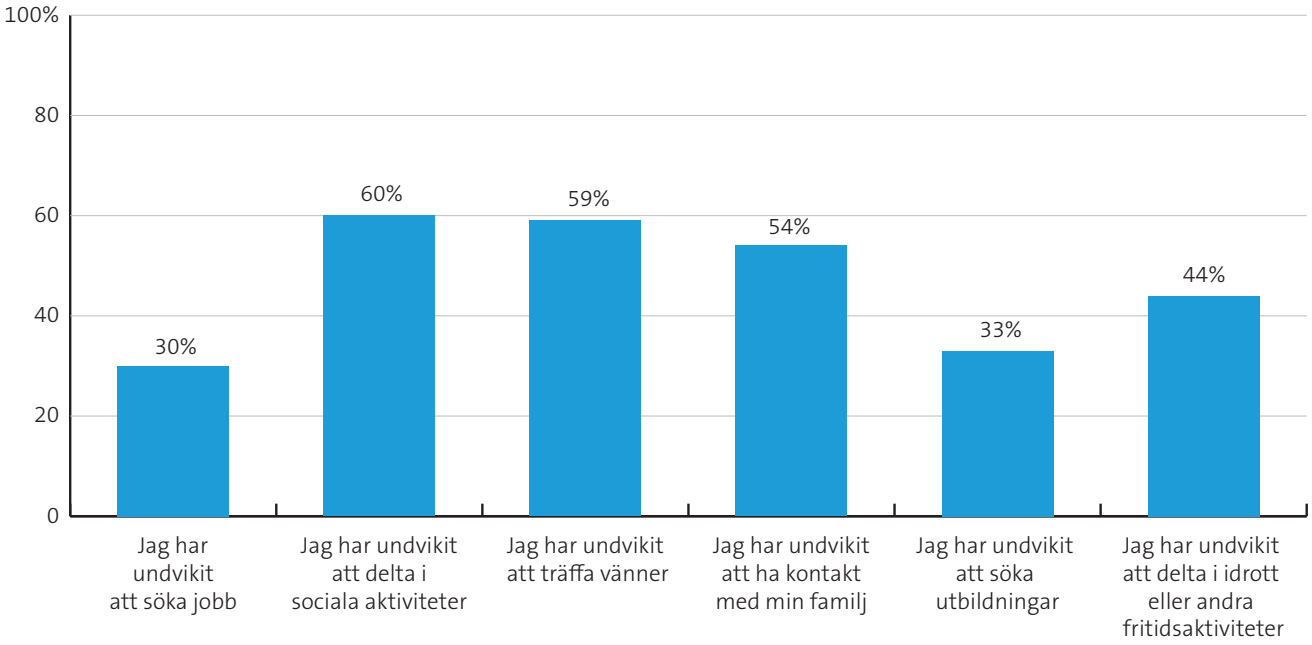


Diagram 16

Vad gäller upplevelsen av bemötande är det bara 26 procent som tycker att de blivit bemötta med respekt av olika myndigheter. Motsvarande resultat för den generella upplevelsen av bemötande från andra som man inte känner är mer positiv. På den frågan är det i stället 47 procent som instämmer mycket eller helt i påståendet.

I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden kopplat till ditt skadliga bruk eller beroende? (n=534)
Andel som instämmer *mycket* eller *helt*

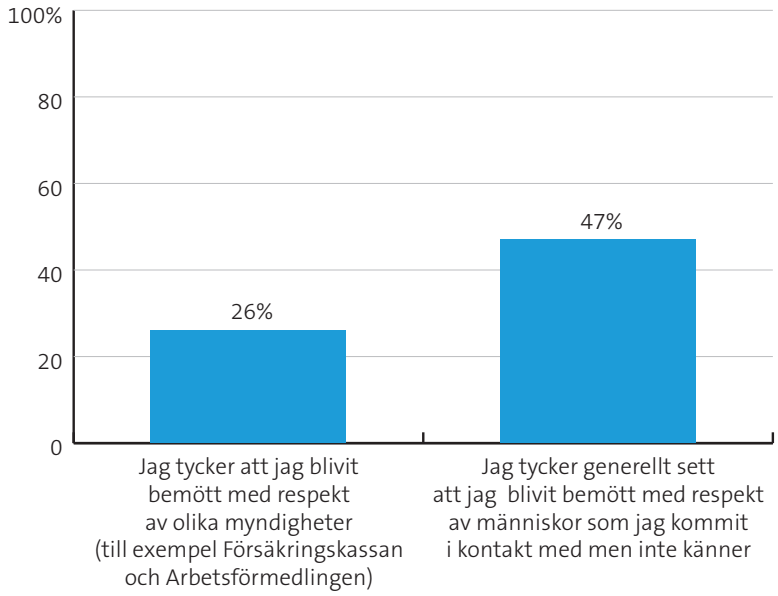


Diagram 17

”Om någon inom vården hade ställt frågan hade jag nog vågat berätta”

Karin levde ett ganska stillsamt liv med familj, radhus och jobb, men bakom fasaden kämpade hon med ett växande spelberoende. I efterhand önskar hon att någon inom vården hade frågat – då kanske hjälpen hade kommit tidigare.

”Jag var tjejen som läste på högskola, skaffade radhus, blev gravid. Duktig flicka liksom. Visst, jag har spelat tidigare i livet på till exempel Danmarksbåten på enarmade banditer och tyckte det var kul, men tänkte alltid att jag aldrig skulle spela med pengar på telefonen.”

Så blev det inte, när livet kastades omkull och kantades av utmaningar spelade Karin första gången.

”Jag minns var jag satt. Jag hade blivit utköpt av min man från huset vi bodde i tillsammans innan vi separerade. Samtidigt hände mycket annat i livet. Mina föräldrar var sjuka. Pengar fanns. Jag hade också ärvt pengar. Jag spelade för små summor men fick jackpot på jackpot. Sedan eskalerade det. Vid löning satt jag uppe till midnatt då lönen kom på kontot och sedan kunde jag sitta i två dygn och spela, utan att sova.”

Kontakt med vården men utan att berätta

Under perioden när Karin började spela hade hon kontakt med vården. Hon var då sjukskriven från sitt arbete på grund av utmattning, men säger själv att det i grunden handlade om spelandet – något hon då inte vågade berätta om.

”Jag tänkte flera gånger i kontakt med vården att jag skulle berätta men skammen var för stor. Om jag hade fått frågan om jag spelade så hade jag kanske vågat ta hjälp tidigare. Tillslut i ett möte med en psykolog, om arbetsträning, bröt jag ihop och berättade om mitt spelande.”

Karin erbjöds då online KBT-behandling en dag i veckan i 45 minuter. Men berättar hur hon satt och spelade medan psykologen pratade.

”Jag fick ett lån av mina föräldrar på 200 000 kr för att starta en restaurang. Jag spelade bort det. Jag mådde så dåligt och var tvungen att berätta. Det var då jag på riktigt förstod att jag hade ett beroende.”

Karin valde då att blockera sig själv från de sidor hon spelade på och lyckades då hålla upp i två år.

Tiden på behandlingshem

Karin föll snart tillbaka i spelandet och sökte då själv efter behandling och fastnade för ett behandlingshem inriktat enbart på spelberoende. Det kändes tryggare för Karin än alternativen kommunen föreslog, som främst riktade sig till personer med substansberoende.

Trots att hennes handläggare på kommunen såg att just det behandlingshemmet kunde passa, dröjde beslutet eftersom kommunen saknade avtal med dem. Först när Karin berättade att hon spelat bort ännu en hyra fick hon beskedet från kommunen att hon nu kunde få behandling där hon önskade.

”Hade jag fått diagnosen tidigare hade jag tidigare fått en bättre förståelse för mig själv”

Genom behandlingshemmet fick Karin hjälp att hitta nya intressen att fylla tiden med. Hon fick också stöd i att lära känna sig själv, varför hon agerar som hon gör och se tidiga signaler och hitta strategier.

”Jag fick en adhd-diagnos som vuxen. Hade jag fått den diagnosen tidigare hade jag tidigare fått en bättre förståelse för mig själv och kanske hade det gjort att jag inte hade fastnat i spelberoendet.”

Karin har nu bott hemma i åtta månader. Det som har hjälpt henne är någon som har koll på ekonomin, så att det inte går att spela. Det i kombination med hjälp för det psykiska måendet.

”Jag är tacksam att jag har fått hjälp. Om jag i slutet av månaden har 150 kronor kvar nu köper jag mat för pengarna. Tidigare tänkte jag: ’Jag klarar mig på havregryn och mjölk så spelar jag för resten’. Det är skönt att inte tänka så.”

HUR ANHÖRIGA TILL PERSONER MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE UPPLEVER SINA LIVSVILLKOR OCH SIN SITUATION

Totalt svarade 542 anhöriga i den här delen av undersökningen. Vi har bred representation av svarande med olika åldrar och anhörigrelationer. De anhörigas närstående har också erfarenhet av olika former av skadliga bruk och beroenden.

Precis som i enkäten till de med egen erfarenhet gäller att vi sannolikt har ett bortfall i förhållande till den totala populationen av anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende. Framför allt har vi ett underskott av män. Sannolikt har vi också ett underskott av personer som lever i socioekonomisk utsatthet. Däremot har vi ett överskott av personer med högskoleutbildning.

Vilka har svarat på enkäten?

Ålder, kön och könsidentitet

Mer än hälften (58 procent) av de svarande är mellan 41 och 60 år gamla. En femtedel (20 procent) är yngre än så och en knapp fjärde del (23 procent) är över 60 år. Bara en svarande är äldre än 80 år.

Att en så stor andel av de svarande är 51–60 år har delvis att göra med den höga andelen föräldrar/bonusföräldrar och partner/makar/makor som svarat på enkäten. Men även i gruppen barn/bonusbarn eller syskon/bonussyskon är mer än 60 procent av de svarande äldre än 41 år.

Nästan alla (93 procent) som svarat på den här enkäten är kvinnor. Ett fåtal har svarat att de är transpersoner, ickebinära eller att de inte vet eller inte vill svara på den frågan.

Geografisk spridning och utbildningsnivå

De 542 svarande i den här enkäten kommer från sammanlagt 175 olika kommuner fördelade på landets samtliga regioner.

57 procent av de svarande har en högskoleutbildning, vilket är över snittet i riket som är 47 procent.

Relation till den närstående

Den vanligaste relationen bland de svarande är att man är förälder (49 procent), följt av partner/make/maka (26 procent), barn/bonusbarn (13 procent) och syskon/bonussyskon (8 procent). Två procent av de svarande har angett ”nära vän” och en lika stor andel ”annan släktrelation”.

Nästan hälften (48 procent) av alla svarande har en närstående i åldern 21–40 år. Alla ålderskategorier finns dock med i underlaget. På den här frågan fanns även svarsalternativet att den närstående inte längre lever, vilket 9 procent angett.

Tre av fyra svarar att de idag har en nära relation till personen som har eller har haft ett skadligt bruk eller beroende. Nästan var fjärde svarande bor tillsammans med den närstående idag.

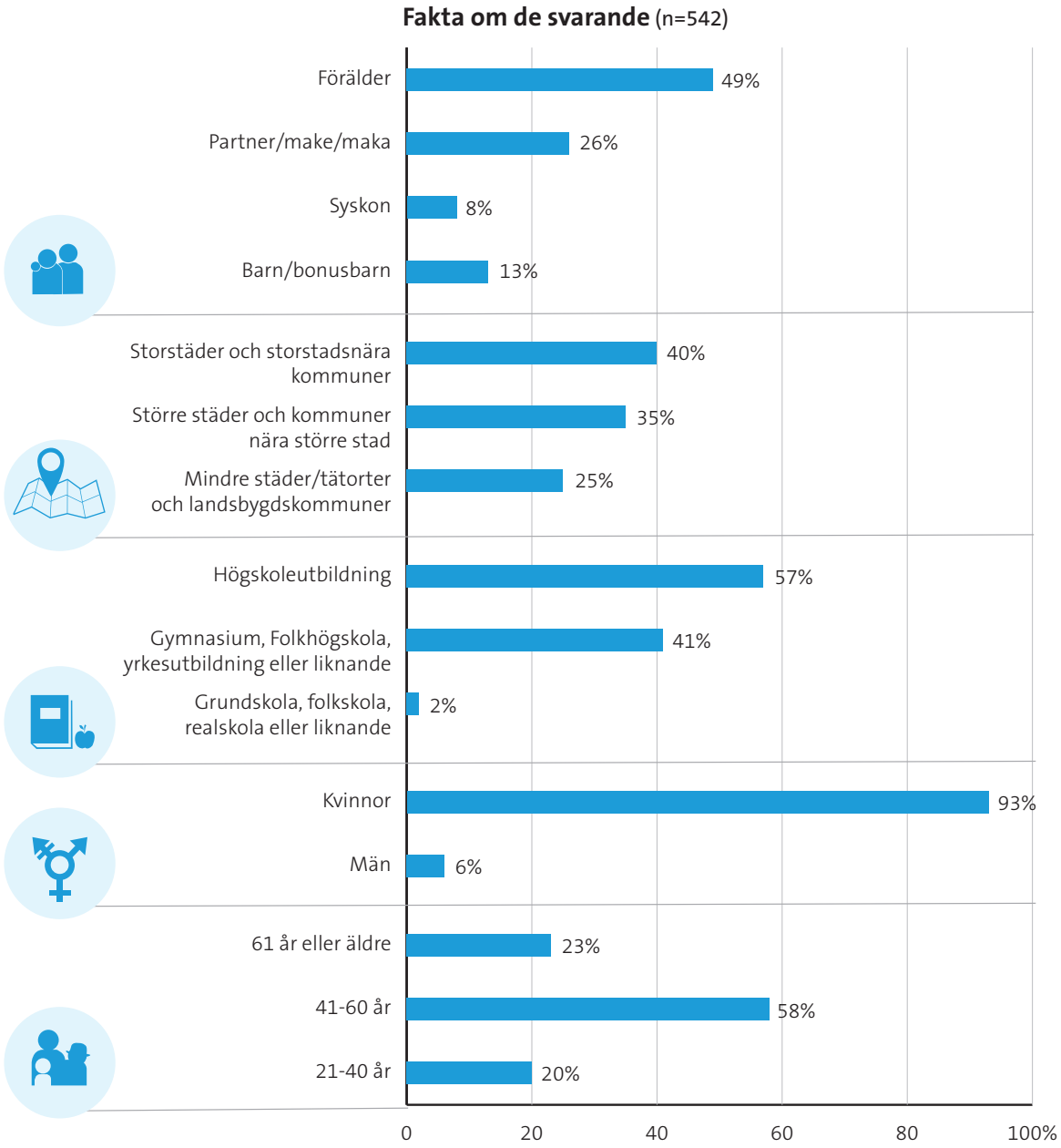


Diagram 18

Den närståendes skadliga bruk eller beroende

I enkäten ställdes en inledande fråga om huruvida den närstående har ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag eller om den närstående haft det tidigare i livet, samt vilken typ av beroende det rört sig om. Många har närstående som har eller har haft flera olika beroenden.

Det är vanligast med alkohol (58 procent), följt av narkotika (50 procent) och läkemedel (31 procent). Under kategorin ”annat” återfinns bland annat dopningspreparat, sex, porr, shopping och mat. Lite färre än hälften av de svarande (47 procent) har en närstående som antingen har eller har haft flera olika skadliga bruk eller beroenden.

Den närståendes typ av skadligt bruk eller beroende.
Alla svarande (n=539)

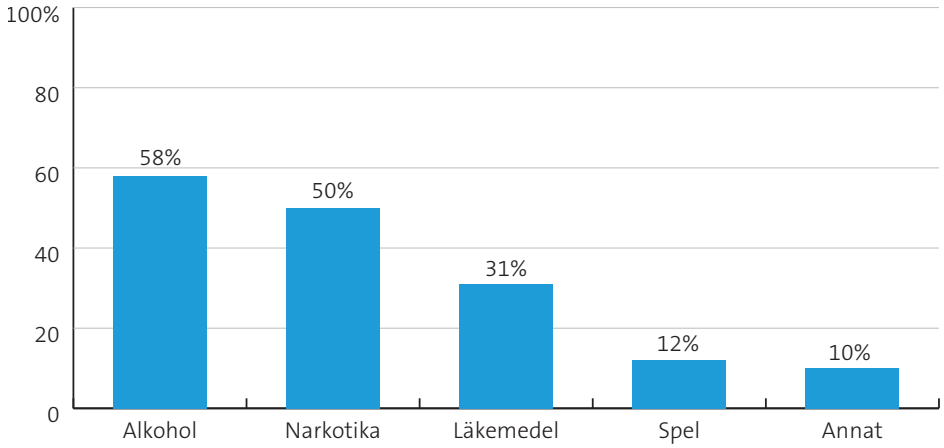


Diagram 19

Konsekvenser av beroendet

I enkäten ställdes en fråga om hur de anhöriga upplever att ett aktivt eller tidigare skadligt bruk eller beroende påverkar den närståendes livssituation idag. De anhöriga som har en närstående med ett pågående skadligt bruk eller beroende upplever att det har en mycket stor negativ inverkan på nästan alla livsområden. Mest negativa effekter bedömer anhöriga att det har för den närståendes psykiska och fysiska hälsa, ekonomiska situation och relationen till sina vänner.

> ”Min närstående fick skulder, som jag fått lösa på grund av hot.

Anhöriga som inte längre har en nära relation till den närstående uppger i högre utsträckning att det skadliga bruket eller beroendet har mer negativa konsekvenser för den närstående, än de anhöriga som svarat att de idag har en nära relation med sin närstående. Detta kan bero på flera saker. De anhöriga som inte längre har en nära relation till den närstående gör troligtvis mer pessimistiska bedömningar av beroendets konsekvenser, inte minst om beroendeproblematiken är orsaken till att man inte längre har en nära kontakt. Det kan även vara så att dessa bedömningar inte heller är helt aktuella just på grund av det faktum att man inte har en nära relation.

De anhöriga som har en närstående utan ett pågående skadligt bruk eller beroende idag upplever mindre – men fortfarande påfallande stora – negativa konsekvenser av den tidigare beroendeproblematiken. Störst negativa konsekvenser efter ett tidigare skadligt bruk eller beroende upplever de anhöriga att det har på den närståendes psykiska hälsa och ekonomi.

Vilka negativa konsekvenser har din närståendes pågående/tidigare skadliga bruk eller beroende på hens livssituation idag? Andel som upplever *ganska negativa* eller *mycket negativa konsekvenser*.

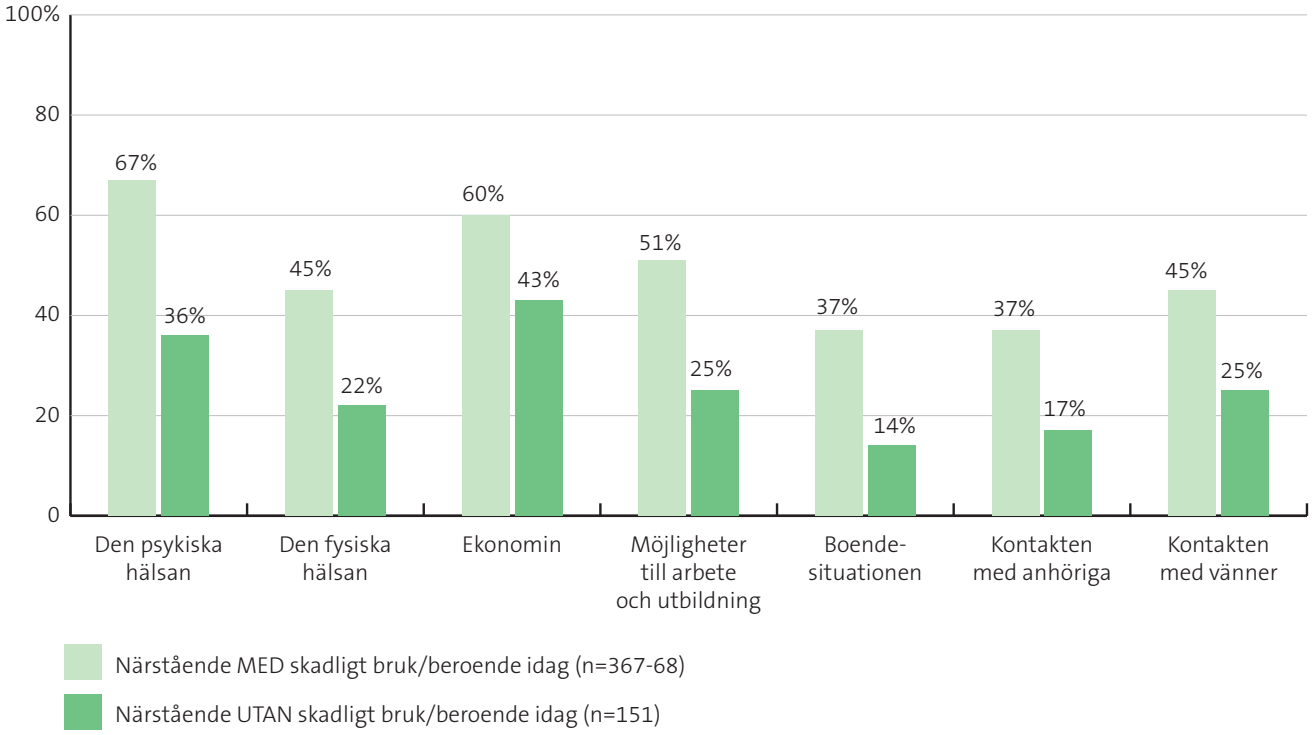


Diagram 20

Vård och stöd som den närstående fått

Nära tre av tio (28 procent) uppger att deras närstående inte har fått någon vård eller stöd alls för sitt skadliga bruk och beroende. Bland de som har en närstående med ett pågående skadligt bruk eller beroende är andelen ännu större. Här är det 31 procent jämfört med 21 procent bland de som har närstående utan ett pågående skadligt bruk eller beroende idag.

Bland de som fått vård eller stöd är psykologisk behandling vanligast, följt av frivillig vård på behandlingshem eller heldygnsvård på sjukhus. Tredje vanligast vård- eller stödinsats är läkemedelsbehandling.

> ”Vården var mer kontrollerande än vårdande.

Vilken typ av vård- eller stödinsatser har din närstående fått för sitt skadliga bruk eller beroende?
Alla svarande (N=539)

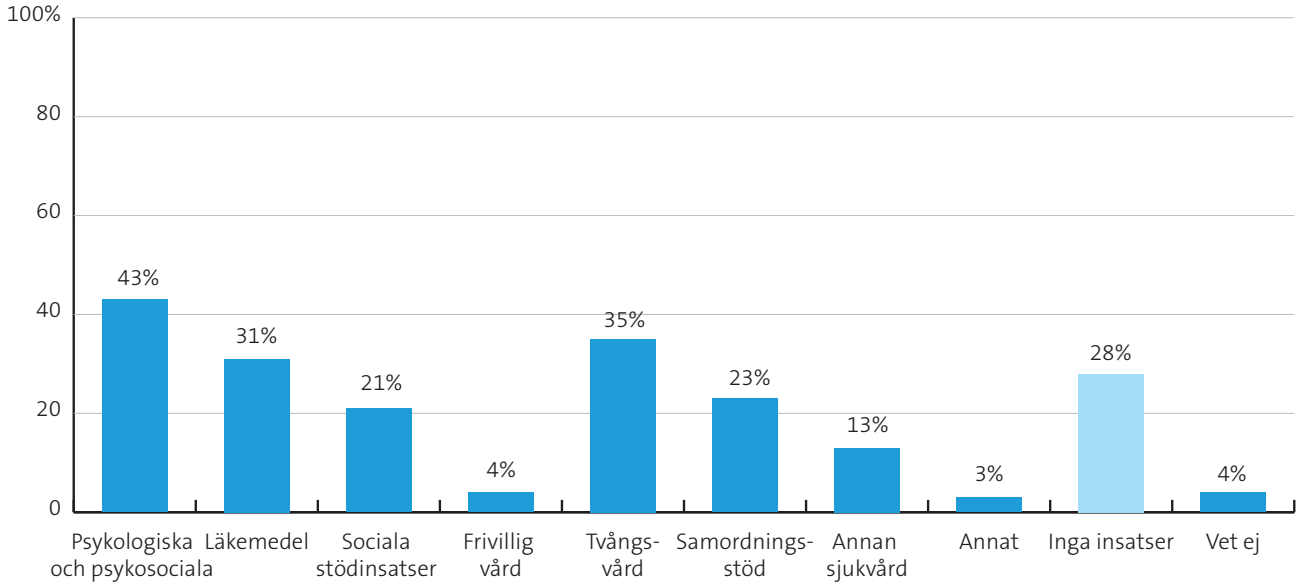


Diagram 21

Anhörigas upplevelser av vård och stöd för den närstående

Generellt sett är de anhöriga väldigt missnöjda med den vård eller det stöd som deras närstående fått. Hela 60 procent av de anhöriga vars närstående fått någon form av vård eller stöd tycker att det fungerat ganska eller mycket dåligt.

Resultaten visar också att anhöriga tycker det är svårt att veta vart man ska vända sig för att få vård och stöd. De tycker inte heller att det går snabbt att få vård och stöd eller att det finns olika behandlingar och vårdformer att välja på. Resultatet här skiljer sig väldigt lite mellan olika anhöriggrupper.

I vilken grad instämmer du i följande påståenden om vården och stödet för personer med skadligt bruk eller beroende. Andel som *inte instämmer alls.* (n=542)

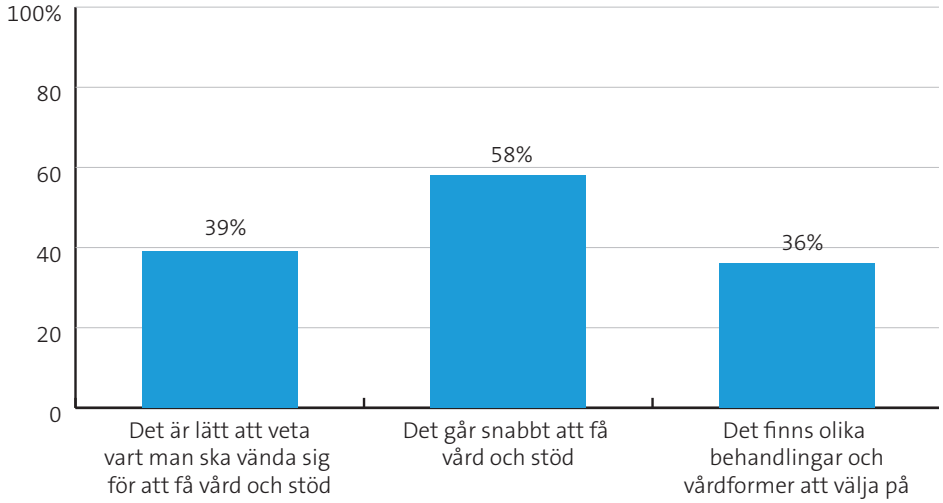


Diagram 22

Involvering av anhöriga i vård och stöd

Resultaten visar också att de flesta anhöriga inte känner sig lyssnade till eller involverade i vården och stödet som den närstående fått. Endast 17 procent svarar att de som gett den närstående vård eller stöd har lyssnat eller involverat dem i ganska eller mycket stor utsträckning.

När vi bryter ner dessa resultat framkommer en tydlig koppling mellan upplevelsen av involvering och hur bra anhöriga bedömer att den närståendes vård eller stöd varit. Anhöriga som upplever sig ha blivit involverade i vård och stöd för den närstående anger i betydligt högre utsträckning att vården och stödet har varit mycket bra (25 procent). Bland de anhöriga som inte blivit involverade i den närståendes vård är det endast 4 procent som tycker att stödet har varit mycket bra. I den gruppen är det i stället närmare 40 procent som svarar att stödet har varit mycket dåligt.

Totalt sett, vad tycker du om den vård eller stöd som din närstående fått för sitt skadliga bruk eller beroende?

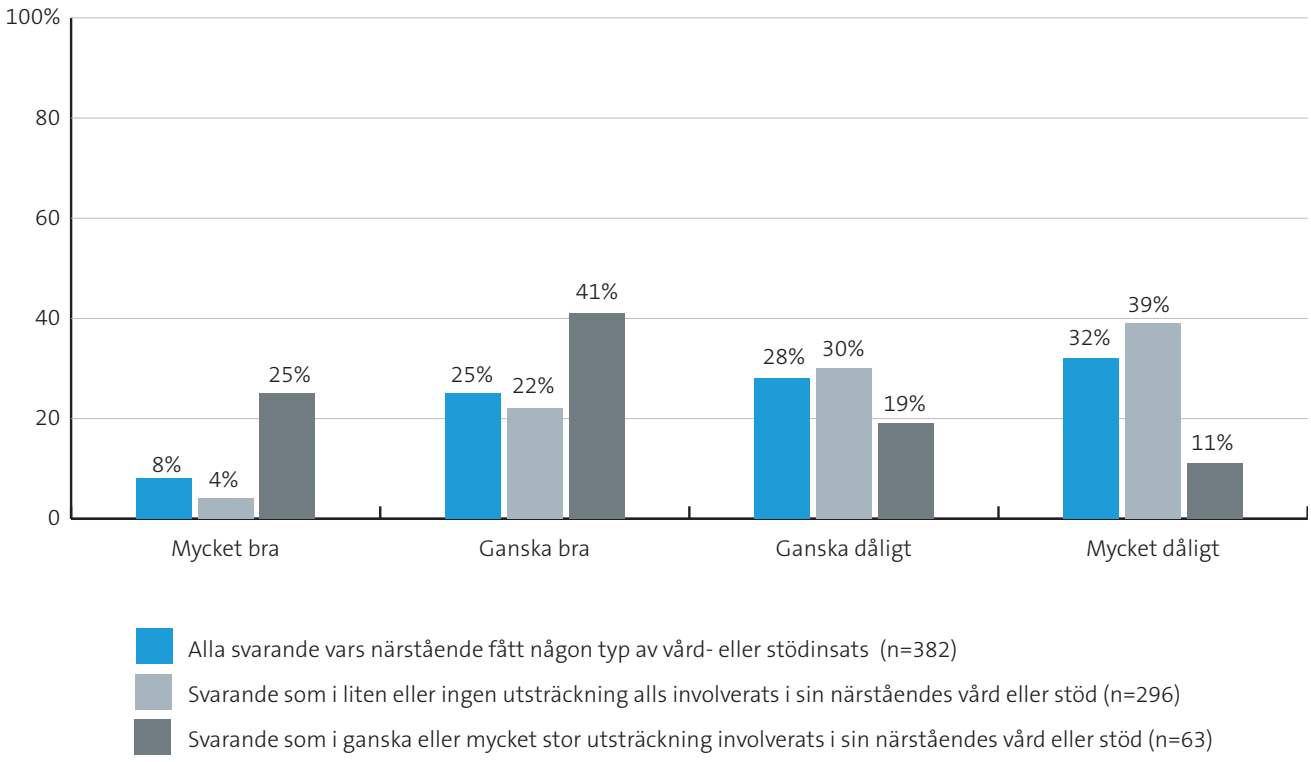


Diagram 23

Samsjuklighet med psykisk ohälsa

Bland de anhöriga är det 41 procent som har närstående som även sökt och fått vård för psykisk ohälsa. Drygt var fjärde anhörig (27 procent) uppger däremot att den närstående sökt sådan vård, men inte fått det. Drygt var tionde (12 procent) har också svarat att deras närstående uppmanats att söka vård för psykisk ohälsa, men inte gjort det. Sammantaget innebär det att en klar majoritet av de

anhöriga har närstående som lever med någon form av psykisk ohälsa, som troligen också skulle behöva vård för den.

Resultaten pekar även här på brister vad gäller samordningen mellan vården för psykisk ohälsa och vården för beroendeproblematiken. Bland de som uppger att deras närstående fått vård för sin psykiska ohälsa upplever var tredje att vården inte alls samordnats med beroendevården. Endast 3 procent i den här enkäten upplever att vården samordnats i mycket stor utsträckning.

> Man lever inte sitt eget liv utan i ständig stress och rädsla. Försöker rädda sin närstående från att dö.

Har din närstående sökt vård för psykisk ohälsa? (Exempelvis ADHD, depression eller psykossjukdom.)
Alla svarande (n=540)

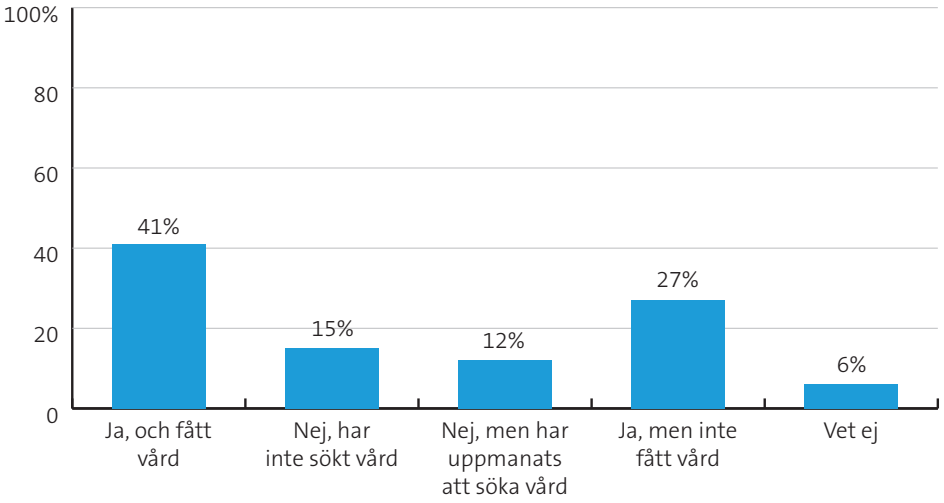


Diagram 24

I vilken utsträckning upplever du att vården för din närståendes psykiska hälsa har samordnats med vården och stödet för det skadliga bruket/beroendet? Endast svarande vars närstående fått insatser för både psykisk ohälsa och beroende/skadligt bruk (n=219)

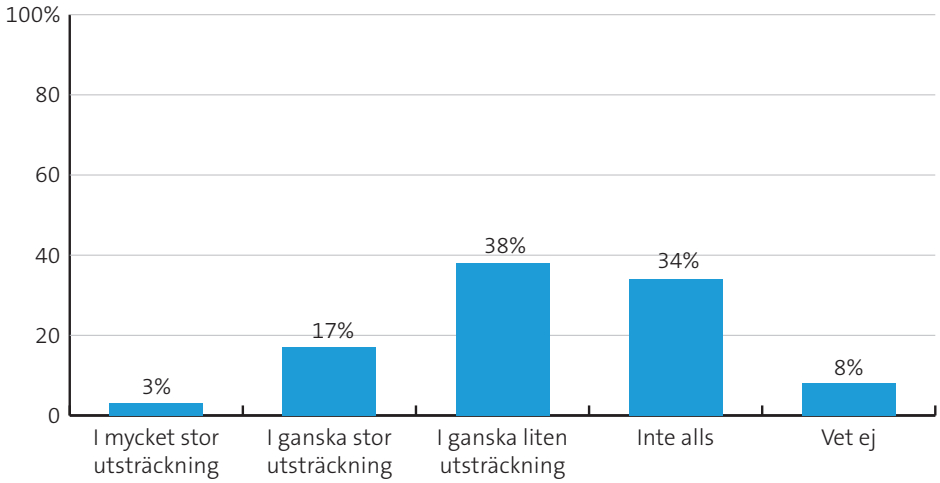


Diagram 25

Övergången mellan barn- och ungdomsvården och vuxenvården

I enkäten hade vi också en öppen fråga där de svarande fick ange hur de uppfattar att övergången fungerat mellan vård för barn och unga till vård för vuxna. I stort sett alla av de 130 anhöriga som svarat på frågan uppger att de tycker att övergången fungerat dåligt.

Flera lyfter fram problematiken i att de inte längre blir involverade. En vanlig kommentar är också att vården blir sämre när barnet övergår till vuxenvården. Någon uttrycker det som att möjligheten till vård mer eller mindre upphörde när barnet blev vuxet. Flera beskriver även brister i överlämningen, där några beskriver att någon överlämning inte skedde överhuvudtaget.

> ”Jag hade önskat att man fångar upp syskon tidigare. Särskilt när dom är så små som jag var.

Även om antalet svarande på frågan är begränsat pekar resultaten på att det behövs åtgärder för att förbättra övergången från vård för barn/unga till vuxenvården. Detta är också ett resultat som bekräftas i de fokusgrupper för anhöriga som genomfördes, där många anhöriga beskrev liknande erfarenheter.

Hur anhöriga ser på sina livsvillkor

Alla anhöriga som svarat på enkäten har fått svara på hur de ser på sina livsvillkor och den sociala situationen som de lever i. Drygt hälften instämmer mycket eller helt i att de trivs i sina liv, ser ljust på framtiden, att de kan göra det de vill på sin fritid och att deras vardag fungerar bra. Ungefär hälften anser även att de har en god psykisk och fysisk hälsa.

Mellan 60–70 procent av de svarande har både nära vänner och andra personer som de kan anförtro sig åt och dela sina innersta känslor med. Men trots detta är det enbart strax under hälften (48 procent) som helt eller mycket instämmer i att de kan tala öppet med sin familj och nära vänner om hur den närståendes situation påverkar dem. Ännu färre (22 procent) upplever att de kan tala öppet med till exempel bekanta och arbetskamrater. Mindre än hälften (48 procent) av de svarande instämmer helt eller mycket i att de har en bra relation till den närstående som har eller haft skadligt bruk eller beroende.

Faktorer som påverkar hur anhöriga skattar sina livsvillkor

Det finns flera faktorer som ser ut att kunna påverka hur anhöriga upplever sin livskvalitet och sina livsvillkor. Det handlar om hur nära relation man har till den närstående, vilken typ av familjerelation man har och om man bor tillsammans. Föräldrar ser ut att påverkas mer negativt än till exempel syskon. En annan

avgörande faktor är om ens närstående har ett aktivt skadligt bruk eller beroende eller inte.

En grupp som tydligt sticker ut i resultatet är de anhöriga som bor tillsammans med en närstående med ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag. Dessa anhöriga skattar sin livskvalitet mycket lågt. Bara 35 procent i denna grupp instämmer mycket eller helt i att de överlag trivs med sitt liv, medan 37 procent känner att de kan prata öppet i sin familj eller med sina vänner om hur den närståendes problematik påverkar dem. Knappt hälften (48 procent) svarar att de har en bra relation med den närstående som de bor tillsammans med.

De anhöriga som bor tillsammans med en närstående utan ett pågående skadligt bruk eller beroende skattar generellt sin livskvalitet mer positivt. Här är det 76 procent som instämmer mycket eller helt i att de överlag trivs med sina liv, medan 65 procent känner att de kan prata öppet i sin familj och med sina vänner om hur den närståendes situation påverkar dem. Här förbättras även synen på relationen – hela 84 procent svarar att de har en bra relation till den närstående idag.

I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden om hur du har det just nu?
Andelar av svarande som *instämmer mycket* eller *helt*

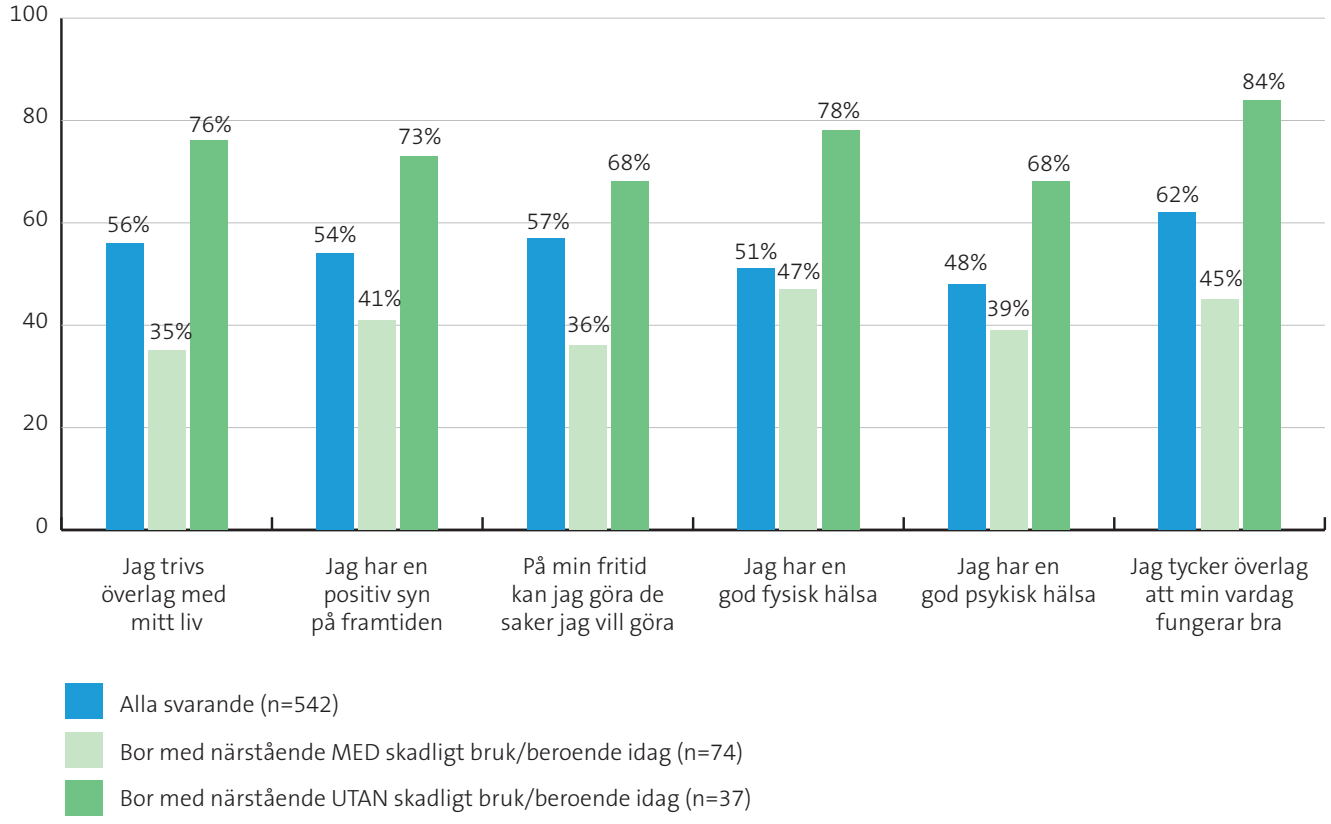


Diagram 26

I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden om hur du har det just nu?
Andelar av svaraden som *instämmer mycket* eller *helt*

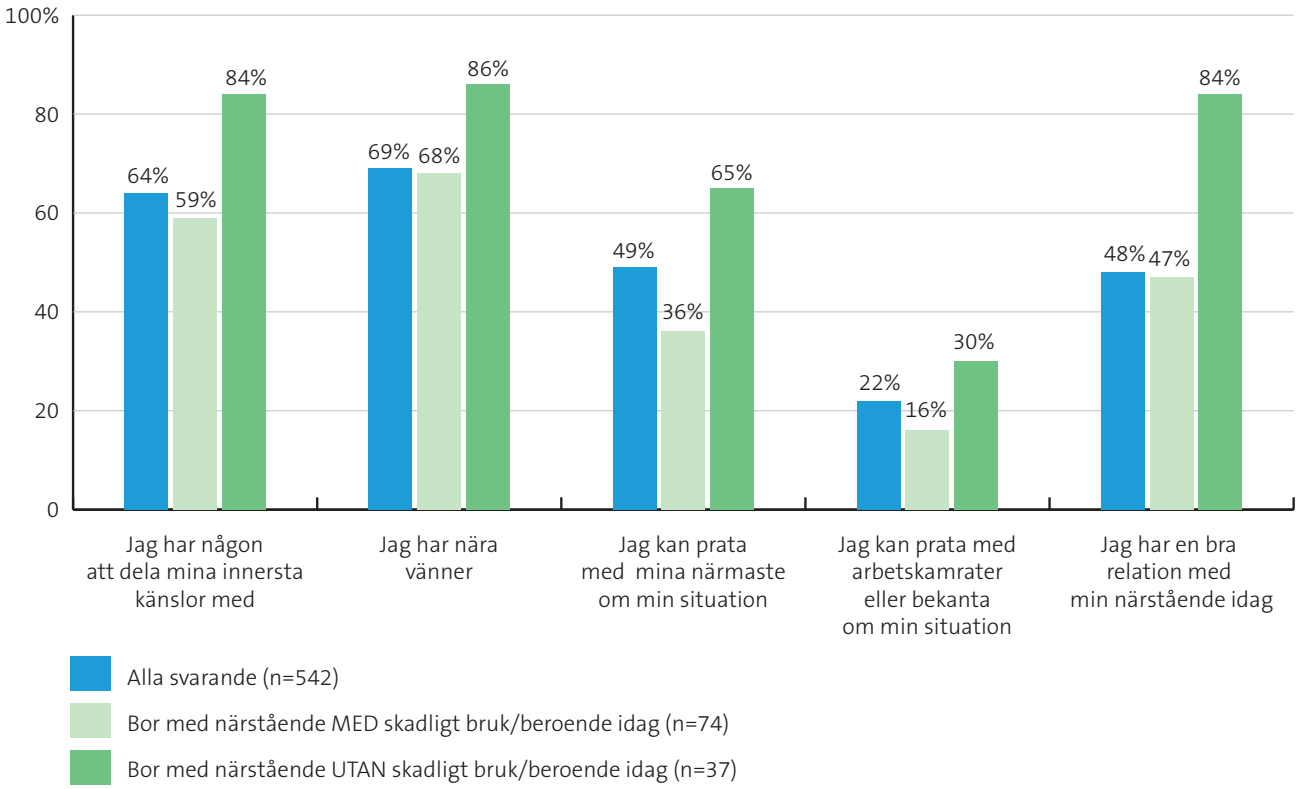


Diagram 27

Stödet till anhöriga

I enkäten ställdes också en rad frågor om tillgång och upplevelsen av anhörigstöd. Här visar resultaten att hela 60 procent uppger att de inte fått något stöd i rollen som anhörig. Det resultatet är dessutom ännu högre för barn/bonusbarn (67 procent) och syskon/bonussyskon (70 procent). Även bland föräldrar är det mer än hälften (51 procent) som inte fått något eget stöd.

Bland de som har fått stöd är enskilt samtalsstöd vanligast, följt av samtalsstöd i grupp. Andra former av stöd, såsom utbildning om närståendes problematik och stöd för att samordna insatser, är däremot mindre vanligt.

190 personer har även i fritextsvar beskrivit vilken typ av stöd de fått. Här återfinns ganska få specifika beskrivningar av stöd, men det bekräftar resultatet att olika former av samtalsstöd eller terapi är vanligast. De anhöriga har också fått stöd från olika håll – hälso- och sjukvården, kommunen eller arbetsgivaren. Det framgår även att många sökt upp hjälpen själva, och några anhöriga beskriver att de har fått kämpa för att få stöd. Dessa resultat bekräftas även i de erfarenheter som delades i fokusgrupperna.

> ”För vår mor fanns det stöd men inte till oss två systrar. Vi förväntades klara oss själva. Vilket barn på 12 år klarar sig själv?!?

Vilken typ av stöd har du fått i din roll som anhörig?
(N=539)

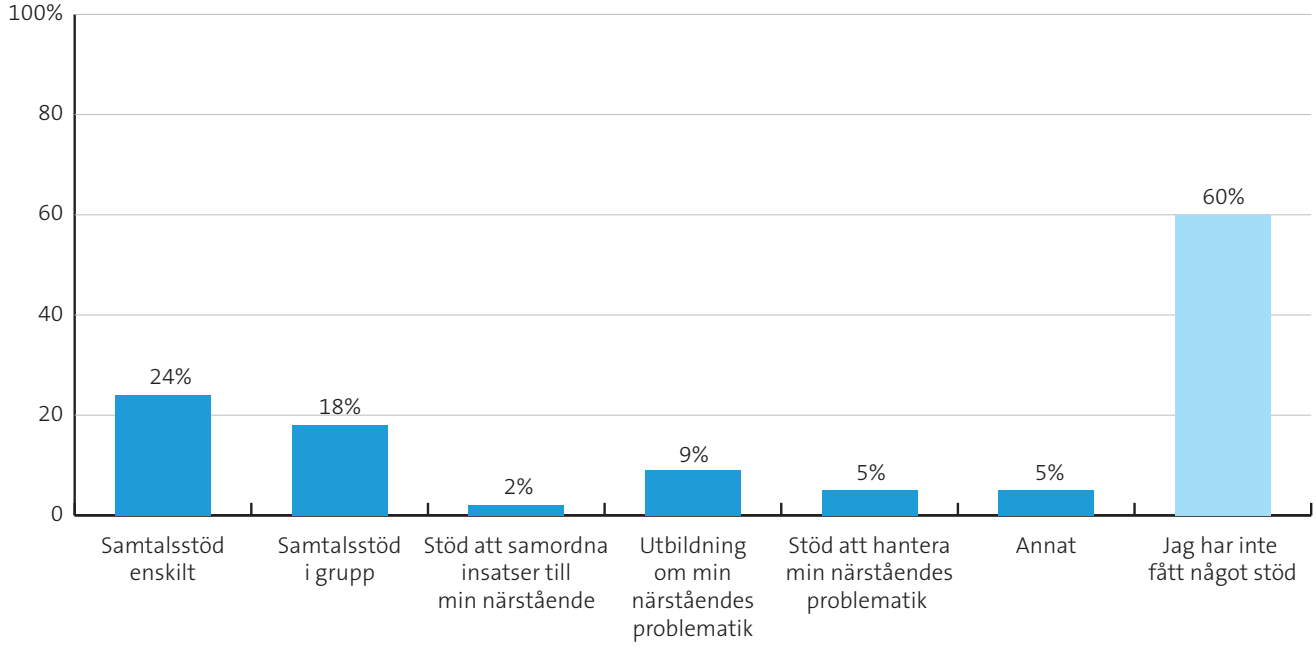


Diagram 28

Varifrån anhörigstödet ges

Det är vanligast att få anhörigstöd genom kommunen, nära hälften (48 procent) uppger detta. Näst vanligast är stöd från ideella organisationer (33 procent). I kategorin ”annat” har de anhöriga bland annat angett anhörigvecka, egenfinansierad terapi och coachning, vänner med professionell kunskap, präster och diakoner, samfund eller särskilda anhörigaktiviteter knutna till den närståendes vård på behandlingshem.

Varifrån har har du fått stöd i din roll som anhörig?
Alla som fått stöd (n=209)

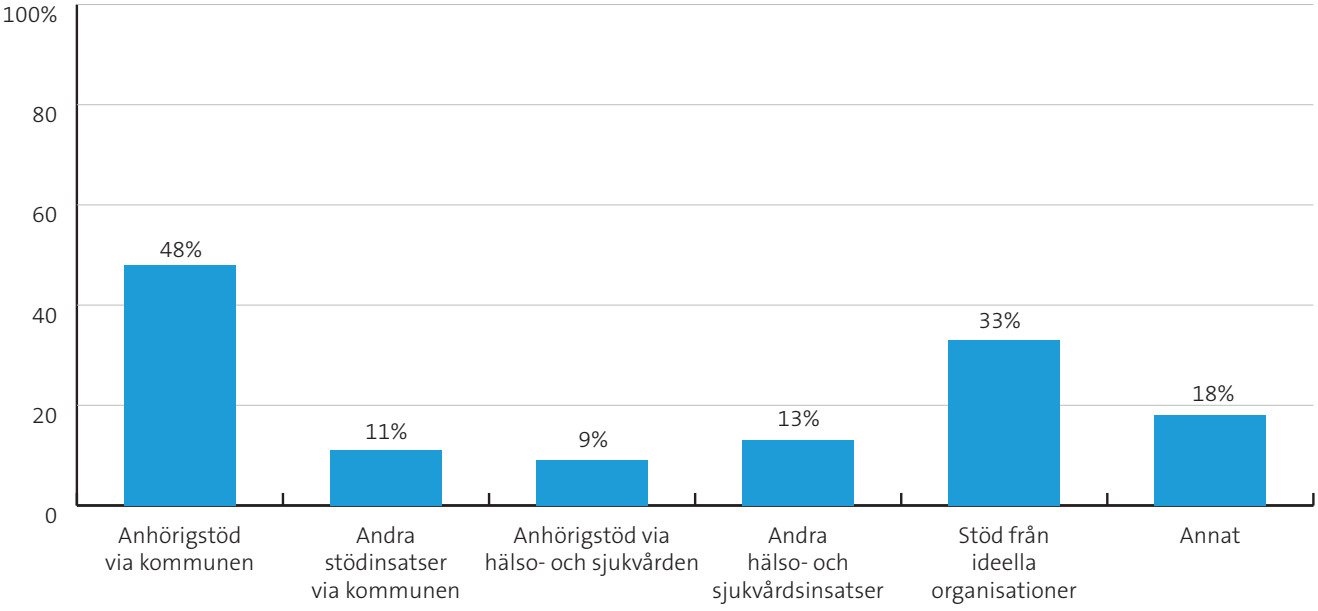


Diagram 29

Upplevelsen av anhörigstödet

Av de som fått anhörigstöd tycker en hög andel (69 procent) att stödet varit ganska eller mycket bra. Men resultatet visar också att många tycker att möjligheterna att påverka anhörigstödet är begränsade. Lite mer än hälften (56 procent) menar att de bara kunnat påverka stödet i ganska liten utsträckning eller inte alls.

Bland de anhöriga som endast kunnat påverka stödet i liten utsträckning är det strax under hälften (44 procent) som tycker att stödet varit bra. I gruppen som haft stor möjlighet att påverka stödet är det hela 97 procent som tycker att stödet varit bra. Här finns med andra ord en tydlig koppling mellan möjligheten till delaktighet och den generella uppfattningen av stödet.

Vad tycker du om det stöd du har fått i din roll som anhörig?

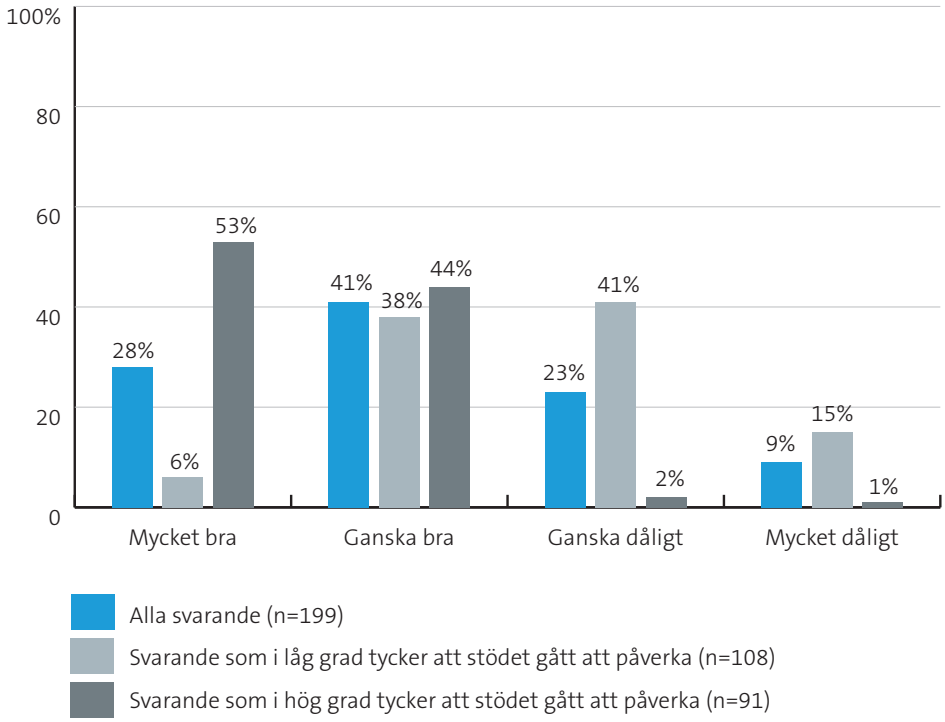


Diagram 30

Stöd som anhöriga önskar att de fått

I enkäten var det också möjligt för de anhöriga att i fritext svara på vilken typ av stöd de hade önskat få i sin roll som anhöriga. De 317 personer som svarade på frågan lyfter fram en rad olika typer av stöd, men det som sticker ut är samtalsstöd i olika former, enskilt och i grupp. Ett stort antal av de svarande uppger detta.

Ett annat tema som sticker ut i fritextsvaren är att många upplever att de i första hand hade velat bli inkluderade och lyssnade på i vården för den närstående. Det handlar alltså för många anhöriga inte om att få tillgång till något specifikt stöd, utan om att få vara delaktiga i den närståendes vård och stöd. Svaren ligger i linje med

övriga resultat för anhöriga, där en stor andel anger att de inte fått vara en del av den vård eller det stöd som deras närstående har fått.

Ett ytterligare tydligt tema som nämns i flera av svaren är en önskan om mer kunskap för att bättre kunna bemöta den som lever med en beroendeproblematik, samt en ökad kunskap om hur olika beroenden fungerar.

Några exempel från fritextsvaren:

> ”Jag hade velat få stöd i kommunikation mellan mig och sonen. Vägledning i hur jag ska hantera sorgen och beroendet, både psykosocialt och praktiskt stöd.

> ”Har saknat att träffa andra föräldrar i samma situation.

> ”På BUP, när de såg hur sjuk pojken var, borde de kopplat ihop oss med föräldrar i liknande situationer.

> ”Jag hade önskat att man fångar upp syskon tidigare. Särskilt när syskon är så små som jag var.

> ”Hur stöttar och hur kommunicerar jag på bästa sätt för en gynnsam utveckling och en god relation? Jag vill inte vara medberoende.

> ”Hade velat bli sedd och hörd överhuvudtaget och inte totalt bortglömd och ignorerad.

> ”Hur man kan leva sitt eget liv och ta hand om sig själv, trots att det är kaos kring närstående? Hade behövt få hjälp med att rodda alla kontakter kring den närstående.

> ”Jag hade behövt att de inkluderade mig och trodde på mig som anhörig i stället för att se mig som ett hot. Pappa bad dem ofta ringa sina barn och inkludera oss och informera oss, men det gjorde de sällan.

Olika konsekvenser som anhöriga upplever

Att vara anhörig till en person som lever med skadligt bruk eller beroende kan både vara påfrestande och innebära anpassningar i olika delar av livet. Resultaten visar att de anhöriga påverkas inom en rad olika områden på grund av att de ger stöd till en närstående. Deras psykiska hälsa är det som påverkats allra mest negativt, följt av deras sociala liv. Minst negativ påverkan upplever de kring sin fysiska hälsa, följt av på sitt arbetsliv.

Även här skiljer sig resultatet något mellan olika grupper av anhöriga. Föräldrar/bonusföräldrar och partners/makar och makor upplever generellt mest negativa konsekvenserna inom alla områden utom ett. Barn/bonusbarn och syskon/bonussyskon är de som anger störst negativ påverkan på den psykiska hälsan av alla anhöriggrupper.

Hur har ditt stöd till din närstående påverkat din livssituation? (n=534-39) **Andel som instämmer i *ganska stor* eller *mycket stor* utsträckning i att det har haft negativ påverkan på deras...**

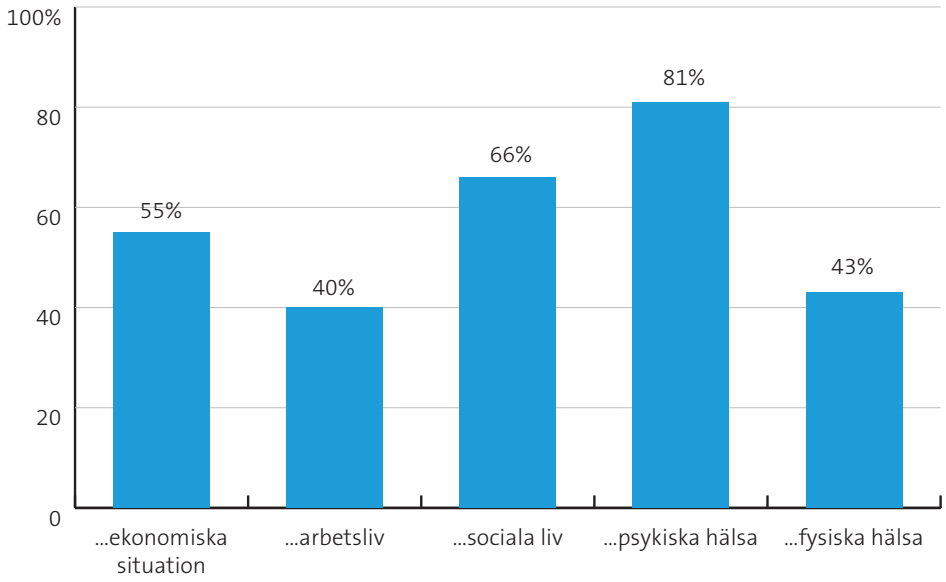


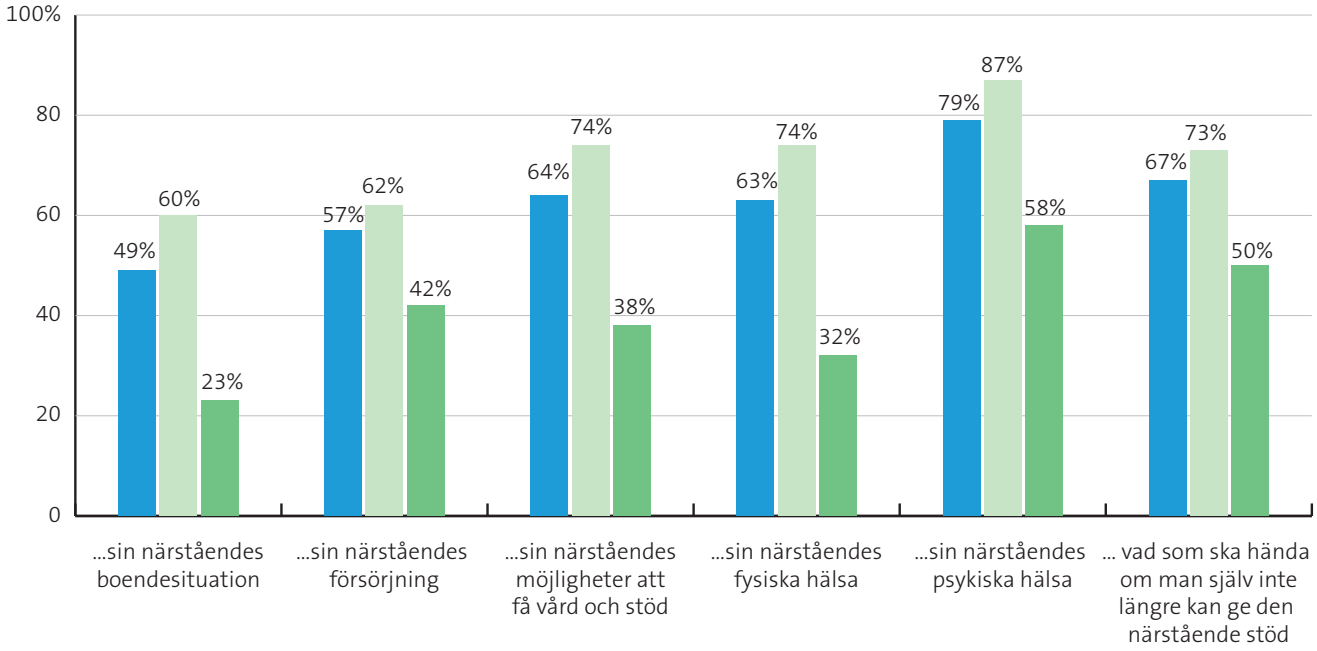
Diagram 31

Många känner oro – särskilt för den närståendes psykiska hälsa

Sammantaget visar resultatet att anhöriga oroar sig för många olika saker när det gäller deras närstående. Det är framför allt den närståendes psykiska hälsa som anhöriga oroar sig för, följt av oron för vad som ska hända om man själv inte längre kan ge stöd till den närstående. Den närståendes möjligheter att få vård och stöd är också en stor källa till oro bland de anhöriga.

De anhöriga som har närstående med ett pågående skadligt bruk eller beroende oroar sig påtagligt mycket mer än de som har närstående utan ett skadligt bruk eller beroende idag. Resultaten visar även att föräldrar/bonusföräldrar och syskon/bonussyskon oroar sig mer än barn/bonusbarn och partners, makar och makor.

I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden?
Andel som *instämmer mycket* eller *helt* i att de oroar sig för...



Alla svarande (488-89)

Närstående MED skadligt bruk/beroende idag (n=351-52)

Närstående UTAN skadligt bruk/beroende idag (n=136-37)

Diagram 32

Att vara anhörig har stor påverkan på arbetslivet

Nära sex av tio (57 procent) anhöriga har anpassat sitt arbetsliv för att kunna ge stöd till sin närstående. Bland föräldrar/bonusföräldrar är det hela 70 procent som gjort det.

Det vanligaste är att anhöriga sjukskrivit sig enstaka dagar för att kunna stödja sin närstående. Detta är vanligast bland föräldrar/bonusföräldrar (28 procent), följt av syskon/bonussyskon (24 procent) och barn/bonusbarn (21 procent).

Har du gjort något av följande i ditt arbetsliv för att förbättra förutsättningarna för att kunna ge stöd till din närstående?
Alla svarande (N=540)

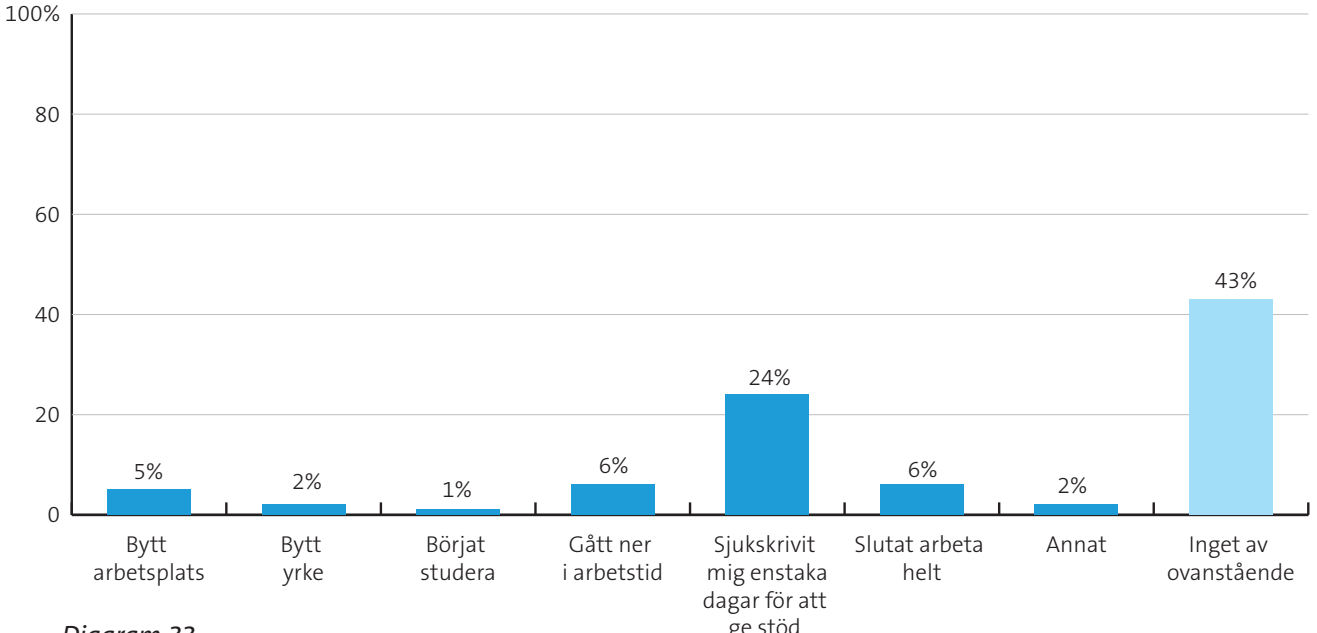


Diagram 33

Över hälften av alla svarande (53 procent) uppger dessutom att deras närståendes situation påverkat deras egen hälsa i en sådan omfattning att de behövt sjukskriva sig. Även detta är vanligast bland föräldrar (61 procent). Men mer än hälften (51 procent) av såväl barn/bonusbarn och partners/makar och makor har också påverkats i så hög grad av den närståendes situation att de behövt sjukskriva sig.

Har din närståendes situation påverkat din hälsa så du behövt sjukskriva dig?
Alla svarande (n=540)

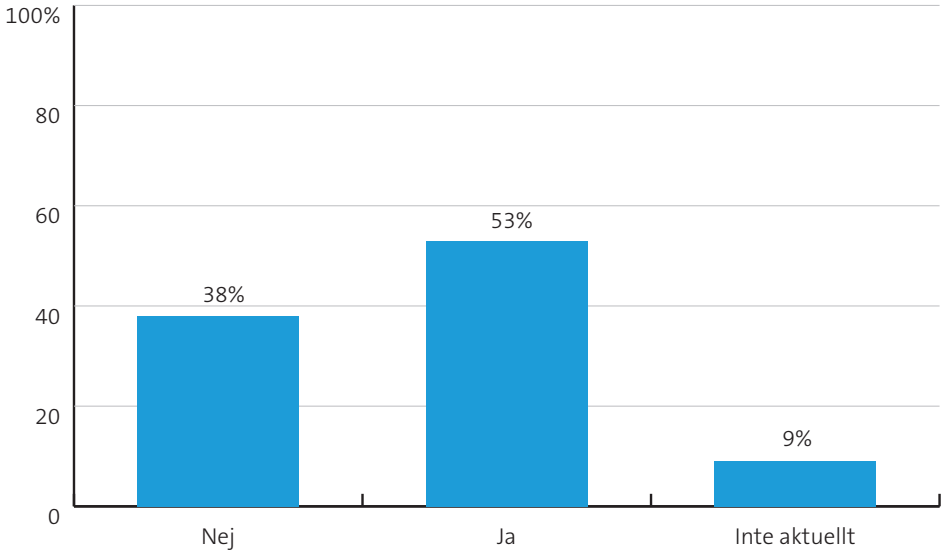


Diagram 34

Många anhöriga upplever stigma och självstigma

Stigma är ett annat aktuellt tema kopplat till anhörigskapet, i synnerhet för den här gruppen anhöriga. Resultaten visar här att många anhöriga undviker vissa situationer utifrån en rädsla för att omgivningen ska ha negativa attityder gentemot dem eller deras närstående. Var femte av de svarande instämmer helt eller delvis i påståendet att de har undvikit kontakt med nära vänner på grund av deras attityder gentemot deras närståendes situation.

Det är även vanligt bland de svarande att undvika olika sociala aktiviteter på grund av människors negativa attityder. Det är färre som uppger att de har undvikit sociala aktiviteter än som uppger att de inte har gjort det. Samtidigt instämmer 26 procent mycket eller helt i påståendet om att de har undvikit sociala aktiviteter.

Fler än var tionde instämmer helt eller delvis i påståendet att de har undvikit att söka vård eller stöd av rädsla för att få ett dåligt bemötande på grund av deras närståendes beroendeproblematik. En ungefär lika stor andel upplever att de får ett sämre bemötande av vården när de berättar om sin närståendes beroende-problematik.

> ”Kollegor delar med sig av sin vardag i lunchrummet. Jag försöker undvika frågor om barnen. Eller, ’det barnet’.

Hälften instämmer helt eller delvis i påståendet att samhället ser negativt på anhöriga till personer med beroendeproblematik. Sammantaget är det fler som instämmer i påståendet än som inte gör det.

Andel som *instämmer mycket* eller *helt* i att...
Alla svarande (n=538-41)

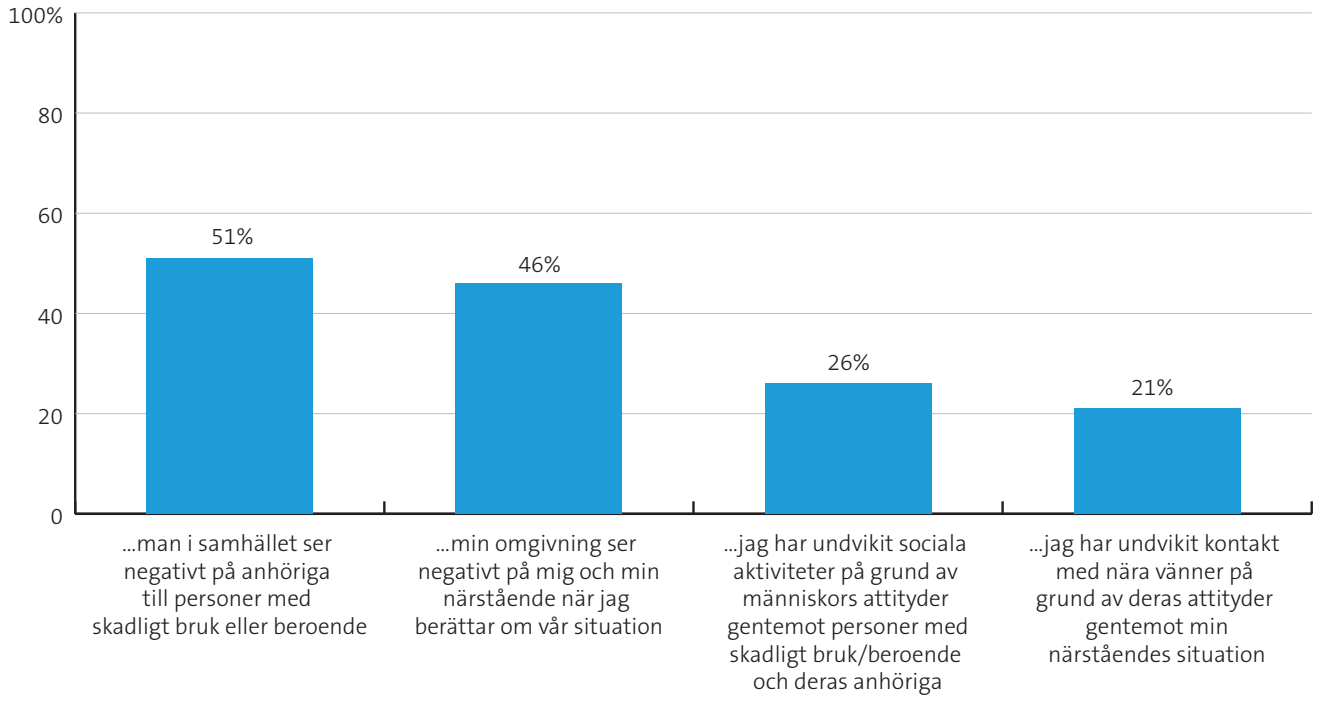


Diagram 35

Andel som *intämmer mycket* eller *helt* i att...
Alla svarande (n=538-41)

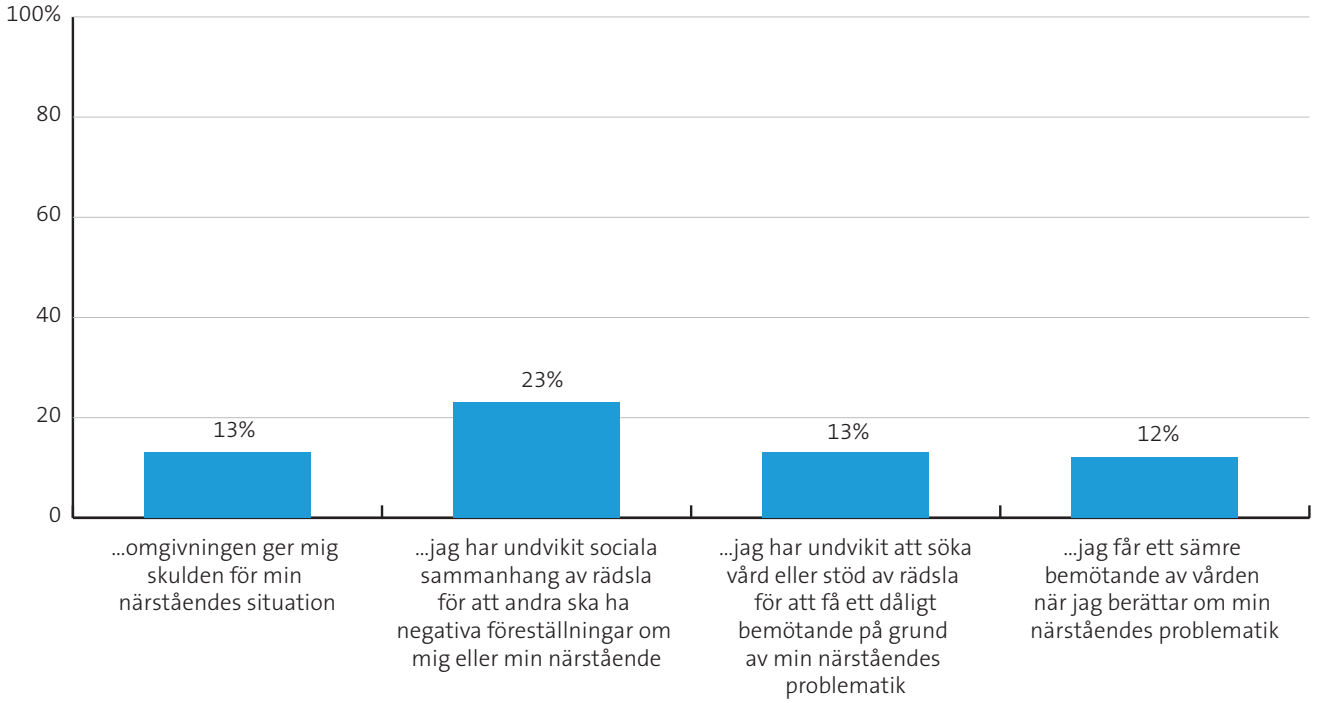


Diagram 36

Skillnader i olika anhöriggrupper

Resultatet varierar en del mellan olika anhöriggrupper. Föräldrar/bonusföräldrar och partners/makar och makor instämmer generellt i högre grad i de flesta påståenden, jämfört med barn/bonusbarn och syskon/bonussyskon.

Hela 59 procent av föräldrarna instämmer helt eller mycket i påståendet om att man i samhället ser negativt på anhöriga till personer med beroendeproblematik, jämfört med 48 procent av alla partners, makar och makor. Bland barn/bonusbarn är det 38 procent som upplever samma sak och bland syskon/bonussyskon 33 procent.

Mer än var tredje partner/maka eller make (35 procent) instämmer mycket eller helt i att de har undvikit sociala sammanhang av rädsla för att andra ska ha negativa föreställningar om dem eller deras närstående, jämfört med 20 procent av barnen/bonusbarnen. Bland föräldrar/bonusföräldrar och syskon/bonussyskon är detta däremot inte lika vanligt. Bland föräldrar/bonusföräldrar är det 18 procent som svarat likadant och bland syskon/bonussyskon 15 procent.

Upplevelsen att omgivningen ger en skulden för den närståendes situation är vanligast bland föräldrar/bonusföräldrar. I den gruppen är det hela 16 procent som instämmer mycket eller helt i det påståendet.

”Efter tio års kamp i ensamhet är det en fantastisk kurator som frågar: Har du fått hjälp eller stöd?

”Jag förstod tidigt att jag inte skulle orka utan stöd”

Linda och hennes son Elias var precis på väg till flyget en tidig morgon, för att åka på semester till London, när Linda märker att Elias är mycket orolig. Han har någonting som han vill berätta.

”Han får inte ur sig det han vill säga, istället ökar hans oro tills han får en panikångest-attack. Vi satt i över en timme innan han tillslut började berätta. Han mådde så dåligt över det han skulle berätta att jag trodde han hade haft ihjäl någon”.

Men Elias hade inte skadat någon. Han hade precis spelat bort de pengar som hans mamma under hela hans uppväxt kämpat så hårt för att spara åt honom.

Elias hade nyss fyllt 18 år och säger då till sin mamma att hon inte kan tänka på honom som en vuxen. Elias uttryckte tydligt att han ville ha hjälp med sitt spelberoende. Linda berättar också att han pratade om det som en beroendesjukdom men att hon trots det i början hade svårt att förstå att det inte bara var att sluta.

”Om man har så mycket ångest över något man har gjort trodde jag, naiv och utan kunskap om beroende, att han bara skulle sluta. Men efter ett tag förstod jag att vi verkligen behövde hjälp.”

Linda kontaktade vårdcentralen, men där möttes de av ett blankt nej. De menade att de inte hade någon kunskap om spelberoende och därför inte kunde hjälpa Lindas son. Eftersom Elias mådde så dåligt att han inte ville leva var hänvisning dom fick till psykiatrins akutmottagning, men dit ville inte Elias.

Linda kontaktade flera instanser och hittade till slut ett ställe dit de kunde skicka en egen-remiss. Väntetiden blev ett halvår. Linda tänker idag att det borde ha varit vård-centralen som skickade remissen från början och att hon och Elias borde ha erbjudits något stöd i väntan på en första tid.

Behov av stöd och kunskap

”Jag förstod tidigt att jag inte skulle orka utan stöd. Jag försökte sätta gränser utan att förlora relationen till mitt barn, samtidigt som jag bar på ständig stress och oro. Jag jobbade extra för att vi skulle klara oss. Jag fick inget anhörigstöd, trots att jag bad om det. Det är jättetokigt.”

När Linda bad om hjälp fick hon och Elias samtalsstöd kring kommunikation. Det var värdefullt, men Linda saknade eget stöd och mer kunskap. Som förälder spelar man en nyckelroll men utan stöd och samordning blir det ohållbart, menar hon.

”Jag upplever att bristen på stöd och information gjorde att jag ibland hanterade situationer på ett sätt som förvärrade i stället för att hjälpa.”

Stödet via civilsamhället

”Det som blev mycket hjälpsamt var när jag hittade Spelberoendes Riksförbund. Hade jag fått kontakt med dem tidigare hade det gjort skillnad. Där kände jag att någon såg mig för första gången.”

Hon beskriver stödet och kunskapen om spelberoende hon fick genom föreningen som avgörande. Det hjälpte henne både att stötta Elias och att ta hand om sig själv.

”Det som blev mycket hjälpsamt var när jag hittade Spelberoendes Riksförbund. Där kände jag att någon såg mig för första gången”

”Jag behövde information, stöd, vägledning och det fick jag hos föreningen. Det förändrade mitt liv.”

Situationen nu

Elias har nu avslutat behandlingen, eftersom det sporadiska stödet som erbjöds i slutet inte hjälpte honom. Linda beskriver att situationen fortfarande är instabil med återfall då och då.

”Jag är orolig för framtiden, jag är orolig för väldigt mycket. Det hade varit tryggt om han hade ett telefonnummer dit jag visste att han kunde ringa om han behövde. Jag skulle önska att det fanns någon eftervård som han upplever hjälpte.”

LIKHETER OCH SKILLNADER MELLAN SVAREN FRÅN EGENERFARNA OCH ANHÖRIGA

De två olika grupperna som ingår i undersökningen, egenerfarna och anhöriga, har fått ett par frågor som är likadana eller som liknar varandra. Resultaten visar att det finns både likheter och skillnader i hur grupperna svarat. Det är relevant att belysa eftersom det kan ha betydelse för förståelsen för målgruppen, såväl som utformning av vård och annat stöd.

Likheter och skillnader bland deltagarna i undersökningen

De två enkäterna som ligger till grund för den här undersökningen har gjorts separat. Det går därför inte att identifiera om det finns direkta kopplingar mellan de egenerfarna och de anhöriga som svarat på de olika enkäterna.

Trots att det är olika individer som svarat på denna undersökning ser vi dock att det finns vissa likheter bland de egenerfarna och de anhöriga som svarat. De har angett samma typ av skadligt bruk eller beroenden, de själva eller deras närstående har fått liknande vård och stöd och de själva eller deras närstående har i hög utsträckning sökt vård för en psykisk ohälsa.

Bland de anhöriga är det dock mer än dubbelt så vanligt att deras närstående har vårdats med tvång jämfört med de som svarat på enkäten för egenerfarna. Samtidigt är det en större andel av de anhörigas närstående som inte fått några insatser alls för sitt skadliga bruk eller beroende, jämfört med de egenerfarna som deltagit i undersökningen. Gruppen egenerfarna är även generellt äldre än de anhörigas närstående i den här undersökningen.

Tre tydliga likheter och skillnader i upplevelsen

Resultaten visar att de egenerfarna generellt upplever konsekvenserna av ett skadligt bruk eller beroende som mindre negativa, jämfört med vad de anhöriga bedömer gällande deras närstående. Detta gäller både konsekvenser av pågående skadligt bruk eller beroende och kvardröjande negativa konsekvenser för de som inte längre har en pågående beroendeproblematik. I båda grupperna anser man dock att det är den fysiska och psykiska hälsan som påverkas mest negativt och därefter ekonomin.

De egenerfarna och de anhöriga har en relativ liknande syn kring brister i vård och stöd. Generellt är det ganska få av både de egenerfarna (37 procent) och de anhöriga (33 procent) som tycker att det offentliga stödet för ett skadligt bruk eller beroende varit bra. Mer än hälften i båda grupperna tycker att det haft tydliga brister eller varit mycket dåligt.

Stora andelar i båda grupperna svarar även att anhöriga inte involverats i vård eller stöd som getts för ett skadligt bruk eller beroende. Anhöriga anger dock detta i ännu högre utsträckning än de egenerfarna. Väldigt få i båda grupperna instämmer dock helt i påståendet om att anhöriga blivit lyssnade på och involverade i vård och stöd.

Kunskapen om egenerfarnas och anhörigas olika upplevelser är inte minst viktigt för att kunna bemöta dem båda i svåra situationer, utifrån deras olika förutsättningar och behov. De som ger vård eller stöd kan också ha en viktig uppgift när det handlar om att hjälpa egenerfarna och anhöriga att förstå varandra, acceptera varandras olika upplevelser och att ha en bra relation, trots eventuella utmaningar och skilda uppfattningar.

EN BERÄTTELSE OM ATT LEVA MED ELLER LEVA NÄRA NÅGON MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE

”Jag behövde också hjälp”

Moa bor i idag med sin dotter och två katter. Hon arbetar som tandsköterska och har en vardag som för många ser ganska vanlig ut. Men bakom sig har hon en livsresa som anhörig till en man med beroendeproblematik. En resa som präglats av både kärlek, sorg och ett stort behov av stöd.

”Det är så många som har erfarenhet av beroende men inte många som får hjälp. Då pratar jag inte bara om de som brukar, utan också om anhöriga. Därför vill jag dela min berättelse.”

Kärleken och återfallet

Moa träffade sin man på en tolvstegs-behandling. Hon själv hade använt alkohol och medicin för att hantera ångest, men beskriver att hon aldrig haft samma beroende-problematik som hennes man hade. De var unga och drogs till varandra.

Inte långt efter att Moa träffade sin man föddes deras dotter. Tolvstegsprogrammet var avslutat men de gick båda på eftermöten. Moas man gick allt mer sällan på möten och till slut slutade han helt. Hans beteende förändrades sakta och Moa beskriver att han började bli elak mot henne. Det visade sig att han återigen börjat med droger, vilket Moa till en början hade svårt att inse.

”Han var ju gift, hade barn och ett jobb han tyckte om. I min värld var han bara i en svacka. Jag ville inte se det. Jag var naiv och i förnekelse. Fast både min syster och min mamma sa att de trodde att han tog droger igen.”

Moa beskriver ett förhållande där hon försökte förstå, kämpade för familjen, men samtidigt utsattes för psykisk misshandel.

Sorgen och chocken

”Till slut tänkte jag: är det detta jag vill att vår dotter ska tro är kärlek? Han var så elak mot mig. Jag var livrädd men bad honom flytta.”

Efter separationen eskalerade problemen. Moa kontaktade familjerätten, men kände sig inte tagen på allvar.

”Jag sa att jag trodde att han börjat med droger igen, men de valde att lita på honom. Tre veckor senare dog han i en motorcykelolycka – med droger i blodet.”

Sorgen, chocken och känslan av att inte ha blivit lyssnad på var överväldigande. Det var då, efter att Moas man dött, som hon hittade det stöd som hon länge hade behövt.

”Jag ingde vuxenpsykiatrin och sa att jag var i chock. De svarade att jag skulle ringa direkt när chocken hade lagt sig och att jag då skulle får en tid med en gång och så blev det.”

Då fick Moa också kontakt med socialtjänsten. Där fick hon det bemötande hon så länge längtat efter.

”Jag sms:ade en gång: ’Ni får ta mitt barn, jag orkar inte mer.’ Men hon svarade: ’Du är den bästa mamman ditt barn kan ha. Vi hittar andra sätt för dig att få avlastning.’ Det var så bra.”

”Du är den bästa mamman ditt barn kan ha. Vi hittar andra sätt för dig att få avlastning.”

Brist på stöd och kunskap

Moa lyfter sitt sociala nätverk av vänner och familj och sin vana att söka samtalsstöd som avgörande faktorer för att orka. Samtidigt önskar Moa att hon som partner till en person med beroende hade fått mer stöd och kunskap. Något som hade kunnat göra stor skillnad för hela familjen.

”Jag växte upp med en pappa som drack. Då, som barn, fick jag stöd. Men som partner fick jag inte det. Det behöver förändras. Hade jag fått sitta i en grupp med andra i samma situation, hade jag kanske förstått allt tidigare. Jag önskar också att både samhället och vården skall förstå mer om beroende som sjukdom, men också hur det påverkar anhöriga.”

NSPH:S SLUTSATSER & REKOMMENDATIONER

I den här rapporten har vi presenterat resultaten från en undersökning, baserad på två enkäter och fyra fokusgrupper. Syftet har varit att synliggöra situationen för personer som lever med skadligt bruk eller beroende samt deras anhöriga.

I det här avsnittet presenteras NSPH:s slutsatser av undersökningen, tillsammans med våra rekommendationer på vad vi menar behövs framåt för att stärka arbetet inom området.

EN VIKTIG UTGÅNGSPUNKT för NSPH är att situationen för personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga rör sig bort från det moraliserande perspektivet på området. Det är viktigt eftersom vi idag vet att beroende är ett behandlingsbart tillstånd. Vi menar därför att utformning av stöd, vård och behandling måste utgå från en evidensbaserad praktik. Det innebär en sammanvägning av den senaste kunskapen från forskning tillsammans med kunskap och erfarenheter från patienter, brukare, anhöriga och profession.

Mycket i den här undersökningen pekar på att personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga har sämre hälsa och lägre livskvalitet än de skulle haft, om de fått rätt hjälp och stöd för sin eller sin närståendes beroendeproblematik.

Nedan diskuteras några inledande och övergripande slutsatser gällande det samlade resultatet i undersökningen. Därefter diskuteras resultaten separat för gruppen egenerfarna och anhöriga.

NSPH:S MÅLBILDER



1. Tidig hjälp och stöd med både förebyggande och vårdande insatser.



2. Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag själv behöver den eller är motiverad.



3. Tillgång till behandling, möjlighet att välja utifrån det som passar mig, samt att ha inflytande över min vård och omsorg.



4. Stöd och vård som hänger ihop som en helhet och uppföljning och fortsatt stöd efter avslutade insatser.



5. Att bli välkomnad till stöd och vård och få hjälp trots återfall eller fortsatt bruk. Att inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.



6. Bli lyssnad på, behandlad med respekt och fokus på att bli stärkt i min egen förmåga.



7. Boende, en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang och syssel-sättning.



8. Tillitsfulla relationer och långvariga kontakter inom vård, stöd och behandling.



9. Att vård- och stödaktörer lyssnar på, involverar och ger stöd till anhöriga.

Långt kvar för att uppnå målbilderna

Genom den här undersökningen kan vi konstatera att det fortsatt finns ett stort glapp mellan de målbilder som egenerfarna och anhöriga pekat ut inom ramen för statliga utredningarna samsjuklighetsutredningen och narkotikautredningen, och den vård och det stöd de möter i verkligheten.

Narkotikastrafflagen kan utgöra hinder för vård och stöd

Det straffrättsliga området är ett högst aktuellt område gällande skadligt bruk och beroende. Det finns många utmaningar med att prata om vård och stöd för personer med skadligt bruk och beroende, samtidigt som det parallellt finns lagstiftning som straffar personer som drabbas av ett behandlingsbart tillstånd som beroende. Detta får konsekvenser för de personer som lever med ett skadligt bruk eller beroende såväl som för deras anhöriga.

Vi delar därför den uppmaning som narkotikautredningen[5] lämnade till regeringen gällande behovet av att initiera en översyn av narkotikastrafflagen, hur lagen kan påverka de medicinska och sociala skadeverkningarna, samt om personer med skadligt bruk eller beroende får tillräckligt med insatser inom vård- och omsorg.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Regeringen skyndsamt behöver ta vidare de förslag som presenterades av samsjuklighetsutredningen och narkotikautredningen. Det är centralt för att förbättra situationen för personer som lever med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga.
- Regeringen allvarligt beaktar den uppmaning som narkotikautredningen lämnade gällande behovet av att initiera en översyn av narkotikastrafflagen, hur lagen kan påverka de medicinska och sociala skadeverkningarna, samt om personer med skadligt bruk eller beroende får tillräckligt med insatser inom vård- och omsorgen.

Beroende medför stort stigma och risk för diskriminering

Det finns ett stort stigma och självstigma kring beroendeområdet både bland personer som lever med skadligt bruk eller beroende och bland anhöriga till gruppen. Stigmatisering kan leda till sämre bemötande och är dessutom tätt sammanlänkat med risk för diskriminering. I frågor om diskriminering har beroendeområdet

5 https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/10/sou-202362/

länge setts som ett socialt problem, vilket resulterat i att personer som lever med ett beroende inte omfattats av diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning. Denna kombination av omfattande stigmatisering och bristande skydd har en stor negativ inverkan på livsvillkoren för personer som lever med skadligt bruk eller beroende, i synnerhet för gruppen med samtidig psykisk ohälsa.

Stigma och självstigma leder således både till ett avsevärt försämrat stöd och vård för gruppen, risk för dåligt bemötande och diskriminering. Det är också ett vanligt skäl till att personer med skadligt bruk och beroende tvekar eller avstår från att söka vård och stöd. Stigma riskerar även att bidra till isolering eller ytterligare ohälsa bland gruppen. Detsamma gäller för de anhöriga, vilket resultaten i den här undersökningen tydligt pekar på.

Resultaten synliggör att många av de svarande, både bland personer som lever med skadligt bruk eller beroende och anhöriga till gruppen, upplever att de inte möts med respekt eller känner att det finns en negativ syn i samhället gentemot dem.

Ett anmärkningsvärt resultat är även att det finns en liten, men inte obetydlig, grupp anhöriga som upplever att de fått ett sämre bemötande i vården när de berättar om sin närståendes beroendeproblematik (12 procent). Dessutom undviker 13 procent att söka vård eller stöd av rädsla för att få ett dåligt bemötande på grund av sin närståendes beroendeproblematik.

Den här undersökningen visar även att det är vanligt att personer med beroendeproblematik undviker sociala sammanhang med vänner och familj på grund av ett skadligt bruk eller beroende. Det är även relativt vanligt bland anhöriga att undvika kontakt med nära vänner på grund av deras attityder gentemot den närståendes situation.

I de fokusgrupper som genomfördes fick vi även in flera exempel på det stora stigmat som är förenat med just beroendeområdet. Många berättade om erfarenheter av att leva med eller nära någon med psykisk ohälsa och att detta ofta var relativt accepterat av det omgivande samhället. Men när ett skadligt bruk eller beroende kom in i bilden upplevde många att synen och bemötandet skiftade och blev mer negativt gentemot dem.

Det finns mot den bakgrunden ett stort behov av ett riktat arbete för att minska stigma, självstigma, skuld och skam bland de som lever med en pågående eller tidigare skadligt bruk eller beroende såväl som deras anhöriga.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Relevant lagstiftning inom området behöver ses över för att i högre utsträckning utgå från ett kunskapsbaserat perspektiv kring skadligt bruk och beroende, snarare än ett moraliserande perspektiv.
- Personer med beroende behöver få ett starkare skydd av diskrimineringslagen. Idag uppfattas beroendesjukdom generellt som ett socialt problem snarare än en sjukdom, vilket bidrar till att personer inte skyddas av diskrimineringslagen.
- Området behöver adresseras tydligare i olika nationella strategier och riktlinjer för att ges ett högre status. Det är en viktig del i att minska stigmat och förbättra bemötandet för gruppen såväl som deras anhöriga.
- Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende måste inkluderas i den nationella anhörigstrategin. Att gruppen idag inte omnämns där är ett ytterligare exempel på det stora stigma som finns kopplat till området.
- Ett målmedvetet och långsiktigt antistigmaarbete behöver genomföras på nationell, regional och lokal nivå med syfte att ändra attityder och fördomar kring personer med skadligt bruk eller beroende. Ett sådant arbete behöver ske riktat för både allmänheten såväl som gentemot vård, stöd och aktörer som arbetar med myndighetsutövning.
- Patient-, brukar- och anhörigorganisationer bjuds in och görs delaktiga i utformningen av stödet och insatser till personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga utifrån den samlade erfarenheten som organisationerna besitter.

Civilsamhället har en viktig roll för dessa grupper

Den här undersökningen visar att det stöd som civilsamhällets organisationer erbjuder är väldigt viktigt för personer som lever med ett aktivt eller tidigare skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga. Det handlar exempelvis om att ta del av kamratstöd, delta i formaliserade stödgrupper för gruppen eller mer långsiktiga stödaktiviteter som till exempel tolvstegsprogram. Det handlar även om att få möjlighet att delta i olika meningsfulla sammanhang och aktiviteter. I fokusgrupper och fritextsvar lyfter båda grupperna framför allt vikten av att få träffa andra med liknande erfarenheter som särskilt viktigt.

Resultaten visar att stöd från civilsamhällets organisationer rankas som en av de mest betydelsefulla faktorerna för att hantera ett beroende. I gruppen utan ett skadligt bruk eller beroende idag rankas stöd från dessa organisationer som allra viktigast. En möjlig förklaring till det är det faktum att civilsamhället är bra på att erbjuda ett ihärdigt och långvarigt

stöd, tillsammans med meningsfulla sammanhang, för personer även efter ett beroende.

Vad gäller anhöriga i den här undersökningen är det många som fått stöd från just civilsamhället. Av de som fått något stöd i rollen som anhörig är det näst vanligaste svaret att de fått stöd från civilsamhällets organisationer (33 procent). Resultatet pekar därmed på att civilsamhället även fyller en viktig funktion vad gäller stöd till anhöriga till personer som lever med skadligt bruk och beroende.

Civilsamhällets organisationer erbjuder generellt ett brett utbud av aktiviteter, mötesplatser och stöd som ofta är anpassade specifikt efter olika gruppers behov. De är ofta mer lättillgängliga då det inte är lika höga trösklar att nå eller medverka i deras verksamheter som i offentliga. De är dessutom generellt bra på att bygga förtroende hos människor och når ofta grupper som offentliga aktörer har svårare att nå, som till exempel personer som lever med skadligt bruk eller beroende. Det har resultatet i den här undersökningen också tydligt bekräftat.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Stödet till de civilsamhälles-organisationer som arbetar med grupperna behöver stärkas genom till exempel ökade anslag och bättre förutsättningar att verka. Detta mot bakgrund av att undersökningen tydligt pekar på att stödet via civilsamhället är betydelsefullt för många som lever med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga.
- Staten initierar en särskild satsning för att stärka de civilsamhälles organisationer som erbjuder ett långvarigt och löpande stöd till personer som inte längre har ett aktivt skadligt bruk eller beroende.
- Idéburna offentliga partnerskap (IOP) i högre utsträckning behöver används av regioner och kommuner som ett sätt att finansiera samverkan mellan det offentliga och civilsamhället. Här behöver staten dels göra en riktad satsning för att stimulera att fler IOP:er skapas, dels skapa tydlighet i regelverket kring IOP genom lagstiftning.

”Det är inte många ord de behöver kosta på sig för att det ska kännas bra för en anhörig”

Evas dotter Nina kämpade länge med att passa in i skolan. Men det var i årskurs sex som en mycket svår period började för Nina, och för hela familjen. Nina sjukskrevs då i ett halvår för depression och skolångest. Eva berättar att Nina därefter gjorde korta försök att återvända till skolan men i sjuan förvärrades situationen.

”Det blev många turer till BUP-akuten. Hon överdoserade läkemedel, skadade sig själv och var ofta hemma. Sista året av högstadiet fick hon plats på en behandlingsskola där hon också kunde bo. Det gjorde stor skillnad.”

Innan Nina skulle börja gymnasiet tyckte socialtjänsten och BUP att hon skulle placeras på ett HVB-hem för sitt självskadebeteende. Så blev det, men Eva är i dag kritisk till den vård som erbjöds dottern.

”Det saknas både skydd och kompetens på HVB-hem. Att flytta vår dotter från en trygg familj till ett boende gjorde mer skada än nytta. Där träffade hon tjejer med liknande problematik som hjälptes åt att hitta lösningar till sin ångest. Hon kom då till exempel i kontakt med cannabis. Det säger något om hur skevt vi hanterar psykisk ohälsa hos unga i dag.”

”Ingen såg helheten”

Nina överdoserade ångestdämpande läkemedel hon fått för sin depression. Under flera år såg både BUP och socialtjänsten Ninas överdoseringar som självskadebeteende – inte som skadligt bruk. Något som Eva har funderat mycket på.

”Det var först när vår dotter fyllde 18 och kom till vuxenpsykiatrin som någon sa: ’Vänta nu – det här är ett skadligt bruk’. De gjorde en LVM-anmälan direkt. Jag önskar att man hade reagerat redan första gången hon använde en drog. Då kanske vi hade sparat två år. Det var många inblandade men ingen såg helheten förrän då.”

Inom vuxenpsykiatrin blev situationen bättre. Där togs både depressionen och beroendet på allvar och Nina fick stöd i att förstå sin beroendeproblematik. Det som fungerade

sämre på vuxenpsykiatrin var däremot hur delaktig Eva som förälder kände sig och stödet till henne som anhörig.

”Efter övergången från BUP har ingen frågat om vi som föräldrar behöver hjälp, annat än ett tips om att kontakta anhörigstöd i kommunen. Det kändes otillräckligt. Det finns fortfarande en familj runt vuxna patienter som också behöver orka.”

Hittade anhörigstöd själva

Eva och hennes man kontaktade själva en vårdmottagning för unga med problem med alkohol eller droger och deras anhöriga.

”Där fick vi gå ett särskilt program utformat för anhöriga. Det var jättebra. Vi träffade andra i samma situation. Att dela erfarenheten av oro och ångest för sin ungdom var otroligt stärkande.”

Eva berättar också om en läkarkontakt i slutenvården som betydde mycket för henne, där hon upplevde att hennes perspektiv togs på allvar.

”Jag blev rörd när en läkare sa: ’Självklart vill vi höra anhörigas perspektiv.’ Det räckte för att jag skulle känna förtroende. På andra håll har vi mötts av: ’Vi pratar inte med anhöriga.’ Det har ökat vår stress och försämrat vår egen ork att stötta vår dotter. Det är fruktansvärt att bli utkörd från en akutpsykiatrisk mottagning när man har ett barn som är där och mår jättedåligt.”

”Jag blev rörd när en läkare sa: ’Självklart vill vi höra anhörigas perspektiv’”

Förutom att bli inbjuden i samtal och att få känna delaktighet hade Eva önskat bättre tydlighet kring ansvarsfördelningen. Som anhörig tvingas man ofta ta alla roller själv och det sliter. Tydligt ansvar och verkligt engagemang från vården gör hela skillnaden, menar Eva.

Den egna hälsan

”Det svåraste under dessa år, för mig som mamma, har varit rädslan att mitt barn ska dö. Ångesten tar olika uttryck – sömnlöshet, ont i magen, ständigt beredd på det värsta. Jag lever i ett konstant beredskapsläge.”

Eva blev själv inlagd på akutpsykiatrin för ett och ett halvt år sedan efter en allvarlig händelse med Nina. Efter två dagar blev hon utskriven och fick höra: ”du är inte sjuk, du är stressad och behöver prioritera om.”

”Jag kände: ’Menar ni att jag ska prioritera bort mitt barn? Jag är redan sjukskriven.’ Den erfarenheten gör nog att jag idag inte söker stöd fast jag tror att jag skulle behöva.”

Idag är Nina 18 år och har varit drogfri en kortare period. Hon bor både hemma och på behandlingshem. Eva beskriver att oron fortfarande är ständigt närvarande.

”Men jag vill avsluta med att säga att jag älskar min dotter och är så stolt över henne. Jag tycker också det är viktigt att få med den kärlek som finns hos anhöriga, det måste också få ta plats.”

OM SITUATIONEN FÖR PERSONER MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE

Nedan diskuteras resultatet och slutsatser gällande gruppen egenerfarna, tillsammans med NSPH:s rekommendationer och förslag kring området.

Beroendets konsekvenser och dystra livsvillkor

UNDERSÖKNINGEN VISAR ATT det här är en grupp som generellt ser ganska dystert på sina livsvillkor och sin sociala situation, inte minst gäller det gruppen som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende. Tydligt är också att fler beroenden ofta leder till fler och mer omfattande negativa konsekvenser.

Generellt skattar gruppen som inte längre har en aktiv beroendeproblematik sina livsvillkor och sin sociala situation mer positivt inom de flesta områden. De områden som däremot inte förändras lika mycket är synen på den fysiska och psykiska hälsan, samt upplevelsen av att man kan göra det man vill på sin fritid.

Resultaten visar även att de sociala relationerna ofta blir lidande under ett skadligt bruk eller beroende. Även om resultaten avsevärt förbättras bland de som inte längre har ett skadligt bruk, så är det fortfarande mer än en tredjedel i den här gruppen som beskriver att deras relationer till vänner och anhöriga fortfarande i hög grad påverkas negativt av det tidigare skadliga bruket.

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



Konsekvenser på hälsan och ekonomin

Ett skadligt bruk eller beroende leder ofta till stora konsekvenser för den enskilda inom en rad områden. Allra störst konsekvenser upplevs för den psykiska och fysiska hälsan, samt för den ekonomiska situationen. De personer som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende upplever större konsekvenser, men resultaten visar att ett tidigare skadligt bruk eller beroende ofta ger fortsatta konsekvenser långt efteråt.

Detta framkommer tydligt när gruppen beskriver sin ekonomiska situation. Tre av tio (31 procent) av de som inte längre har ett skadligt bruk uppger att de vid flera tillfällen under det senaste året haft problem att klara sina löpande utgifter för mat, hyra och liknande. Bland de som har en pågående beroendeproblematik är det nästan hälften (49 procent) som svarat samma sak. Att dålig ekonomi är en konsekvens som ofta dröjer sig kvar efter ett beroende har troligtvis en negativ påverkan på mångas förutsättningar att skapa ett mer meningsfullt liv och vardag.

I resultatet sticker även gruppen med tidigare eller pågående spelberoende ut. Deras ekonomi påverkas mycket negativt. Även bland de som lämnat ett spelberoende kvarstår de negativa ekonomiska konsekvenserna i hög utsträckning.

Vi vet sedan tidigare att många som lever med psykisk ohälsa har en ansträngd ekonomisk situation. Vad som däremot kan vara utmärkande för den här målgruppen är dock att beroendet också kan generera stora skulder, som i sin tur både riskerar att öka ohälsan såväl som beroendet. Samtidigt finns idag vissa utmaningar i dagens stödsystem. Till exempel att personer nekas ekonomiskt bistånd på grund av ett återfall eller för att de inte erbjuds personcentrerade insatser och därför tackar nej till dem.

En annan utmaning är att ekonomiskt bistånd inte hanterar enskildas skulder. Det kräver då att andra funktioner så som den kommunala skuldsaneringen fungerar och dessutom har rätt kompetens för att kunna möta den här målgruppen. Här blir det således extra viktigt att samarbetet mellan olika verksamheter fungerar, så som kommunen socialtjänst, andra sociala insatser och regionens insatser kring vården.

I den här undersökningen är de svarandes utbildningsnivå lägre än den som gäller för hela befolkningen i Sverige, vilket troligtvis också har en påverkan på gruppens ekonomiska situation och exempelvis förutsättningar på arbetsmarknaden. Det är möjligtvis inte ett förvånande resultat, men dock ett allvarliga. Inte minst då det finns många studier som pekar på tydliga kopplingar mellan ekonomisk utsatthet, psykisk ohälsa och suicidrisk.

Alla dessa resultat ska dessutom förstås i relation till att vi i den här undersökningen troligtvis inte når de mest utsatta personerna i målgruppen. Det betyder att många som lever med en mer omfattande problematik sannolikt också skattar sina livsvillkor ännu sämre och upplever ännu större negativa konsekvenser inom de flesta områden.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Staten behöver finansiera en satsning för att förändra synen, minska stigma och höja kunskapen bland de verksamheter som idag inte arbetar aktivt med gruppen, men som möter personer med skadligt bruk och beroende i sitt arbete. Det kan till exempel handla om verksamheter så som skuldsanering, hemtjänsten eller LSS.
- Psykiatrin och primärvården behöver få ökad kunskap samt förbättra sina arbetssätt för att personer med pågående eller tidigare skadligt bruk eller beroende ska erbjudas en bättre vård för sin psykiska hälsa. Stödet behöver vara tidigt, återkommande och långvarigt för att stärka gruppens psykiska hälsa långsiktigt och för att förebygga ytterligare ohälsa.
- Hälso- och sjukvården behöver förbättra sitt arbete med att både identifiera och erbjuda en god somatisk vård till gruppen, både under ett pågående beroende och efteråt. Den bristande somatiska vården är troligtvis en bidragande faktor till varför många i gruppen skattar sin fysiska hälsa så pass dåligt.
- Kommunernas kompetens såväl som resurser för att kunna arbeta gentemot personer med skadligt bruk och beroende behöver stärkas. Här skulle till exempel tidiga insatser, uppsökande arbete och ett mer återhämtande perspektiv kunna stärkas upp genom insatser kopplade till införandet av den nya socialtjänstlagen.
- Det behövs fler riktade insatser till personer som lever med ett skadligt bruk eller beroende som är individuellt utformade, flexibla och långsiktiga. För vissa individer behöver stödet vara återkommande under längre perioder, medan det för andra räcker med stöd under kortare perioder.
- Det ekonomiska stödsystemet behöver anpassas utifrån de särskilda behoven som personer med skadligt bruk och beroende kan ha. Det innebär till exempel att i handläggning och beslut utgå från individuella förutsättningar, ta hänsyn till viktiga återhämtande faktorer för individen och erbjuda ett anpassat stöd vid eventuella skulder.

Brister i tillgänglighet, innehåll och utbud av vård och stöd

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



Resultaten pekar på att det finns tydliga brister vad gäller tillgängligheten såväl som innehållet i vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende. Det är också en stor andel, var femte person, som inte fått någon vård- eller stödinsats alls för sitt skadliga bruk eller beroende. Resultatet ger däremot inte svar på varför man inte fått vård- eller stöd. Här finns troligtvis både individer som av olika anledningar inte sökt vård eller stöd, tillsammans med individer som sökt men nekats vård eller stöd. Vilka insatser de svarande fått skiljer sig inte nämnvärt mellan könen.

De som fått stöd för ett skadligt bruk eller beroende upplever i hög grad brister i utbudet av olika behandlingar, möjligheten till fortsatt stöd och vård efter avslutad behandling och möjligheten att kunna påverka vård eller stöd efter avslutad behandling. Fortsatt stöd efter avslutad behandling kan vara särskilt viktigt då resultaten i övrigt illustrerar att konsekvenserna av ett tidigare beroende är påtagliga, särskilt när det gäller psykisk- och fysisk hälsa.

Att de som ger vård och stöd lyssnar till, involverar och erbjuder anhöriga eget stöd är dock det alternativ som skattas lägst av alla. Detta resultat behöver också sättas i relation till den viktiga roll som anhöriga beskrivs ha för att hantera ett skadligt bruk eller beroende. Det är tydligt att anhörigas roll i vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende behöver stärkas.

Behov av tidiga och snabbare insatser är också ett vanligt förekommande tema i både fritextsvar och i de fokusgrupper som genomförts. Generellt framkommer att insatserna behöver komma tidigare, komma i gång snabbare, vara mer flexibla och anpassas utifrån individens behov. Att tidigare erbjuda människor vård och stöd för en psykisk ohälsa eller specifik diagnos är också ett exempel på hur en tidig insats kan erbjudas för att motverka ett skadligt bruk eller beroende.

De områden som bedöms något mer positivt i den här undersökningen är att många vet vart de ska vända sig om de behöver vård eller stöd igen, att de upplever att de fått tillgång till vård och stöd när de sökt hjälp och att de blivit lyssnade på och behandlade med respekt av vård- och omsorgspersonal. I gruppen som har ett aktivt beroende är det även många som anger att de blivit välkomnade till vård och stöd trots återfall. Dessa områden är det viktigt att vård och stöd fortsätter arbeta med och utveckla.

Vikten av lågtröskelverksamhet

För gruppen som lever med ett aktivt skadligt bruk eller beroende kan det vara särskilt betydelsefull med ett stöd som är lätt att hitta, lätt att få tillgång till och som ställer få krav på motprestationer. Det

brukar kallas för lågtröskelverksamhet och innebär att vård och stöd sänker olika krav och barriärer mot att söka och få vård och stöd. För personer i gruppen kan det innebära att det är enkelt att söka och få stöd när individen känner sig motiverad, eftersom det kan vara väldigt avgörande för utfallet. Det kan till exempel innebära verksamheter som arbetar aktivt med bemötande utifrån ett antistigma-perspektiv, som har generösa öppettider, som inte kräver remiss och som har begränsade krav på drogfrihet.

Resultaten i den undersökningen visar att många, särskilt bland gruppen som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag, uppfattar att de är välkomnade till vård och stöd trots återfall. Samtidigt får vi genom fokusgrupper och i fritextsvaren höra om exempel när detta inte fungerar. Återfall ingår ofta i själva sjukdomsbilden. Det är därför särskilt olyckligt om individer inte får fortsätta med pågående behandlingar på grund av detta. Det kan även få andra negativa följdeffekter som att individen blir av med sociala stödinsatser, en bostad eller ekonomiskt bistånd. Det vill säga sådana insatser som kan vara särskilt betydelsefulla ur ett återhämtningsperspektiv.

Sammantaget pekar många av svaren på vikten av att tidiga signaler fångas upp, att insatser sätts in snabbt, att bakomliggande orsaker till beroendeproblematik utreds och att enskilda individers behov identifieras. Svaren illustrerar inte minst behovet av en psykiatrisk vård som har kapacitet och kompetens att ge vård till personer som lever med psykisk ohälsa samtidigt som de har en beroendeproblematik.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Insatser måste finnas tillgängliga att erbjudas tidigare och snabbare när personer själva är motiverade att söka hjälp eller vid misstanke om att en person har eller håller på att utveckla ett skadligt bruk och beroende. Samarbetet mellan olika aktuella verksamheter måste därför fungera, så som kommunens socialtjänst och den regionala vården, tillsammans med andra relevanta verksamheter så som skolan och inom ungas fritid.
- Mer uppsökande verksamhet och lågtröskelverksamheter behöver erbjudas för att nå ut till personer som inte är i stånd att själva söka den vård eller stöd som de behöver.
- Återfall ska ses som en del av beroendeproblematiken, och att vård och stöd vid återfall ges som en naturlig del i den sammanhållna vården och stödet som erbjuds till personer med beroendeproblematik.
- Anhöriga ska ses som en resurs och görs delaktiga i vård och stöd, samt att vård och stöd motiverar den som vårdas att involvera sina anhöriga i de fall detta inte är uppenbart olämpligt.
- Fler återhämtningsinriktade insatser erbjuds målgruppen, till exempel att Peer Support finns tillgängliga i fler verksamheter och vårdformer. Att i processen med den egna återhämtningen möta någon annan med liknande erfarenheter kan vara extra viktigt för personer med beroendeproblematik som utsatts för stigma och diskriminering av många delar av samhället.

Delaktighet brister ofta men kan bidra till bättre insatser

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



Vad gäller upplevelsen av brister i utbudet av olika behandlingar och möjligheten till fortsatt stöd efter avslutad behandling hänger det troligtvis ihop med upplevelsen av delaktighet. Det finns ofta ett begränsat antal behandlingsinsatser att välja på för den som lever med skadligt bruk eller beroende, inte minst på mindre orter. Vilka insatser som tillhandahålls styrs både av den specifika kompetensen som finns på kommunen eller i regionen, men kan även påverkas av andra faktorer såsom vilka insatser som är upphandlade. Det begränsar i sin tur delaktigheten för den som lever med ett skadligt bruk eller beroende.

Hos vissa kommuner finns också tydliga ekonomiska perspektiv som styr utbudet och de insatser som erbjuds, snarare än individens behov. Det kan till exempel handla om att en person först erbjuds insatser som redan finns tillgängliga inom den egna kommunen, till exempel öppenvårdsbehandling. Först efter att insatserna misslyckats får personen gradvis fortsätta till andra mer kostsamma alternativ men som bättre lämpar sig för den berörda personens behov.

Detta kan innebära att personer som behöver kortare men dyrare insatser, inte får tillgång till dessa utan att testa billigare alternativ först, och därmed riskerar att bli sämre i sitt sjukdomstillstånd. Detta leder inte sällan till ett större lidande för personen själv och anhöriga. Det bidrar till en längre återhämtningsprocess och blir därigenom ofta en dyrare lösning för kommunen i slutändan.

Vad gäller begränsningar i utbudet ser vi i NSPH:s övriga arbete att det generellt är ett mer begränsat utbud av vård och behandling som erbjuds vid beroendeproblematik, jämfört med den vård som erbjuds för psykiatrins andra sjukdomar och tillstånd. En möjlig förklaring till detta har att göra kring att just ”straffideologin” kring beroendeområdet varit stark i så många år tillsammans med det stigma som finns kring beroendeområdet. Att utbudet är så skralt försvårar personernas möjlighet att få vård men också möjligheten att få en personcentrerad vård, vilket patienter och brukare bör ha rätt till.

Tydligt i resultatet i den här undersökningen är dock att de personer som känner sig mer delaktiga i vård och stöd också skattar det generella stödet från samhället mer positivt. Liknande resultat återfinns i gruppen som fått vård och stöd för både ett beroende och en psykisk ohälsa. De som upplever att de olika insatserna samordnats är betydligt mer nöjda med det generella stödet från samhället. En möjlig tolkning är således att möjligheten till delaktighet och samordnade insatser bidrar till en mer positiv

upplevelse av samhällets stöd generellt. Det finns med andra ord goda skäl för det offentliga att förbättra sitt personcentrerade arbete.

Många nekas annan vård eller stöd på grund av ett beroende

Undersökningen visar att det är hela 38 procent av de svarande som anger att de någon gång nekats annan vård eller stöd på grund av ett pågående eller tidigare beroende. De exempel som framkommer i undersökningen handlar framför allt om att personer nekats smärtlindring hos hälso- och sjukvården. Genom fokusgrupperna inkom även flertalet exempel kopplat till adhd-medicinering samt att vissa känt sig påtvingade läkemedel som de befarat kan trigga deras beroende igen. Vissa har även blivit av med LSS-insatser på grund av ett skadligt bruk och beroende.

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



Tydligt i resultatet är att det är vissa grupper som i högre utsträckning nekats annan vård och stöd på grund av ett skadligt bruk eller beroende. Det handlar bland annat om personer som också saknar anhöriga som kan hjälpa dem och de som saknar nära vänner. Den mest markanta skillnaden i resultatet är att personer med lägre utbildning nekats vård eller stöd i högre utsträckning. Resultaten pekar på att det är de grupper som har mer omfattande problematik och är mer utsatta som också nekats vård och stöd i högre utsträckning. Här finns med andra ord en stor risk för diskriminering.

Den uppenbara diskriminering som drabbar personer som lever med beroendesjukdom behöver upphöra inom alla samhällsinstanser – särskilt inom de verksamheter som erbjuder vård och stöd.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Staten bör finansiera en satsning för att förebygga och minska förekomsten av stigma och diskriminering av personer med skadligt bruk och beroende inom hälso- och sjukvården. Exempelvis behövs kunskapshöjande insatser om skadligt bruk och beroende inom de insatser som erbjuder vård och stöd, för att minska risken för diskriminering.
- Det behövs tydligare riktlinjer och stöd till hälso- och sjukvården kring hur de bäst kan erbjuda medicinsk behandling och vård för psykisk och somatisk ohälsa till personer med pågående eller tidigare beroendeproblematik. Tydligt i den här undersökningen är att hälso- och sjukvården har särskilt svårt att hantera smärtlindring samt behandling av adhd i samband med beroendeproblematik, vilket ofta leder till att enskilda helt eller delvis blir utan vård och stöd som de har behov av.
- Om kommunen drar in stödinsatser via LSS eller SoL på grund av ett skadligt bruk eller beroende måste ett annat likvärdigt stöd erbjudas i stället. Det är oacceptabelt att individer blir utan stödinsatser som de har behov av på grund av en funktionsnedsättning, samtidigt som de förväntas klara av att hantera en pågående beroendeproblematik.

Stor samsjuklighet med psykisk ohälsa – samordningen brister

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



Det finns en stor samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och ett skadligt bruk eller beroende. En stor andel av de som svarat på den här undersökningen har någon gång även sökt vård för en psykisk ohälsa.

Resultaten synliggör att finns stora brister vad gäller samordningen mellan vården för den psykiska ohälsan och vården för beroendet. Att detta område brister är välkänt och något som förhoppningsvis förbättras framöver genom de förslag som lämnats av samsjuklighetsutredningen och som den pågående Samsjuklighetsdelegationen[6] arbetar med. Vår undersökning pekar dock på att detta arbete behöver ske än mer skyndsamt.

Utifrån att det är så pass många i den här undersökningen som har behov av flera olika samhällsinsatser borde fler av de svarande fått samordningsstöd som exempelvis personligt ombud. Inte minst gäller det gruppen som har behov av både vård för skadligt bruk eller beroende och psykisk ohälsa, där undersökningen visar på tydliga brister vad gäller samordningen. Det är dessutom en grupp där vi sedan tidigare vet att personligt ombud kan ha en betydelsefull roll.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Utbudet av behandlingsinsatser måste öka och erbjudas likvärdigt runt om i landet. De omotiverade skillnader i utbudet som finns idag runt om i landet får konsekvenser dels för enskilda personers möjlighet till vård och stöd, dels för deras möjlighet att få en personcentrerad vård och stöd på lika villkor som andra i samhället.
- Personer med skadligt bruk eller beroende behöver göras mer delaktiga och ges större inflytande över den vård och det stöd som de erbjuds under såväl som efter en insats. Det betyder exempelvis att vård och stöd behöver utveckla sitt personcentrerade arbetssätt, samt att behandlingsinsatser och andra insatser i högre utsträckning bör utgå från den berörda personens erfarenheter, önskemål och behov.
- Befintliga och nya insatser för personer med skadligt bruk eller beroende utvecklas, införs och utvärderas tillsammans med målgruppen genom exempelvis etablerade brukarinflytandemetoder, så som Brukarrevision och Patientforum.
- Vård och stöd behöver förbättra sitt arbete med att systematiskt utvärdera, styra mot och följa upp brukarupplevda kvaliteter och upplevelser, till exempel deras upplevelse av om insatserna är utformade och möter de behov som de själva upplever.

6 https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/01/delegation-ska-starka-insatserna-for-personer-med-samsjuklighet/

Oroväckande att många inte får vård för psykisk ohälsa

Ett oroväckande resultat är även att väldigt många (19 procent) har sökt men inte fått vård för psykisk ohälsa, samtidigt som andra resultat i den här undersökningen tydligt ger belägg för att det rör sig om individer som skulle ha behov av det. Inte minst blir det tydligt i resultaten gällande allvarliga suicidtankar och suicidförsök, där hela 8 procent av de som sökt men inte fått vård för psykisk ohälsa har gjort ett suicidförsök det senaste året. Bland de som har ett pågående skadligt bruk eller beroende är andelen som försökt ta sitt liv under det senaste året ännu större, 15 procent. Sammantaget bekräftar resultatet här känslan som många beskriver av att inte vara välkommen hos psykiatrin eller annan hälso- och sjukvård när man samtidigt har eller har haft en beroendeproblematik.

Ett återkommande exempel är att personer nekats utredning, medicinbehandling eller stöd vid adhd på grund av ett pågående beroende, samtidigt som stöd kopplat till diagnosen mest troligt skulle vara hjälpsamt för att komma ur ett pågående beroende.

Utgångspunkten för vård, stöd och andra insatser för personer med skadligt bruk eller beroende behöver vara att enskilda ska erbjudas bästa tillgängliga vård och stöd, utan att riskera att bli straffade för att de söker hjälp. Här finns även en inneboende utmaning när enskilda går miste om vård och stöd så länge de har ett aktivt beroende, samtidigt som de skulle behöva just vård och stöd för att komma ur beroendet. Detta riskerar att bli en ond cirkel som bara skapar mer ohälsa bland enskilda.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Den psykiatriska vården behöver utvecklas och bli mer tillgänglig. Den behöver dels ge tidigare insatser när individer söker vård för att minska risken för att människor ska hamna i ett beroende, dels erbjudas i högre utsträckning till personer som lever med en beroendeproblematik.
- Vård och stöd för samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende behöver förbättras. Det innebär till exempel att tidiga insatser görs tillgängliga vid samsjuklighet, att den har ett tydligt hälsofrämjande perspektiv och att vård och stöd utgår från bästa tillgängliga evidens kring just samsjuklighet.
- Samordningen mellan olika instanser som erbjuder vård och stöd behöver förbättras avsevärt. Samverkansavtal måste därför upprättas mellan kommuner, regioner och andra relevanta aktörer med syftet att säkra ett personcentrerat och sammanhållet stöd.
- Det behövs riktade insatser för att upprätta fler så kallade samordnade individuella planer (SIP) med syfte att få till en förbättrad samordning för individen. Utöver riktade insatser behöver det även ske vissa förtydliganden i befintlig lagstiftning. Ett exempel är skolans roll i planering av samordnad individuell plan (SIP) där skolans skyldighet att kalla till SIP-möten skulle behöva omfattas i lagstiftningen.
- Fler stödinstanser som utgår från målgruppens behov behöver erbjudas, som exempelvis personligt ombud. Personligt ombud behöver dessutom finnas tillgängliga i alla landets kommuner och baseras på behoven hos personer som lever med psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende i den enskilda kommunen.
- Regioner behöver satsa på att implementera fler metoder som stödjer individers återhämtning, delaktighet och inflytande i vården av personer med samsjuklighet. Till exempel att Peer support införs på fler mottagningar och vårdenheter.
- Det behövs tydligare riktlinjer och stöd till vården kring hantering av medicinering och utredning av adhd för personer med pågående eller tidigare beroendeproblematik. Denna grupp blir allt för ofta utan utredning, behandling och stöd för sin adhd vilket begränsar deras möjligheter att hantera en beroendeproblematik.

Beroende ger förhöjd risk av allvarliga suicidtankar och suicidförsök

Resultaten i den här undersökningen visar att det finns en markant ökad risk gällande både allvarliga suicidtankar och suicidförsök för personer med erfarenhet av skadligt bruk eller beroende jämfört med befolkningen i stort.

Sammantaget är det mer än var tredje svarande (36 procent) i vår undersökning som någon gång i livet gjort ett suicidförsök. Nästan två tredjedelar (63 procent) av alla i den här undersökningen har även svarat att man någon gång allvarligt övervägt att ta sitt liv. Än mer allvarligt är att de som i högst grad både allvarligt övervägt att ta sitt liv och även genomfört suicidförsök under det senaste året, finns i den grupp som sökt men inte fått vård för psykisk ohälsa.

Resultaten pekar även på att ett pågående beroende och skadligt bruk ytterligare förstärker risken för såväl allvarliga suicidtankar som suicidförsök – i synnerhet om man inte fått någon vård för sin psykiska ohälsa.

I samtal med NSPH:s medlemsorganisationer, i de fokusgrupper som genomförts och inte minst i statistiken från undersökningen framkommer det tydligt att det här är en grupp som inte söker hjälp i onödan. Detta pekar också den tydliga suicidrisken i resultatet på. Det är en grupp där många återkommande möts av stigma, fördomar och inte sällan diskriminering, vilket bidrar till att många upplever att de står utanför samhället. Att man trots detta väljer att söka hjälp från vården för att hantera sin psykiska hälsa eller ett beroende, men blir avvisad, är därför oacceptabelt.

För att hantera situationen behövs utan tvekan mer kunskap och riktade suicidpreventiva insatser med syfte att minska förekomsten av suicid, allvarliga suicidtankar och suicidförsök bland gruppen.

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Den framträdande risken för suicid som finns i gruppen behöver tas på betydligt större allvar. Den nollvision för suicid som finns i samhället behöver ha tydligare skrivningar och strategier för att förebygga suicid bland personer med aktivt eller tidigare skadligt bruk eller beroende.
- Det behövs mer kunskap om gruppen med skadligt bruk eller beroende för att kunna stärka upp det suicidpreventiva arbetet. Det kan exempelvis ske genom att Folkhälsomyndigheten nya funktion kring suicidanalyser får ett specifikt uppdrag kopplat till gruppen, men även att mer forskning om gruppens villkor initieras.
- Staten behöver initiera en särskild satsning med syfte att utforma suicidpreventiva insatser som utgår och vänder sig särskilt till personer med skadligt bruk eller beroende. Gruppen som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende, som söker men inte erbjuds vård för psykisk ohälsa, behöver uppmärksammas särskilt då den är en tydligt utpekad riskgrupp i denna undersökning.
- Det behövs fler insatser som adresserar både psykisk ohälsa, beroendeproblematik och ekonomisk utsatthet. Dels behövs mer kunskap inom området, dels behövs nya arbetssätt för att bättre kunna ge stöd kopplat till ekonomi, exempelvis inom ekonomiskt bistånd och skuldsanering. Här behöver gruppen som lever med spelberoende särskilt uppmärksammas.
- Det behöver finnas bättre rutiner för att fånga upp eventuell suicidrisk vid övergångar mellan och inom olika stöd- och vårdinsatser, då dessa kan vara särskilt utmanande för många. Dessa rutiner bör arbetas fram tillsammans med organisationer som företräder målgruppen.

Anhöriga, civilsamhället och vårdinsatser är till mest hjälp

När det handlar om vilka typer av insatser eller stöd som varit viktigast för att hantera ett skadligt bruk eller beroende framgår att flera olika insatser har stor betydelse. De mest hjälpsamma faktorerna upplevs vara stöd från anhöriga och olika former av vårdinsatser, följt av stöd från civilsamhällets organisationer. Men även tillgång till arbete och sysselsättning och stöd från socialt nätverk rankas högt. Bredden av faktorer som uppfattas som hjälpsamma pekar tydligt på vikten av att erbjuda flera olika insatser till personer med skadligt bruk eller beroende.

Gruppen som inte längre har något skadligt bruk rankar stöd från civilsamhället som allra viktigast, medan gruppen som har ett pågående skadligt bruk eller beroende rankar anhöriga som allra viktigast. Det tyder även på att olika faktorer kan upplevas viktiga i olika faser, där exempelvis meningsfulla sammanhang genom civilsamhällets organisationer kanske är viktigast under eller efter en återhämtningsprocess.

Anhörigas roll för personer med skadligt bruk eller beroende kan dock inte förringas. Att stöd från anhöriga uppfattas som lika viktigt som vård behöver dessutom sättas i relation till att resultaten i den här undersökningen tydligt visar att instanser som erbjuder vård och stöd är dåliga på att involvera och ge stöd till anhöriga.

Resultatet visar genomgående att många som lever med ett skadligt bruk eller beroende upplever fortsatta negativa konsekvenser för deras sociala relationer och de riskerar att bli väldigt ensamma. Även om en behandling blir framgångsrik kan det således finnas stora behov av stöd för att hitta nya sammanhang och bygga nya relationer som ger den trygghet som behövs för att inte återuppta beroendet igen. Möjligheten att få känna tillhörighet, att få tillgång till meningsfulla sammanhang och gemenskap kan därför vara särskilt viktigt, vilket också bekräftas i fokusgrupper och i samtal med NSPH:s medlemsförbund.

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Samhället behöver erbjuda en bred palett av vård- och stödinsatser till personer med skadligt bruk eller beroende, som är flexibelt och anpassas utifrån individens erfarenheter, behov och önskemål.
- De många åtgärder som kan bidra till återhämtning och förebygga ytterligare ohälsa bland personer i målgruppen måste erbjudas av det offentliga stödsystemet. Det handlar exempelvis om fysisk aktivitet, bättre somatisk vård, social gemenskap och meningsfull sysselsättning och fritidsaktiviteter. I detta behöver även de ekonomiska förutsättningarna bland gruppen beaktas, exempelvis genom att bevilja ekonomiskt bistånd utifrån ett fokus på återhämtning.
- Anhörigas roll för den som lever med ett skadligt bruk eller beroende måste stärkas.
- Det innebär dels att uppmärksamma, värdesätta och stödja anhörigas insatser för den enskilde, dels att erbjuda nödvändigt komplement i form av vård och stöd till den enskilde.
- Det behöver erbjudas fler mötesplatser, mer samtalsstöd och gruppverksamhet för personer med skadligt bruk eller beroende. Här kan även civilsamhällets organisationer bidra i högre utsträckning och behöver då få bättre förutsättningar för att kunna göra det. Det stöd som kan erbjudas via civilsamhället kan vara särskilt viktigt för de som inte har anhöriga.

OM SITUATIONEN FÖR ANHÖRIGA TILL PERSONER MED SKADLIGT BRUK ELLER BEROENDE

Nedan diskuteras resultatet och slutsatser gällande gruppen anhöriga, tillsammans med NSPH:s rekommendationer och förslag kring området.

Den närståendes situation utifrån den anhörigas perspektiv

Den här undersökningen visar att anhöriga upplever att ett pågående eller tidigare beroende ofta får många och stora konsekvenser för den närståendes livssituation, inte minst på deras närståendes psykiska och fysiska hälsa, deras ekonomiska situation och relation till vänner.

Många anhöriga anser att vård och stöd för deras närstående brister. Bland de som har närstående som fått vård eller stöd uppger 60 procent att det varit ganska eller mycket dåligt. Anhöriga upplever brister inom en rad områden – allt från vårdens tillgänglighet, synlighet och utbud till hur de som anhöriga involveras och görs delaktiga. Samtidigt visar resultaten att bättre vård och stöd för den närstående skulle underlätta för många av de anhöriga, där många lever i en väldigt pressad situation under långa perioder.

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



Inte minst pekar resultaten tydligt på brister i vård och stöd för en beroendeproblematik vid en samtidig psykisk ohälsa. Av de anhöriga vars närstående fått vård och stöd för både ett skadligt bruk eller beroende och psykisk ohälsa, är det bara var femte (20 procent) som anser att de olika insatserna samordnats i någon högre grad.

De anhöriga som har erfarenhet av övergångar mellan vården för barn och vuxna upplever generellt att den brister. Det handlar både om själva övergången där den närstående riskerar att falla mellan stolarna, men även att många anhöriga upplever att de stängs ute när deras närstående hamnar inom vuxenpsykiatrin.

Anmärkningsvärt är även att nära tre av tio (28 procent) uppger att deras närstående inte har fått någon vård eller stöd alls kopplat till sitt skadliga bruk eller beroende. Detta är vanligare i gruppen som har ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag. Detta kan som tidigare påtalats både handla om att den närstående inte vill söka vård och stöd eller att man sökt men inte erbjudits vård eller stöd.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT:

- Anhöriga har ofta en viktig roll för många som lever med ett skadligt bruk eller beroende och därför behövs anhörigas insatser uppmärksammas och värdesättas i högre utsträckning. Det handlar givetvis även om att minska belastningen för anhöriga genom att erbjuda fler insatser via vård och stöd till personer som lever med skadligt bruk eller beroende.
- Det behövs fler kunskapshöjande insatser kring beroendefrågor som vänder sig till hela samhället för att öka den generella kunskapen om beroende, om riskbeteenden, vart man kan vända sig för stöd och så vidare.
- Det behövs tydliga och lättillgängliga ingångar inom vård och stöd dit anhöriga kan vända sig vid misstanke om att en närstående har eller håller på att utveckla ett skadligt bruk eller beroende. Situationen är ofta ny för de anhöriga och de behöver därför få tillgång till ett snabbt stöd och kunskap för att förstå situationen och hur de kan och bör agera.
- Det behöver erbjudas mer och riktat stöd till anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende för att de bättre ska kunna stödja sina närstående. Anhöriga efterfrågar lättillgänglig information, utbildning och kunskap kring beroenderelaterade frågor, samsjuklighet, psykiatriska diagnoser och vård- och omsorgssystemet. Stöd att navigera i ett komplext vård- och stödsystem lyfts också som särskilt hjälpsamt.
- Övergången mellan vården för barn och unga till vuxna behöver ha utvecklade arbetssätt för att bättre kunna involvera anhöriga och göra anhöriga delaktiga. Det är särskilt viktigt för anhöriga som bor tillsammans med den närstående som lever med ett skadligt bruk eller beroende.

Anhöriga involveras inte i vården av den närstående

Vad gäller anhörigas möjlighet till delaktighet finns stora utvecklingsområden. En klar majoritet (77 procent) av de anhöriga upplever inte att de blivit lyssnade på eller involverade i den vård och/eller det stöd som deras närstående fått för ett skadligt bruk eller beroende. Samtidigt visar resultaten tydliga kopplingar mellan hur positivt man skattar vård och stöd för den närstående beroende på hur involverad man känt sig i rollen som anhörig. Här finns med andra ord ett tydligt utvecklingsområde.

Vi har i den här undersökningen inte frågat hur de anhöriga involverats. Men då det är så pass många anhöriga i den här undersökningen som upplever att de stängs ute och inte involveras i vård och stöd, handlar det troligtvis inte om särskilt omfattande insatser som behövs för att förändra anhörigas upplevelse här.

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT:

- Anhöriga ska ses som en resurs och göras delaktiga i vård och stöd, samt att vård och stöd motiverar den som vårdas att involvera sina anhöriga i de fall detta inte är uppenbart olämpligt.
- Kommuner och regioner behöver utveckla sina rutiner samt öka kunskapen kring exempelvis anhörig- och bemötandefrågor med särskilt fokus på skadligt bruk och beroende. NSPH anser vidare att Socialstyrelsen behöver utarbeta riktlinjer som vägleder anställda inom psykiatrisk vård och kommunal omsorg kring att bemöta anhöriga, till exempel om sekretessfrågor.
- Anhörigas roll inom psykiatrin behöver stärkas – i synnerhet när det gäller anhöriga till personer med samsjuklighet – för att få till ett bättre samarbete och vård för den närstående.

Anhörigas livssituation och upplevda konsekvenser

Att vara anhörig har stor påverkan på livssituationen. När de anhöriga skattar sina generella livsvillkor och sin sociala situation visar resultaten att flera faktorer påverkar. Det handlar om hur nära relation de har till den närstående, vilken typ av familjerelation de har och om de bor tillsammans. En annan avgörande faktor är om ens närstående har ett pågående skadligt bruk och beroende eller inte. En grupp som tydligt sticker ut i resultatet är de anhöriga som bor tillsammans med en närstående med ett aktivt skadligt bruk eller beroende idag. Dessa anhöriga skattar generellt sin livskvalitet mycket lågt.

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



Tydligt i den här undersökningen är även att anhöriga påverkas inom en rad olika områden på grund av det stöd de ger till en närstående. Deras psykiska hälsa är det som påverkats allra mest negativt, följt av deras sociala liv. Minst negativ påverkan upplever de kring sin fysiska hälsa, följt av sitt arbetsliv. Men det är ändå mer än 40 procent som menar att även det påverkats negativt i hög grad.

Samtidigt ser vi här att många anhöriga, nästan sex av tio (57 procent), har gjort anpassningar i sitt arbetsliv för att kunna ge stöd till en närstående. Bland föräldrar/bonusföräldrar är det hela 70 procent som gjort det. Det vanligaste är att anhöriga sjukskrivit sig enstaka dagar för att kunna stödja sin närstående. Över hälften av alla svarande (53 procent) uppger dessutom att deras närståendes situation påverkat deras egen hälsa i en sådan omfattning att de behövt sjukskriva sig.

Resultaten visar även att många anhöriga oroar sig för sin närstående i hög utsträckning, främst för den närståendes psykiska hälsa, vad som ska hända om man själv inte längre kan ge stöd till den närstående, samt den närståendes möjligheter att få vård och stöd. Anhöriga som har en närstående i ett aktivt skadligt bruk eller beroende oroar sig påtagligt mycket mer.

Den stora oron som många anhöriga känner för en närstående, har troligtvis en påverkan på den anhörigas psykiska hälsa, vilket också framkom i resultatet kring upplevda konsekvenser. Tydligt i arbetet med rapporten är att många anhöriga lever i en pressad krissituation som i många fall blir väldigt långvarig.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Anhörigas återhämtning behöver stärkas genom att erbjuda anhöriga långvariga och återkommande insatser. Många anhöriga kan påbörja sin återhämtningsresa först efter att den närstående fått hjälp eller börjat må bättre, ofta efter långa krisperioder.
- Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende behöver få hjälp och stöd som motverkar en osund överbelastning och stressrelaterad ohälsa på grund av de pressade förhållanden som många lever i. Den här undersökningen pekar på behovet av att erbjuda anhöriga verktyg för att hantera oron för den närstående.
- Ett mer fokuserat förebyggande och uppsökande stöd behöver erbjuds de anhöriga som bor tillsammans med en närstående med en pågående beroendeproblematik. Här behöver vård och kommunala insatser en uttalad strategi för att identifiera och erbjuda stöd till den gruppen anhöriga.
- Det behövs särskilda insatser för att minska sjukskrivningar och stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende.

Stödet till anhöriga brister

Resultaten visar att många anhöriga inte erbjuds något anhörigstöd. Hela 60 procent i den här undersökningen anger att de inte fått något stöd i rollen som anhörig. Det mest förekommande stöd som erbjuds är enskilt samtalsstöd, följt av samtalsstöd i grupp. Andra former av stöd, såsom utbildning om närståendes problematik och stöd för att samordna insatser, är däremot mindre vanligt.

MÅLBILDER SOM SÄRSKILT ADRESSERAS:



Allra vanligast är att anhörigstödet erbjuds via kommunen. Näst vanligast är att stödet kommer från civilsamhällets organisationer. Det framgår även att många sökt upp hjälpen själv, och några anhöriga beskriver att de har fått kämpa för att få stöd.

De som får anhörigstöd är generellt sett nöjda med stödet som erbjuds. Det är däremot många som upplever att möjligheterna att påverka anhörigstödet är begränsade. Ett intressant resultat här är att det finns en tydlig korrelation mellan möjligheten till delaktighet och den generella uppfattningen av stödet. I gruppen som haft stor möjlighet att påverka stödet är det hela 97 procent som tycker att stödet varit bra.

På frågan vad anhöriga hade önskat för stöd är det vanligt att man önskat få vara delaktig och involverad och lyssnad till i vården för den närstående i högre utsträckning. Utöver detta är det framför allt olika former av samtalsstöd som anhöriga önskar. Även mer kunskap för att bättre kunna bemöta den som lever med en beroendeproblematik, tillsammans med en ökad kunskap om hur olika beroenden fungerar.

Eftersom det här är en grupp anhöriga som är mycket stigmatiserade behöver det också tas hänsyn till i frågan om anhörigstödet. Det påverkar både vad anhöriga erbjuds för stöd, men även vad anhöriga själva söker eller att ens tänker att de kan få för stöd. Mot den bakgrunden är det viktigt att stödet är uppsökande, att frågor om behov av stöd erbjuds återkommande vid flera tillfällen, men även att det är tydligt vad för stöd som kan erbjudas baserat på den anhörigas individuella situation och behov.

Det finns resultat i den här undersökningen som pekar på att anhörigstödet som erbjuds hänger ihop med hur resursstark den anhöriga är. Det vill säga om den anhöriga själv har förutsättningar att utkräva sina rättigheter, själv söka reda på stöd och i vissa fall även har de ekonomiska förutsättningarna att själv betala för stöd. Undersökningen visar också att barn och syskon är de grupper som fått allra minst stöd i rollen som anhörig. Ett resultat som också bekräftas i de fokusgrupper som anordnats i arbetet med rapporten.

I flera av samtalen vi haft i arbetet med undersökningen har det framkommit att när den anhöriga mår bra, känner sig stärkt och sedd i sin situation och dessutom har kunskap om beroende-problematiken – ger det också bättre förutsättningar att stärka den närståendes möjligheter till återhämtning.

MOT DEN BAKGRUNDEN ANSER NSPH ATT

- Anhörigstödet till personer med skadligt bruk eller beroende behöver bli mer jämlikt över landet avseende resurser, organisering och insatser. Det innebär till exempel att kommunernas anhörigstöd behöver byggas ut för att i högre grad vända sig till anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende. Det är centralt för att anhöriga till gruppen ska få sina rättigheter tillgodosedda.
- Stödet till anhöriga måste vara flexibelt och utgå och anpassas från individuella behov, då det inte finns någon universallösning som passar alla. Anhöriga behöver ges möjlighet att bli aktiva i planering, utformning och uppföljning av de insatser och de verksamheter de behöver stöd från.
- Anhörigstödet behöver få ett tydligare uppdrag att arbeta uppsökande för att nå ut till en bredare anhöriggrupp. De anhöriga som söker stöd idag är ofta en homogen grupp som utgörs av personer som är någorlunda resursstarka, med liknande utbildningsbakgrund, socioekonomisk ställning och etnicitet.
- Adekvat och anpassat anhörigstöd som vänder sig särskilt till barn och till syskon till personer med skadligt bruk och beroende behöver erbjudas i högre utsträckning. Stödet behöver utformas tillsammans med målgrupperna.
- Det behöver erbjudas mer mötesplatser, samtalsstöd och gruppverksamhet till anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende. Detta efterfrågas av anhöriga själva och kan vara viktiga ur ett återhämtande och stärkande perspektiv. Här kan även civilsamhället bidra i högre utsträckning och behöver då få bättre förutsättningar för att kunna göra det.

”Beroendet beror på psykisk ohälsa som beror på beroendet som beror på psykisk ohälsa som beror på...

AVSLUTANDE ORD

DET HAR VARIT väldigt värdefullt för oss på NSPH att ta fram den här rapporten. Vi har tidigare samlat mycket fakta och erfarenheter om att leva med psykisk ohälsa, vad människor med psykisk ohälsa kan behöva och vad vården och stödet behöver utveckla för att fungera bättre.

Frågan om skadligt bruk och beroende är högst aktuell inom alla våra medlems-organisationer. Samsjukligheten mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende är stor. Den här undersökningen och den interna diskussion den genererat i vår organisation har gett oss både bredare och djupare förståelse för området. Den har gett oss ny kunskap om hur personer med egen eller anhörigerfarenhet av skadligt bruk eller beroende upplever sina livsvillkor, olika konsekvenser och hur olika delar av samhällets stöd fungerar.

En del känner vi igen från våra tidigare undersökningar om psykisk ohälsa. Kanske framför allt gällande betydelsen av att de som är i behov av stöd också ges möjlighet att påverka hur det stödet utformas tillsammans med hur insatser samordnas mellan olika vård och omsorgsgivare. Annat från undersökningen har gett oss nya perspektiv. Det handlar till exempel om behovet av fortsatt stöd, vikten av bra sociala sammanhang efter en framgångsrik behandling, behov av att stärka sin psykiska och fysisk hälsa. Och inte minst betydelsen av att få ordning på ekonomi och lösa frågor om boende och sysselsättning eller arbete.

Med den här kunskapen har vi kunnat utveckla både argument och rekommendationer om vad som behöver förändras för att fler personer inte ska behöva hamna i ett skadligt bruk eller beroende – och vad som krävs för att samhället ska kunna ge ett tidigt, tillgängligt och individanpassat stöd till de som behöver det.

Vår förhoppning är förstås att många ska kunna ha glädje av den kunskap som samlas i den här rapporten – ni som fattar beslut inom området, som arbetar i vård och omsorg, som engagerar er i intresseorganisationer. Men även alla ni som av olika anledningar är intresserade av frågor om skadligt bruk, beroende och psykisk hälsa.

Vi vill rikta vårt varmaste tack till alla er som deltagit i undersökningen, som frikostigt delat med er av era erfarenheter och upplevelser i enkäter, fokusgrupper och intervjuer.

Mårten Jansson
Utredare, NSPH

Zarah Melander
Intressepolitiskt ansvarig, NSPH

REFERENSER

Folkhälsomyndigheten (2025a). Statistik om suicid. Digital källa: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/

Folkhälsomyndigheten (2025b). *Underlag till nationell strategi för att förebygga och motverka ofrivillig ensamhet.* Digital källa: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/2eec2882078d4fe0a5404a30a87aa292/underlag-nationell-strategi-forebygga-motverka-ofrivillig-ensamhet.pdf

Promemoria, S2022/02134. *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg* Socialdepartementet. Digital källa: https://www.regeringen.se/contentassets/29579d4400834b759d3c78faf438dece/nationell-anhorigstrategi-inom-halso--och-sjukvard-och-omsorg.pdf

Regeringens skrivelse 2024/25:77. *Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.* Digital källa: https://www.regeringen.se/contentassets/c162a46e26e4484fa2fddf3e10ff9f01/skr.-2024-25-77.pdf

Regeringens skrivelse 2021/22:213. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025. Digital källa: https://www.regeringen.se/contentassets/4e3f6172f23a4564a8f2604a206e0323/en-samlad-strategi-for-alkohol--narkotika--dopnings--och-tobakspolitiken-samt-spel-om-pengar-20222025-skr.-202122213

SCB (2025). Utbildningsnivån i Sverige. Digital källa: https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/

Socialstyrelsen (2025a). Patientsäkerhet. Digital källa: https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/vardskador/suicid/

Socialstyrelsen (2025b). Statistik om skadligt bruk och beroende, 2024. Digital källa: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/vuxna-personer-med-skadligt-bruk-och-beroende/

SOU 2021:93 *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*. Socialdepartementet

SOU 2023:62 *Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus.* Socialdepartementet

”JAG ÄR SÅ MYCKET MER ÄN DET HÄR”

NSPH-RAPPORTEN 2025

Ta del av vårt arbete!

Besök www.nsph.se för att ta del av NSPH:s analyser och ståndpunkter. Där kan du även ladda ner eller beställa våra rapporter, kunskapssammanställningar, studiecirklar och annat utbildningsmaterial.

Följ NSPH:s olika kanaler

FACEBOOK: facebook.com/NSPH.se

LINKEDIN: linkedin.com/company/nsph-sverige

YOUTUBE: https://www.youtube.com/user/NSPHPlay

INSTAGRAM: NSPH.se

LYSSNA PÅ VÅR PODD: Kafferast i kunskapsfabriken där poddar finns eller på nsph.se/podd.

Följ också NSPH genom vårt nyhetsbrev – registrera dig på nsph.se/nyhetsbrev.



NSPH

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa