

Stockholms Universitet
Institutionen för Socialt Arbete
HT 2008

Klass och sociala resurser hos individer i den social- tjänstbaserade missbrukarvården

Författare: Alexander Björk
Handledare: Lena Hübner

Class and social resources among individuals in the social service-based addiction treatment

Alexander Björk

Abstract

Social resources, such as marital status, social network, work status and housing, has shown to be important for people to resolve alcohol and drug problems, irrespective of participation in treatment. Differences in social resources between subgroups in the clinical population are therefore important to identify, both for the services to cope with clients' needs and to identify different patterns of help seeking. **Aim.** The overall aim in this study is to analyse the relationship between class and social resources in the social service-based addiction treatment. How can the results be explained? What are the implications in terms of help seeking and for the addiction treatment system? **Methods.** The sample consists of 488 ASI-interviews performed by social workers in the regular practice in the social service-based addiction treatment. The sample was dichotomised into blue- and white-collar workers, using an index made up of socio economic index and education. The relationship between class and social resources was analysed using bivariate analyses. **Findings.** The blue- and white-collar workers differed significantly regarding five of the six examined social resources. Blue-collar workers reported having a partner, work and own housing in a lesser extent. They also report having less differentiated social networks and more drinking partners. **Conclusions.** The results indicate that blue- and white-collar workers' class-based life chances differ in the addiction treatment. The results may also indicate that white-collar workers come to treatment at an earlier stage of addiction-related problems.

Keywords: Class, social resources, addiction treatment, clinical population, help seeking.

Innehåll

Inledning	4
Syfte och frågeställningar	4
Bakgrund	5
En översikt av missbrukarvårdens organisering	5
Modeller för serviceanvändning	6
Faktorer förknippade med inträde i missbruksbehandling.....	7
Social klass, alkohol och behandling	12
Teoretiska utgångspunkter	16
Missbruksproblem - beteende eller tillskrivning?.....	16
Missbrukarvård som resultat av claims-making	17
Klass, status och livschanser	18
En teori om klass och målrationell handling.....	19
Metod	23
Datamaterial	23
Population och urval	23
Mått och operationaliseringar	26
Statistiska analyser.....	29
Några metodologiska frågor	29
Resultat	32
Jämförelse av klassernas bakgrundskaraktäristik	32
Klass och sociala resurser	33
Sammanfattning	36
Diskussion	36
Skillnader mellan klassernas sociala resurser	36
Låg klass och marginalisering förknippat med att söka hjälp?.....	37
Hur kan skillnaderna mellan klasserna förstås?.....	38
Vad innebär resultaten för praktiken?.....	39
Avslutande kommentarer	40

Inledning

Sociala resurser är viktiga för förmågan att upphöra med ett destruktivt användande av alkohol och narkotika - med eller utan behandling (Öjesjö, 2000; Granfield & Cloud, 2001, Blomqvist, 1999). Hög utbildning och en partner har till exempel visats vara förknippat med goda behandlingsutfall på kort sikt (Blomqvist et al., 2007). En svensk longitudinell studie visade att personer med en stabil social situation, med partner och arbete, har den största chansen att sluta med missbruk (Öjesjö, 2000). Vad det gäller studier av personer som slutat missbruka utan professionell hjälp, har det visats att det sociala sammanhanget spelar en stor roll i läkningsprocessen. Granfield och Cloud (2001) menar att olika former av rehabiliteringskapital, exempelvis socialt nätverk, kunskaper och förmågor samt en trygg yttre situation, är viktiga för att upphöra med missbruk även när det gäller behandling.

Personer som genomgår behandling för alkohol- och narkotikaproblem tillhör traditionellt en utsatt grupp med få sociala resurser (Weisner, 1987; Blomqvist et al., 2007; Room & Storbjörk, 2008). Man brukar internationellt tala om "the two worlds of alcohol problems", det vill säga att personer med alkoholproblem i den generella populationen skiljer sig avsevärt från personer i den kliniska populationen avseende alkoholrelaterade problem.

En relevant fråga i detta sammanhang är om det finns grupper i behandlingspopulationen som skiljer sig åt avseende sociala resurser. Detta är viktig kunskap för att förstå hur man ska möta olika gruppers behov inom missbrukarvården. Skillnader i resurser kan också säga något om när och hur olika grupper söker hjälp. Orford med flera (2006) visade till exempel att hjälpsökande ofta föregås av problem (vilket kan tolkas som resursförluster) inom flera olika områden. Men är olika grupper olika känsliga för förluster av sociala resurser? I denna uppsats undersöks social klass som en kategorisering av missbrukspopulationen som kan avslöja resursskillnader hos individerna inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna studie är att analysera förhållandet mellan social klass och sociala resurser i den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Med sociala resurser menas i denna framställning faktorer som speglar individers totala levnadsförhållanden, såsom civilstånd, arbete, socialt nätverk och fysisk hälsa. Klass utgörs av individers delade livschanser och förvärvande av sociala resurser (Månsson, 2004). Återfinns skillnader i livschanser och sociala resurser mellan klasserna även i missbrukarvården? Vad skulle

det i så fall innebära för praktiken och i termer av hjälpsökande? Och hur skulle skillnaderna kunna analyseras?

- Finns det samband mellan social klass och sociala resurser hos individer i den socialtjänstbaserade missbrukarvården?
- I så fall, hur kan det förstås?

Bakgrund

I detta kapitel presenteras forskning som är relaterad till uppsatsens forskningsområde. Inledningsvis beskrivs forskning om vägen till behandling inom såväl hälso- och sjukvård som missbrukarvård. Uppsatsen riktar visserligen intresset mot personer som genomgår utredning i socialtjänsten, men processerna antas vara desamma; en person erkänner missbruksproblem på ett eller annat sätt vilket leder till en kontakt med ett behandlingssystem. Efter att vägen till behandling beskrivits följer en fördjupande redovisning av social klass i förhållande till alkohol-, narkotikaproblem och missbruksbehandling. Men för att få en bättre förståelse för vad missbrukarvården är för något presenteras inledningsvis en kort beskrivning av dess organisation.

En översikt av missbrukarvårdens organisering

Den svenska missbrukarvården bedrivs huvudsakligen inom två sektorer; den sociala välfärdssektorn och hälso- och sjukvårdssektorn. Det har uppskattats att cirka en tredjedel av missbrukarvården bedrivs inom hälso- och sjukvårdssektorn och resterande två tredjedelar inom den sociala välfärdssektorn (Room et al., 2003). Denna studie undersöker individer inom socialtjänsten som är en del av den sociala välfärdssektorn, vad som framöver kallas den socialtjänstbaserade missbrukarvården.

Hälso- och välfärdssektorns ansvar ligger delvis inom olika områden. Båda sektorer har som mål att få enskilda att sluta med narkotika, men tillvägagångssättet skiljer sig emellertid åt. Inom välfärdssektorn bedrivs behandlingsarbete med terapeutiska intentioner (jfr. Bergmark & Oscarsson, 2000) som fokuserar på användandet av alkohol och narkotika. Det bedrivs även arbete som syftar till social integrering, vad som brukar kallas psykosociala insatser (Storbjörk, 2006). Hälso- och sjukvårdssektorn är ansvarig för den medicinska, somatiska och psykiatriska vården, som till exempel behandling av missbruksrelaterade hälsoproblem och substitutionsbehandling (a. a.).

Den socialtjänstbaserade missbrukarvården är i sin tur indelad i två huvudsakliga arbetsuppgifter; utredning och behandling eller öppenvård¹. I denna uppsats undersöks in-

¹ Öppenvården är socialtjänstens behandlingsorganisation som ofta samarbetar med hälso- och sjukvårdens missbrukarvård, beroendevården.

divider som genomgår utredning inom socialtjänsten. I vissa av undersökningskommunerna måste man alltid genomgå utredning för att få någon form av insats, i andra kan man söka sig direkt till öppenvården, men om behoven bedöms som särskilt stora måste man genomgå utredning för att få mer omfattande insatser (FoU-Nordväst, 2008). Dessa remitteringsvägar gör det sannolikt att undersökningspopulationen har större missbruksrelaterade problem jämfört med andra populationer inom missbrukarvården.

Modeller för serviceanvändning

Inom den medicinska sociologin finns det en lång tradition av att undersöka orsaker till att individer söker eller avstår från att söka hälso- och sjukvård. Detta brukar karaktäriseras som hjälp/vårdsökande eller serviceanvändning, i denna framställning används begreppet hjälpsökande. Det är först de senaste tjugo åren som hjälpsökande börjat undersökas inom missbruksområdet. Antalet relaterade studier i Sverige är fortfarande få. Två avhandlingar av betydelse är Annika Jakobssons *Characteristics and processes of treatment-seeking for alcohol problems*, från 2007 och Jessica Storbjörks *Social ecology of alcohol and drug treatment*, från 2006.

Forskningen inom den medicinska sociologin har genererat särskilda hjälpsökningsmodeller. Två inflytelserika modeller är *health belief model* och *socio-behavioral model* (Pescosolido, 1992; Weisner, 1987). Inom dessa modeller går det att urskilja tre övergripande variabler som används för att förklara varför individer söker hjälp, predisponerande, möjliggörande och behovsvariabler (a. a.). *Predisponerande* variabler handlar om sociodemografiska faktorer (kön, ålder, etnicitet, socioekonomiska förhållanden) samt hälsoförståelse (health belief) vilket innebär kunskap, föreställningar och normer kring fysisk och psykisk hälsa. *Möjliggörande* variabler handlar om hur tillgänglig vården är geografiskt och huruvida personen känner till, är berättigad eller har råd med vården. *Behovsvariabler* innebär personens allmänna hälsostatus samt upplevda problem.

Vissa menar dock att dessa modeller bortser från de sociala processer som omger individen (Pescosolido, 1992). De traditionella hjälpsökningsmodellerna fokuserar på enskilda faktorer som anses påverka en individ, och som utifrån detta antas göra ett rationellt val att antingen söka eller inte söka hjälp. Utgående från bland annat organisationssociologi och symbolisk interaktionism argumenterar Pescosolido för att hjälpsökande istället bör ses inom ramen för det sociala livet i allmänhet och det sociala nätverket i synnerhet:

Social interaction is the basis of social life, and social networks provide the mechanism, (interaction) through which individuals learn about, come to understand and attempt to handle difficulties (Pescosolido, 1992, s. 1096).

Alternativet enligt Pescosolido är att undersöka händelser som sätter igång processer i nätverket och hur de hanteras innan inträde i behandling, till exempel genom att undersöka vilka aktörer inom det sociala nätverket som individer vänder sig till vid svårigheter. I samma studie visades att familj och läkare var de vanligaste aktörerna att konsultera vid medicinska svårigheter (a. a.).

Faktorer förknippade med inträde i missbruksbehandling

Många personer som utvecklat alkoholproblem söker inte hjälp. När man jämfört så kallade kliniska populationer (de i behandling) med personer med missbruksproblem i den generella populationen har man funnit att förvånansvärt få är i behandling. I Nordamerika har andelen icke behandlade med alkoholproblem uppskattats ligga mellan en tredjedel och en trettondel (1/13) (Sobell et al., 1993). I Sverige visade Blomqvist och medarbetare (2007) att endast 6,5 procent av personer med en riskfylld alkoholkonsumtion² hade varit i kontakt med professionell hjälp eller någon form av stödgrupp. Dessa resultat beror naturligtvis på hur alkoholproblem definieras och av vem (Storbjörk & Room, 2008). Även bland personer som använder narkotika finns det anledning att tro att behandling inte når samtliga individer (Hartnoll, 1992). Den svenska kontexten med drogrestriktivitet och hög behandlingsintensitet bidrar sannolikt till att andelen personer med alkohol- och narkotikaproblem utanför behandling är lägre i en internationell jämförelse (Blomqvist, 2007; Klingemann et al., 1992).

Den forskning om hjälpsökande och serviceanvändning inom missbruksområdet som presenteras här utgår mer eller mindre från de socialmedicinska modellerna och de tre övergripande variablerna, *predisponerande*, *möjliggörande* och *behov* (jfr. Weisner, 1987; Hartnoll, 1992). Hser med flera (1998) menar att detta är ett problem eftersom det gör att man bortser från missbrukets och missbruksbehandlingens stigmatisering. De flesta studierna är kvantitativa och jämförande (mellan klinisk och generell population med missbruksproblem) vilket får till följd att det framförallt är olika statistiska samband med hjälpsökande som undersöks. Varje studie använder sig av olika tematiseringar av faktorer vilket gör det svårt att ge denna översikt en tydlig struktur. Det gemensamma är att samtliga studier tar hänsyn till missbrukets omfattning (behov), men utöver detta tycks faktorerna vara något godtyckligt ordnade (Hajema et al., 1999). I denna framställning delas faktorerna in i fem olika övergripande kategorier; demografiska faktorer, missbruksomfattning, sociala och hälsomässiga resurser samt behandlingsrelaterade faktorer.

² Att under en månads tid druckit mer än fem standardglas (ex. en flaska vin) vid ett tillfälle, minst en gång i veckan. Internationellt kallat "binge drinking" (Blomqvist et al., 2007, s.20)

Demografiska faktorer

Många studier inom forskningsområdet utgår ifrån att demografiska faktorer, som ålder, kön och etnicitet, har betydelse för hjälpsökande. Vissa resultat tyder på att det finns demografiska skillnader mellan kliniska och generella populationer. Det finns dock inte tillräckligt stöd för att fastställa detta (Tsogia et al., 2001). I Sverige har en studie om den socialtjänst- och sjukvårdsbaserade missbrukarvården i Stockholms län påvisat vissa demografiska skillnader mellan den kliniska och den generella populationen med alkoholproblem (Storbjörk & Room, 2008). Studien visade att personer i alkoholbehandling var äldre och bestod av fler män. Liknande resultat visades i en omfattande amerikansk longitudinell där hjälpsökande var förknippat med manligt kön (Kaskutas et al., 1997). En holländsk studie som jämförde problemdrickande män i och utanför alkoholbehandling fann att personer i behandling var äldre. Detta brukar förklaras med att drickande bland yngre är mer socialt accepterat (Hajema et al., 1999, Storbjörk & Room, 2008). Flera andra amerikanska studier har dock visat att behandlade och obehandlade inte skiljer sig åt avseende ålder, kön och etnicitet (Davey et al., 2007; Hser et al., 1998; George & Tucker, 1996). Populationskriterier kan dock spela in här; Hser m.fl. studerade endast personer som sökt vård, och populationen i Daveys m.fl. studie undersökte en socialt mycket utsatt grupp.

Missbruksomfattning

I en forskningsöversikt om hjälpsökande bland personer med narkotikaproblem fann Hartnoll (1992) att omfattning av narkotikaproblem inte var en faktor som särskiljde personer i och utanför behandling. De studier som genomförts har visat motstridiga resultat; allt från att missbruksproblemen är större bland behandlade till det motsatta förhållandet. Två svenska studier har visat skillnader i missbruksomfattning mellan generella och kliniska populationer med alkoholproblem (Storbjörk & Room, 2008; Jakobsson, 2007). Storbjörk och Room fann skillnader även om man kontrollerade för andra faktorer. Andra faktorer såsom sociala konsekvenser visades dock i samma studie vara tydligare förknippat med behandling än missbruksomfattning vilket även visades i en holländsk studie (Hajema et al., 1999). I en amerikansk studie som jämförde personer i formell behandling, Anonyma Alkoholister (AA) och utanför behandling visades att alkoholproblem inte skiljde grupperna åt (George & Tucker, 1996). I den andra änden av kontinuumet återfinns en studie om narkotikarelaterat hjälpsökande som visade att personer som sökt men inte genomgått behandling uppvisade större narkotikaproblem (Hser et al., 1998). Som tidigare nämnts kan detta bero på urvalsförfarandet eftersom studien bara undersöker personer som sökt behandling.

Det är inte bara de objektivt mätbara missbruksproblemen som spelar roll. Inom de socialmedicinska modellerna har den subjektiva uppfattningen av problem fått stor upp-

märksamhet. Upplevda alkoholproblem har visats vara den största bidragande orsaken till att personer söker hjälp (Finney & Moos, 1995).

Sociala och hälsomässiga resurser

Med tanke på uppsatsens syfte (att jämföra klass och resurser bland klienter) är denna övergripande faktor den mest centrala för uppsatsen. Denna indelning av variabler är inte särskilt vanligt förekommande (undantaget Hajema et al., 1999). Indelningen bygger emellertid på en sammanslagning av vad som inom litteraturen om hjälpsökande brukar benämnas sociala och hälsomässiga konsekvenser samt socioekonomiska faktorer. Sociala och hälsomässiga resurser sträcker sig över en rad olika områden som till exempel familj och relationer, utbildning, arbete, hälsa och psykisk stress. Trots att utbildning och socioekonomisk status i uppsatsen räknas som bakgrundsvariabler redovisas även dessa (för formens skull) i detta avsnitt.

Tsogia och medarbetare (2001) konstaterar i en översikt av hjälpsökningslitteraturen att socioekonomiska faktorer (utbildning, anställning, yrkesstatus) inte visats vara särskilt tydligt förknippat med behandling, men att detta kan vara en konsekvens av skeva urval i många studier, att kontrollgrupperna inte är representativa för personer med missbruksproblem i den generella populationen. I Sverige har det dock konstaterats att personer i behandling har lägre utbildningsnivå (Storbjörk & Room, 2008). Två amerikanska studier uppvisade ingen skillnad i utbildningsnivå mellan personer i och utanför behandling (Hser et al., 1998; George & Tucker, 1996). En holländsk studie som bland annat undersökte socioekonomisk status (avseende utbildning och yrke) bland en klinisk och en generell population fann små icke-signifikanta skillnader (Hajema et al., 1999). Anställning har dock visats vara utslagsgivande för vilka personer som förekommer i behandling (Storbjörk & Room, 2008; Jakobsson, 2007; Hajema et al., 1999). Jakobssons kvalitativa studie visade att risk att förlora sitt arbete var en starkt bidragande orsak till att personer söker hjälp för alkoholproblem. Studierna av Storbjörk och Room och Hajema med flera visade att en betydligt större andel av personerna i behandling var arbetslösa. Hser och medarbetare (1998) fann inga anställningsrelaterade skillnader mellan behandlade och icke-behandlade personer som sökt behandling.

Även en partner och det omgivande sociala nätverket kan fungera som en social resurs på olika sätt, bland annat genom vad som kan kallas social kontroll. Viktigt att påpeka är att det även kan fungera som en negativ resurs då partnern eller personer i nätverket har missbruksproblem. Flera studier har visat att det framförallt är problem inom relationsområdet som leder till missbruksbehandling (George & Tucker, 1996; Hser et al., 1998; Orford et al., 2006). Att ha en partner har visats utgöra en viktig roll vad det gäller respons att söka hjälp, men civilstånd i sig brukar inte vara förknippat med behandling (Storbjörk & Room, 2008; Davey et al., 2007; Hajema et al., 1999; Hser et al., 1998). Det finns naturligtvis motstridiga resultat; bland kvinnor med alkoholproblem i Sverige fann

Jakobsson (2007) att andelen gifta i behandling (osäkert vilken sorts behandling) var signifikant högre och en amerikansk studie visade att personer i behandling i högre utsträckning hade en partner (George & Tucker, 1996).

Det sociala nätverkets storlek har visats vara betydelsefullt vid undersökningar av hjälpsökande inom socialpsykiatri vilka visat att små nätverk är förknippat med hospitalisering (Albert et al., 1998). Inom missbruksområdet är detta en mer komplex fråga eftersom storleken på nätverket gör det mer eller mindre sannolikt att personen omger sig dels med andra personer med missbruksproblem och dels med personer som utgör press att söka hjälp (Hajema et al., 1999). Inom missbruksområdet har man således inte funnit storleksskillnader mellan personer i och utanför behandling (a. a.; George & Tucker, 1996; Davey et al., 2007). Däremot har man funnit att andra personer med missbruksproblem i nätverket gör det mindre sannolikt att söka hjälp (Davey et al., 2007; Hajema et al., 1999), undantaget George och Tucker (1996).

Vad det gäller respons från nätverket att söka hjälp eller att sluta dricka eller använda narkotika har det visats motstridiga resultat. I en översikt av litteraturen konstaterar Tsogia och medarbetare (2001) att de flesta studier visar att informell press (från familj och vänner) kombinerat med goda sociala resurser är associerat med behandling. George och Tucker (1996) fann att personer i behandling blivit mer uppmuntrade av det sociala nätverket att söka hjälp. Det fanns signifikanta skillnader i uppmuntran inom samtliga kategorier i nätverket (partner, familj, vänner). Flera studier har visat att familjen är en vanligare källa av press än till exempel polis och domstolar (McCrary, 2004; Polcin & Weisner, 1999). Avslutningsvis fann Orford med flera (2006) i en omfattande kvalitativ studie att blotta insikten att drickandet går ut över familj och vänner var en vanlig anledning till att söka hjälp.

Vad det gäller fysisk och psykisk hälsa finns det flera resultat som pekar på dess betydelse att söka hjälp. Hajema och medarbetare (1999) fann att alkoholrelaterade hälsoproblem var förknippat med inträde i behandling och Orford med flera (2006) fann i en omfattande kvalitativ studie att hälsoproblem var en av de vanligaste orsakerna till att söka behandling. Två amerikanska studier, inom narkotika- respektive alkoholområdet fann dock inte att hälsoproblem generellt bidrog till att personer genomgår behandling (Hser et al., 1998; George & Tucker, 1996). Vad det gäller psykologisk stress fann Finney och Moos (1995) att stressorer inom flera olika livsområden var förknippat med att söka hjälp. Hser och medarbetare (1998) fann dock, bland hjälpsökande, att psykologiska problem var förknippat med att avstå från behandling.

Resurser förefaller spela en viktig roll för personer som söker hjälp för missbruksproblem. Det är framförallt avsaknad av resurser såsom arbetslöshet, familjeproblem och avsaknad av nyktert nätverk som är förknippat med hjälpsökande. Enstaka resurser påverkar benägenheten att söka hjälp, men det viktigaste förefaller vara problemansamlingen i sig, eller avsaknaden av resurser inom flera olika områden vilket är en gammal san-

ning som nyligen bekräftats (Weisner, 1987; Kaskutas et al., 1997; Orford et al., 2006). Orford och medarbetare visar att problemansamling tillsammans med ”triggande” händelser utgör det vanligaste mönstret då personer söker hjälp för alkoholproblem.

Händelser och ”triggers”

Eftersom händelser kan inträffa inom en rad olika områden presenteras de för sig. Kritiska händelser generellt har undersökts av Finney och Moos (1995) vilka fann att kritiska händelser det senaste året var förknippat med behandling. Mer specifikt har det visats att familjerelaterade händelser såsom familjegräl är en framträdande faktor för inträde i behandling, både i Sverige och i USA (Storbjörk, 2006; Weisner, 1990). Händelser som innefattar polis eller domstolar förefaller vara ett vanligare bidrag till inträde i behandling i USA än i Sverige (a. a.; Hser et al., 1999), vilket sannolikt är ett resultat av sammankopplingen mellan den offentliga missbrukarvården och rättsväsendet i USA (Klingemann et al., 1992). Vidare har händelser relaterade till hälso- och sjukvårdspersonal visats vara en betydelsefull faktor som bidrar till inträde i behandling (Orford et al., 2006; Storbjörk, 2006; Weisner, 1990). Orford och medarbetare konstaterar att hälso- och sjukvårdspersonal ofta spelat en stor roll för personer att inse vidden av sina alkoholproblem, en influens som hittills inte betonats tillräckligt inom litteraturen på området (a. a.). Tsogia och medarbetare (2001) konstaterar att det finns en märkbar brist på undersökningar som undersöker hur positiva händelser påverkar hjälpsökande, i likhet med detta fann Orford m.fl. (2006) att händelser eller triggers långt ifrån uppfattades negativt.

Behandlingsrelaterade faktorer

Tidigare behandling är en faktor som är tydligt förknippad med behandling (Storbjörk & Room, 2008; Davey et al., 2007; Hser et al., 1998; Hser et al., 1997). I ett försök att konceptualisera ”behandlingskarriärer” påpekar Hser och medarbetare (1997) att tidigare behandling är förknippad med att söka, men också med att fullfölja behandling. I två nyligen gjorda studier visades tidigare behandling vara den faktor som starkast var förknippad med behandling (Storbjörk & Room, 2008; Davey et al., 2007). Storbjörk och Room (2008) som även fann att personer i behandling är mer marginaliserade drar slutsatsen att den svenska missbrukarvården (inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård) är en plats för ”relativt marginaliserade ’oönskade’ individer som har förlorat sin sociala marginal, utan någonting att göra och utan någonstans att gå – förutom till behandling” (a. a. s. 80).

Få studier har undersökt hur utformningen av behandlingssystem påverkar inträde i behandling (Hser et al., 1998). Få grindvakter, icke-dömande och icke-hotande inställning och kort väntetid är faktorer som sannolikt är av betydelse (Hartnoll, 1992). En faktor som har visats vara av betydelse är rädslan att bli kontrollerad (a. a.).

Sammanfattning

Kunskapen om vilka faktorer som påverkar inträde i behandling är motstridig. Det går inte att dra några enkla slutsatser. Sannolikt är det ett tecken på att hjälpsökande är en komplex process som inte så lätt låter sig mätas kvantitativt med enskilda faktorer (jfr Pescosolido, 1992). Orford och medarbetare konstaterar i sin omfattande kvalitativa studie:

The tangled complexity of the process resulting in help-seeking strongly emerges from this qualitative analysis. Change usually occurs after a complex accumulation of problems with one or more trigger or pressures to change (2006, s. 172).

De olika faktorerna som presenterats i denna översikt samverkar med andra ord på ett i allra högsta grad individuellt och komplicerat sätt. De tydligaste faktorerna som visat störst vederhäftighet är dock sociala och hälsomässiga resurser och tidigare behandling. En slutsats skulle åtminstone kunna dras, nämligen att personer med missbruksproblem söker sig till behandling först när missbruket genererat konkreta förluster av resurser (t.ex. bli av med jobbet och försämrad hälsa). En intressant iakttagelse är att missbruksomfattning *per se* inte förefaller vara en huvudsaklig faktor som påverkar inträdet till behandling utan de missbruksrelaterade sociala konsekvenserna, framförallt inom familjesfären. Detta vittnar om missbruksproblemets och hjälpsökandets sociala natur. Klass och hjälpsökande förefaller vara litet undersökt, endast en studie undersökte social status och fann inga signifikanta skillnader (Hajema et al., 1999).

I framställningen ovan framkommer ofta resultat som påvisar skillnader mellan amerikanska och övriga studier. Detta behöver inte innebära att beteendet att söka hjälp skiljer sig åt mellan USA och andra länder, snarare kan skillnaden förklaras genom olika nationella policys vad det gäller tillgång behandlingssystemen. USA kännetecknas av en selektiv policy som innebär att tillgången till missbruksbehandling är avhängig olika sjukförsäkringar eller att man har råd att betala för sig, medan det svenska systemet kännetecknas av en universell policy där behandling är offentligt finansierad (Lehto, 1998). Ett selektivt behandlingssystem som USA:s kan bidra till att de mest utslagna inte har möjlighet att få behandling vilket gör att skillnader mellan den generella och den kliniska populationen minskar.

En ytterligare invändning är urvalsförfarandet; dels urvalet i den generella populationen som kan vara skev och dels framgår det sällan vilka kliniska populationer man väljer att undersöka (Tsogia et al., 2001). Room (2004) menar dessutom att man ofta inte når de mest marginaliserade individerna när man undersöker förekomst av missbruksproblem i den generella befolkningen.

Social klass, alkohol och behandling

Det finns olika grunder för social ojämlikhet. I moderna samhällen brukar man framförallt prata om kön, etnicitet och klass som grund för dessa ojämlika maktpositioner (Breen & Rottman, 1995). I detta avsnitt är intresset riktat mot klass som enligt Breen och Rottman "...är den viktigaste determinanten för livschanser eftersom den direkt sammankopplar personen till den ekonomiska ordningen" (1995 s. ix, egen övers.).

En viktig distinktion i denna uppsats är den mellan klass och sociala resurser. Resurser, som beskrivits ovan, förhåller sig som en konsekvens till klass. Med olika klasspositioner följer olika maktresurser vilka är ett medel för mänsklig handling. I denna uppsats är det handlingar som syftar till att ta del av "det goda livet" (a. a.) som är av intresse, exempelvis sociala resurser som att ha en partner, bostad och ett arbete osv. Distinktionen mellan klass och resurser är inte alltid tydlig i litteraturen som även beskriver resurser i form av social integrering/marginalisering vilket ofta är (men behöver inte vara) ett resultat av klassposition. Annorlunda uttryckt; klass räknas i denna uppsats som en bakgrundsfaktor medan integrering/marginalisering bör ses som en aktuell levnadssituation.

Vad det gäller klass och användande av alkohol och narkotika förefaller det inte finnas mycket uppgifter att hitta. Den befintliga forskningen är inriktad på alkohol. I det första avsnittet görs således endast beskrivning av alkoholanvändning (i olika former) och klass, mellan 1945 och 2007. Andra avsnittet om klass och behandling har en mer internationell prägel och har även den en övervikt mot alkoholområdet.

Klass, alkoholkonsumtion och alkoholproblem

Under motboksperioden (1917-1955) var drickande och klass minst sagt institutionaliserat eftersom ransoneringen var uppdelad efter socialgrupp där högre klasser medgavs en större ranson (Norström & Romelsjö, 1999). Siffror från 1945 visar till exempel att personer i den högsta inkomstgruppen spenderade mer än dubbelt så mycket pengar på alkohol jämfört med genomsnittet. Fram till tidigt 1970-tal, det vill säga tjugo år efter motbokssystemet, fanns det fortfarande skillnader som indikerade att det dracks mer alkohol i de högre klasserna. Konsumtionen i socialgrupp I och II (över- och medelklass) var då 13 procent högre än i socialgrupp III (arbetare). Ytterligare tjugo år senare 1990-91 visades arbetares alkoholkonsumtion vara i genomsnitt en liter större (100% alkohol) per år jämfört med tjänstemän. När nykterister uteslöts ur gruppen ökade skillnaderna mellan klasserna. Detta innebär att det finns en större spridning i alkoholkonsumtion bland arbetare, med en relativt hög andel nykterister och sannolikt en större andel som har en mycket hög alkoholkonsumtion (a. a.). Den höga andelen absolutister bland arbetare brukar förklaras med att nykterhetsrörelsen i början av 1900-talet generellt engagerade arbetare (Blomqvist et al., 2007). Aktuella siffror från SCB visar i likhet med föregående resultat att ingen eller låg konsumtion är vanligare bland arbetare jämfört med tjänstemän (SCB,

2007). Vad det gäller hög konsumtion³ är mönstret olika för män och kvinnor. Bland kvinnor är det vanligare med hög konsumtion bland tjänstemän medan det inte finns något tydligt mönster bland män. Vad det gäller intensivkonsumtion⁴ skiljer sig även detta klassmässigt mellan könen. Intensivkonsumtion är vanligast bland män i arbetarkategorin medan det bland kvinnor är vanligast bland lägre tjänstemän (a. a.). Vad det gäller ”riskdrickande”⁵ har det emellertid visats i en svensk studie att det är vanligare bland universitetsutbildade att någon gång i livet konsumerat alkohol på risknivå, jämfört med gymnasie- och grundskoleutbildade (Blomqvist et al., 2007). Det bör dock framhållas att utbildning inte är helt synonymt med klass men generellt följer de båda faktorerna varandra.

Vad det gäller alkoholproblem och klass förefaller det inte finnas mycket nyare forskning. Detta har sannolikt att göra med det perspektivskifte inom alkoholforskningen som påbörjades under 1970-talet. Istället för att undersöka alkoholproblem som en sjukdom, framförallt förknippat med alkoholismbegreppet, började man under 70-talet att undersöka konsumtion och dryckesmönster i totalbefolkningen (Blomqvist et al., 2007; Cameron, 1995). Det visade sig att det stora antalet som betecknas som högkonsumenter stod för en större del av de samhällseliga skadorna än den lilla grupp missbrukare som har allvarligare problem: ”I ett sådant perspektiv framstår ’alkoholism’ i den klassiska sjukdomsteorins mening som ett relativt marginellt fenomen” menar Blomqvist m.fl. (2007, s. 7). Att undersöka mer uttalade alkoholproblem synes med andra ord att ha förlorat sin betydelse, förutom möjligtvis i kliniska sammanhang.

Eftersom personer som kommer till behandling generellt har mer uttalade alkoholproblemen, framförallt vad det gäller sociala och hälsomässiga konsekvenser vilket visades i avsnittet om hjälpsökande, vill jag ändå få en bild av hur allvarligare alkoholproblem varierar med klass. Till att börja med har alkoholismdiagnosen visats vara klassmässigt selektiv, det vill säga att den har en större benägenhet att inkludera personer med lägre klasstillhörighet (Romelsjö & Diderichsen, 1989). Med detta i beräkningen visades i en svensk longitudinell studie från 1957 till 1972 att sannolikheten att bli diagnostiserad alkoholist var dubbelt så hög bland arbetare jämfört med tjänstemän (a. a.). Detta har även visats internationellt av bland andra Vaillant i USA (1983 i Romelsjö & Diderichsen, 1989) som fann korrelationer mellan personer i socialgrupp IV och V och alkoholism. Han menar dock att ”låg social klass orsakar inte alkoholism så mycket som allvarlig alkoholism orsakar låg klass” (a. a. s. 55). Det går alltså inte att entydigt säga något om kausaliteten i sambandet mellan klass och alkoholism, men enligt Vaillant är förhål-

³ Enligt SCB:s definition motsvarar detta 2,5 flaskor vin eller mer per vecka för män och 2 flaskor vin eller mer per vecka för kvinnor.

⁴ Intensivkonsumtion, minst fem standardglas (en flaska vin) vid ett tillfälle, mer än en gång per månad.

⁵ Att under en månads tid ha druckit mer än fem standardglas minst en gång i veckan. Även kallat ”binge drinking” (Blomqvist et al., 2007, s. 20)

landet snarare att alkoholism orsakar låg klass - eller marginalisering enligt rådande terminologi.

Om man skiljer på alkoholproblem å ena sidan och alkoholkonsumtion å andra sidan kan man således dra en preliminär slutsats. Alkoholproblem förefaller vara vanligare i lägre klasser medan alkoholkonsumtionen klassmässigt inte visar något entydigt resultat. Med detta följer en intressant fråga: är lägre klasser mer utsatta vad det gäller mer uttalade alkoholproblem, till exempel avseende sociala och hälsomässiga konsekvenser?

Klass och missbruksbehandling

Missbrukarvården har traditionellt, såväl i Sverige som internationellt, varit tydligt selekterad mot lägre klasser (Klingemann et al., 1992). Sammansättningen tycks emellertid ha genomgått en förändring, där en ökning av personer av medelklass har kunnat skönjas vilket tros bero på alkoholbehandlingens ändrade utformning. Till exempel har det visats att uppbyggnaden av öppen alkoholbehandling och privata behandlingsalternativ framförallt ”lockat” till sig högre klasser (a. a.; Blomqvist, 1998).

Den svenska missbrukarvården var under början av 1900-talet präglad av det tidigare seklets fattigvårdslagstiftning som hade starka inslag av social och moralisk kontroll (Bergmark & Oscarsson, 2000). Mot denna bakgrund är det inte svårt att förstå att missbrukarvården traditionellt fungerat som en social kontroll av fattiga alkoholmissbrukare från de lägre socialgrupperna (a. a. Rosenqvist & Kurube, 1992; Blomqvist, 1998). Detta var också en kritik som utfärdades i en offentlig utredning i mitten av 60-talet *Nykterhetsvårdens läge* som konstaterade att den dåvarande nykterhetslagen var klassmässigt selekterad (Rosenqvist & Kurube, 1992; Blomqvist, 1998). Romelsjö och Diderichsen (1989) visade till exempel att andelen arbetare i slutenvård var betydligt högre jämfört med tjänstemän, och att klyftan mellan dem ökade mellan 1976 och 1981. En ambition var därför att göra missbrukarvården mer tillgänglig till andra delar av populationen (a. a.). Dessa ambitioner införlivades senare i Socialtjänstlagen (SoL) som trädde i kraft 1980, men de kontrollerande inslagen gentemot de lägre klasserna bibehölls dock genom tillkomsten av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), menar Bergmark och Oscarsson (2000). Vad det gäller utvecklingen i slutenvården efter SoL:s införande visar Blomqvist (1998) att omfattningen av utslagna, utbildade personer snarare ökade under perioden mellan 1983 och 1993. Detta bör ses mot en bakgrund av en total minskning av användande av institutionsvård och ökande öppenvårdsinsatser under perioden (Blomqvist, 1998).

Inledningsvis nämndes att öppenvård tenderade att ha en annorlunda (jämfört med slutenvård) klassmässig klientsammansättning med högre andelar av medelklass. I det följande beskrivs närmre hur öppenvården klassmässigt skiljer sig från slutenvården i den svenska kontexten. Den kontrollerande ideologin i nykterhetsvården gjorde att personer inte vågade söka hjälp trots behov (Rosenqvist & Kurube, 1992). Data från början av 60-

talet visade att högre klass korrelerade både med mindre tvång och högre kvalitet på vården (a. a.). Genom denna situation uppstod ett behov av en annan typ av vård, nämligen öppenvård som var frivillig och i väsentliga delar hade en annan syn på alkoholproblem. Detta attraherade personer med alkoholproblem från högre klasser. Siffror från 1991 visar stora skillnader mellan personer i öppenvård och slutenvård avseende social integration. De socialt integrerade dominerar i öppenvårdsgruppen (särskilt den privata), medan de utbildade, utslagna är en betydande grupp (42 procent) i slutenvård (Blomqvist, 1998). Blomqvist (a. a.) menar beträffande utbildningsnivån att detta inte kan förklaras som missbruksrelaterade konsekvenser, varför skillnaden måste vara av mer grundläggande karaktär.

Detta är en typ av differentiering av behandlingssystem som kan urskiljas i många andra länder bland andra USA vars offentliga behandlingssystem är sammankopplat med rättsväsendet och därmed mer tvingande, medan de privata behandlingssystemen svarar mot över- och medelklassernas behov (a. a.). I Danmark har differentieringen med satsningar på de behandlingsbenägna inneburit att de marginaliserade missbrukarna även blivit marginaliserade inom behandlingssystemet (Järvinen, 1998). Med Klingemann och medarbetares ord: "Differentiering av tillgänglig behandling kan även innebära nya ojämlikheter" (Klingemann et al., 1992, s. 288). Frågan är om differentieringen i den svenska missbrukarvården svarar mot olika behov eller är ett resultat av nya klassmässiga orättvisor?

Teoretiska utgångspunkter

Detta kapitel förser uppsatsen med de teoretiska utgångspunkter som behövs för att tolka, förstå och förklara sambandet mellan social klass och sociala resurser i den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Det övergripande synsättet kan karaktäriseras som "lätt" socialkonstruktionism (Sahlin, 2002) vilket kommer att illustreras i de inledande avsnitten om missbruksproblem och missbrukarvård. Avslutningsvis presenteras en teori för att förstå klass och målrationell handling vilken kompletteras med implikationer för missbruksområdet för att förstå de klassmässiga förutsättningarna för att söka socialtjänstbaserad missbrukarvård.

Missbruksproblem – beteende eller tillskrivning?

Enligt ett socialkonstruktionistiskt sätt att resonera är alkohol- och narkotikaproblem inte ett enhetligt problem, utan en produkt av kollektiva definitionsprocesser (Sahlin, 2002). Beroende på i vilket sammanhang en individ befinner sig finns det olika föreställningar av vad som konstituerar ett missbruksproblem. Det medför att det inte finns *ett* reellt pro-

blem, utan flera olika föreställningar om *problemet* som en individ förhåller sig till när han eller hon börjar uppleva missbruksproblem. Vad som gör att man tolkar sitt beteende som ett missbruksproblem är således beroende av yttre definitioner av dem, man kan säga att föreställningar av problem internaliseras genom socialisation.

Diagnoser och subjektiva problem har enligt detta sätt att tänka ett dialektiskt förhållande till varandra (a. a.) - diagnosen konstituerar problemet. Formuleringen av en diagnos leder till att prevalensen av diagnosen ökar på grund av att kliniker oftare ställer diagnosen. I takt med att diagnosen blir allmänt känd kommer personer också i högre grad att uppleva liknande problem. Genom dessa processer framstår olika substansberoenden som verklighet för såväl kliniker som personer som upplever dem genom att det sker en ömsesidig bekräftelse av att diagnosen existerar.

Berger och Luckmann menar att sociala konstruktioner av verkligheten har en viss oberoende existens när de konfronterar människor som *common sense*-kunskap, exempelvis genom diagnoser. Sådana frågor om oberoende existens och vad som egentligen existerar brukar benämnas som ontologiska frågeställningar. Inom socialkonstruktionismen brukar man antingen tala om relativistisk ontologi (att det finns flera verkligheter) eller att ontologiska frågeställningar inte är viktiga eftersom vi endast kan uppfatta verkligheten genom konstruktioner.

Att problemen är socialt konstruerade innebär inte att personers problem räknas som mindre verkliga. Det är viktigt att påpeka att föreställningar av problem utgör sociala fakta för personer som upplever dem, det vill säga är verkliga och bör betraktas så (om de är riktiga i ontologisk mening spelar ju ingen roll!). Men dessa sociala fakta är lokala och begränsade till den omgivning personen befinner sig. Sådana föreställningar styr handlande, exempelvis att söka hjälp. Hur uppfattningen av missbruksproblem varierar med klass kommer närmare att belysas i avsnittet om klass och målrational handling.

Missbrukarvård som resultat av claims-making

Om man betraktar definitioner av missbruksproblem som beroende av kontext, vilket sorts problem ska missbrukarvården då svara mot? Spector och Kitsuse (2001, s. 75) menar att studiet av sociala problem, i likhet med ett socialkonstruktionistiskt synsätt, måste fokusera på hur personer uppfattar sociala problem. Istället för att fokusera på särskilda förhållanden, bör man rikta uppmärksamheten mot kollektiva definitionsprocesser, vad Spector och Kitsuse kallar claims-makingprocesser.

Spector och Kitsuse har utarbetat en modell för hur sociala problem i fyra stadier, vinner offentligt erkännande och bidrar till att skapa offentliga åtgärder mot dem. I det första stadiet deklarerar olika intressegrupper existensen av ett socialt problem som de kräver åtgärder mot. Vilket intresse det väcker är beroende av vilka kanaler gruppen arbetar inom, vilka strategier som används och vilken legitimitet gruppen har. I det andra sta-

diet uppmärksammar och reagerar offentliga institutioner på gruppens "claims". Reaktionen kan variera från passivt erkännande till aktiv handling, till exempel att tillsätta en utredning för att etablera en lösning på det uppmärksammade sociala problemet. I det tredje stadiet återupptas claims-makingprocessen genom att intressegruppen uttrycker något slags missnöje med institutionens lösning på problemet. I det fjärde stadiet nekar den offentliga institutionen intressegruppens krav, varvid parallella institutioner eller motinstitutioner bildas. Upprättandet av öppen missbrukarvård som beskrevs i avsnittet om klass och behandling är just en sådan process. Den dåvarande missbrukarvården kritiserades för att vara för kontrollerande vilket gjorde att personer (som ansågs vara) i behov av hjälp inte fick det. Kritiken fick inte gehör från nykterhetsvården vilket gjorde att Stadsmissionen 1946 öppnade den första öppenvårdskliniken (Rosenqvist & Kurube, 1992).

För att återgå till den inledande frågan - vilken sorts problem missbrukarvården ska svara mot - kan missbrukarvården alltså ses som ett resultat av starka intressegruppers definition och upplevelser av missbruksproblem. Dessa claims-makingprocesser kan också fungera som styrande bilder för hur missbruksproblem och missbrukarvården uppfattas av enskilda.

Klass, status och livschanser

När man studerar social stratifiering försöker man att urskilja aktörers karaktäristik eller positioner inom en struktur som leder till att de, i en signifikant utsträckning, delar en gemensam position av makt (Breen & Rottman, 1995). Målet är med andra ord att urskilja en bas utifrån vilken olika maktpositioner skapas och upprätthålls. Klass som bas kan förklaras på olika sätt. En övergripande definition av klass är "aggregat av sociala positioner identifierade genom relationer inom arbetsmarknader och produktionsenheter" (a. a., s. 14).

Definitionen av klass som används i denna uppsats är influerad Webers klassbegrepp. Weber definierar klass i termer av ojämlika livschanser som skapas eller fördelas genom den kapitalistiska marknaden, framförallt arbetsmarknaden (a. a.). En klassituation utgörs av personer som delar en gemensam, typisk situation som påverkar sannolikheten att kunna ta del av goda levnadsvillkor. De goda levnadsvillkoren (engelska: goods) är som Giddens (a. a.) konstaterar en ekonomiskt och socialt konstruerad eftersträvansvärd livsstil. Delade levnadsvillkor och livsstil menar Weber är en konsekvens av den sociala positionen och är en viktig aspekt av hans klassbegrepp. Webers intresse ligger i att, till skillnad från till exempel Marx klassanalys, undersöka de processer genom vilka personer uppnår sociala positioner. Han menar att det är flera faktorer som gör att ekonomiska positioner blir till sociala klasser. Familjer fungerar till exempel som en faktor som skapar och återskapar klasstillhörighet genom att den ger aktörer tillgång till centrala eko-

nomiska resurser och utbildning. Dessutom inför Weber begreppet statusgrupp som till viss del skiljer sig ifrån klassbegreppet. Till skillnad från klass är status snarare att betrakta som individers subjektiva upplevelser av status vilka skapas utifrån livsstil, formell utbildning och yrke (Månsson, 2003). Dessa två dimensioner (klass och status) fungerar som komplement till varandra och är viktiga för att förklara såväl personers mer objektiva som upplevda livschanser.

Klass är ur detta perspektiv förknippat med handling, exempelvis för att uppnå goda levnadsvillkor och handlingsutrymme. Den sociala positionen är basen för maktfördelningen när man undersöker klasstratifiering, men positionen upprätthålls av de resurser som kan användas för att utföra handlingar, och de begränsningar personen möter då dessa handlingar utförs (a. a.). En individ med en god position inom arbetsmarknaden har generellt stora resurser och möter få begränsningar när han eller hon ska utföra handlingar. Personen i fråga äger därmed ett större handlingsutrymme vilket även innebär en större makt att kunna välja handlingsalternativ. Klassposition påverkar alltså personers handlingsmöjligheter inom olika delar av livet, däribland att söka missbrukarvård. Vilka mekanismer som ingår och hur det går till kommer att beskrivas i följande avsnitt.

En teori om klass och målrationell handling

Breen och Rottman (1995) har utvecklat ”a model of choices” där de ger en beskrivning av hur klass påverkar handlande och hur handlande i sin tur återskapar klasstratifiering. De använder tre begrepp för att förklara handling: resurser, preferenser och begränsningar.

Resurser, som nämnts ovan, kan handla om alltifrån ekonomiska till hälsomässiga resurser som gör att individen har möjlighet att utföra särskilda handlingar. I denna uppsats undersöks sociala resurser, exempelvis boende, socialt nätverk, och arbete som påverkar benägenheten att söka socialtjänstbaserad missbrukarvård. *Begränsningar* kan utgöras av avsaknad av resurser, till exempel att inte ha ekonomiska resurser till att köpa en bil, eller av sociala normer, som i viss utsträckning styr handling. Normer används här i en vid mening, innebärande olika former av idéer och föreställningar som i någon mån påverkar det sociala livet. Handling är dock inte helt styrt av de resursmässiga och normativa begränsningar vi möter, handlande styrs dessutom av *preferenser* som kan överskrida olika former av begränsningar. Bilexemplet ovan är en situation där preferensen att köpa en bil går utöver de resursmässiga begränsningarna. Preferenser kan även överträda normativa begränsningar. Breen och Rottman (a. a.) exemplifierar detta med dissidenter i de före detta kommunistregimerna i Östeuropa vars preferenser överträdde de rådande idealen (normerna), vilket ledde till kostnader i form av bland annat fängelsestraff.

Handling är med detta synsätt en avvägning mellan kostnader och vinster. Detta skulle kunna betecknas som en rational choice-teori, det vill säga att det bygger på att individen rationellt överlägger med sig själv vilka fördelar och nackdelar en handling genererar (a. a.). Detta överläggande mellan kostnader och vinster menar jag är begränsat till en särskild typ av handling som Weber kallar målrational handling. En sådan sorts handling är en avvägning mellan olika handlingsalternativ och endast ett medel för att uppnå ett bestämt mål (Månsson, 2001). Pescosolido (1992) som nämndes i bakgrundskapitlet menar att det finns en rad problem med ett sådant perspektiv på handling, huvudsakligen att det bortser från den sociala kontexten. För det första kan det uppfattas som att interaktionen glöms bort. För det andra är problem sällan enbart individuella, utan påverkar även andra personer i det sociala nätverket, vilket innebär påverkan från andra. För det tredje handlar det sällan om *ett* val att söka behandling. Detta är viktiga invändningar som dock inte behöver uteslutas. Valet att söka behandling kan fortfarande förstås som en social process där individen gradvis genom interaktion med andra fattar ett eller flera beslut som leder till professionell hjälp. Här fokuseras emellertid på den målrational handlingen att söka socialtjänstbaserad missbrukarvård som syftar till att minimera kostnaderna (normativa, resursmässiga) till följd av sitt missbruk och att maximera vinsterna som kan åtnjutas genom socialtjänsten (ex. att få ett boende, ekonomiskt bistånd eller att lyckas sluta missbruka).

De olika förutsättningarna för handling beror på att resurser och begränsningar är olika fördelade inom den sociala strukturen. Personer som har liknande resurser och möter liknande kostnader tenderar att bete sig på liknande sätt och bildar med Breen och Rottmans (1995) terminologi sociala regelbundenheter. Denna modell för handling lämpar sig därför väl för att studera handling på gruppnivå, närmare bestämt handling inom sociala klasser.

Implikationer för den socialtjänstbaserade missbrukarvården

Hur kan denna modell fungera som en beskrivning av hur olika klasser kommer till den socialtjänstbaserade missbrukarvården? För att göra modellen mer anpassad för missbruksområdet kommer jag i det följande att komplettera den med förutsättningar och implikationer för den socialtjänstbaserade missbrukarvården och en kulturell teori om alkoholism.

I denna uppsats ses den socialtjänstbaserade missbrukarvården som ett handlingsalternativ som överläggs först efter en tid av missbruksproblem, när många resurser är uttömda eller när den sociala situationen, utifrån omgivande normer, ses som ohållbar. Det finns två huvudsakliga orsaker till detta. För det första har det att göra med ansvarsfördelningen mellan den socialtjänst- och den hälso- och sjukvårdsbaserade missbrukarvården där socialtjänsten har ett mer integrerande ansvar (Storbjörk, 2006). För det andra är det förenat med en viss form av stigmatisering att få missbruksbehandling (a. a.). Detta

hänger sannolikt samman med att missbruk generellt innebär ett normbrott och att behandling ses som en bekräftelse av detta normbrott vilket brukar benämnas "secondary deviance" (a. a.; Blomqvist et al., 2007). Dessutom visade Rosenqvist och Kurube (1992) i en historisk genomgång av det svenska behandlingssystemet att personer med problem inte uppsökte nykterhetsvården eftersom den uppfattades som nedvärderande. Av dessa skäl finns det anledning att anta att personer med missbruksproblem avvaktar med att söka socialtjänstbaserad missbruksbehandling.

Att söka missbrukarvård kan därför ses som en handling förenat med både kostnader och vinster. Det kan upplevas som en kostnad både i avseendet att det är ett normbrott vilket följs av stigmatisering och i avseendet att personen därmed tvingas att upphöra med sitt missbruk. Att söka socialtjänstbaserad missbrukarvård innebär också vinster i form av resurser såsom boende och ekonomiskt bistånd som socialtjänsten kan bistå med. Storbjörk (2006) visade till exempel att klienterna i missbrukarvården många gånger efterfrågar den praktiska hjälpen (ekonomiskt bistånd, boende etc.) snarare än behandling. Dessutom kan det innebära en vinst genom att personen i bästa fall kan få hjälp att sluta med sitt missbruk och de resursförluster som det innebär. Kostnaderna och fördelarna med missbrukarvården relateras hela tiden till det egna handlingsutrymmet (resurser och begränsningar) och preferenserna. Vid förluster av resurser omvärderas olika handlingsalternativ (preferenser). För en viss person är missbrukarvård inte ett primärt handlingsalternativ, men i ljuset av att man förlorat jobbet kan det framstå som ett mer realistiskt handlingsalternativ. Det bör dessutom tilläggas att det i många fall kan handla mer om tvång än om fritt val, till exempel då missbruksbehandling är ett villkor för att exempelvis få ekonomiskt bistånd.

Implikationer för normer kring missbruksproblem

Som tidigare nämnts tenderar personer som har liknande resurser och möter liknande begränsningar att bete sig på liknande sätt; de bildar sociala regelbundenheter (Breen & Rottman, 1995). Det innebär också att det utvecklas olika normer, som kan ses som internaliseringar av begränsningar, i olika sociala grupper. Särskilt viktigt i detta sammanhang är normer kring alkohol- och narkotikaanvändning. Alasuutari (1992) har på basis av empiriska studier utvecklat en kulturell teori om alkoholism som även har relevans inom narkotikaområdet. Jag kommer att använda mig av två begrepp som karaktäriserar arbetar- och medelklassens förhållande till alkohol och självkontroll: frihetslogiken och yrkeslogiken.

Alasuutari menar att drickande bör förstås i sin kulturella kontext, det vill säga vilken roll drickandet spelar och vad det symboliserar i individernas vardagliga liv. Med detta som utgångspunkt menar han vidare att drickandet på många sätt speglar personers förutsättningar inom yrkeslivet. I och med industrialiseringen förändrades förutsättningarna inom yrkeslivet radikalt genom att personer började lönearbete. Det medförde ett helt

annat krav på nykterhet och självkontroll för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Alkoholkonsumtion blev på detta sätt något som kunde gå ut över arbetet – det uppkom en spänning mellan önskan att dricka och självkontroll, som reflekterade spänningen mellan individ och kollektiv. Det är genom denna utveckling menar Room (i Alasuutari, 1992) som kontrollförlust blivit ett kriterium för alkoholism i marknadsekonomiska samhällen. Denna kontrollförlust är således en konstruktion som skapats utifrån ekonomiska förutsättningar, men likväl viktig för individens föreställningar om missbruksproblem. Missbruksproblem uppfattas emellertid olika av arbetar och medelklass beroende på deras olika ställningar inom yrkeslivet.

Arbetarklassen är ofta underordnad kontroll av andra i sin yrkesutövning. De är därmed inte beroende av självkontroll i särskilt hög utsträckning för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Drickande fungerar för dem som en symbol för frihet från den kontroll som de annars upplever. När man arbetar hårt och under ständig kontroll av andra förtjänar man att dricka mycket alkohol, menar arbetarna i Alasuutaris studie. Detta kallas *frihetslogiken* och kan uttryckas som följande: ”Total frihet uppnås, paradoxalt nog, endast när varje form av självkontroll och självdisciplin delegeras till andra personer eller externaliseras till yttre tvång” (a. a., s. 77). Långt ifrån alla arbetare har ett riskabelt dryckesmönster, men idéerna som kommer till uttryck är hämtade från arbetarklasskulturens sätt att skapa mening i tillvaron.

På samma sätt speglar medelklassens drickande deras förutsättningar på arbetet. Genom att ofta ha arbeten som kräver ett stort mått av självkontroll internaliserar medelklassen en känsla av plikt - man gör en dygd av nödvändigheten - vilket skapar den så kallade *yrkeslogiken*. Medelklassen förväntas att ta ett eget ansvar för sitt arbete och sig själv. Alkohol uppfattas således som ett hot mot detta ansvar och denna självkontroll eftersom stora mängder alkohol gör att man (upplevs) tappa självkontrollen vilket innebär ett brott mot yrkeslogiken.

På detta sätt kan man säga att arbetar och medelklassen internaliserat olika former av normativa *begränsningar* vad det gäller alkohol- och narkotikaanvändning. Medelklassen har således mindre handlingsutrymme vad det gäller normativa föreställningar om missbruk jämfört med arbetarklassen. Ett (missbruks)beteende som i en arbetarklasskontext är accepterat (för individen själv eller kollektivet) kan i en medelklasskontext innebära stora kostnader i form av stämpling och stigmatisering. En person av medelklass kan genom dessa processer således förväntas ”erkänna” sina missbruksproblem i ett tidigare stadium jämfört med arbetare. Vad detta innebär för benägenheten att söka socialtjänstbaserad missbrukarvård återstår att se.

Resurser och normer som påverkan att söka socialtjänstbaserad missbrukarvård

Modellen som beskrivits använder sig av tre begrepp för att förklara handling: *resurser*, *preferenser* och *begränsningar*. Att söka missbrukarvård ses som ett målrationellt hand-

lande som begränsas av resurser och normer. Valet att söka socialtjänstbaserad missbrukarvård är förenat med kostnader i form av bland annat stigmatisering och fördelar i form av olika resurser knutna till socialtjänsten. Dessa kostnader och fördelar omförhandlas i relation till de egna preferenserna och resurserna. Sociala resurser fungerar generellt som ett medel för att undvika missbruksbehandling eftersom man då har ett större handlingsutrymme att fortsätta att missbruka eller att lösa missbruksproblemen på annat sätt. Enligt denna modell är arbetarklassens handlingsutrymme begränsat avseende resurser, men den kulturella kontexten, *frihetslogiken* möjliggör för att personer i viss mån, jämfört med arbetarklassen kan missbruka. Medelklassens handlingsutrymme är större avseende resurser, men begränsad avseende normativa föreställningar om drickande och självkontroll, *yrkeslogiken*.

Metod

Datamaterial

Datamaterialet som bearbetades utgjordes av ASI-intervjuer (n = 488) som genomfördes av ASI-utbildade socialsekreterare i den kommunala socialtjänsten i åtta kommuner i nordvästra Stockholms län (nordväst framöver). Intervjuerna genomfördes i den reguljära verksamheten under en tvåårsperiod, 060905-081103, och dokumenterades i en gemensam databas (för de åtta kommunerna), ASI-net.

ASI (Addiction Severity Index) är ett bedömningsinstrument inom missbruksområdet som först utvecklades under 70-talet i USA av Tomas McLellan och medarbetare. I Sverige har den bearbetats och översatts av socialstyrelsen för att passa svenska förhållanden, bland annat kriminal- och missbrukarvården. ASI är en halvstrukturerad 45-60 minuter lång intervju som kräver ytterligare 10-20 minuter för poängsättning av problem/behov inom olika livsområden (Mäkelä, 2004). Intervjun är uppdelad i sju livsområden: fysisk och psykisk hälsa, alkohol- och narkotikaanvändning, arbete och försörjning, familj och umgänge samt rättsliga problem. Inom varje område finns det så kallade *composite scores* som är matematiskt sammansatta index mellan 0 och 1. I denna uppsats användes två av dessa vilket beskrivs vidare i avsnittet ”mått och operationaliseringar”. Intervjuerna genomförs av ASI-utbildade socialsekreterare (i detta fall) som under intervjuens gång fyller i intervjuformuläret. Senare matas intervjun in i en databas ASI-net för att få en överskådlig bild av informationen både på individ- och gruppnivå. Informationen var från början tänkt att användas inom forskning (a. a.) men har utvecklats till att användas i samband med socialtjänstutredning, behandlingsplanering, utvärdering och verksamhetsplanering inom missbrukarvården.

Population och urval

Rampopulationen (Elofsson, 2005) i uppsatsen utgörs av samtliga personer som mellan 060905 och 081103 genomgått missbruksutredning i nordväst. Det är inte alla av dessa som genomgick en ASI-intervju. Urvalet kunde inte kontrolleras i och med att det är upp till varje socialsekreterare i samband med utredning att genomföra en ASI-intervju tillsammans med klienten. En utvärdering av implementeringen av ASI i nordväst visade att ASI-intervjun genomförs i 44 procent av alla inkommande ärenden, det vill säga 44 procent av rampopulationen (FoU-Nordväst, 2008). Utvärderingen visade vidare att intervjun inte ansågs lämplig när klienten har stora psykiska problem, när det föreligger språksvårigheter samt när socialsekreteraren inte har tid. Urvalet kan med andra ord vara selekterat (a. a.). Sedan utvärderingen gjorts har det tillkommit nya intervjuer vilket försvårar urvalsfrågan ytterligare. En diskussion om generaliserbarheten av resultaten presenteras senare i detta kapitel.

Bakgrundsbeskrivning av populationen

Tabell 1 visar populationens sociodemografiska sammansättning. För att få en bild av urvalet jämför jag här med resultat från ett omfattande svenskt forskningsprojekt, *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling*, som utformades för att representera klient-sammansättningen i den socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsbaserade missbrukarvården Stockholms län (Room et al., 2003). Det är med andra ord en population som ska motsvara föreliggande population och därmed fungerar som en god referens.

Könsfördelningen uppgår till en tredjedel kvinnor (n = 164) och två tredjedelar män (n = 324) vilket ligger i linje med nämnda studie (Storbjörk, 2006). Medelåldern är 39,5 år vilket är något lägre jämfört med 43 år i *kvinnor och män*. Cirka en femtedel är utlandsfödda, varav majoriteten av dessa är födda i Finland.

Vad det gäller utbildning har de allra flesta gått klart grundskola (45 procent) eller gymnasium (40 procent). Sju procent har inte fullföljt grundskola medan åtta procent har fullföljt en högskole- eller universitetsutbildning. Jämfört med personer i alkoholbehandling som undersöktes av Storbjörk och Room (2008) är detta resultat lågt vilket kan förklaras av att personer med alkoholproblem generellt sett är en mindre utsatt grupp än till exempel narkotikamissbrukare (a. a.). Sysselsättningsvariabeln är konstruerad utifrån en fråga om huvudsaklig försörjning de senaste 30 dagarna. Kategorin *arbete* består av personer som huvudsakligen försörjt sig genom lön, *pensionerad/sjukskriven* består av personer som fått ersättning från försäkringskassan, *arbetslös* består av personer med akassa, ekonomiskt bistånd och ”annan” försörjning. Majoriteten (51 procent) av gruppen är arbetslösa, en fjärdedel arbetar och den resterande fjärdedelen är pensionerade eller sjukskrivna. Andelen personer som arbetat de senaste 30 dagarna är något högre jämfört med *kvinnor och män* som visade att 18 procent arbetat de senaste 30 dagarna.

Under civilstånd framgår det att den största undergruppen (53 procent) är personer som varit gifta eller sammanboende men idag är ensamstående. En fjärdedel är gifta eller sammanboende medan en femtedel är ensamstående som aldrig tidigare varit gifta eller sammanboende. *Kvinnor och män* uppvisade samma (en fjärdedel) andel gifta eller sammanboende

Tabell 1. Sociodemografiska faktorer i procent och medeltal.

Variabel	
N	488
Kön (%)	
Man	66
Kvinna	34
Medelålder	39,5
Födelseland (%)	
Svenskfödd	81
Utlandsfödd	19
Utbildning (%)	
Ej avslutad grundskola	7
Grundskola	45
Gymnasium	40
Högskola/Universitet	8
Sysselsättning (%)	
Arbete	24
Pensionerad/sjukskriven	25
Arbetslös	51
Civilstånd (%)	
Gift/sammanboende	26
Ensamstående, tidigare gift/sammanboende	53
Ensamstående, ej tidigare gift/sammanboende	21
Boende (%)	
Egen bostad	55
Hos föräldrar, släktingar eller vänner	25
Institution/försöks-/träninglägenhet	8
Bostadslös	12

Boendevariabeln är något modifierad jämfört med ASI-frågan. *Egen bostad* innebär att ha en hyresrätt eller att äga en bostadsrätt men också att hyra bostad i andra hand. *Bostadslös* är en hopslagning av ”bostadslös” och ”annat”, vilket motiverats av att ”annat” i de flesta fall innebär en mycket osäker bostadssituation. Majoriteten (55 procent) har en egen bostad, en fjärdedel bor hos familj, släkt eller vänner. Åtta procent har ett av en social myndighet ordnat boende, medan tolv procent (n = 60) är bostadslösa. Även detta ligger i linje med resultaten från *Kvinnor och män* (a. a.)

Gruppen som studeras är sammanfattningsvis en relativt marginaliserad grupp avseende utbildning, arbete och bostadssituation. Med studien *Kvinnor och män i Svensk missbruksbehandling* som referens går det inte att utläsa någon tydlig selektion av klienter i ASI-materialet, förutom att föreliggande population är något yngre.

I Tabell 2 beskrivs populationens missbrukskaraktäristik och tidigare behandling. Dominerande preparat är som framgår av namnet personens huvudsakliga preparat och innebär att andra preparat kan användas samtidigt. Vanliga "sidopreparat" är alkohol och dämpande mediciner (ex. bensodiazepiner). Det vanligaste preparatet är alkohol som används av ca 60 procent av populationen. Narkotika används således av 40 procent och i denna grupp ingår personer som även använder alkohol. Det dominerande preparatet har använts i ca elva år, dock med reservation för bortfall på 22 procent⁶. En tredjedel har aldrig tidigare varit i behandling, en fjärdedel har varit i öppenvård och 43 procent har fått sluten missbruksbehandling. De senare har även varit i öppen missbruksbehandling.

Sammantaget förefaller gruppen bestå av personer som haft missbruksproblem under en relativt lång period och som dessutom i genomgått någon form av behandling.

Tabell 2. *Missbrukskaraktäristik och tidigare behandling i procent och medeltal.*

Variabel	
N	488
Dominerande preparat (%)	
Alkohol	59
Narkotika	41
År i missbruk (m)	11,1
Tidigare behandling (%)	
Ingen	32
Öppenvård	25
Slutenvård	43

Mått och operationaliseringar

Den mest centrala tillika förklarande variabeln (Esaiasson et al., 2003) i studien är social klass. Variabeln används för att förklara resursfördelningen inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Sociala resurser är således att betrakta som beroende variabler (a. a.).

⁶ I ASI-intervjun är frågan om år av användning uppdelat efter preparat. Bortfallet erhöles då "antal år" kördes mot det dominerande preparatet.

Social klass

Definitionen av klass som används i denna uppsats är, som nämndes i teorikapitlet, influerad Webers klassbegrepp. För att både få med de ekonomiska och de mer statusmässiga kriterierna konstruerades ett index bestående av socioekonomiskt index (SEI) och utbildningsnivå. SEI består av en skala från 1-6 och utbildning av en skala mellan 1-4. Det har påpekats att den svenska SEI utformats för att fånga människors livschanser och att den därmed ligger nära Webers klassanalys (Dahlén Gisselman, 2007). Kombinerat med utbildning, som är en del av statusgrupperna, kan denna operationalisering sägas spegla både klass och status.

Socioekonomiskt index (SEI)

1. *Ej facklärd arbetare*
2. *Facklärd arbetare*
3. *Lägre tjänstemän*
4. *Tjänstemän på mellannivå*
5. *Högre tjänstemän*
6. *Företagare*

Utbildning

1. *Ej avslutad grundskola*
2. *Grundskola*
3. *Gymnasium*
4. *Högskola/Universitet*

Tillsammans bildade dessa två variabler ett index 2-10. Personer som hade 5 poäng eller färre räknades som arbetarklass vilket är en relativt låg gräns som motiveras av att klassdistributionen i populationen var låg. Detta innebär att gränsen för medelklass idealtypiskt sattes vid att ha avslutat grundskola och att (huvudsakligen) haft ett lägre tjänstemannayrke.

Sociala resurser

Sociala resurser har av olika författare definierats olika. Vissa författare använder sociala resurser synonymt med Bourdieus begrepp socialt kapital, det vill säga resurser som kan realiseras genom det sociala nätverket (t.ex. Blomqvist et al., 2007). Andra författare använder det som de resurser som personen faktiskt besitter, till exempel civilstånd, arbete, socialt nätverk och hälsa (t.ex. Hajema et al., 1999). Operationaliseringen av sociala resurser i denna uppsats ligger närmre den senare förståelsen av sociala resurser. Sex olika

former sociala resurser undersöktes: civilstånd, försörjning, boende, nätverkets differentiering, umgänge med missbrukare samt fysisk hälsa.

Civilstånd delades utifrån ASI in i tre grupper; ”gifta och sammanboende”, ”ensamstående tidigare gifta eller sammanboende” samt ”ensamstående, aldrig gifta eller sammanboende”. *Försörjning* de senaste 30 dagarna dikotomiserades i ”lön” och ”ej lön”. Kategorin ”ej lön” består av personer som fått ersättning från försäkringskassan, ekonomiskt bistånd, pengar från familj eller vänner samt annat sätt. *Boende* delades in i fyra grupper, ”egen bostad” vilket innebär att ha en hyresrätt eller att äga en bostadsrätt, ”hos familj, släkt eller vänner”, ”på institution/försöks-/träninglägenhet” den sista gruppen är en sammanslagning av tre kategorier i ASI.

Nätverkets differentiering är ett begrepp lånat från Skårner (2001) och innebär hur många olika sektorer som finns representerat i nätverket. Differentieringen kan undersökas med hjälp av en fråga i ASI-intervjun:

- *Har du haft goda personliga relationer med några av följande personer de senaste 30 dagarna (Ja/Nej): föräldrar, syskon, partner, egna barn, vänner, annan nära släkting, grannar och arbetskamrater?*

Förekomst av goda relationer indikerar att en särskild sektor av nätverket finns representerad och fungerade således som ett mått på differentieringen av nätverket. Då frågan inte är relevant ska enligt ASI-instruktionerna N kodas och när personen inte vill svara ska X kodas. Kodningen X hanterades som bortfall, medan N tolkades som att sektorn inte fanns representerad i nätverket. Detta mått bildar ett index mellan 0 och 8.

Umgänge med missbrukare utgår från en ASI-fråga med vem man tillbringar den största delen av fritiden. Frågan dikotomiserades i ”umgänge utan missbruksproblem” och ”umgänge med missbruksproblem”. Dessa kategorier är en sammanslagning av familj och anhöriga respektive vänner med eller utan missbruksproblem. Svartalernativet ensam bortsågs ifrån.

Fysisk hälsa mättes med ett matematiskt sammansatt index (0-1), ett så kallat composite score. Indexet består av tre frågor, 1) hur många av de senaste 30 dagarna som man haft problem med den fysiska hälsan, 2) hur oroad eller besvärad (skattning 0-4) man varit för sin fysiska hälsa de senaste 30 dagarna och 3) hur viktigt (skattning 0-4) det är för personen att få hjälp med den fysiska hälsan. För att det maximala värdet ska bli 1 dividerades varje fråga med sitt maximala värde (fråga 1 med 30, fråga 2 och 3 med 4), därefter dividerades summan med antalet frågor i indexet, det vill säga 3.

Statistiska analyser

För att besvara den huvudsakliga forskningsfrågan (samband mellan klass och resurser) genomfördes bivariata analyser där de sex olika sociala resurserna jämfördes med social klass. För att kunna dra någorlunda säkra slutsatser genomfördes signifikanstest. Pearson's χ^2 -test för oberoende användes för kategorivariabler, medan ANOVA-test användes då medeltal jämfördes. Pearson's χ^2 -test prövar om eventuella resursskillnader mellan arbetar- och medelklass beror på slumpen eller om skillnader mellan dem är verkliga (Byström, 1998). ANOVA-test (analysis of variance) kontrollerar om de eventuella resursskillnader i medeltal mellan klasserna som observeras kan förklaras av variansen (spridningen) i materialet eller är korrekta signifikanta samband (Djurfeldt et al., 2003). Båda analyserna genomfördes i SPSS 14.0.

Några metodologiska frågor

De något speciella förutsättningarna för denna uppsats - framförallt att materialet består av standardiserade intervjuer insamlat av flera olika socialsekreterare i flera olika kommuner - gör att det kan förekomma vissa metodologiska problem. Utöver detta finns det operationaliseringar och internbortfall som kräver metodologiska diskussioner. I detta avsnitt diskuteras etik, forskarens fördomar samt uppsatsen och ASI-intervjuns validitet och reliabilitet. Avsnittet avslutas med en diskussion om generaliserbarheten av resultaten.

Att som denna uppsats undersöka människors problem innebär etiska överväganden, särskilt eftersom materialet är inhämtat inom den reguljära verksamheten. Att genomföra ASI-intervjun var för det första frivilligt för de deltagande respondenterna och de fick avbryta när som helst under intervjun. De intervjuer som matades in i ASI-net var för det andra oidentifierade genom att namn och personnummer togs bort.

Med uppsatsens socialkonstruktionistiska utgångspunkt är det viktigt att observera att sanning är beroende av perspektiv – i detta fall forskaren och ASI-intervjuns perspektiv. Spector och Kitsuse (2001) menar att den sociologiska forskaren även är en vanlig samhällsmedborgare som spelar en aktiv roll i konstruktionen av sociala problem. Forskaren har med andra ord en rad oreflekterade föreställningar om sociala problem som både påverkar forskningens inriktning och analysen av data. Dessutom påverkas resultaten av den kvantitativa metoden och ASI-intervjuns utformning som i väsentliga delar bygger på objektivistiska utgångspunkter. Fasta svarsalternativ är ett exempel som påverkar respondentens svar i forskarens riktning. Respondenten kan känna att svarsalternativen inte passar med hans eller hennes uppfattning. Dessutom kan skattningsskalorna som används i ASI-intervjuns composite scores tolkas på olika sätt av olika människor.

Validitet

Validitet handlar dels om operationalisering av begrepp och dels om man kan anses mäta vad man avser att mäta (Esaiasson et al., 2004). Beträffande utförandet av ASI-intervjuerna finns det åtminstone tre förhållanden som påverkar validiteten. För det första skiljer sig intervjusituationen från en vanlig intervjuundersökning eftersom klientens svar i detta fall påverkar den framtida behandlingen. Mäkelä påpekar att intervjuerna ”ofta genomförs under förhållanden där det ligger i respondentens intresse att antingen överdriva eller underskatta sina missbruksrelaterade problem” (2004, s. 406). Klienten kan med andra ord vrida på sanningen utifrån sina egna intressen vilket kan påverka resultatens trovärdighet. För det andra förefaller ASI-utbildning vara en viktig faktor för att intervjun genomförs på ett, enligt instruktionerna, rätt sätt. Trovärdigheten i ASI-resultaten har visats vara hög när intervjuerna genomgått intensiv träning. Däremot har det visats att personer som genomgått enklare ASI-utbildning feltolkat åtminstone några av instruktionerna för utförandet av intervjun (a. a.). Även detta inverkar på ASI-intervjuns validitet. För det tredje matas i vissa av kommunerna intervjuerna in i ASI-net av andra personer än de som genomförde själva intervjun. Detta kan påverka validiteten i det som Kvale (1997) benämner utskriftsstadiet.

Vad det gäller den förklarande variabeln social klass finns det validitetsaspekter som kan diskuteras. Social klass är i denna uppsats sammansatt av SEI och utbildning vilket motiveras av Webers diskussion av klass som en bakgrundsvariabel som påverkar människors livschanser. Det finns emellertid problem med detta eftersom social klass till viss del är beroende av ålder. Man måste till exempel ha hunnit skaffa sig ett tjänstemannayrke för att räknas som medelklass. Ett alternativ skulle vara att undersöka klassbakgrund, det vill säga föräldrarnas klasstillhörighet, för att säkrare kunna dra slutsatser om klass och resurser. Eftersom informationen från ASI-intervjun inte tillät detta undersöktes istället den ”förvärvade”, aktuella klasstillhörigheten. Problemet med den åldersberoende operationaliseringen framkom då det visades starka samband mellan social klass och ålder (se Tabell 3 i resultatkapitlet). Yngre personer är som väntat av lägre klass. Konsekvensen av detta kan vara att det är lika mycket ålder som klass som undersöks i uppsatsen. När samma resurser jämfördes med ålder (inte redovisat) uppvisades dock inte samma resultat vilket är ett tecken på att social klass är en självständig variabel.

Validiteten och reliabiliteten av *composite scores*, däribland fysisk hälsa, har diskuterats av Mäkelä (2004). Han fann i en översikt av ASI-litteraturen att reliabiliteten beträffande måttet på hälsa är relativt låg när man intervjuar respondenter med en veckas mellanrum, det vill säga det statistiska sambandet mellan intervjuerna är låga. Däremot visades att ”criterion validity” var hög inom fysisk hälsa vilket innebär att måttet stämmer överens med andra externa kriterier. Andra problem med kompositivärdena är att frågorna som indexet bygger på förutsätter att klienten har problem samt att det handlar om själv-

rapporterad oro och hjälpbehov vilket är beroende av klientens vilja att ge korrekta svar (Jansson, 2001).

Reliabilitet

Reliabilitet handlar om resultatens stabilitet (a. a.). I detta fall kan reliabilitetsproblem hänföras både till intervjusituationen (missförstånd, hörfel) och databearbetningen (beräkning av composite scores, kategorisering av variabler).

Urvalet av ASI-responderer kan både betraktas som ett urval och som ett bortfall. Det är ett bortfall i bemärkelsen att det var tänkt att intervjun skulle genomföras med samtliga klienter (jämfört med ca 44% i detta fall) och i bemärkelsen att det påverkar resultatens stabilitet och tillförlitlighet. Det finns ett större internt bortfall, 21 procent (n = 103), på frågan om SEI vilket är en reliabilitetsaspekt. Det finns skäl att misstänka att bortfallet är slumpmässigt, orsakat av glömska eller osäkerhet i kodning, eftersom SEI kodas i efterhand av socialsekreteraren. Bortfallet bör således inte ha en större inverkan på jämförelsen mellan klass och resurser.

Även nätverkets differentiering kan ha vissa reliabilitetsproblem som har med kodningen att göra. Som framgår ovan skulle N kodas om sektorn inte var relevant och X kodas om klienten inte ville svara. Resultatet visade att representationen av sektorer (familj, släkt, egna barn, vänner, arbetskamrater) var hög inom samtliga områden, även sådana som partner och arbetskamrater, trots att det visades under civilstånd att få var gifta eller sammanboende och under sysselsättning att få hade ett arbete. Detta kan tyda på att kodningen inte genomförts enligt instruktionerna vilket påverkar resultatets tillförlitlighet.

Generaliserbarhet

Ett korrekt genomfört slumpmässigt urval av analysenheter har den närmast magiska egenskapen att det resulterar i en relativt god miniatyrkopia av den större populationen, vilket innebär att vi kan vara rimligt säkra på att det som gäller för de undersökta analysenheterna också gäller för övriga enheter i populationen (Esaiasson et al., 2004, s. 191).

Som redan konstaterats går det inte att veta på vilka grunder urvalet i denna population gjorts. Det är således svårt att veta huruvida resultaten i uppsatsen kan generaliseras till rampopulationen, det vill säga samtliga individer som under tidsperioden 060905-081103 genomgått missbruksutredning i socialtjänsten i nordväst. En pragmatisk lösning på detta problem presenterades genom att jämföra föreliggande population med en mer omfattande och kontrollerad studie vars syfte var att representera "ett brett spektrum av personer som kommer till behandling" (Storbjörk, 2006, s. 26). Jämförelsen visade att populationerna liknade varandra i de flesta avseenden, dock inte beträffande ålder där föreliggande population i medeltal var cirka tre år yngre. Eftersom denna uppsats i första hand under-

söker samband bör det tilläggas att en felaktig bild av samband brukar uppskattas som mindre sannolik än vid beskrivande studier (Esaiasson et al., 2004). Detta kan indikera att generaliserbarheten är relativt god och att resultaten (sambanden) kan säga något om rampopulationen i sin helhet och andra behandlingspopulationer, åtminstone i Stockholm län.

Resultat

Fokus i denna uppsats är som framgått hur social klasstillhörighet påverkar sociala resurser hos personer i den socialtjänstbaserade missbrukarvården. I detta resultatkapitel presenteras inledningsvis en bakgrund till denna beskrivning där de sociala klassernas demografiska sammansättning undersöks. Sedan, för att svara på den huvudsakliga forskningsfrågan, jämförs arbetar- och medelklassens sociala resurser; varierar de? I så fall hur? Resultaten sammanfattas avslutningsvis.

Jämförelse av klassernas bakgrundskaraktäristik

I Tabell 3 visas hur demografiska faktorer varierar med klass. Beträffande könsfördelningen uppvisas inga utmärkande skillnader. Det finns en liten, ej signifikant skillnad som indikerar att andelen kvinnor är högre i medelklassen jämfört med andelen kvinnor arbetarklassen.

Tabell 3. Demografiska faktorer efter klass, i procent.

Variabel	Totalt	Arbetarklass	Medelklass	Sig.
N	488	322	63	
Kön (%)				
Man	66	67	59	.185
Kvinna	34	33	41	
Ålder (%)				
18-34	39	42	16	.000
35-49	35	35	37	
50-64	24	21	44	
65 +	2	2	3	
Födelseland (%)				
Svenskfödd	81	79	87	.162
Utlandsfödd	19	21	13	

Däremot vad det gäller åldersfördelningen i klasserna uppvisas stora signifikanta skillnader ($p < 0.000$). De stora skillnaderna i den lägsta åldersgruppen, 42 procent arbetarklass och 16 procent medelklass, beror sannolikt på att dessa personer inte hunnit skaffa sig

högre utbildning eller tjänstemannayrken. Att en större andel i åldersgruppen 50-64 är av medelklass kan dock inte förklaras på samma sätt. Åldersskewheten i klasserna bör noteras när klass och resurser jämförs; en sådan stor skillnad har inverkan på uppsatsens huvudsakliga resultat som visas i Tabell 5. Det finns skillnader, dock inte signifikanta, mellan födelseland i klasserna. Andelen svenskfödda är 79 procent i arbetarklassen jämfört med 87 procent i medelklassen.

Tabell 4 visar arbetar- och medelklassens missbrukskaraktäristik. Dominerande preparat är (som framgått tidigare i metodkapitlet) personens huvudsakliga preparat och innebär att andra preparat kan användas samtidigt. Vanliga ”sidopreparat” är alkohol och dämpande mediciner (ex. bensodiazepiner).

Tabell 4. *Missbrukskaraktäristik och tidigare behandling efter klass, i procent och medeltal*

Variabel	Totalt	Arbetarklass	Medelklass	Sig.
N	488	322	63	
Dominerande preparat (%)				
Alkohol	59	56	80	.001
Narkotika	41	44	20	
År i missbruk (m)	11,1	10,7	13,3	.085
Missbruksomfattning (m, composite score)	0,36	0,37	0,35	.579
Tidigare behandling (%)				
Ingen	32	30	33	.571
Öppenvård	25	25	29	
Slutenvård	43	45	38	

Här uppvisas signifikanta skillnader ($p < 0.001$); personer av arbetarklass rapporterar användande av narkotiska preparat i dubbelt så hög utsträckning (44%) som personer av medelklass (20%). Det finns även skillnader vad det gäller hur många år man använt sitt dominerande preparat. Det bör noteras att variabeln har ett större bortfall på 22 procent⁷ vilket gör att den kan vara otillförlitlig. Hursomhelst uppger personer av medelklass i medeltal 2,6 år längre användning av dominerande preparat men skillnaden är inte statistiskt signifikant. Vad det gäller missbruksomfattning som är ett sammanfattande mått (composite score)⁸ i ASI uppvisas samma grad av problem mellan klasserna. Slutligen uppvisas stora likheter även vad det gäller tidigare behandling. Den största skillnaden

⁷ I ASI-intervjun är frågan om år av användning uppdelat efter preparat. Bortfallet erhöles då ”antal år” kördes mot det dominerande preparatet.

⁸ För en diskussion om composite scores i ASI-intervjun; se avsnittet ”några metodologiska frågor” i metodkapitlet.

mellan klasserna, att ha varit i sluten missbrukarvård är vanligare bland personer av arbetarklass (45%) jämfört med medelklass (38%).

Klass och sociala resurser

I Tabell 5 redovisas hur de sex sociala resurserna fördelas mellan klasserna. Till att börja med kan man konstatera att materialet domineras av personer av lägre klasstillhörighet vilket var förväntat. Endast 16 procent av personerna i populationen räknas med denna definition som medelklass.

Tabell 5. Sociala resurser i procent och medeltal efter klass.

Variabel	Totalt	Arbetarklass	Medelklass	Sig.
N	488	322 (84%)	63 (16%)	
Civilstånd (%)				
Gift/sammanboende	26	24	45	.008
Ensamstående, tidigare gift/sammanboende	53	54	41	
Ensamstående, ej tidigare gift/sammanboende	21	22	14	
Försörjning (%)				
Lön	24	23	43	.001
Ej lön	76	77	57	
Socialt nätverk				
Differentiering 0-8 (m)	6,54	6,5	7,02	.011
Umg. med missbrukare (%)	21	24	11	.027
Boende (%)				
Egen bostad	55	53	75	.032
Hos föräldrar, släktingar eller vänner	25	28	14	
Institution/försöks-/träninglägenhet	8	8	6	
Bostadslös	12	12	5	
Hälsa (m, composite score)	0,35	0,36	0,34	.672

Det förekommer signifikanta skillnader ($p < 0.008$) mellan klasserna avseende civilstånd. Störst är skillnaderna inom kategorin ”gifta och sammanboende” där andelen bland arbetarklassen är 24 procent jämfört med 45 procent i medelklassen. Även andelen som tidigare varit gifta eller sammanboende skiljer sig åt mellan klasserna, 54 procent bland arbetarklassen jämfört med 41 procent bland medelklassen. Dessa skillnader kan, som nämndes under Tabell 3, vara en konsekvens av att arbetarklassen är betydligt yngre än medelklassen. Yngre personer har inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden och i familjelivet i samma utsträckning som äldre. När civilstånd kontrollerades mot ålder (ej redovisat) visades delvis samma resultat. Skillnaderna var mindre uttalade beträffande andelen gifta eller sammanboende. Däremot visades att äldre i högre utsträckning var skilda vilket in-

nebär att de klassmässiga skillnaderna är självständiga. Medelklassen kan trots detta antas vara gifta eller sammanboende i högre utsträckning och skilda i lägre utsträckning.

Beträffande försörjningen de senaste 30 dagarna uppvisar Tabell 5 stora skillnader. Personer tillhörande medelklass försörjer sig av lön i nästan dubbelt så hög utsträckning, 43 procent jämfört med 23 procent, vilket är ett signifikant samband ($p < 0.001$). Detta indikerar att medelklassen även i detta avseende oftare har sociala resurser.

Vad det gäller socialt nätverk uppvisas för det första skillnader ($p < 0.011$) i nätverkets differentiering. Personer tillhörande medelklass har i medeltal en halv sektor⁹ mer representerad i sitt nätverk. Detta resultat kan påverkas av den åldersberoende kategoriseringen av klass. Som tidigare påpekats har yngre personer inte hunnit etablera sig, skaffat sig partner eller barn. När detta kontrollerades för ålder visades att åldersskillnaderna var större än klassskillnaderna vilket gör att den självständiga effekten av klass kan ifrågasättas. För det andra umgås personer av arbetarklass i högre utsträckning med personer med missbruksproblem ($p < 0.027$), 24 procent jämfört med 11 procent bland medelklass. Sammantaget förefaller medelklassen i den socialtjänstbaserade missbrukarvården ha större resurser avseende socialt nätverk. Det bör dock observeras att skillnaderna i nätverkets differentiering till stor del kan förklaras av ålder.

Även boendet skiljer sig åt signifikant ($p < 0.032$) mellan klasserna. Drygt hälften av personerna av arbetarklass har ett eget boende medan motsvarande siffra för medelklassen uppgår till tre fjärdedelar. Dubbelt så många av arbetarklassen bor hos föräldrar, släkt eller vänner (28%) och är bostadslösa (12%) jämfört med medelklassen (14% respektive 5%). Att boendevariabeln skiljer sig åt mellan klasserna kan påverkas av att arbetarklassen består av fler unga som till exempel fortfarande bor hemma. När detta resultat kontrollerades mot ålder visades större åldersskillnader avseende eget boende och boende hos familj, släkt eller vänner. Vad det gäller boende som på något sätt är ordnat av myndigheter skiljer sig inte andelarna nämnvärt. Återigen återfinner man skillnader mellan klasserna som innebär att medelklassen har större resurser, kontrollen för ålder visade dock att åldersskillnaderna var mer uttalade än klasskillnaderna vilket kan innebära att den största effekten skapas av ålder.

Fysisk hälsa är en variabel som brukar uppvisa ett positivt samband med klass. I Tabell 5 går det förvånansvärt nog inte att utläsa några som helst klassmässiga skillnader i fysisk hälsa, vilket kan förklaras av att arbetarklassen består av fler unga som i regel har bättre hälsa än äldre. Kontrollen för ålder visade att det fanns hälsomässiga skillnader mellan åldersgrupperna.

⁹ Representation av mor, far, syskon, partner, egna barn, släkt, vänner och arbetskamrater undersöktes.

Sammanfattning

Resultaten i Tabell 5 visar stora resursmässiga skillnader mellan klasserna. Medelklassen har, i fem fall av sex, oftare kvar viktiga sociala resurser när de kommer till den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Arbetarklassen förefaller vara mindre resursmässigt gynnade då de uppsöker missbrukarvård inom socialtjänsten. De har mer sällan en partner, är oftare skilda, försörjer mer sällan av lönearbete, har mindre differentierade nätverk, umgås högre utsträckning med personer med missbruksproblem samt har mer sällan ett eget boende. Klasserna skiljde sig emellertid inte åt beträffande fysisk hälsa.

Vissa av resursskillnaderna kan dock påverkas av den skeva åldersfördelningen inom klasserna. Detta gäller framförallt nätverkets differentiering och boende där samma jämförelser med ålder uppvisade större skillnader. En sådan jämförelse eller kontroll är osäker men kan dock indikera att sambanden mellan klass och differentiering samt boende är skenbara. Frånvaron av hälsoskillnader mellan klasserna kan förklaras på liknande sätt.

Diskussion

I denna uppsats undersöktes huruvida det fanns samband mellan klass och sociala resurser bland individer i den socialtjänstbaserade missbrukarvården. De sociala resurser som undersöktes valdes för att representera olika livsområden; civilstånd, försörjning, det sociala nätverkets differentiering, umgänge med missbrukare, boende samt fysisk hälsa.

Klasserna skilde sig inte åt beträffande missbrukskaraktäristik, såsom missbruksomfattning tid i missbruk och tidigare behandling. Däremot skilde sig klasserna signifikant åt avseende samtliga sociala resurser förutom fysisk hälsa. Den mest signifikanta skillnaden återfanns när klassernas försörjning undersöktes. Vad det gäller nätverkets differentiering och boende kan dock inga säkra slutsatser dras eftersom åldersskillnaderna mellan klasserna påverkar resultatet.

Skillnader mellan klassernas sociala resurser

En slutsats som kan dras är att sociala resurser förefaller vara en viktig faktor som skiljer klasserna åt. I uppsatsens inledande kapitel ställdes frågan om det finns undergrupper i populationen som är resursmässigt mer gynnade. Klass förefaller med denna operationalisering vara en kategorisering som avslöjar resursmässiga skillnader inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Medelklassen verkar vara en undergrupp i populationen som är resursmässigt mer gynnad då de kommer till den socialtjänstbaserade missbrukarvården.

Dessa resultat stöder de slutsatser som drogs i avsnittet om klass, alkoholkonsumtion och alkoholproblem. Utifrån den tidigare forskningen drogs slutsatsen att klassernas alkoholkonsumtion inte skiljer sig åt nämnvärt. Det förefaller istället vara de alkoholrelaterade problemen, som till exempel förlust av sociala resurser som skiljer klasserna. Att denna uppsats inte visade skillnader avseende missbruksomfattning, men att de sociala resurserna i väsentliga delar skiljde sig åt, kan peka på att lägre klasser är mer känsliga för missbruksrelaterade problem. Detta gäller åtminstone för individerna inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Det är viktigt att påpeka att dessa skillnader inte behöver vara en effekt av missbruksrelaterade förluster. Det kan även vara ett förhållande som avspeglar resursmässiga klasskillnader generellt, det vill säga att arbetarklassen oavsett missbruk har mindre resurser än medelklassen. Att både arbetar- och medelklassen ofta saknar sociala resurser i en så hög utsträckning talar dock för att vägen till socialtjänstbaserad missbrukarvård kantas av förluster av sociala resurser, oavsett klasstillhörighet.

Låg klass och marginalisering förknippat med att söka hjälp?

Jämfört med andra studier som använt sig av en jämförelsegrupp (Storbjörk & Room, 2008), det vill säga en generell population med missbruksproblem, indikerar dessa resultat även att låg klass och få sociala resurser (marginalisering) är förknippat med hjälpsökande.

Vad det gäller klass ligger resultaten i linje med tidigare forskning som visat att personer i behandling är av lägre klass (Romelsjö & Diderichsen, 1989; Klingemann et al., 1992; Rosenqvist & Kurube, 1992; Blomqvist, 1998). Detta är intressant mot bakgrund av att flera forskare bedömt att klassmässiga sammansättningen i missbrukarvården sedan en tid håller på att förändras (t.ex. Klingemann et al., 1992; Rosenqvist & Kurube, 1992). Att den klassmässiga selektionen fortfarande finns kvar inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården kan förklaras av differentieringen av den offentliga missbrukarvården (den tidigare nykterhetsvården). Framväxten av nyare behandlingsalternativ, till exempel mer öppen behandling, medicinsk vård eller privat behandling har generellt lockat högre klasser. Detta har bidragit till att den återstående offentliga missbrukarvården behållit den klassmässiga sammansättningen.

Vad det gäller sociala resurser visar resultaten att den undersökta populationen ofta saknar sociala resurser inom många olika områden. Även detta ligger i linje med tidigare studier som visat att problem inom flera olika områden är viktigt för att förklara varför personer söker hjälp (Weisner, 1987; Kaskutas et al., 1997; Orford et al., 2006). Detta stödjer antagandet att ackumulerade problem inom flera olika områden gör att personer inser att de har missbruksproblem (Orford et al., 2006). Orford (a. a.) och medarbetare fann att detta kombinerat med "triggande" händelser såsom en olycka var ett vanligt mönster att söka hjälp.

En stor andel av populationen har tidigare varit gifta eller sammanboende jämfört med Hajema med fleras (1999) studie som visade att en hälften så hög andel var skiljda. Den höga andelen skiljda indikerar att söka behandling ofta föregås av familjeproblem. Problem inom familjesfären har i andra studier visats vara viktiga för att personer ska söka hjälp (George & Tucker, 1996; Hser et al., 1997). Orford med flera (2006) fann att insikten att missbruket går ut över familj var viktigt för att söka hjälp.

Det sociala nätverkets differentiering förefaller vara högt jämfört med Skårners (2001) kvalitativa studie som fann att personer med narkotikamissbruk generellt har lågt differentierade sociala nätverk. Detta resultat kan som tidigare sagts bero på kodningsfel. Om resultatet stämmer skulle det innebära att populationen generellt har goda chanser att ta sig ur sitt missbruk (a. a.), men att medelklassen har större chanser. Siffran om umgänge med missbrukare är svår att värdera eftersom andra studier inte använt sig av samma mått. En femtedel umgås huvudsakligen med personer med missbruksproblem, jämfört med Hajema med flera (1999) som fann att nätverket (hushållet exkluderat) till hälften bestod av personer som hade ett intensivt¹⁰ dryckesmönster.

Försörjning var den resurs som visade störst skillnader mellan klasserna. Andelen i hela populationen är nästan identisk med den kliniska populationen i Storbjörk & Rooms (2008) studie och betydligt lägre än Hajema och medarbetares studie. Jacobsson (2007) fann att själva risken att förlora arbetet var viktigt för att personer skulle söka hjälp. Sammantaget verkar sysselsättning vara en central faktor för att förstå hjälpsökande.

Vad det gäller boende är det svårt att dra slutsatser eftersom den olika åldersfördelningen inom klasserna visades påverka resultatet. Boende har dessutom inte undersökts i särskilt hög utsträckning i relation till hjälpsökande. Andelen totalt som har eget boende motsvarar de resultat Storbjörk (2006) visade.

Beträffande den fysiska hälsan uppvisades inga skillnader mellan klasserna. Den fysiska ohälsan är något högre än Polcin och Weisners (1999) omfattande studie av en amerikansk generell population, som också använde sig ASI-intervjuns composite scores.

Hur kan skillnaderna mellan klasserna förstås?

För att återgå till den andra forskningsfrågan; hur kan resursskillnaderna mellan klasserna förklaras eller förstås? I teoriavsnittet presenterades en modell om klass och handling som kan vara användbar för att förklara dessa skillnader. Handling förklarades med hjälp av resurser, begränsningar och preferenser. Det hävdades vidare att normer (internaliserade begränsningar) kring drickande och narkotikaanvändning var olika inom arbetar- och medelklassen. Så länge en person har tillräckliga resurser och inte överträder vedertagna normer kan han eller hon undvika att söka hjälp.

Att populationen består av relativt marginaliserade (avseende arbete, boende, umgänge, civilstånd, utbildning) individer stödjer antagandet att sociala resurser fungerar

¹⁰ Vilket definierades som att dricka mer än sex standardglas per tillfälle.

som ett medel för personer att undvika att sluta missbruka och att socialtjänstbaserad missbrukarvård. Så länge som det finns sociala resurser kan preferenserna att fortsätta dricka eller använda narkotika uppfyllas. Som Orford och medarbetare (2006) fastslår förefaller det vara blotta vikten av problem inom flera livsområden som faller avgörandet för vem som söker hjälp. När personer förlorat tillräckligt mycket sociala resurser ter sig hjälpsökande som ofrånkomligt.

Att de sociala resurserna, men inte missbruksomfattningen skiljer sig åt mellan klasserna är intressant ur flera perspektiv. För det första eftersom det innebär att medelklassen, i ett resurshänseende, har ett större handlingsutrymme och skulle kunna undvika missbrukarvård. För det andra eftersom missbrukarvården historiskt varit stigmatiserat och således skulle innebära en större kostnad för medelklassen att söka sådan vård. Resursskillnaderna mellan klasserna kan emellertid förklaras av vilken roll drickandet spelar och vad det symboliserar inom arbetar- och medelklassen. För medelklassen spelar *yrkeslogiken* en stor roll. Det innebär att det inom en medelklasskontext finns en drivkraft, grundad i deras yrkesposition, mot självkontroll och att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt. Yrkeslogiken fungerar på detta sätt som en begränsning av deras missbruk. Individer av medelklass som upplever att de bryter mot yrkeslogiken till följd av missbruksproblem kan således uppfatta missbrukarvård som ett bättre alternativ än att fortsätta bryta mot yrkeslogiken, trots den stigmatisering sådan vård kan innebära. Yrkeslogikens betydelse blir särskilt tydlig då man betraktar de stora skillnaderna i hur stor andel som får lön. Medelklassen får lön i dubbelt så hög utsträckning. Detta indikerar att sköta och behålla sitt arbete är viktigare bland medelklassen och att fler inom medelklassen söker hjälp innan de blir av med arbetet. Rädsla att förlora sitt arbete, som Jacobsson (2007) visade, förefaller med andra ord vara ett starkare incitament att söka hjälp bland medelklassen.

För arbetarklassen symboliserar drickande frihet, vilket är innebörden av den så kallade *frihetslogiken*. Drickande blir ett sätt för arbetarklassen att känna frihet, en copingmekanism för att stå ut med den kontroll de annars upplever inom yrkeslivet. I detta avseende begränsas inte deras missbruk. Missbruket begränsas istället av förluster av sociala resurser som till slut gör det ofrånkomligt för dem att söka hjälp (jfr Orford et al., 2006).

Medelklassens mer gynnade sociala position innebär att de generellt har fler eller större sociala resurser. Som både Hajema med flera (1999) och Alasuutari (1992) hävdar, innebär fler sociala resurser även fler potentiella förluster. Att fortsätta dricka skulle därför ur ett medelklassperspektiv te sig irrationellt ur två synpunkter, dels på grund av att de har mycket att förlora och dels på grund av förlust av självkontroll. Därför kan de se den socialtjänstbaserade missbrukarvården som ett bättre alternativ än att fortsätta missbruka. Arbetarklassens få sociala resurser kombinerat med frihetslogiken gör att de har mindre

att förlora och dricker tills de blir kontrollerade av andra. Ur det perspektivet är det kanske inte så mycket ett val att söka behandling, utan mer ett tvång.

Vad innebär resultaten för praktiken?

Sociala resurser har visats skapa bättre förutsättningar för att sluta med en destruktiv användning av alkohol och narkotika, både med och utan behandling (Öjesjö, 2000; Granfield & Cloud, 2001, Blomqvist, 1999). Dessa resultat innebär således att medelklassen har en bättre prognos att klara sig ur sitt missbruk efter behandling. Man kan således konstatera att de ojämlika livschanserna återspeglas även i den socialtjänstbaserade missbrukarvården som är en del av välfärdsstaten.

Eftersom alkohol- och narkotikaproblem huvudsakligen har uppfattas som ett socialt problem i Sverige (Rosenqvist & Kurube, 1992) har det inneburit att hanteringen av sådana problem kombinerats med insatser som syftar till att förse individer med grundläggande resurser. Det finns således insatser knutna den socialtjänstbaserade missbrukarvården som syftar till att utjämna ojämlika livschanser. Förutom behandling inriktat mot alkohol- och narkotikaanvändning finns det således även olika sociala insatser inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården, som kan ses som en nödvändig förutsättning för att få behandling.

Arbetar- och medelklassen har med andra ord delvis olika behov när de kommer till den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Medelklassens behov handlar i högre utsträckning om att sluta med alkohol- och narkotikaanvändning medan arbetarklassens behov i högre utsträckning handlar om sociala insatser och social integration. Men kan verkligen socialtjänsten utjämna klassernas livschanser (att sluta med missbruk) genom integrerande insatser? Att missbrukarvården domineras av marginaliserade personer som gång på gång återkommer i vården (t.ex. Blomqvist et al., 2007; Storbjörk & Room, 2008) är ett tecken på att utjämna dessa livschanser är en svår uppgift.

Avslutande kommentarer

Resultaten tyder på att individerna inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården ofta tillhör lägre klasser och i relativt hög grad är marginaliserade. Det visades skillnader i sociala resurser mellan klasserna. Medelklassen visades oftare ha sociala resurser när de kommer till den socialtjänstbaserade missbrukarvården, vilket kan tyda på att arbetar och medelklassen förhåller sig olika till missbruksproblem och hjälpsökande. Modellen som användes för att förklara handling och klass visades vara användbar för att tolka skillnaderna i klassernas sociala resurser. Det föreslogs att skillnaderna kunde förklaras av att medelklassen hade mer att förlora på att fortsätta missbruka och att de därför såg missbrukarvården som ett bättre handlingsalternativ. Arbetarklassens sämre sociala position tillsammans med att drickandet utgör en symbol för frihet gjorde att de hade mindre att vinna på att söka hjälp.

Skillnaderna i sociala resurser gör att arbetar- och medelklassen möter olika behov när de kommer till den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Arbetarklassens större behov implicerar att de ojämlika livschanserna mellan klasserna består även inom missbrukarvården.

Uppsatsen har dock ett antal begränsningar. Den största begränsningen torde vara den skeva åldersfördelningen som uppstod i operationaliseringen av klasserna. Det är framförallt nätverkets differentiering och boende som påverkades av åldersfördelningen. Dessa problem skulle kunna undvikas med en annan operationalisering av klass eller genom multivariata analyser som kontrollerar variabelns självständiga effekt. Säkrare slutsatser skulle därmed kunna dras. Även en jämförelsegrupp (en generell population med missbruksproblem) skulle ytterligare göra slutsatsen att klasserna förhåller sig olika till missbruksproblem och hjälpsökande säkrare.

Dessa resultat väcker ett antal frågor. Många forskare (t.ex. Blomqvist et al., 2007; Storbjörk & Room, 2008) menar att missbrukarvård är förenat med stigmatisering. Medelklassen förefaller uppfatta den socialtjänstbaserade missbrukarvården som ett bättre alternativ än arbetarklassen. Stämmer det? I så fall, beror det på skillnader i hur livssituationen uppfattas, eller beror det på skillnader i hur man ser på den socialtjänstbaserade missbrukarvården? Resultaten kan tyda på att detta stigma inte är en faktor som tas med i beräkningen då medelklassen söker hjälp. Hur förhåller sig individer av olika klasstillhörighet till missbrukarvårdens stigmatisering? En annan intressant fråga som inte tas upp i litteraturen är hur olika resursförluster tolkas inom olika klasskontexter. Orford med flera (2006) menar att blotta vikten av relaterade problem gör att personer söker hjälp, men finns det klasskillnader? Denna uppsats har endast skrapat på ytan vad det gäller dessa frågeställningar, en kvalitativ studie skulle kunna utveckla dessa resultat.

Litteratur

Alasuutari, P. (1992) *Desire and craving. A cultural theory of alcoholism*. Albany: State University of New York Press.

Albert, M., Becker, T., McCrone, P & Thornicroft, G. (1998). Social networks and mental health service utilization. *International journal of social psychiatry*, 44(4), 248-266.

Bergmark, A & Oscarsson, L. (2000) Om behandlingsbegreppet inom alkoholvården. I *Behandling av alkoholproblem*. Stockholm: Liber.

Blomqvist, J. (1998) *Beyond treatment? Widening the approach to alcohol problems and solutions*. (diss). Stockholm: Stockholms universitet.

Blomqvist, J. (2006) Långtidsförlopp vid narkotikamissbruk. I *Faktaunderlag till nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från WWW 2008-10-10: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9127/2006-123-21.htm>.

Blomqvist, J., Cunningham, J., Wallander, L., Collin, L. (2007) Att förbättra sina dryckesvanor – Om olika mönster för förändring och vad vården betyder. Stockholm: FoU-rapport 2007:5/SoRAD-rapport nr 42.

Breen, R & Rottman, D.B. (1995) *Class stratification, a comparative perspective*. London: Harvester Wheatsheaf.

Dahlén Gisselman, M. (2007) *The first injustice. Socio-economic inequalities in birth outcome*. (diss). Stockholm: Centre for health equity studies (CHESS), stockholms universitet/karolinska universitetet.

Davey, Melissa A., Latkin, Carl A., Hua, Wei., Tobin, Karin E & Strathdee, Steffanie. (2007) Individual and Social Network Factors that Predict Entry to Drug Treatment. *The American Journal on Addictions*, 16(1), 38-45.

Djurfält, G., Larsson, R & Stjärnhagen, O. (2003) *Statistisk verktygslåda- samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Finney, J. W. & Moos, R. M. (1995) Entering alcohol treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction*, 90, 1223-1240.

FoU-Nordväst. (2008) *Implementering av Addiction Severity Index i åtta kommuner i nordvästra Stockholm – erfarenheter och resultat*. Sollentuna: FoU-Nordväst.

George, Anita A & Tucker, Jalie A. (1996) Help-Seeking for Alcohol-Related Problems: Social Contexts Surrounding Entry into Alcoholism Treatment or Alcoholics Anonymous *Journal of Studies on Alcohol*, 57(4), 449-457.

- Elofsson, S. (2005) Kvantitativ metod – struktur och kreativitet. I Sam Larsson, John Lilja och Katarina Mannheimer (red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Esaiasson, P., Giljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2003) *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Hajema, Klaas-Jan., Knibbe, Ronald A & Drop, Maria J. (1999) Social Resources and Alcohol-Related Losses as Predictors of Help Seeking among Male Problem Drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(1), 120-129.
- Hartnoll, R. (1992) Research and the help-seeking process. *British journal of Addiction*, 87(3), 429-437.
- Hser, Y-I., Maglione, M., Polinsky, M & Anglin, M. D. (1998) Predicting drug treatment entry among treatment-seeking individuals. *Journal of substance abuse treatment*, 15(3), 213-220.
- Jakobsson, A. (2007) *Characteristics and processes of treatment-seeking for alcohol problems -findings from epidemiological and qualitative studies*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborgs universitet.
- Jansson, I. (2001) *Problem i sammanfattande mått i ASI*. Allmän SiS-rapport 2001:10. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Järvinen, M. (1998) *Det dårlige selskab: misbrug, behandling, omsorg*. Holte: SOCPOL
- Klingemann, H., Takala, J-P, Hunt, G. (1992) *Cure care or control? Alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany: State University of New York Press.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Månsson, P. (2004) Max Weber. I Heine Andersen & Bo Kaspersen (red.) *Klassisk och modern samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Mäkelä, K. (2004) Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99(4), 398-410)
- Norström, T & Romelsjö, A. (1999) Social Class, Drinking and Alcohol-Related Mortality. *Journal of Substance abuse*, 10(4), 385-395.
- Orford, J., Kerr, C., Copello, A., Hodgson, R., Alwyn, T., Black, R., Smith, M., Thistlethwaite, G., Westwood, A & Slegg, G. (2006) Why people enter treatment for alcohol problems: Findings from UK Alcohol Treatment Trial pre-treatment interviews. *Journal of substance use* 11(3), 161-176.
- Pescosolido, B. A. (1992) Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *American journal of sociology*, 97(4), 1096-1138.

- Polcin, D. L & Weisner, C. (1999) Factors associated with coercion in entering treatment for alcohol problems. *Drug & alcohol dependence*, 54, 63-68.
- Romelsjö, A & Diderichsen, F. (1989) Changes in Alcohol-Related Inpatient Care in Stockholom County in Relation to Socioeconomic Status during a Period of Decline in Alcohol Consumption. *American Journal of Public Health*, 79(1), 52-56.
- Room, R. (2004) *Thinking about how social inequalities relate to alcohol and drug use and problems*. Föreläsningsmateriel. Presenterad vid 1st International Summer School on Inequalities and Addictions National Centre for Education and Training in Addictions 25-27 February, 2004 Adelaide, South Australia.
- Room, R, Matzger, H. & Weisner, C. (2004) Sources of informal pressure on problematic drinkers to cut down or seek treatment. *Journal of Substance Use*, 9(6), 280-295.
- Room, R., Palm, J., Romelsjö, A., Stenius & Storbjörk, J. (2003) Women and men in alcohol and drug treatment: An overview of a Stockholm County study. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 20 (2-3), 91-100.
- Rosenqvist, P & Kurube, N. (1992) Dissolving the Swedish Alcohol-Treatment system. I Harald Klingemann, Jukka-Pekka Takala & Geoffrey Hunt (reds) *Cure care or control? Alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany: State University of New York Press.
- Sahlin, I. (2002) Sociala problem som verklighetskonstruktioner. I Anna Meuwisse & Hans Swärd (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Skårner, Anette (2001). *Skilda världar?: en studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Diss. Göteborg: Univ.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T & Leo, G. I. (1993) What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Spector, M & Kitsuse, J. (2001) *Constructing social problems*. New Jersey: Transaction publishers.
- Storbjörk, J & Room, R. (2008) The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction research and theory*, 16(1), 67-84.
- Storbjörk, J. (2006) *Social ecology of alcohol and drug treatment – client experiences in context*. (diss). Stockholm: Stockholms universitet, Centre for social research on alcohol and drugs, SoRAD.
- Storbjörk, J. (2006b) The interplay between perceived self-choice and reported informal, formal and legal pressures in treatment entry. *Contemporary drug problems*, 33(4), 611-643.
- Tsogia, D., Copello, A & Orford, J. (2001) Entering treatment for substance misuse: A review of the literature. *Journal of Mental Health* 10(5), 481–499.

Weisner, C. (1987) The social ecology of alcohol treatment in the United States. *Recent developments in alcoholism*, 5, 203-232.

Weisner, C. (1990). The role of alcohol-related problematic events in treatment entry. *Drug and Alcohol Dependence*, 26(2), 93–102.

Öjesjö, L. (2000) The recovery from alcohol problems over the life course. The Lundby longitudinal study, Sweden. *Alcohol* 22, 1-5.