



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Psykoterapeutprogrammet med  
inriktning på familjeterapi  
90 högskolepoäng  
Vt 2012

**Symptomskillnader hos tvångsplacerade flickor som  
erhåller Funktionell Familjeterapi (FFT) jämfört med låsbar  
institutionsvård.**

Arne Gynther

Johan Sjöstrand

Handledare: Caroline Björck

Examinator: Björn Karlson

## Sammanfattning

Detta är en jämförande studie som belyser symptomskillnader mellan Funktionell Familjeterapi (FFT) och sedvanlig institutionsbehandling (TAU) för tvångsvårdade flickor, 16-21 år. Finns det några skillnader i symptom mellan dessa båda grupper som kan vara avgörande för var flickorna får sin behandling? Aktuell forskning möjliggör hemmaplansbaserad familjebehandling. Institutionsvården är idag mer individinriktad och de flesta flickor i målgruppen går till låsbar vård utanför hemmet. Undersökningsgruppen bestod av 25 flickor som erhållit FFT behandling och som matchades mot 25 som fått institutionsvård inom samma SiS-institution. Samtliga har intervjuats med ADAD som belyser nio viktiga livsområden. Resultatet bearbetades med statistisk metod enligt Chi2 test. Inga avgörande skillnader i symptombelastningen fanns inför behandlingen mellan grupperna som båda var mycket symptombelastade. De skillnader som fanns berörde faktorer som tidigare placering året före behandlingen, avhopp från skolan och viss sorts droganvändning. Detta var mindre undergrupper som inte i sig var exkluderade i FFT gruppen utan även förekom där. Studien ger stöd för att FFT kan användas för samma grupp av flickor med hög grad av symptombelastning. FFT bör kunna erbjudas i större utsträckning till hela denna målgrupp som annars får traditionell låsbar institutionsvård.

Nyckelord: FFT, Symptombelastning, Institutionsvård, Ungdomar, Flickor, ADAD

### Abstract

This is a comparative study of symptom differences between Funktionell Family Therapy (FFT) and Treatment as usual (TAU) for compulsory care of young Swedish women, aged 16-21 years. Are there any differences in problems/symptoms between these both groups of youth that can be crucial to where they get their treatment? Current research supports and admits home-based family therapy. Department care is at present more self-directed, and most young people, subject to compulsory care activities, are placed into closed care treatment outside their home environment. The study group consists of 25 young women who received FFT processing which are matched against 25 who received institutional care from the same SiS institution. All were interviewed using ADAD, a method covering nine significant areas of influence. The data investigated have been processed with statistical methods. No major differences in symptom burden have been detected before treatment between the groups, both of which are heavily symptoms loaded. The few significant differences noted are related to areas such as school drop out and drug abuse. However, these differences do not contradict our major findings. The result of this study confirms that FFT can be used at groups of youth with higher loads of symptoms. Our conclusion is that FFT should be offered more widely to this target group (compulsory care of young women).

Key word: FFT, Symptom load, Institutional care, Youth, Girls, ADAD

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>Introduktion.....</b>	<b>4</b>
<i>Statens institutionsstyrelse, (SiS) .....</i>	<i>4</i>
<i>Tidigare forskning.....</i>	<i>5</i>
<i>Familjeterapi och ungdomsbehandling.....</i>	<i>7</i>
<i>Funktionell familjeterapi, (FFT).....</i>	<i>8</i>
<i>FFT på SiS ungdomshem Ljungaskog. ....</i>	<i>9</i>
<i>Frågeställning .....</i>	<i>10</i>
<b>Metod .....</b>	<b>10</b>
<i>Syfte.....</i>	<i>10</i>
<i>Instrument och analysmetod.....</i>	<i>11</i>
<i>Deltagare/process .....</i>	<i>13</i>
<b>Resultatredovisning .....</b>	<b>14</b>
<i>Sammanfattning av resultatet i vår studie. ....</i>	<i>15</i>
<i>Resultatredovisning inom varje livsområde .....</i>	<i>16</i>
<b>Diskussion .....</b>	<b>29</b>
<i>Kommenterar till utfallet i samtliga tabeller. ....</i>	<i>30</i>
<i>Sammanfattning. ....</i>	<i>41</i>
<b>Referenser .....</b>	<b>46</b>
<b>Appendix.....</b>	<b>49</b>
<i>Ungdomarnas bakgrund.....</i>	<i>49</i>
<i>Tidigare insatser samt nuvarande placering.....</i>	<i>62</i>
<i>Ungdomarnas hälsa .....</i>	<i>70</i>
<i>Skola.....</i>	<i>74</i>
<i>Arbete .....</i>	<i>80</i>
<i>Fritid och vänner .....</i>	<i>82</i>
<i>Familj .....</i>	<i>92</i>
<i>Psykiska och känslomässiga problem .....</i>	<i>107</i>
<i>Brottslighet .....</i>	<i>113</i>
<i>Tobak, alkohol och narkotika .....</i>	<i>121</i>



## Introduktion

Studien är en jämförande studie mellan två undersökningsgrupper. Skiljer de sig åt gällande symptombelastning? Finns det några skillnader i symptom innan behandling påbörjas mellan dessa båda grupper som kan vara avgörande för var ungdomarna får sin behandling?

Begreppet symptombelastning definieras i denna studie som samlingsbegrepp över upplevda svårigheter, problem och behov samt andra omständigheter som eventuellt kan utgöra en risk för uppkomst av social problematik. Denna studie har utförts med flickor inskrivna vid Statens Institutionsstyrelse, SiS

### *Statens institutionsstyrelse, (SiS)*

SiS är den statliga myndighet som har hand om tvångsvården av de flickor med allvarlig psykosocial problematik, som enligt LVU (Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga) är i behov av särskilt anpassad behandling, där möjlighet till läsbarhet finns. SiS ansvarar också för vården av de flickor som med anledning av allvarlig brottslighet dömts till påföljd genom sluten ungdomsvård (LSU).

Myndighetens institutioner är utspridda över hela landet, totalt finns 25 särskilda ungdomshem som tillsammans har mer än 600 platser. På dessa institutioner placeras flickor utifrån olika uppdrag som socialtjänsten i ungdomens hemkommun ger. Det kan handla om utredningsuppdrag, behandlingsuppdrag men också akutuppdrag när någon annan planering eller behandling drabbats av sammanbrott och ny planering behöver göras. Akutuppdrag kan vara mycket korta, utredningar görs oftast under ca åtta veckor medan behandlingsuppdrag kan vara betydligt längre, ibland följda av ett utslussningsuppdrag. De flesta av SiS särskilda ungdomshem är antingen en flickinstitution eller en pojkinstitution, ibland också uppdelade antingen i olika ålderskategorier eller beroende på typ av problematik.

Varje år placeras drygt tusen ungdomar på en av SiS olika institutioner, detta är ca 5 % av alla de ungdomar som varje år placeras utanför det egna hemmet av socialtjänsten.

Grunden för ett omhändertagande enligt LVU kan vara antingen att den unge själv lever ett destruktivt liv med exempelvis missbruk eller kriminalitet (3 §, de så kallade beteendefallen) eller att den unges föräldrar inte kan ge det stöd som den unge behöver för att få en bra uppväxt (2 §, de så kallade miljöfallen). Det handlar om att missförhållandena riskerar att skada den unges hälsa eller utveckling och den unge inte kan få den vård hon/han behöver på frivillig väg. Majoriteten av ungdomarna på de särskilda ungdomshemmen blir omhändertagna enligt 3 § LVU. Ungdomar som vårdas på låsbarenhet måste vara omhändertagna enligt 3 § LVU. Beslutet om LVU föregår placering på institutionen. Förvaltningsrätten fattar beslut om LVU efter en utredning som gjorts av socialtjänstens personal i hemkommunen. Ibland vid speciellt akuta fall kan socialnämndens ordförande fatta beslut om ett särskilt omedelbart omhändertagande.

Flickorna som kommer till institutionerna har ofta erfarenhet av tidigare insatser/behandlingsinsatser som provats genom frivillig vård eller med tvång. De kan ofta ha varit placerade i familjehem eller andra behandlingshem tidigare. Detta betyder att flickorna när de kommer till SiS har hunnit utveckla svår problematik, som svårt utagerande beteende, missbruk, kriminalitet och våld. Skolproblematik och konflikter i familjerna finns hos majoriteten av flickorna.

Studien har genomförts vid SiS ungdomshem Ljungaskog som är ett av myndighetens särskilda ungdomshem. Ungdomshemmet Ljungaskog kan erbjuda insatser på olika nivåer i en vårdkedja, akutinsatser, utredning, behandling, utslussning och eftervård. Mer information finns att läsa på myndighetens hemsida, [www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

### *Tidigare forskning*

Tidigare forskning har genom bl.a. Andreassen (2003) visat att institutionsbehandling av ungdom kräver tillägg med familjearbete för att vara effektiv. Vidare finns av en stor mängd internationell forskning kring effektfulla metoder riktade till ungdomar med belastande asocial problematik. Metoder eller program som anses ha evidens för effektiv behandling och har förutsättningar för att implementeras. En sammanställning av metoder/program med högt ställda krav finns tillgänglig via dokumentation av de olika metoderna på den s.k. Blueprintlistan d.v.s. Blueprints for Violence Prevention, ett projekt vid Center for the Study and Prevention of Violence vid University of Colorado ([www.colorado.edu/cspv/blueprints/](http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/)).

Svensk forskning har på senare tid visat att implementering av vissa av dessa metoder, t.ex. FFT och Multisystemisk terapi (MST), gett lovande resultat (Hansson, Johansson, Drott-Englén & Benderix, 2004; Gustle, Hansson, Sundell & André-Lofhohn, 2007).

Vid världskongressen i familjeterapi (IFTA), som i år 2012 hölls i Vancouver, Canada, 21-24 mars, presenterades ny forskning av Edward Meyers Hayes, Cayuga Home & Association for the Advancement of Evidence-Based Practice (AAEBP), om lyckade resultat med institutionsplacerad ungdom som bygger på ett parallellt arbete under hela behandlingstiden med ungdomen och familjen för att sedan arbeta med hela familjen gemensamt i familjebehandling ([www.ifta-congress.org/](http://www.ifta-congress.org/)).

Tillgänglig forskning finns således kring hur befintlig institutionsvård bör planeras och utföras för ett positivt utfall, samt kring effektiva behandlingsprogram i öppenvård, som t.ex. FFT. Uppdragsgivare som kommunal socialtjänst har att välja på antingen institutionsvård eller öppenvård.

Är det då möjligt att med familjeterapeutiska öppenvårdsinsatser med framgång behandla samma ”svåra” flickor som traditionellt erhållit institutionsvård i Sverige? För att kunna besvara den frågan måste innan en effektstudie görs först konstateras att målgruppen är densamma. Det är vad denna studie syftar till. Finns det några skillnader i symptom mellan dessa båda grupper som kan vara avgörande för var ungdomarna får sin behandling?

Flickor som erhållit någon form av behandling testas i forskningssammanhang avseende ingångsvärde med något/några av de mätinstrument som används. Olika Blueprint program som implementerats i Sverige har ingått i sådana studier (Gustle, Hansson, Sundell, Lundh & André Lofholm, 2007). Detta för att sedan kunna jämföra med vilka värden som finns efter behandlingen. Effektstorleken på behandlingsinsatsen kan sedan ställas mot svårighetsgraden vid behandlingens start. På så sätt kan bedömning göras om lämpligheten för eller emot en viss metod beroende av ingångsvärdena. Denna studie är istället ett första steg i att jämföra symptombelastning mellan två parallella behandlingsinsatser riktade till den grupp flickor som traditionellt har bedömts vara i behov av den mest ingripande vården, slutenvård på institution. Flickorna har det gemensamt att det först fattats beslut om tvångsvård på institution, därefter har flickorna delats i två grupper för att få FFT-vård eller traditionell institutionsvård. En indelning som inte gjorts med anledning av denna studie. Studien använder omständigheten att två olika behandlingsinriktningar finns inom verksamheten på SiS institutionen, vilket ger möjlighet att jämföra två parallella

behandlingsgrupper avseende symptom. I studien har ADAD instrumentet i svensk översättning och anpassning (Söderholm Carpelan & Hermodsson, 2004) använts för att mäta ingångsvärdena. Någon liknande tidigare forskning är inte känd. En sökning med studiens svenska nyckelord på Google resulterade i sju träffar, varav en redogör för en magisteruppsats från Socialhögskolan i Lund (Wetterstrand & Zetterberg Pihl, 2007) där variabeln kriminalitet undersöktes som markör för olika behandlingsalternativ. Författarnas slutsats var att andra faktorer än kriminalitet i större utsträckning var avgörande för valet av behandlingsalternativ, inte minst gällande den låsbara ungdomsvården. Ett resultat som pekar i samma riktning som denna studie, dock utan att frågeställningarna i de två studierna var direkt samma. Sökning via Summon, Lunds universitets databas, gav en träff med hänvisning till uppföljning av Multisystemisk terapi (MST) implementering i Sverige (Gustle, 2007). Detta via begränsade sökord till enbart; FFT, symptombelastning och flickor. Gustles studie ger stöd för att olika behandlingsalternativ väljs vid olika stor symptombelastning. Olika behandlingsalternativ för ungdomar som bedömts ha allvarlig social problematik har inte tidigare i forskning prövats på så sätt att institutionsvård jämförts mot ett alternativ för samma grupp ungdomar.

#### *Familjeterapi och ungdomsbehandling*

Familjeterapeutiska modeller som t.ex. FFT och andra förekommande modeller bygger på mer än 50 års utveckling med kommunikationsteoretiska, strategiska, strukturella och systemiska utvecklingslinjer inom familjeterapi för att nå framgångsrika metoder att behandla externaliserande och utagerande ungdomar.

Senare forskning kring ungdomar och behandling för en rad olika symptom (Hansson, 2001; Lebow, 2005; Carr, 2009) har givit stöd för familjeterapeutisk inriktning som stödjer Andreassens metastudie ”Institutionsbehandling av ungdomar” (2003). Andreassen påpekar också att forskningen ger stöd för att flickor och pojkar allt mer liknar varandra avseende symptombelastning inom målgruppen för vår studie.

Andershed och Andershed (2010) visade att familjeterapi enligt FFT-modellen var den enda ungdomsbehandling som hade signifikant stöd i forskningen avseende minskning av kriminalitet. Senare utveckling i Sverige/Uppsala där Dialektisk Beteendeterapi (DBT) har används för flickor med självskade- och suicidbeteende har också integrerat FFT i sin modell då behandling av flickor också måste ses i ljuset av behandling inriktad mot familjen för att vara verkningsfull. Behandlingen kallas Intensiv kontextuell behandling av självskada (IKB),

och beskrivs som en integrerad individ- och familjehandlingsmodell. Den har utvecklats i samarbete mellan Landstinget i Uppsala län och socialtjänsterna i länets kommuner.

Utvecklingen av familjeterapi för ungdomsbehandling sker således i syfte att ha verkningssamma metoder för att kunna tackla de utmaningar som framtidens samhälle och värld står inför. (United Nations Youth Social Policy and Development Division 2012).

### *Funktionell familjeterapi, (FFT)*

FFT är utvecklad i universitetsmiljö i USA av främst professor James Alexander och professor Tom Sexton (Sexton & Alexander 2007) och har uppnått statusen att vara Blueprint-program (se ovan) med högt ställda krav på replicerbarhet och resultat som är forskningsmässigt välgrundad. Modellen har utvärderats i flera FFT-studier även i Sverige (Hansson et al., 2004). FFT bedömdes som mest lovande i Andershed och Andersheds (2010) genomgång av aktuellt forskningsläge vid behandling av ungdomskriminalitet i Sverige.

FFT är en familjeterapi för ungdomar som uppvisar en rad symptom i form av externaliserande, utagerande, uppförandestörning (conduct disorder) och ungdomskriminalitet/destruktivt beteende (Sexton & Alexander, 2007). Den är evidensbaserad och manualiserad och utgår från en behandlingsmodell som är indelad i olika faser. FFT kännetecknas i korthet för att;

1. Ha noggrannhet med att hålla kontakten med familjen
2. Bygga en ny förståelse mellan föräldrar och ungdomen
3. Träna nyckelsituationer
4. Se till att förändringar håller

Varje fas har olika mål, bedömningar, interventioner och terapeutiska förhållningssätt som vägleder terapeuten genom varje fas. FFT arbetar med fyra olika faser; engagemang, motivation, beteendeförändring, generalisering. Varje fas har bestämda mål som huvudsakligen innebär ett terapeutiskt arbete med att; engagera och få med ungdom och familj (engagemangsfasen) och motivera och initiera positiv förändring (motivationsfasen). Gemensamt är att förändra själva familjeprocessen (beteendeförändringsfasen) och att man börjar i familjen och går sedan utåt i ekosystemet (generaliseringsfasen) för att engagera och påverka nätverket samt vidmakthålla förändringar även på dessa plan. Stor vikt läggs vid modelltrohet (adherence) genom att använda videoupptagning och särskilda skattningslistor för mätning av modelltrohet så att terapeuten uppnår målen för varje fas, vilket sedan bedöms

av team och/eller handledare. Utbildning och certifiering sker genom en central organisation i Sverige (FFT-Sverige).

Terapin lägger också stor vikt vid att väcka hopp och positiv framtidstro för ungdomen och hans/hennes familj. Viktiga terapeutiska områden och tekniker för terapeuten är att framhålla positiva resultat och hålla fokus på ansvarig, stödjande och positiv kommunikation. Terapeuten skall vara relationsinriktad, samordnande och arbeta med relationen i fokus för problemen. Positionen för terapeuten är en icke dömande, icke anklagande position. Centralt i terapin är att bedöma relationsbehov utifrån dimensionerna ”närhet och distans”, för att hitta mer funktionella sätt att hantera relationerna för familjemedlemmarna.

FFT ser till funktionen av beteendet och söker ett mer hälsosamt uttryck efter bedömning i varje relation inom familjen – inte ändra själva behovet utan förändra det uttryck det fått. Viktiga tekniker är omformulering och gemensamt familjetema. Terapeuten har en aktiv position och har fokus på den goda intentionen bakom beteendet. Målet är att förstå beteendets betydelse i relation mellan familjemedlemmarna utifrån närhet och distans och se till att var och en förses på ett mer ändamålsenligt sätt. Särskilt fokus i de inledande två faserna är processkommentarer (hur familjemedlemmarna gör) som leder till att uppnå relationsinriktning. Utmärkande för terapin är också att den utgår från familjens situation här och nu. FFT är inriktad på att förse och utveckla alternativa beteenden. Den är i beteendeförändringsfasen integrativ gentemot andra terapeutiska modeller och använder tekniker från exempelvis KBT i en familjekontext.

#### *FFT på SiS ungdomshem Ljungaskog.*

Inom SiS har det pågått en diskussion kring utvecklingen och implementering av mer familjeinblandning i vård och behandling. På Ljungaskog fanns ett behov av utveckla insatser för de omhändertagna flickorna, speciellt i slutfasen av behandlingen, vid återgången till det ”vanliga” samhället (s.k. utsluss) då deras familjer behövde adresseras inom ramen för vården. Utslussningsinsatser visade sig inte vara tillräckliga. Flickorna återföll ofta i sin problematik. Stöd i då aktuell forskning av Andreassen (2003) visade på vikten av familjebehandlande insatser för institutionsplacerade ungdomar. Vilken behandlingsmodell skulle då väljas? Situationen var unik då detta projekt skulle igångsättas under våren 2003. SiS hade tidigare inte på någon enhet implementerat någon evidensbaserad familjeterapeutisk behandlingsmodell. Således var målgruppen också oprövad för ett familjeterapeutiskt

upplägg. Kunde det vara tillräckligt att behandla så omfattande ungdomsasocialitet som ligger till grund för ett LVU-omhändertagande med främst familjeterapeutiska samtal?

Två andra modeller utöver FFT som vid den tiden (2003) var godtagna på den s.k. Blueprintlistan, över forskningsbaserade metoder för att uppnå evidens gällande ungdomar med utagerande asocialt beteende, MST – Multisystemisk Terapi (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998), och Multidimensional Treatment Foster Care, (MTFC),(Hansson, Olsson, Balldin, Kristofferson & Schüller, 2001). Önskvärt för Ljungaskog var arbete med ungdomens egen biologiska familj eftersom ungdomen här utgår från en institutionsplacering, därmed valdes MTFC bort, som har som utgångspunkt en familjehemsbaserad. (Andra enheter har senare inom SiS, bl.a. Ungdomshemmet i Hässleholm, anammat MTFC och arbetar idag bl.a. med denna metod).

Urvalsprocessen mellan MST och FFT blev då mer av praktisk natur. FFT lät sig enklare implementeras i samverkan med FFT-Sverige ([www.fft-sverige.se](http://www.fft-sverige.se)), som hade mandat från personerna i FFT-organisationen i USA att sprida modellen vidare. Vi fick också stöd från professor Kjell Hansson och leg psykoterapeut Gun Drott Englén med en utbildnings-, handlednings- och certifieringsprocess som startades och resulterade i att uppsatsens två författare under 2009 erhöll certifieringen i FFT-modellen. Terapierna som bedrivits under åren fram till 2009 och än idag (2012) har skett under handledning av leg. psykoterapeut och tillika FFT-utbildare Gun Drott-Englén. Metodtrohet bedöms med Adherence-listor och videoupptagningar av sessionerna.

### *Frågeställning*

Vår forskningsfråga som prövas i denna uppsats blir; Finns det skillnad avseende symptombelastning mellan de flickor som får FFT-behandling och de flickor som istället går till vård vid låsbar avdelning. Vår hypotes, som fått oss att ställa denna fråga, är att dessa skillnader inte existerar och att det därför är andra orsaker som styr val av behandling.

### Metod

#### *Syfte*

Studien syftar till att undersöka om symptombelastningen hos den grupp flickor som medverkat i FFT behandling på SiS ungdomshem Ljungaskog på något sätt skiljer sig från den grupp flickor i kontrollgruppen som erhållit för institutionen sedvanlig behandling, (Treatment as usual,TAU), i detta fall vård på låsbar behandlingsavdelning.

### *Instrument och analysmetod*

Samtliga flickor i studien har i samband med inskrivning intervjuats enligt frågeinstrumentet ADAD (som kan erhållas efter kontakt med SiS FoU avdelning då den inte får spridas utan medgivande).

*Adolecent Drug Abuse Diagnosis*, ADAD är en strukturerad intervju som huvudsakligen bygger på fasta svarsalternativ och omfattar totalt 150 frågor. ADAD utvecklades av Friedman och Terras med instrumentet ASI (Addiction Severity Index) som förebild. ADAD har i studier visat god reliabilitet och tillfredsställande validitet (Friedman & Utada, 1989; Bolognini et al, 2001).

Den svenska versionen som använts i denna studie har utvecklats av SiS (Söderholm Carpelan & Hermodsson, 2004). ADAD-inskrivningsintervjun ger information om den unges aktuella situation och problematik och tar ca 90 minuter att genomföra. Målet med denna ADAD-intervju är att ge bättre underlag för behandlingsplanering och möjliggöra dialog med ungdomarna om deras problem och behov. Intervjun omfattar 9 olika områden: Bakgrund/tidigare insatser, fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och kamrater, familjeförhållanden, psykisk hälsa, brottslighet samt alkohol och narkotika. Instrumentet är också tänkt att vara kopplat till behandlingsplanering för varje delområde och används även i en version för uppföljning efter genomförd behandling – ADAD-uppföljning (Söderholm Carpelan & Hermodsson, 2004). Varje år redovisas ADAD för samtliga flickor vid SiS institutioner sedan 1997.

Intervjuaren har att följa en manual med en instruktion med klargörande av de olika avsnitten och de frågor som är förknippade med det. Med hjälp av manualen antecknar intervjuaren i formuläret den unges uppgifter om hur oroad eller besvärad hon/han är samt hur viktigt den unge anser det är att få hjälp för dessa problem. Den unges skattning av sina egna problem och behov av hjälp ska göras på basis av nuvarande, aktuella problem. Om den unge uppger att han/hon inte har problem eller inte vill ha hjälp (oberoende av om han/hon tidigare uppgett att problem finns) ska hans/hennes svar accepteras och antecknas. Förutom de enklare Ja/Nej-frågorna finns det ett flertal frågor där den unge ombeds ta ställning till svarsalternativ på skalan 0-3 (0=inte alls, 1=lite, 2=ganska mycket, 3=mycket). Svaren redovisas antingen i nominal eller ordinalskalor. Nominalskala är en klassificering av variabler i grupper utan att rangordna grupperna sinsemellan, t.ex. indelning i kön eller vilken typ av behandlingsavdelning den unge tidigare vistats på. En ordinalskala rangordnar



individerna i studien, t.ex. ”Hur många gånger det senaste året har du haft kontakt med din mamma?”. Svartaltemativ ges i grupperingar som t.ex. aldrig, 1-3 gånger, 4-7, 8 eller mer.

Intervjuaren i ADAD-inskrivning gör också en egen skattning som är en bedömning av den unges behov av ytterligare hjälp eller behandling inom varje problem- område. Skattningen grundas på den unges uppgifter om problem och behov av hjälp. Intervjuarens skattningsskala baseras på: 0-1 Inga reella problem, behöver inte ytterligare hjälp, 2-3 Obetydliga/lätta problem, ytterligare hjälp troligen inte nödvändig, 4-5 Måttliga problem, viss hjälp önskvärd, 7 Betydande problem, hjälp nödvändig, 8-9 Avsevärda/utomordentligt stora problem, hjälp är absolut nödvändig.

I denna studie har vi koncentrerat oss på inskrivnings-ADAD för att kunna jämföra symptombelastning mellan flickor som fått FFT behandling och en kontrollgrupp som fått traditionell institutionsbehandling. Vi har också valt att inte redovisa intervjuarnas skattningar då vi bedömt att materialet i denna analys är mycket omfattande och vi skulle ställas inför metodologiska problem då flera olika intervjuare lämnat sina bedömningar. Redovisningen av studien följer ADAD-inskrivning (i fortsättningen kallad ADAD) formulärets avsnitt om dessa nio livsområden. Vi använder oss av tabeller som utgångspunkt för vår jämförelse inom varje område. Gruppernas svar har sammanställts i tabellform på samma sätt som SiS årligen redovisar ADAD för samtliga statliga ungdomshem gemensamt. Således kan grupperna i denna studie också jämföras med data från institutionsbehandlade flickor på riksnivå.

Instrumentet ger ett, som ovan nämnts, mycket omfattande material då det avser att täcka ett flertal livsområden. Resultatet i denna studie bygger på en bearbetning av det totala materialet från inskrivningsintervjuerna med de aktuella flickorna. Inget urval av ADAD-frågorna har således gjorts, d.v.s. studien följer bedömningen att samtliga av de livsområden som representeras i de olika avsnitten i ADAD är betydelsefulla faktorer. Av utrymmesskäl har i resultatredovisningen därför exempel på frågeställningar från varje livsområde/avsnitt i ADAD sammanställs till en deskriptiv tabell (sammanslagen tabell) för att åskådliggöra jämförelsen mellan de två grupperna. Vår studies alla beräkningar och därmed underlaget för bedömningen finns istället i medföljande omfattande appendix, innehållande samtliga 160 tabeller tillsammans med statistisk Chi2 beräkning, där så varit möjligt. De är redovisade enligt turordningen för ADAD avsnitten.

### *Deltagare/process*

Samtliga flickor som sedan år 2003 erhållit FFT behandling vid SiS Ungdomshem Ljungaskog togs fram ur SiS journalföringssystem Kia. Antalet var 34 ärenden. I journalregister söktes sedan en kontrollgrupp bland flickor som erhållit behandling vid någon av de två låsbara behandlingsavdelningarna på Ljungaskog i Örkelljunga. Vi ville pröva forskningsfrågan mot de låsta avdelningarna och den vård som där getts. För att hitta en grupp som var lika stor som FFT gruppen och slumpmässigt utvald så tillämpade vi en s.k. tvillingmatchning, d.v.s. för varje flicka i FFT-gruppen hittades motsvarande flicka på låsbar avdelningen. I detta skede skedde ett bortfall från studien. Den 34:e flickan i FFT-gruppen var för ung för att hitta en motsvarande inskriven på låsbar avdelning. För 31 av de återstående 33 flickorna i FFT-gruppen hittades motsvarande "tvilling" född samma år och samma månad. För de två äldsta flickorna i FFT-gruppen fanns ingen "tvilling" att finna som var född samma månad, utan skillnaden fick i dessa två fall utökas till "tvillingar" födda med mindre än ett års mellanrum. Två grupper om vardera 33 flickor var då kvar. Vi vände oss då till SiS huvudkontor i Stockholm med uppdraget att undersöka om ADAD fanns för dessa totalt 66 flickor. I FFT-gruppen fanns 25 ärenden med inskrivnings ADAD. För att göra grupperna lika stora lät vi huvudkontoret jämställa antalet flickor i grupperna utan påverkan från oss. Två lika stora grupper om vardera 25 flickor med fullständiga ADAD inskrivningsuppgifter fanns nu, 25 som erhållit FFT-behandling på Ljungaskog och 25 som erhållit för SiS traditionell behandling vid låsbar avdelning, också detta på Ljungaskog.

*Statistisk metod.* Samtliga individer i studien fördelades på de två grupperna FFT eller kontrollgrupp. Genom att använda Chi2 beräkningar på de i tabellform redovisade ADAD resultaten undersöktes huruvida grupperna signifikant skiljde sig åt från varandra. Syntaxfilen för transformeringen från de enskilda variablerna i ADAD inskrivningsformuläret till färdiga tabeller finns tillgänglig hos författarna. Alpha nivån (risken att förkasta en korrekt hypotes) har genom hela studien bestämts till 0,05.

Exakt lika frekvenser förekom i vissa tabeller, vilket då givetvis innebar att någon beräkning inte krävdes i dessa fall, då undersökningsgrupperna svarat helt identiskt gällande en sådan tabells ämne. Andra tabeller uppfyllde inte de i statistiklitteratur (Ejlertsson, 1992) beskrivna villkoren för Chi2-test och har då behövts omarbetats. Exempelvis så har svarsintervallen i ordinalskalor slagits samman till färre grupper för att uppfylla villkoren för testet. Förändringar från det ursprungliga materialet påverkar den statistiska trovärdigheten negativt på så sätt att små frekvenser som innebär statistisk osäkerhet slås samman till större

grupper. Omarbetningar framgår av appendix där beräkningarna återfinns i count-tabell i de fall då omarbetningar gjorts. Direkta felaktigheter i materialet, som t.ex. att flickorna uppenbart inte följt frågeställningen har utgått ur studien. Ibland efterfrågas svar i en fråga av dem som i föregående fråga tidigare uppgivit ett visst svarsalternativ. Stämmer inte antalet med varandra så är det ett sådant fel som gjort att vi inte beräknat en sådan tabell. Även ADAD-intervjuarens uppskattning över flickornas behov i varje avsnitt har utgått ur studien, då vi önskat renodla materialet till flickornas egna skattningar. De tabeller vars svarsalternativ inte är ömsesidigt exkluderande, d.v.s. att en flicka kan välja mer än ett svarsalternativ, gick inte att jämföra med varandra statistiskt enligt Chi2 metoden. Även dessa tabeller finns redovisade i appendix, för granskning och underlag för diskussionen. Studien har tagit hänsyn till ev. bortfall, d.v.s. om alla flickor inte svarat på samtliga frågor, vilket sker genom den matematiska uträkningen vid Chi2-beräkning, där antalet svar inte behöver vara identiska utan beräkningarna kompenserar för detta.

De sammanslagna tabeller som är presenterade endast i belysande syfte under resultatredovisningen visar den beräknade skillnaden med Chi2 mellan grupperna i utvalda exempel från varje livsområde. I de fall av dessa exempel som signifikans finns är detta ytterligare förklarat i noten till tabellen. Noter till tabellerna förklarar också anledningarna till att vissa tabellvariabler inte kunnat beräknas med denna metod. Fördelningen i tabellerna beskriver det faktiska antalet flickor i varje grupp som uppgivit ett specifikt svarsalternativ. Vidare visas det Chi2-värde som framberäknats i jämförelsen mellan grupperna. Signifikant skillnad mellan grupperna finns om Chi2-värdet är lika med eller överstiger ett kritiskt värde som beräknats fram för Chi2-testning, beroende av antalet frihetsgrader som finns i den ursprungliga tabellen. Chi2-värdet måste således ställas mot det kritiska värdet för aktuell bakomliggande originaltabell (se appendix) och kan inte jämföras rakt av mot Chi2- värdet i en annan tabell, eftersom frihetsgraderna varierar beroende på antalet variabler i tabellerna.

### Resultatredovisning

Redovisningen nedan följer indelningen i olika livsområden på samma sätt som i ADAD formuläret och har rubrikerna; bakgrundsuppgifter/tidigare insatser, fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och kamrater, familjeförhållanden, psykisk hälsa, brottslighet samt alkohol och narkotika. Studiens resultat kommer från bearbetning av varje ställd fråga i ADAD-intervjun, på så sätt att dessa har Chi2 testats i sin sammanställda tabellform och är således en total jämförelse också med hänsyn tagen till den fördelning som uppstår i tabellen mellan olika svarsalternativ. Som tidigare beskrivits har samtliga 160 tabeller analyserats,

beskrivning av bortfall har gjorts och återstående tabeller har prövats med Chi2 metoden. Det är från denna statistiska analys studien hämtat sitt resultat. Urvalet av exempel att visa saknar betydelse för resultatet i sin helhet och är enbart gjort för att öka läsbarheten i ett annars mycket omfattande material. Detta urval är subjektivt gjort av oss, grundat på vad som vi upplevt kunnat vara särskilt intressant för läsaren. För fullständig redovisning av data hänvisas till appendix med samtliga tabeller, beräkningar och Chi2-resultat.

#### *Sammanfattning av resultatet i vår studie.*

Vi fann i det mycket stora materialet endast 10 tabeller av totalt 160 tabeller med resultat som innebar signifikanta skillnader. Dessa fann vi inom 5 av 9 livsområden. Vissa skillnader fanns inom bakgrundsuppgifter, skolgång, arbete/sysselsättning, familjeförhållanden och inom delområdet narkotika. Där det inte fanns skillnader var inom delområdet tidigare insatser, områdena fysisk hälsa, fritid och vänner, psykisk hälsa, brottslighet och delområdet alkohol.

Det som framkom av skillnader var att flickorna i kontrollgruppen med låst behandling i större utsträckning, jämfört med FFT-gruppen, var placerade utanför hemmet inför inskrivningen. Det bör dock påpekas att i detta fall får slutsatsen anses som tämligen svag då det underliggande materialets frekvenser var av ringa storlek. Resultatet kan vidare peka på att valet av behandlingsmodell är relaterat till flickornas skolsituation på grundskolan. I detta avsnitt fanns signifikant skillnad mellan undersökningsgrupperna gällande en variabel. Variabeln kallas *flickornas redovisning av sin uppfattning om grundskolan*. Fler i FFT-gruppen gick fortfarande kvar i grundskolan medan fler i kontrollgruppen hade hoppat av eller avbrutit grundskolan. Detta kunde dock vara relaterat till att denna FFT-grupp hade något lägre medelålder. Utjämnings av gruppernas antal till 25 individer i varje grupp gjorde att den ursprungliga "tvillingmatchningen" slutligen medförde en medelålder i FFT-gruppen på 16,4 år och i kontrollgruppen på 17,0 år. Kontrollgruppen har signifikant mer erfarenhet av arbete. Denna grupp önskade också mer hjälp inom området arbete än FFT-gruppen. Svagheter här kunde dels vara det motsatta till resonemanget angående FFT-gruppen inom skolan då här medelåldern är högre för kontrollgruppen. Dels kunde det handla om att gruppen i stort kanske svarar på frågan utifrån erfarenheten av praktik/pryo istället för reellt arbetslivserfarenhet. Signifikant skillnad avseende livsområdet familj fanns endast gällande att FFT-gruppen rapporterade bättre överenskommelse med sina bröder. I materialet gällande narkotika, dock inte alkohol, fanns totalt fem signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupperna. Skillnaderna visade i samtliga fem fall samma riktning. Mer förekomst i kontrollgruppen, som använde fler narkotiska preparat, injicerade mer amfetamin,

använde kokain i större utsträckning, hade tagit ecstasy i större utsträckning och använde läkemedel (receptbelagd medicin i berusningssyfte) i större utsträckning än FFT-gruppen. Det bör påpekas att i samtliga fall utöver läkemedelsanvändningen får slutsatserna anses som tämligen svaga då det underliggande materialets frekvenser var av ringa storlek.

Kontrollgruppen använde mer av dessa droger medan FFT-grupper använde mindre, dock fanns förekomst i båda grupperna, vilket betydde att FFT-behandling även hade inletts i förkommande fall trots kännedom om att tyngre droger var inslag i flickans problematik.

#### *Resultatredovisning inom varje livsområde*

*Bakgrundsuppgifter/tidigare insatser.* I samtliga undersökta fall, förutom ett, förekom det ingen signifikant skillnad mellan kontrollgruppen och FFT under detta livsområde för flickorna. Den enda särskiljande frågan berörde information angående flickornas bostadsmiljö. Det framkom av materialet att flickorna i kontrollgruppen i större utsträckning, jämfört med FFT-gruppen, var placerade utanför hemmet. Det bör påpekas att i detta fall får slutsatsen anses som tämligen svag då det underliggande materialets frekvenser var av ringa storlek. De flickor som var bosatta hemma erhöll i större utsträckning FFT-behandling, medan de flickor vilka redan var placerade utom hemmet fick sin behandling på låsbar enhet.

Tabell 1 nedan beskriver fördelningen i undersökningsgrupperna gällande utvalda variabler från delområdet om flickornas bakgrund. Bland exemplen i denna tabell fanns påvisbara skillnader grupperna emellan gällande var de bott det senaste året, medan variablerna födelseland, modersmål, flyttar, rymningar och antal syskon inte påvisade skillnader mellan grupperna. Resultatet visade på att sambandet mellan boendesituationen året innan placeringen och om ungdomen kommer att tillhöra FFT eller kontrollgruppens traditionella vård. Från delområdet bakgrund redovisas här en gemensam tabell (tabell 1) av utvalda exempel.

Tabell 1. Flickornas födelse land, modersmål, flyttningar, rymningar, syskon, och flickors boende året innan in skrivning

Bakgrundsuppgifter	FFT	Kontroll grupp	Chi2
Född i Sverige	18	23	
Född i annat land	7	2	3,388
Svenska	19	19	
Annat språk	6	6	0,000
Flyttat 0-3ggr	7	6	
Flyttat 4-9ggr	9	12	
Flyttat 10- fler	8	6	0,755
Ej rymt	9	6	
Rymt 1-3 ggr	6	5	
Rymt fler än 3 ggr	10	14	1,358
0-1 syskon	7	5	
2-3 syskon	7	11	
4 eller fler syskon	11	8	1,676
Boende hos förälder/rar	16	7	
Boende hos släkt/familjehem	4	2	
Institution/stödboende	5	15	9,172*

\*Vid valda signifikansnivå 0,05 är det kritiska värdet vid Chi2 beräkning i denna tabell med två frihetsgrader 5,991. ( $\text{Chi}^2_{0,05^2}=9,172$ )

Ingen statistisk signifikant skillnad kunde påvisas avseende delområdet tidigare insatser mellan de två undersökningsgrupperna. Från delområdet redovisas här en gemensam tabell (tabell 2) av utvalda exempel.

Tabell 2. Familjehem, institutionsplacering och problem vid intagning missbruk/kriminalitet/annat socialt nedbrytande beteende

<b>Tidigare insatser</b>	<b>FFT</b>	<b>Kontroll grupp</b>	<b>Chi2</b>
Ingen familjehemsplacering	13	13	
Familjehemsplacerad 1 ggr	6	3	
Familjehemsplacerad 2 - fler	6	3	1.266
Ingen institutionsplacering	11	6	
Institutionsplacering 1 ggr	4	6	
Institutionsplacering 2 ggr	6	3	
Institutionsplacering 3 – fler	4	10	5,442
Inte placerade för missbruksproblem	6	5	
Placerade för missbruksproblem	19	19	0,071
Inte placerade för brottslighet	17	14	
Placerade för brottslighet	8	10	0,492
Inte placerade för nedbrytande beteende	4	5	
Placerade för nedbrytande beteende	21	20	0,136

*Ungdomars hälsa.* Flickorna i denna studie uppskattade sin hälsa som god och det gjorde de i båda undersökningsgrupperna. Inga statistiskt signifikanta skillnader fanns i detta avsnitt. Från avsnittet redovisas följande exempel i en gemensam tabell (tabell 3).

Tabell 3. Rangordning av fysiska hälsan och antal hälsoproblem

Ungdomars hälsa	FFT	Kontroll grupp	Chi2
Bedömning av egen fysisk hälsa som dålig	2	1	
Bedömning av egen fysisk hälsa som ganska bra	7	7	
Bedömning av egen fysisk hälsa som bra	13	10	
Bedömning av egen fysisk hälsa som mycket bra	2	7	Ej*
Sömnpromblem	17	17	
Ryggont	14	12	
Dålig syn	6	12	
Allergi/Astma	10	9	
Ofta huvudvärk	9	17	
Förkylningar	6	7	
Tandproblem	10	7	
Ofta ont i magen	8	8	
Svårt att andas	5	10	
Hjärtklappning	5	9	
Undervikt	3	1	
Ätproblem	5	6	
Illamående/kräkningar	2	7	
Övervikt	1	4	
Hörselproblem	4	2	
Svimmingsanfall	7	6	
Krampanfall	4	2	
Diarré	0	2	
Könssjukdom	1	0	
Underlivsbesvär	2	2	
Sängvätning	1	0	
Hiv/Aids	0	0	Ej **

\* Chi2 test ej lämplig p.g.a. små frekvenser i underlaget

\*\* Chi2 test ej möjlig, svarsalternativen är inte ömsesidigt exkluderande



Tabell 3 redogör i detta fall för två tabeller som av två olika orsaker inte Chi2 beräknats. Flickorna redovisar sin uppfattning om sin hälsa utifrån en rangordning från dålig till mycket bra. I tabellen redovisas ett stort antal olika fysiska symptom, där flickorna haft möjlighet att markera fritt antal alternativ. Inga statistiskt signifikanta skillnader gällande självskattad fysisk hälsa hos studiens två undersökningsgrupper har konstaterats.

*Skola.* I detta avsnitt fanns signifikant skillnad mellan undersökningsgrupperna gällande en variabel. Variabeln kallas *flickornas redovisning av sin uppfattning om grundskolan*. Fler i FFT-gruppen gick fortfarande kvar i grundskolan medan fler i kontrollgruppen hade hoppat av eller avbrutit grundskolan. Flickorna i de två grupperna var, som tidigare redovisats, inte exakt lika gamla. Medelåldern i FFT-gruppen var något lägre vilket, kunde ha en viss betydelse för att det var troligare att flickan gick kvar i skolan längre. Exempel från avsnittet redovisas här i en gemensam tabell (tabell 4).

Tabell 4. *Uppfattning om skolan, avstängningar och antal skolproblem*

Skola	FFT	Kontroll grupp	Chi2
Går i skolan	9	2	
Avbrutit/hoppat av skolan	4	9	
Har gått ut skolan	12	13	6,400*
Aldrig avstängd i skolan	18	12	
Avstängd från skolan	7	13	3,000
Inga skolproblem	1	0	
1-5 skolproblem	2	4	
6-10 skolproblem	13	8	
11 och fler skolproblem	9	13	Ej**

\* Vid valda signifikansnivå 0,05 är det kritiska värdet vid Chi2 beräkning i denna tabell med två frihetsgrader 5,991. (Chi2 0,05<sup>2</sup>=6,400)

\*\* Chi2 test ej lämplig p.g.a. små frekvenser i underlaget.

Tabell 4 redovisar variablerna; uppfattning om grundskolesituationen, antalet avstängningar och antal skolproblem. Signifikant skillnad redovisas gällande variabeln *uppfattning om grundskolesituationen*. Avstängningar från skolan redovisas utan sigifikans. Totala antalet

skolproblem resulterade i att frekvenserna i vissa svarsalternativ var för små för att Chi2-test skulle vara tillämpligt. Gruppen med avhopp placerades i större omfattning på institution medan gruppen som gick kvar i skolan fick i större utsträckning FFT behandling.

*Arbete.* Avsnittet rörande arbete är en liten del av ADAD intervjun. Målgruppen är tonåringar, vilka har begränsad erfarenhet av arbete och problem kring detta. Av de fåtal tabeller som redovisas i detta kapitel fanns två med signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupperna. Kontrollgruppen hade signifikant mer erfarenhet av arbete. Denna grupp önskade också mer hjälp inom området arbete än FFT-gruppen. Det bör påpekas att slutsatsen är vag då skillnaderna minskade till att bli icke signifikanta när ålderskillnaden mellan grupperna reducerades genom att endast flickor i de två äldsta ålderskategorierna tillfrågades om deras oro inom området arbete, (se appendix). Från avsnittet redovisas här i en gemensam tabell (tabell 5) följande exempel.

Tabell 5. Erfarenhet och oro/ besvär, yngre grupp borttagen.

Arbete	FFT	Kontroll grupp	Chi2
Ingen arbetserfarenhet	20	13	
Har arbetserfarenhet	5	12	4,367*
Inte alls oro/besvär, yngre gr borttagen	16	15	
Lite besvär med arbetet/yrke	2	2	
Ganska mycket besvär med arbete/yrke	0	3	
Mycket besvär med arbete/yrke	0	1	
			Ej**

\* Vid valda signifikansnivå 0.05 är det kritiska värdet vid Chi2 beräkning i denna tabell med en frihetsgrad 3,841. (Chi2 0,05<sup>1</sup>=4,367)

\*\* Chi2 test ej lämplig p.g.a. små frekvenser i underlaget.

Tabell 5 redogör för fördelningen mellan grupperna utifrån deras erfarenhet av arbete. Existerande signifikans syns i tabellen. Vidare redovisas flickornas oro/besvär över problem med arbete och yrkesliv. Denna variabel har inte kunnat statistiskt beräknas, (för små frekvenser), dock var sambandet mellan *erfarenhet av arbete* och valet av behandlingsmodell försämrat av att ålder kunde utgöra en avgörande faktorn här.

*Fritid och vänner.* Inga signifikanta skillnader finns mellan undersökningsgrupperna i avsnittet om fritid och vänner. Från avsnittet redovisas här i en gemensam tabell (tabell 6) följande exempel.

Tabell 6. Vänner som missbrukar, kriminella vänner, andel med pojkvänner och sexuellt aktiva

<b>Fritid och vänner</b>	<b>FFT</b>	<b>Kontroll grupp</b>	<b>Chi2</b>
Inga vänner med alkohol/drog problem	9	6	
1-2 vänner med alkohol/drogproblem	8	7	
3 – fler vänner med alkohol/drogproblem	6	12	2,588
Inga vänner med problem med polis pga. brottslighet	9	10	
1-2 vänner med problem med polis pga. Brottslighet	8	4	
3- fler vänner med problem med polis pga. brottslighet	6	11	2,778
Ej haft/har pojk/flickvän senaste 3 mån	4	6	
Haft/har pojk/flickvän senaste 3 mån	21	19	0,500
Har ej sex	3	2	
Har sex	22	23	0,222*

\*Svag statistisk styrka p.g.a. små frekvenser i materialet.

Tabell 6 redovisar antalet vänner flickorna i de två grupperna har som har missbruksproblem respektive problem med kriminalitet. Vidare hur många som haft pojkvän på senare tid, samt om de är sexuellt aktiva. Inga säkerställda samband mellan flickornas fritidssituation och valet av behandlingsmodell kunde utläsas av resultatet.

*Familj.* Inom detta livsområde kunde påvisas signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupperna i en fråga som avsåg om flickorna kommer överens med sina bröder. FFT-gruppen hade större sammanhållning mellan flickan och sina bröder, medan kontrollgruppen i större utsträckning inte kom överens med sina bröder. Detta kan tyda på att samband fanns mellan överenskommelse med sina bröder och val av behandlingsmodell. Bra sammanhållning ledde till familjebehandling, mindre bra sammanhållning ledde till placering

utanför hemmet. Från avsnittet redovisas här i en gemensam tabell (tabell 7) följande exempel:

*Tabell 7. Kommer överens med moder, kommer överens med fader, trivsel, konflikter i familjen, upplevda problem med modern, upplevda problem med fadern, fysisk misshandel och sexuella övergrepp*

<b>Familj</b>	<b>FFT</b>	<b>Kontroll grupp</b>	<b>Chi2</b>
Kommer inte alls/lite överens med modern	6	7	
Kommer ganska mycket/mycket överens med modern	19	17	0,168
Kommer inte alls/lite överens med fadern	11	13	
Kommer ganska mycket/mycket överens med fadern	13	11	0,333
Trivs i familjen	7	8	
Trivs inte alls/lite i familjen	17	16	
Trivs ganska mycket/mycket i familjen	24	24	0,097
Inte alls/lite konflikter i familjen	11	17	
Ganska mycket/mycket konflikter i familjen	14	8	2,922
Upplever 0-3 problem med mamman	8	2	
Upplever 4-7 problem med mamman	8	14	
Upplever 8 – fler problem med mamman	9	8	5,277

Tabell 7 innehåller fler utvalda variabler. Eftersom denna studie är gjord av oss studenter på psykoterapi utbildning med inriktning familjeterapi, har vi valt att redovisa fler exempel som härrör till specialintresset inom området familj. För den totala redovisningen hänvisas även i detta avsnitt till appendix där samtliga data finns. Variabeln *överenskommelse med bröder* som visade signifikant skillnad finns redovisad i appendix. Tabellen redovisar frekvenserna över hur flickorna i varje grupp ansåg sig komma överens med modern respektive fadern, trivseln i familjen och hur fördelningen såg ut gällande konflikter i familjen mellan

grupperna. Vidare redovisas antalet upplevda problem med modern respektive fadern. Förekomst av fysisk misshandel och sexuella övergrepp rapporteras. Inga av dessa variabler visade signifikant skillnad mellan grupperna. Gällande sexuella övergrepp var frekvenserna för små för att Chi2 test skulle vara tillämpligt.

Signifikant skillnad i detta avsnitt fanns endast gällande undersökningsgruppernas överenskommelse med sina bröder. För övrigt kunde inga säkerställda samband mellan flickornas redovisade familjesituation och val av behandlingsmodell utläsas av resultatet.

*Psykiska och känslomässiga problem.* I detta avsnitt fanns få tabeller som är beräkningsbara med Chi2 test. Flera tabeller är inte ömsesidigt exkluderande, utan är en redovisning av olika symptom som kan förekomma i olika stor utsträckning hos varje enskild flicka. I återstående tabeller fanns ingen signifikant skillnad. Från avsnittet redovisas här i en gemensam tabell (tabell 8) följande exempel.

Tabell 8. Antal symptom, psykisk ohälsa senaste 30 dagarna och oro/besvär över psykisk ohälsa

<b>Psyk./känslomässiga probl.</b>	<b>FFT</b>	<b>Kontroll</b>	<b>Chi2</b>
Inga av 41 uppräknade psykiska och känslomässiga upplevs	0	0	
1 – 7 uppräknade psykiska och känslomässiga upplevs	7	0	
8 -15 uppräknade psykiska och känslomässiga upplevs	5	9	
16 – fler uppräknade psykiska och känslomässiga upplevs	13	16	Ej*
Inga dagar med psykisk ohälsa sista 30 dagarna	7	4	
1 – 6 dagar med psykisk ohälsa sista 30 dagarna	6	4	
7 – fler dagar med psykisk ohälsa sista 30 dagarna	12	16	1,770
Inte alls oro eller besvär med psykiska problem	11	5	
Lite oro eller besvär med psykiska problem	4	7	
Ganska mycket oro eller besvär med psykiska problem	5	6	
Mycket oro eller besvär med psykiska problem	5	7	3,492

\* Chi2 test ej lämplig p.g.a. små frekvenser i materialet.

Tabell 8 redovisar antalet upplevda olika symptom i en tabell som inte kan beräknas då frekvenserna är för små och i flera fall också noll. Hur många som upplevde sig lida av psykisk ohälsa ett visst antal dagar den senaste månaden samt frekvenserna över hur oro/besvär inom området psykisk ohälsa fördelar sig. De två senare frågeställningarna har beräknats med Chi2, ej signifikanta. Inga statistiskt signifikanta skillnader gällande flickornas psykiska och känslomässiga problem hos studiens två undersökningsgrupper har konstaterats. Således kunde inga säkerställda samband mellan flickornas psykiska hälsa/ohälsa och val av behandlingsmodell utläsas av resultatet.

*Brottslighet.* Ett livsområde helt utan signifikanta skillnader. Brottbenägenhet fanns i båda grupper. Generellt redovisar flickorna att insikten om hjälpbehov inom detta område är litet. Från avsnittet redovisas här i en gemensam tabell (tabell 9) följande exempel.

Tabell 9. Brott senaste 3 månaderna, debutålder, upplevda problem med rättsväsendet, oro/besvär och önskemål om hjälp

<b>Brottslighet</b>	<b>FFT</b>	<b>Kontroll</b>	<b>Chi2</b>
0 – 5 brott som begåtts de senaste 30 dagarna	10	9	
6 – 30 brott som begåtts de senaste 30 dagarna	6	5	
31 – fler brott som begåtts de senaste 30 dagarna	9	9	0,060
Ej åkt fast för polisen	4	6	
Upp till 9 år när åkte fast för polisen	1	0	
10 – 12 år när åkte fast för polisen	3	4	
13 – 14 år när åkte fast för polisen	9	6	
15 – äldre år när åkte fast för polisen	8	9	Ej*
Inte alls upplevt problem med rättsväsendet	20	17	
Upplevt problem med rättsväsendet	5	8	0,936
Inte alls upplevt oro/besvär över egen brottslighet	21	18	
Lite/ganska mycket/mycket oro/besvär över egen brottslighet	4	7	1,049
Inga alls önskemål om hjälp med eget brottsligt beteende	20	20	
Lite önskemål om hjälp med eget brottsligt beteende	2	1	
Ganska mycket önskemål om hjälp med eget brottsligt beteende	1	1	
Mycket önskemål om hjälp med eget brottsligt beteende	2	3	Ej*

\* Chi2 test ej lämplig p.g.a. små frekvenser i underlaget

Tabell 9 jämför gruppernas brottslighetaktivitet, hur många brott de begått den senaste månaden. Debutåldern (gripna av polis första fången) i kriminalitet uppgavs. Frekvenserna i de olika ålderskategorierna blev för små för att beräknas. Grupperna fördelade sig dock lika.

Upplevda problem med rättsväsendet, oro/besvär över dessa problem samt önskemål om hjälp redovisades. I det senare fallet var frekvenserna för små för att beräknas.

Inga signifikanta skillnader fanns mellan undersökningsgrupperna i avsnittet om brottslighet. Således kunde inga säkerställda samband mellan flickornas kriminalitet och val av behandlingsmodell utläsas av resultatet.

*Tobak, alkohol och narkotika.* I materialet gällande detta livsområde fanns totalt fem signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupperna. Skillnaderna som fanns visade i samtliga fem fall samma riktning. Mer symptom/förekomst i kontrollgruppen, som använt fler narkotiska preparat, injicerat mer amfetamin, använt kokain i större utsträckning, tagit ecstasy i större utsträckning och använt läkemedel (receptbelagd medicin i berusningssyfte) i större utsträckning än FFT-gruppen. Det bör påpekas att i samtliga fall utöver läkemedelsanvändningen får slutsatserna anses som tämligen svaga då det underliggande materialets frekvenser var av ringa storlek. Från avsnittet redovisas här i en gemensam tabell (tabell 10) följande exempel.



Tabell 10. Användning av alkohol en typisk månad, användning av narkotika någonsin, hasch, injicerat amfetamin, kokain, oro/besvär alkohol och oro/besvär narkotika

<b>Tobak, alk. &amp; narkotika</b>	<b>FFT</b>	<b>Kontroll</b>	<b>Chi2</b>
Använt alkohol 0 – 1 ggr/månad	10	9	
Använt alkohol 2 - 4 ggr/månad	4	9	
Använt alkohol 5 – fler/ månad	11	6	
			3,427
Aldrig använt narkotika	8	4	
Använt 1 – 2 narkotiska preparat	11	5	
Använt 3 – 4 narkotiska preparat	3	6	
Använt 5 – 6 narkotiska preparat	3	10	8,353*
Aldrig använt marijuana/hasch	8	7	
Använt ibland – 1 ggr/månad	7	8	
Använt 2ggr månad eller mer	10	9	0,166
Aldrig injicerat amfetamin	21	14	
Injicerat amfetamin	4	10	3,953**
Aldrig använt kokain	20	11	
Använt kokain	5	13	6,151** *
Upplever inte alls oro eller besvär över problem med alkohol	23	21	
Upplever lite oro eller besvär över problem med alkohol	0	3	
Upplever ganska mycket oro eller besvär över problem med alkohol	0	1	
Upplever mycket oro eller besvär över problem med alkohol	2	0	Ej****
Upplever inte alls/lite oro eller besvär över problem med narkotika	18	14	
Upplever ganska mycket/mycket eller besvär över problem med narkotika	7	10	1,009

\* Vid valda signifikansnivå 0.05 är det kritiska värdet vid Chi2 beräkning i denna tabell med tre frihetsgrader 7,816. (Chi2 0,05<sup>3</sup>=8,353)

\*\*Vid valda signifikansnivå 0.05 är det kritiska värdet vid Chi2 beräkning i denna tabell med en frihetsgrad 3,841. (Chi2 0,05<sup>1</sup>=3,953)

\*\*\*Vid valda signifikansnivå 0.05 är det kritiska värdet vid Chi2 beräkning i denna tabell med en frihetsgrad 3,841. (Chi2 0,05<sup>1</sup>=6,151)

\*\*\*\* Chi2 test ej lämplig p.g.a. små frekvenser i underlaget

Tabell 10 redovisar alkoholanvändandet en typisk månad för respektive undersökningsgrupp. Vidare totalt sett hur många flickor som använt narkotika och i så fall hur många preparat som de använt. Narkotika grupperna hasch, amfetamin (injicerad form) och kokain redovisas separat. Flickornas oro/besvär över problem med både alkohol och narkotika rapporteras. Som tidigare redovisas jämförelsevärdet, Chi2, per hel variabel.

Kontrollgruppen har använt mer av vissa tyngre droger medan FFT-grupper använder mindre, dock finns förekomst i båda grupper. Gruppen med större missbruk placerades i större omfattning på institution medan gruppen med mindre missbruk i större utsträckning fick FFT behandling. Signifikanta skillnader fanns inte gällande tobak, alkohol, cannabis och i övriga fall av tyngre droger. Således kunde vissa säkerställda samband mellan tyngre droger och val av behandlingsmodell utläsas av resultatet, medan samband mellan andra tyngre droger, cannabis och alkohol, inte kunde utläsas av resultatet.

### Diskussion

Vår jämförande studie avsåg två undersökningsgrupper, som efter samma mätning avseende symptom och problem inom 9 livsområden, har kommit att behandlas i familjen med FFT respektive traditionell låsbar institutionsvård. Frågeställningen har varit om de skiljer sig åt gällande symptombelastning och om det fanns några skillnader i symptom mellan dessa båda grupper som kunde vara avgörande för var flickorna fick sin behandling?

Några sådana avgörande skillnader har vi inte kunnat belägga så vår forskningsfråga har därför förkastats. Det finns inga sådana skillnader i symptom som på ett avgörande sätt är avgörande för var flickorna får sin behandling i vår studie. Detta innebär att FFT kan hantera svår ungdomsproblematik. Eftersom det idag är ett relativt blygsamt antal som får tillgång till sådan behandling, utan att det stora flertalet istället får en behandling på en låsbar institution, torde FFT kunna utgöra ett alternativ till traditionell institutionsvård. Vi har i vår studie funnit att symptombelastning härvidlag inte utgjort något skäl till att inte använda FFT. De skillnader som konstaterats innehåller skillnader som gällt före placeringen avseende tidigare boende utanför familjen för flickorna på låsta avdelningar och en större frekvens av användande av några tyngre droger. Detta användande förekommer dock i både grupperna

och har inte varit diskvalificerande för att FFT modellen på hemmaplan har blivit alternativet även för de flickor där denna modell genomförts.

Vi har i vår studie därför inte kunnat visa att det funnits några avgörande skäl till att inte erbjuda en annan form av institutionsvård där familjen istället står i centrum från början. Familjen först som princip, sedan därefter utveckla metoder för att rusta individ och familj för bättre strategier och ”coping” med situationen och andra lösningar på problemen. Det föreligger inget skäl ur symptombelastningens synvinkel att göra tvärtom, genom att först rusta individen för att sen gå till familjesituationen.

Studien har istället bidragit med att visa, att det istället för gängse uppfattning att det är symptombelastning som avgör insatser för dessa flickor tycks det finns andra skäl. För att utveckla diskussionen och medverka till att skapa en adhoc hypotes vill vi återvända till materialet och också väga in våra kliniska erfarenheter och bedömningar.

#### *Kommenterar till utfallet i samtliga tabeller.*

Vi har i studien, utöver de statistiskt signifikanta skillnaderna som vi redovisat under studiens resultat, också valt att kommentera de små tendenser som framkommer i vår studie utifrån vår egen kliniska referensram. Vi reflekterar över dem som antydningar i någon riktning utan statistisk power. Dessa iakttagelser har inte alls någon tyngd som de ovan redovisade resultaten, men vi bedömer ändå att de kan vara intressanta utifrån en mer generell (kvalitativ) nivå som behandlar symptombelastning som dessa båda grupper har var för sig och tillsammans. Vår referensram för dessa kommentarer består av våra egna samlade erfarenheter och referenser, med nio års perspektiv av arbete med institutionsplacerade flickor som erhållit FFT eller traditionell institutionsarbete och efter genomgången utbildning som lett fram till denna uppsats. Framställningen bygger också här nedan på ADAD:s livsområden, som vi följer i redovisningen;

*Bakgrundsuppgifter/tidigare insatser.* I resultatredovisningen i föregående avsnitt konstaterade vi att det endast förelåg en signifikant skillnad mellan grupperna. Det var fråga om boendemiljö året innan institutionsplaceringen. Det som vi tycker oss ha sett som tendens och som kan vara värt att kommentera inom detta avsnitt var att det bland FFT-gruppens flickor fanns fler utlandsfödda och att det också finns något fler familjer i denna grupp med en svensk och en utländsk förälder. I vår kliniska praxis har vi funnit att det i familjer med annan kulturell bakgrund tycks finnas en mer utpräglad önskan att lösa familjekonflikter inom familjens ram som skulle kunna peka mot att deras önskan tillgodoses genom att flickorna får

tillhöra FFT-gruppen. En annan tendens för familjerna finner vi är gemensam för båda grupperna. De tycks gå från en mer sammanhållen familj till en mer splittrad under ungdomarnas uppväxt. Den gemensamma riktningen för grupperna tycks vara att splittringen ökar ju äldre flickan blir. Den finns en liten tendens samtidigt till att FFT-gruppen har en större familjesplittring på så sätt att flickan bor i större utsträckning inte längre med båda sina föräldrar och förändringen har skett tidigare för denna grupp. Den frånskilda modern i FFT-gruppen, tycks också förbli mer ensam boendeförälder i större utsträckning. När flickorna i studien blivit 16 års eller mer så bor återigen lika många hos båda föräldrarna även om nu dessa är få till antalet, ca 10 %.

En annan tendens som vi tyckte oss kunna utläsa ur tabellerna var att familjerna i båda grupperna hade flyttat ofta. De frågor som inställde sig då för oss var om hur den otrygghet och utanförskap som flickorna ofta gett uttryck för i vårt kliniska arbete hängde samman med dessa många flyttningar? Vi har ofta, i vårt arbete stött på svårigheter med att stödja flickorna i att etablera positiva vänskapskontakter. En tanke var då, från vår sida, att de sociala svårigheter som flickorna uppvisade kan ha påverkats av dessa uppbrott och nyetableringar som skett under känsliga perioder i deras utveckling.

Vi fann också att det är noterbart att inte heller när det gäller antalet rymningar fann vi någon påvisbar skillnad mellan grupperna. Detta skulle kunna tyda på, enligt vår mening, att förutom att vi fann endast en signifikant skillnad, att det totalt sett förelåg en stor likhet mellan grupperna. I vårt kliniska arbete med FFT arbetar vi genomgående med hierarkin inom familjen. Den utgångspunkt vi då har haft är på vad man i familjeterapi talar om som att flickorna avsätter sina föräldrar och ändrar familjens hierarki (Minuchin & Fishman, 1990; Sexton & Alexander, 2007) till att de befinner sig i överläge i stället för föräldern. Stöd för att arbetet med hierarkier inom familjer är viktigt, tycker vi också ha indirekt funnit i senare forskningsresultat, presenterade vi IFTA kongress 2012 i Vancouver av Scott Sells, Ph.D, Associate Professor of Social Work vid Savannah State University och executive director vid Savannah Family Institute i Georgia, som påvisar att om ingen familjeterapi påbörjas före utskrivning från institution, ökar rymningsrisken.

När det gäller siffrorna gällande föräldrarnas civilstånd antydde de att FFT-gruppens föräldrar i något högre grad har separerat och att den tendensen bestod tills flickorna lämnat sina data vid inskrivningen. FFT-gruppens mödrar gifte i mindre utsträckning om sig. Tendenserna vi fann i vår studie var dock mycket små. Vi fann dock iakttagelsen intressant att

kontrollgruppen har en liten tendens till att ha fler sammanhållande föräldrar. Vår reflektion blev då om uppdragsgivaren på något sätt från början bedömt föräldraförmåga och att detta på något sätt påverkat en fokusering på barnets/ungdomens bidrag till den uppkomna situationen och förbisett hur familjen bidrar till situationen som lett till insatser utanför familjen.

Vi fann också att det i hela undersökningsgruppen fanns en förekomst en klart högre förekomst av syskon än riksgenomsnittet. Enligt SCB bor 2,2 barn i snitt per familj. I denna studie fanns det i familjerna 3,72 (FFT) resp. 3,68 (kontrollgruppen) barn i varje familj, eventuellt fler beroende av att det högsta svarsalternativet i ADAD är 4 syskon eller fler. Det skulle kunna vara en gemensam riskfaktor för båda grupperna, då stora familjer skulle kunna innebära sämre socioekonomisk situation (Lagerberg & Sundelin, 2000).

Moderns sysselsättning utgjorde ingen skillnad i studien utan tendensen med likhet mellan grupperna fann vi bestå. Båda gruppernas mödrar var i sysselsättning eller befanns i utbildning till 50 %. Några fler mammor i FFT-gruppen var sjukskrivna, men för båda grupperna skulle det kunna finnas anledning att tänka på förhållanden som återverkar på varandra med ökad belastning, stress och sjukdom. Egen problematik hos förälder finns belagd som en riskfaktor (Andershed & Andershed, 2005) och särskilt anses flickor påverkas av moderns problematik. När det gäller faderns sysselsättning så fann vi en tendens att FFT-gruppen rapporterar mindre sysselsättningsgrad bland papporna än kontrollgruppen. Vi har dock inte kunnat utlösa om flickan sammanbor vid intervjutillfället med den arbetslösa föräldern eller inte, vilket påverkar bedömningen av betydelsen som faktorn haft för vilken av våra undersökningsgrupper flickan kommit att tillhöra. Utifrån vår kliniska praxis så bedömde vi att vi här kan ha sett de invandrarfamiljer som inte är integrerade tillsammans med de ensamstående försörjarna och att detta då märks i denna tabell.

Anmärkningsvärt är att 80 % av samtliga uppger att de inte haft öppenvårdsinsatser. Enligt vår uppfattning kan det indikera på en alltför ospecifik frågeställning i ADAD. Tabellsvaren motsägs av senare tabeller i kapitlet där flickorna uppger insatser av olika slag. Innebörden av begrepp som vård och behandling är ofta, enligt vår erfarenhet, svåra att beskriva för flickorna vi träffar. Tendensen att några fler flickor i kontrollgruppen uppger att de haft kontaktfamilj har vi funnit värt att beakta utifrån vår kliniska erfarenhet. Det skulle, enligt vår bedömning, kunna ha varit en tendens till att det från början skett en inledning med socialtjänstens olika insatser av bistånd i större utsträckning utanför familjen. Problem som då kanske hanteras genom att tillföra andra insatser, än att lösa problemet inom familjen. Vi fann en tendens som

också skulle kunna tyda på samma riktning genom att hälften av samtliga flickor i studien har tidigare placerats i familjehem. Av dessa har några fler i kontrollgruppen omplacerats fler gånger. Även vid sammanbrott i behandling synes en tendens att fortsättningsvis söka lösningar på problem utanför den egna familjen bland kontrollgruppen.

*Ungdomarnas hälsa.* Här fann vi i resultatdelen ingen signifikant skillnad. Generellt tycks flickorna i denna studie uppfattat sin hälsa som god i båda undersökningsgrupperna. En intressant jämförelse uppfattade vi med rapporteringen i resultatdelen om missbruksproblem, där 80 % av flickorna uppgav missbruk. I 12 % följde inskrivningen direkt på en vistelse på avgiftningsklinik. Trots detta uppfattar grupperna sin hälsa som god.

*Skola.* Signifikant resultat presenterade vi under resultatredovisningen med att fler i FFT-gruppen fortfarande går kvar i grundskolan medan fler i kontrollgruppen har hoppat av eller avbrutit grundskolan. Avvikelsen i ålder mellan undersökningsgrupperna (FFT-gruppen är något yngre) skulle kunna ha påverkat svaren inom detta livsområde i ADAD. Eventuellt fler FFT-elever går kvar i grundskolan för att de är i ålder för att vara kvar i högstadiet (grundskolenivå). Det innebär också att kontrollgruppen sammantaget har exponerats mot större avhoppsrisk genom att de som grupp genom sin äldre ålder haft fler grundskoleår att hoppa av ifrån. Med reservation av redovisad osäkerhet så verkar tendensen med större antal avhopp i kontrollgruppen hålla i sig även på gymnasienivå. Fler FFT-elever rapporterade en avstängning medan fler av kontrollgruppen elever rapporterar tre eller fler avstängningar. FFT-eleverna har erhållit mer specialundervisning i skolan. Det skulle kunna utgöra en tendens till fler insatser i skolan till FFT-gruppen liksom fler insatser i hemmet. Motsvarande tendens skulle vara att det är fler avstängningar och avhopp i kontrollgruppen liksom fler insatser utanför hemmet.

Flickorna i studien redovisar generellt ett antal olika skolproblem. Totalt sett är det en tendens till ett större antal problem i kontrollgruppen. Det finns en samstämmighet inom kontrollgruppens tendenser med flera rapporterade problem, i att trivas sämre i skolan och att det ökar efterhand genom de olika skolstadierna. FFT-gruppen rapporterade mindre oro men mer önskan om hjälp med mer riktade skolinsatser (specialundervisning), medan kontrollgruppen rapporterade mer oro men mindre önskan om hjälp.

*Arbete.* Kontrollgruppen uppger signifikant att den har mer erfarenhet av arbete. Denna grupp önskar också mer hjälp inom området arbete än FFT-gruppen. Rapporteringen från detta kapitel skulle således kunna visa på samband mellan problem med arbete och

flickornas ålder, men också den signifikanta skillnaden att kontrollgruppen hoppat av skolan i större omfattning och då kan förväntas ha större erfarenhet av arbete, vilket de också har. Kapitlet kring frågor rörande arbete är en liten del av ADAD intervjun. Målgruppen är tonåringar, vilka har begränsad erfarenhet av arbete och problem kring detta, av just den anledningen att de inte befinner sig i en fas i livet som normalt inkluderar arbete. Eventuellt kan flickorna ha svarat efter erfarenhet av praktik (prao) i arbetslivet, mer än erfarenhet av reellt arbete.

*Fritid och vänner.* Det finns enligt vår bedömning en risk för underrapportering i detta avsnitt. Att problematik kring att ha vänner som själva har problem skulle kunna rapporteras lågt i självskattningsformulär. Vår kliniska erfarenhet säger oss att flickor i båda grupperna är försiktiga med att lämna ut omständigheter kring sina vänner. Det är ingen signifikant skillnad i tabellerna med att ha vänner med missbruks- respektive kriminalitetsproblem mellan grupperna. Vi kan uppfatta en liten tendens till att kontrollgruppen har fler vänner med sådana problem.

Den rapporterade tid som flickorna lägger på att umgås med vänner som har problem har samma tendens som gäller för frågan om antal vänner med dessa problem. Båda undersökningsgrupperna är i dessa miljöer, som får anses vara en påtaglig riskmiljö. I prosocialt umgänge är grupperna mer identiska än umgänget med problemvännerna. Anmärkningsvärt är att ca 20 % av flickorna i båda grupperna inte umgås någon tid alls med vänner som varken missbrukar eller begår brott. Den tid som ungdomen har på egen hand rapporteras i det närmaste identiskt mellan grupperna. Dessa flickor har generellt inte mycket tid ensamma.

Frågeställningarna kring pojkvänner med problem besvarades av grupperna närmast identiskt. I båda grupperna hade flickorna pojkvänner som var aktiva med missbruk och kriminalitet. Vår kliniska erfarenhet har varit att detta kan vara en riskfaktor som kan tänkas bli starkare för undersökningens flickor jämfört med umgänget med problemvänner, utifrån erfarenheten att flickan i än större utsträckning positivt värderar pojkvännen mer än andra vänner. Tendensen för de båda grupperna är gemensam i fråga om insikt eller avsaknad/oförmåga att koppla sin egen problematik till sina vänners. Endast ca 1/3 av individerna rapporterar oro och än färre, 1/5, önskar hjälp inom området fritid/vänner.

*Familj.* Vi har funnit i resultatredovisningen att statistiskt samband finns mellan överenskommelse med sina bröder och vilken grupp som ungdomen ingår i. Det är svårt att

tolka detta samband och vilken betydelse det har. Relationen mellan syskon och dess betydelse är i familjeterapin väl känd och vi uppmanas att använda syskon genom att försöka få dem att medverka i terapin (Sexton & Alexander, 2007). Kanske finns det någon betydelse här som underliggande kan påverka om FFT kan komma ifråga men den kan också vara slumpmässig. Flickorna i båda grupperna kommer väl överens med sina systrar och där råder det likhet mellan grupperna.

Om vi tittar på överenskommelse med föräldrar så är den närmaste identisk mellan grupperna. Generellt kommer flickor i båda grupperna bättre överens med modern än med fadern. Denna studie har som bekant endast flickor i undersökningsgrupperna. Om motsvarande övervikt funnits åt andra hållet om undersökningen även gällt pojkar är därför obekant. Vi vet att tonåren är en period då identitetsutvecklingen syftar till att bli vuxen och att detta aktualiseras i samspel med omsorgspersoner. Då föräldern är av samma kön, som modell för inläring, kan det få särskild betydelse (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009).

I FFT-gruppen finns en tendens till att flickorna rapporterade mer konflikter i familjen. De tidigare tabellerna visar på en tendens att kontrollgruppen befinner sig mindre i familjerna. Detta skulle kunna tolkas som att ungdomen som vistas mindre med familjen är mindre benägen att rapportera konflikter. Konflikterna i sig handlar dock i mindre omfattning om pengar, tendenserna har då jämnats ut mellan grupperna till närmast identiskt lika på låg nivå.

Angående modern finns det en tendens till att kontrollgruppen beskriver fler problem för modern med fysisk hälsa, missbruk och kriminalitet, medan tendensen är fler problem för modern med psykisk ohälsa i FFT-gruppen. Observera att detta är antal ikryssade problem, som inte behöver motsvaras av lika många mödrar. För pappornas del återkom även där fler rapporterade problem med fysisk hälsa i kontrollgruppen, annars förelåg det mer jämt fördelat. På samma sätt tycks uppfattningen om syskons problem vara rapporterade. Fler val i kontrollgruppen för problem med missbruk och kriminalitet, fler problem med psykisk och fysisk hälsa i FFT-gruppen. Detta har samma tendens som hos de undersökta flickorna.

Knappt hälften i båda grupperna tyckte det var ganska mycket eller mycket svårt att prata med sin far. I förhållande till mödrarna fanns det en tendens att FFT-gruppen uppfattade det lättare att prata med mödrarna. Det tycks sammanfalla med frågeställningen om man kommer överens med mödrarna som vi rapporterade om ovan. Kontrollgruppen menade till ca 40 % att det var ganska till mycket svårt att prata med mamma, medan de till ca 70 % anser sig komma väl överens med henne. Denna grupp har fått mindre av familjeinsatser, alltså



mindre hjälp till samtal hemma. I FFT-gruppen behålls sambandet mellan god överenskommelse och lätt för att prata med mamma. Det är också ett mindre bortfall i svaren om modern. Vår bedömning är att det skulle kunna tolkas som att mammorna är mer tillgängliga för sina döttrar. Relationen till föräldrarna rapporteras mätt i upplevd besvikelse åt båda håll samt reaktion på regler och kritik mot föräldern. Det går här att delvis jämföra ADAD frågorna med mätning av Expressed emotion (EE) i Frågor om familjemedlemmar (Hansson & Jarbin, 1997). FFT gruppen har i ADAD materialet en tendens till att ha det svårare med relationen till sin pappa, medan kontrollgruppen tvärtom rapporterade mer svårigheter med mamman. Kanske måste man se denna tendens i ljuset av att FFT-gruppen har fler separationer från fäderna och att detta leder till mer besvikelse för dessa flickor?

Särskilt intressant finner vi att totalt sett 26 individer av 50 rapporterar förekomst av fysisk misshandel och att det uppfattas lika mellan grupperna. Brottsmyndigheten rapporterade 2011 om att drygt vart sjunde barn i Sverige blir utsatt för fysiskt våld i familjen. Detta visar att här finns en överrepresentation i båda grupperna. Förekomsten av psykisk misshandel visade sig vara mindre totalt sett jämfört med fysisk misshandel. En svaghet kan dock här vara, att begreppet psykisk misshandel ter sig mer diffust och svårare att ta till sig. FFT-gruppen rapporterar lite högre siffror men generellt kan dessa båda grupper uppfattas som mycket utsatta.

Trots att rapporterade sexuella övergrepp i denna studie uppvisar små numerärer så uppgår den rapporterade förekomsten ändå till ca 17 % i FFT-gruppen och till drygt 8 % i kontrollgruppen. Förekomst av våld och övergrepp i familjen är en påtaglig riskfaktor (Andershed & Andershed, 2005) och det understryker vilken utsatt grupp båda grupperna tillsammans utgör.

*Psykiska och känslomässiga problem.* Här finns inga statistiska samband när det gäller psykiska och känslomässiga problem mellan grupperna. Det vi utläste ur tendenser visar att det finns en antydning om större psykiska och känslomässiga problem i kontrollgruppen. Den psykiska ohälsan de senaste 30 dagarna tycks vara mer förekommande i kontrollgruppen. Antalet angivna besvär, mer i form av diagnoser än symptom, tenderar att vara större i kontrollgruppen än FFT-gruppen totalt i livet. Intressant är däremot att närmare inskrivning minskar besvären och även skillnaderna mellan grupperna. Svår oro/svår depression och koncentrationsproblem tenderar bli större i kontrollgruppen inför placeringen.

*Brottslighet.* Ett kapitel helt utan signifikanta skillnader i vår studie. Brottbenägenhet finns i båda grupper. Den enda tendens som finns i denna studie är i så fall att det förelåg enstaka fler allvarigare brott i FFT-gruppen. Likheten mellan grupperna bestod då de rapporterade om upplevda problem med rättsväsendet. Det rapporterades mycket låg oro/besvär alternativt önskemål om hjälp. Tendensen uttrycktes lika mellan grupperna. Det anmärkningsvärda, enligt vår bedömning, är nivåerna, med tanke på rapporterad brottbenägenhet.

Vår kliniska erfarenhet av att detta område, jämfört med de tidigare genomgångna i studien, är att här uttrycker generellt flickorna i minst utsträckning oro eller önskan om hjälp. En konsekvens, som vi ofta får bearbeta i FFT behandling då det tycks handla om tankemönster som legitimerar deras beteenden och svårigheter, samt ett behandlingsarbete inriktat mot att ta in perspektivet med brottsoffren.

*Tobak, alkohol och narkotika.* I detta avsnitt finns totalt fem signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupperna i resultatredovisningen. Val av behandlingsalternativ skulle därför kunna vara relaterat till flickornas drogvanor med hänvisning till användande av de droger som normalt kallas tunga droger. Samtidigt vill vi lyfta fram att det kan vara viktigt att betona att det finns en rapporterad förekomst av alla droger, även de tyngre och avancerad användning i båda grupperna.

När det gäller tobaksvanor är tendensen den att ingen betydelsefull skillnad förekommer mellan grupperna. Tobaksrökning anses vara en inkörsport till haschrökning, och som sådan en riskfaktor. En undersökning som Statens folkhälsoinstitut låtit genomföra bland elever på sex gymnasieskolor i Skåne (2011) visar att 64 procent av de elever som röker regelbundet har testat cannabis. Bland elever som aldrig rökt vanlig tobak har bara fyra procent testat cannabis. Denna studie visar inte på några skillnader gällande cannabis mellan grupperna.

Av fjorton drogposter synes debut åldern vara tämligen lika. Debutåldern följer inte det signifikanta resultatet på så sätt att det skulle vara yngre debutålder i kontrollgruppen för de tunga drogerna.

Väldigt få i undersökningsgrupperna använde inte alkohol. Ca 60 % i båda grupperna använde alkohol minst 2 ggr/månad. Alkoholkonsumtion i unga år tycks vara relaterat till senare och svårare alkoholproblem (Samuelsson, 2011). Vid rapporterad förekomst av

Blackouts, syntes en tendens i materialet om ett tänkbart samband mellan större antal frekventa användare bland FFT-gruppen och större antal Blackouts. Antal gånger ungdomen varit full senaste månaden, rapporterades istället med en större frekvens i kontrollgruppen. Sammantaget är det vår kliniska bedömning utifrån vår erfarenhet att sannolikt att gruppernas användande av alkohol tycks vara tämligen lika.

I resultatredovisningen rapporterade vi användande av narkotiska preparat i en gemensam tabell, innan drog för drog rapporterades. Skillnaden är signifikant, dock utifrån svagheten att tabellen är omarbetad. I omarbetad form fann vi att blandmissbruk var mer förekommande i kontrollgruppen. Dessa flickor använde fler preparat och detta inkluderade även mer användande av tunga droger i vissa fall.

Haschanvändandet är däremot i det närmaste identiskt mellan grupperna. Anmärkningsvärt är att 70 % av flickorna använder cannabis. Detta belyser gruppen som helhet, att det är en klientgrupp med hög belastning som är föremål för denna studie. Cannabis anses ofta som ingångsdrog till tyngre droger.

När det gäller amfetamin har vi den signifikanta skillnaden med flickor som injicerat drogen. Observera att slutsatsen bör uppfattas som svag då sammanslagningen till beräkningsbar tabell behövt göras med anledning av frekvensernas storlek i original tabellen. Det totala antalet rapporterade användare av denna drog genom injicering är lågt, tre individer i kontrollgruppen. Om man ser till den totala redovisningen om amfetamin är tendensen den att fler flickor i kontrollgruppen använder, mot färre flickor i FFT-gruppen.

Heroin/opiater indelas på samma sätt i ej injicerat och injicerat. Rapporterade nivåer av att använt denna drog på något sätt, är i kontrollgruppen 37,5 % och i FFT-gruppen 28 %. Dubbelt så många flickor i kontrollgruppen rapporterar att de injicerat heroin/opiater. Förekomsten i båda grupper bedömer vi utifrån en klinisk horisont som alarmerande och är en kritisk faktor för att kunna hantera behandlingen.

När det gäller kokain så är det signifikanta skillnader. Kontrollgruppen använder denna drog i större utsträckning. Dock är värdena identiska bland de fåtal som använder drogen varje vecka. FFT-gruppen rapporterar fler som aldrig provat, medan kontrollgruppen har fler i mellanskiktet, de som använt men inte använder kontinuerligt. Vår kliniska erfarenhet är att tillgängligheten av kokain ökar. I fler och fler sammanhang stöter undersökningsgrupperna på denna drog, som i alla fall tidigare ansetts vara en dyr partydrog

bland innehetsar i storstäder. Under 2011 tog tull och polis 90 kilo kokain i beslag. På tio år har beslagen fördubblats (accent 2012-03-27 IOGT-NTO).

LSD/hallucinogener. Relativt få flickor i studien rapporterade att de använde dessa droger och ingen uppger att de använder dem kontinuerligt. När det gäller ecstasy erfarenhet så använder kontrollgruppen det signifikanta mer. Användningen i kontrollgruppen är för övrigt det samma som för kokain användning. Kontrollgruppen är mer frekvent även här i mellanskiktet av användare. Kontinuerliga användare är få men lika i grupperna. Den totala förekomsten av ecstasyerfarenhet är i FFT-gruppen 20 % och kontrollgruppen ca 54 %. Vår kliniska erfarenhet är att det i samma kretsar som förekommer av både kokain och ecstasy finns.

Om flickorna berusar sig med tabletter redovisas separat gällande inte receptbelagd medicin och gällande receptbelagd medicin. I det senare fallet finns signifikanta skillnader. Tendensen är bekräftad även gällande denna form av missbruk, att kontrollgruppen i större utsträckning använder droger för att bli påverkade. Vad gäller skillnaden mellan inte receptbelagd och receptbelagd medicin, kan spekuleras kring i vilka miljöer receptbelagd medicin finns. Kontrollgruppens flickor är alla intagna på låsbar behandling i institutionsmiljö och de rapporterar även en tidigare tendens till större förekomst av andra former av slutenvård. Är detta sambandet mellan dem och större användande av receptbelagd medicin i berusningssyfte eller är det rapporterat då det förskrivs på institutionen under låst behandling? Vår kliniska erfarenhet säger oss att förskrivningen ökar därför att flickorna av Bup bedöms finnas sig under kontrollerade former och därför förskriver mer under denna behandling.

Förekomsten av sniffning/lösningsmedel rapporterades lika mellan grupperna. Ca 35 % av alla flickor i studien hade drogat på detta sätt. Vår kliniska erfarenhet säger oss att detta mest används i inledningen av missbruket och att få fastnar i sådan användning.

Det som flickorna rapporterade om skadeverkningar på hälsan till följd av alkohol och droger, fördelade sig helt lika mellan grupperna. Drygt 60 % ansåg att det medför skadeverkningar för deras hälsa. Den lika fördelningen var inte samstämmig med den signifikanta skillnaden gällande vissa tyngre droger som finns i studien som då borde ha medfört större oro i kontrollgruppen. När det gäller oro/besvär kring alkoholanvändandet, så existerade den knappt överhuvudtaget bland samtliga flickor. Något fler individer vill ha hjälp med alkoholhanteringen. Fortfarande är det helt jämnt fördelat mellan grupperna. Nivåerna på de som önskar hjälp uppgår till ca 20 %. Oro/besvär över narkotika, är större än för alkohol.

Det finns en något förhöjd oro i kontrollgruppen, men är inte motsvarande de siffror om missbruk som redovisats för denna grupp. Det skulle kunna uttryckas som att det är fler som missbrukar än det är som oroar sig för det. Detta resonemang motsägs av det faktum att så många som nästan 80 % av flickorna anser att missbruksproblematik funnits med i beslutet att placera dem för behandling. Önskemål om hjälp är samtidigt helt lika mellan grupperna och är ett uttryck för samma tendens som tidigare. Flickorna önskar mer hjälp med narkotika än med alkohol. Gemensamt är att betydligt färre vill ha hjälp än de som konsumerar droger. Det finns fler missbruksproblem i kontrollgruppen, men inte mer individer som önskar hjälp.

Vi konstaterade inledningsvis i diskussionsavsnittet att en adhoc hypotes behövde utvecklas utifrån att vår hypotes har förkastats i denna studie. En sådan adhoc hypotes skulle vi kunna bygga på vår studies resultat tillsammans med tendenserna som vi beskrivit ovan.

Bakgrunden till varför flickorna kan ha fördelats på de respektive grupperna skulle kunna få ett bidrag från ett tidigt tänkbart samband mellan biståndsinsatser utanför den egna familjen och kontrollgruppen och ha en bakgrund i redan tidigare biståndsinsatser från socialtjänsten. Fler flickor i kontrollgruppen synes ha tidigare institutionsplaceringar bakom sig samt också i större utsträckning omplacerats. Så väl institutionsplacering som sammanbrott av behandling är kända riskfaktorer gällande utveckling av ungdoms asocialitet (Andreassen, 2003). Valet att erbjuda FFT behandling eller vård på låsbar avdelning på institution kan vara en följd av tidigare beslut i ärendet eller mer av samma lösning som får sin fortsättning (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Åtgärder som innehåller resurser utanför familjen fullföljs i större utsträckning i kontrollgruppen och familjebehandlande insatser fullföljs mer i FFT-gruppen. Det finns i vår studie en signifikant skillnad mellan grupperna var de bodde året innan inskrivning i nu aktuella behandling som skulle kunna stödja en sådan adhoc-hypotes. Även vid sammanbrott i behandling synes en tendens att fortsättningsvis söka lösningar på problem utanför den egna familjen bland kontrollgruppen. Detta är anmärkningsvärt då forskningen inte stöder placering i familjehem för tonåringar med uppförandestörning/kriminalitet (Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermark, 2001) som är en betydande del av problematiken för samtliga våra undersökta flickor.

Utifrån vår kliniska erfarenhet om vilka flickor som kan komma ifråga för FFT så kan det haft en betydelse om uppdragsgivaren uppfattat problemen/symptomen som individ- eller familjeorienterat från början. Låg sysselsättningsgrad hos förälder skulle då t.ex. kunna ses som mer av ett familjeproblem, d.v.s. att om föräldrar har problem så spiller det över även på barnen,

medan om ett barn har symptom i en familj med synbart etablerade föräldrar skulle det kunna uppfattas som ett individproblem.

Negativa vänskapsrelationer är en känd riskfaktor (Lipsey & Derzon, 1998) och som ofta i vår kliniska praxis utgör ett stort problem. En fråga som väcks är om val av behandlingsmodell påverkas av att flickorna ska komma bort från sina vänner? Om det är så att antalet vänner med drog/kriminalitet påverkar valet av behandlingsmetod för ungdomen, så blir det en intressant frågeställning som uppstår kring evidens för behandling av ungdomsasocialitet, kontra den riskfaktor som smittorisk på institution innebär (Andreassen, 2003), där det just samlas flera flickor med denna problematik. Det skulle innebära att anledning till låsbar behandling bygger på en bedömd risk för påverkan ute i samhället samtidigt som det leder till att ungdomen placeras med andra med just denna problematik som man på hemmaplan vill undvika.

Om vi går tillbaka till den tendens som vi del för del har sett, att kontrollgruppen tidigare skiljs från familjen, vill vi också ställa en fråga. Kan tidigare familjeinriktade insatser varit ett skydd mot psykiska problem och kan tidigare externa vård insatser varit en risk för utvecklande av psykiska problem? Institutionsvård kan ju i sig vara en riskfaktor för vidare vårdbehov som Tore Andreassen visar i sin metastudie (2003).

#### *Sammanfattning.*

Vår ad hoc hypotes bygger på konstaterandet att det finns skillnader i ingångsvärden som följer före den nuvarande placeringen. Vi har i vår studie funnit att mer avgörande är var flickorna placerats för sin behandling från början. Tidigt avskiljande från familjen fortsätter på samma väg. Institution och externa placeringar leder till nya institutionsplaceringar. Detta trots att vi anmärkningsvärt nog funnit att kontrollgruppen har mer sammanhållen familjesituation. Sannolikt finns inga egentliga skillnader mellan individerna i de två grupperna utan de till antalet väldigt få variabler som ändå i resultatet visar på signifikans, bör förstås utifrån ovanstående resonemang kring tidigare externa placeringar utanför hemmet och dess följdverkningar. Avhopp från grundskolan för kontrollgruppen är en följd av mindre satsningar för dem i befintlig skola och istället flytt till en ny enhet. Användandet av vissa tyngre droger är signifikant större i kontrollgruppen för de flickor som använt dem mer spontant eller inte så kontinuerligt. Sannolikt en konsekvens av vilket sammanhang flickan befinner sig i, mer än ett allvarligt beroendetillstånd. De få signifikanserna kan även vara rent

slumpmässiga med tanke på utfallet av endast tio av testade 160 tabeller. Svårighetsgraden avseende symptombilden har ingen betydelse för placeringen.

Vi tror, att trots ambitioner från SiS, så har traditioner (Fridell, 1996) mer styrt utvecklingen inom institutionsvärlden. Vi tror också att forskningen kommit att för ensidigt forska i metoder som kan integreras inom en sådan ram. Perspektivet har varit individinsatser, där den unge, dennes familj och nätverk blir fokuserade på utifrån att de är delmål, där den unge har problem som hon behöver rustas för att hantera (se exempelvis BBIC). Så har också MultifunC - Multifunktionell behandling på institution och i närmiljö som SiS varit med och utvecklats som modell utifrån Tore Andressens (2003) forskning, en tydlig profil att först rusta individen inom områden som utgör riskfaktorer, för att sedan successivt bygga upp en familjebehandling som mer och mer integreras för att slutligen efter dosbehandling (Lardén, 2002) i institutionsmiljö tas över av familjeterapeuter på hemmaplan. Symptombelastningen har gjort att man sett detta perspektiv och behandlingsstrategi som den möjliga framgångsvägen.

Vi kan nu visa med vår studie att den andra vägen även ligger öppen för vår gemensamma målgrupp – med strategin familjen först – då symptombelastning inte utgör något hinder för sådan strategi och att FFT då är en möjlig väg att gå. För FFT flickorna i vår studie innebär det att vi hanterat komplicerade symptombelastade ärenden med en lägre grad av institutionalisering och låsbarhet/tvång. Sådan gängse institutionalisering med behandling enbart, eller med start i individen, har i upprepade studier visat att det leder till sämre resultat i de flesta fall (Andreassen, 2003). I grunden använder man då, som för vår kontrollgrupp, ett individperspektiv och förlägger arenan för förändring till individen som skall anpassas/modifieras och sedan föras tillbaka till det system där problemen utgått ifrån. I FFT modellen utgår man från ”familjen först” (Sexton & Alexander, 2007), för att sedan söka sig inåt för förändrad funktion av beteenden för var och en och mellan familjesystemets individer och utåt mot förändringsbara ytor i det ekologiska systemet. Det finns enligt vår studie inga avgörande skillnader i symptombelastning och symptomtyngd för att tillämpa ett sådant behandlingsperspektiv med ”individen först”.

En avgörande diskussion för forskare avseende val av metod har också varit att anpassa insatser efter en ”trappa”, där olika metoder tänkts motsvara olika behov, mer eller mindre ingripande utifrån symptombelastning (Gustle et al., 2007; Kazadin, 1997; Henggeler, Schoenwald, Bourduin & Cunningham, 1998; Webster-Stratton, 1998). Under utvecklingen

från en tidig universitetsbaserad modell, har FFT kommit att inkludera allt fler grupper som potentiellt möjliga att behandla. Vi kan i vår studie visa att vi behandlat flickor med mycket hög grad av symptombelastning som inte skiljer sig från flickor som placeras i låst behandlingsmiljö med samma höga grad av symptombelastning. Den stigande trappa som föreslagits, där föräldraträning följs av FFT, MST (Multisystemisk terapi), MTFC (Multidimensional Foster Care) och slutligen institutionsvård, beroende på symptombelastning, finns anledning att se över. Detta då vår studie visat att FFT kan hantera lika symptombelastade flickor som den behandling som står öppen för de mest symptombelastade – den låsta avdelningen. Erfarenheter efter mångårigt arbete med FFT för denna målgrupp har resulterat i tvivel på att den beskrivna ”trappan” verkligen stämmer i realiteten. Vår tes, byggd på denna erfarenhet av mötet med flickorna och deras familjer, har blivit att flickorna i FFT behandlingen har varit lika ”svåra” i bemärkelsen symptombelastning. Möjligheterna att bedriva behandling och att få dem att kvarstanna i behandling upplevs bero av den viktighetsfaktor som flickorna upplever av behandlingen. FFT hanterar de frågor och hjälpbehov som upplevs väsentliga för flickorna. Studiens resultat har således inte varit överraskande för oss, utan istället bekräftande.

Studien är begränsad i antalet flickor utifrån att fler individer inte erhållit behandling med FFT på detta sätt. Populationen kunde därför inte göras större. Inte heller flera SiS institutioner erbjuder FFT i samma strukturella form, d.v.s. som alternativ till den låsbara vården. Studien kan svårigen återupprepas i nuläget utifrån någon annan liknande vårdgivare än Ungdomshemmet Ljungaskog. Det är dock vår förhoppning att studien kan leda till fler initiativ av utvecklande vårdformer för denna kategori flickor och att studien efterföljs av ytterligare forskning. Farhågan att flickorna inte är så benägna att väldigt tidigt på SiS institutionen, i ADAD intervjun, lämna helt korrekta uppgifter, utgör en begränsad svaghet i denna studie. Selektionen av behandlingsgrupperna har skett efter att ADAD intervjun utförts, vilket betyder att eventuella felrapporteringar från flickorna slumpmässigt också fördelats sig i de två undersökta grupperna. Generellt rapporterar hela populationen mycket problem/symptom. Den misstänkta underrapporteringen skulle innebära att populationen totalt sett har ännu mer besvär, men inte att det utgör någon ytterligare skillnad mellan grupperna.

Styrkan med denna studie är att den ger viktigt stöd för frågan om behandlingsinriktning för flickor som placeras med tvång på våra ungdomsinstitutioner. Hur skall insatsen bedrivas när det gäller vård och behandling av flickor och de insatser som



sociala myndigheter använder lagstött vård och behandling för och där tvång finns med? Utifrån vår studie om symptombelastning, kan vi säga att behandlingsarbete med en familjeterapeutisk modell med familjen i fokus, som FFT, kan inbegripa behandlingsarbete med alla de symptom som på motsvarande sätt blir skäl till att flickor placeras under tvång på låsbara avdelningar inom ungdomsvården, med ett mer individuellt fokus. Trots detta är det bara en liten bråkdel av alla flickor som placeras under ett år i Sverige som får tillgång till en sådan FFT modell.

Naturligtvis skulle det vara viktigt att också se på behandlingsresultaten med en efterstudie. Men om vi oaktat detta sätter resultaten som lika, trots att studier tyder på motsatsen, nämligen att FFT har bättre resultat (Andershed & Andershed, 2010) och att traditionell institutionsvård har sämre resultat, finns det flera tungt vägande skäl att göra en kursändring för institutionsvården och att finna nya former med familjen som fokus i behandlingsmodellen. Lagen föreskriver att låsbarhet inte skall vara mer ingripande och begränsande än vad som är kortast möjligt för flickor. Smittoeffekten är tydlig i flickornas utveckling, där all forskning talar för påverkan från andra flickor utgör en allvarlig riskfaktor

Vår studies forskningsfråga, om det finns symptomskillnader hos tvångsplacerade flickor som erhåller FFT jämfört med de flickor som får låsbar institutionsvård måste sett i detta sammanhang, besvaras med att några sådana skillnader föreligger inte. Implikationerna för behandlingsfokus är, enligt vår mening tämligen betydande. Det finns starka skäl för att låta huvudfokus i behandlingen utgå från familjen och sedan utåt i det ekologiska systemet, för att finna behandlingsvägar. Institutionsvården av flickor är i fortsatt behov av utveckling. Den behöver ytterligare ett steg i utvecklingen med att från börja se ungdomen i dess sammanhang och effektivisera användandet av den låsta behandlingen. Inte längre som ett huvudinslag utan som ett komplement till hemmaplansbaserad familj- och nätverksbehandling, byggt på modeller som FFT, med en gedigen evidens och förmåga att hantera flickor med hög grad av symptombelastning.

Sannolikt fler flickor som idag placeras på institution borde erbjudas behandling med FFT. Denna studie har visat att det inte finns några hinder utifrån symptombelastning. I vissa fall kan även institutionsplacering ifrågasättas, om resultatet av denna studie beaktas. Gruppen flickor med mer problem i form avhopp från skolan får som resultat av institutionsplaceringen ännu en ny skola, nu istället i institutionsmiljö. Liksom de flickor som

har mer problem med vissa droger och umgänge med asociala vänner blandas med andra med liknande problem, vilket medför ökad risk för smittoeffekt.

## Referenser

- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av flickor. Vad säger forskningen*. Stockholm: Gothia/Statens Institutionsstyrelse.
- Andershed, A-K. & Andershed, H. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen –Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy, Basics and Beyond*. New York: the Guilford Press.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P. et al. (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers, *Addiction*, Vol 96, 1477-1484
- Brottsoffermyndigheten (2011). Barnmisshandel i Sverige, 27 okt 2011. Hämtad från <http://www.brottsoffermyndigheten.se/default.asp?id=4535>*
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3–45
- Department of Economic and Social Affairs – Economic and Social Council. (2012). Hämtat från <http://social.un.org/index/Youth.aspx>
- Ejlertsson, G. (1992). *Grundläggande statistik-med tillämpning inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekerot, E. (2012). Kokainbeslagen ökar i Sverige. *Accent*, 2012-03-27. Hämtad från <http://www.accentmagasin.se/2012/03/kokainbeslagen-okar-i-sverige/>
- Fridell, M. (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Organisation ideologi och resultat*. Borås: Natur & Kultur.
- Friedman, A. S. & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment for adolescent drug abusers. (The adolescent drug abuse diagnosis (ADAD) instrument) in *J. Drug Education*, Vol 2, 4, 285-312
- Gustle, L-H. (2007). *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi: En svensk randomiserad multicenterstudie angående Multisystemisk terapi*. Lunds universitet; Institutionen för psykologi, ISBN 9789162870652
- Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K. & André-Lofhohn, C. (2008) Implementation of evidence-Based Models in Local Social WorkPractice: Practitioner Perspectives on MST Trial in Sweden. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*.
- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder: en forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia.
- Hansson, K., Cederblad, M. & Höök, B.(2000). Funktionell Familjeterapi- en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 7, 231-43.

- Hansson, K. & Jarbin, H. (1997). *Frågor om familjemedlemmar, Utveckling av ett frågeformulär för att mäta expressed emotion*. Lund, Institutionen för Barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.
- Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén G. & Benderix Y. (2004). Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis. *Nordisk Psykologi*; 56(4) 304-320.
- Hansson, K. & Olsson, M. (2001) Känsla av sammanhang – Ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi*, nr 3, 238-255
- Hansson, K., Olsson, M., Balldin, T., Kristoffersson, R. & Schüller, P. (2001) Ett nytt sätt att arbeta med fosterhem. *Socionomen*, 2, 40-45.
- Hansson, K. & Olsson, M. & Schüller, P. (2002). Så kan beteendestörda flickor få hjälp. *Socionomen*, 5, 32-36.
- Hansson, K., Olsson, M. & Cederblad, M. (2004). *A salutogenic investigation and treatment of conduct disorder*. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 58(1), 2004, 5-16.
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Bourduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Guilford, New York.
- Hult, S., Waad, T., Cederblad, M. & Hansson, K. (1996). *Salutogen miljöterapi i teori och praktik – en introduktion för barn och ungdomspsykiatri*, Lunds Universitet.
- Kazadin, A.E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1349-1356.
- Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn: forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Gothia
- Lardén, M. (2002). *Från brott till genombrott. Kognitiv beteendeterapi för tonåringar med psykosociala problem*. Stockholm: Gothia/Statens institutionsstyrelse.
- Lebow, J.L. (Red.) (2005). *Handbook of Clinical Family Therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Lipsey, M.W. & Derzon, J.H. (1998). Predictors of Violent or Serious Delinquency in Adolescence and Early Adulthood: A Synthesis of Longitudinal Research, D. Farrington, P. & R. Loeber (Red.) *Serious & Violent Juvenile Offenders – Risk Factors and Successful Interventions* (s. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1990). *Livets dans*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Reid, J., Patterson, G. & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. APA, Washington DC.

Samuelson, M.Y. (2011). *Antisocial behaviour over the life course among females and males treated for substance misuse*. Doktorsavhandling, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Sexton, T.L. & Alexander, J.F. (2007). *Funktionell familjeterapi – en manual* (G. Drott Englen, Övers). Malmö: Palmkrons förlag.

Statens folkhälsoinstitut (2011). *Starkt samband mellan alkohol, rökning och cannabis bland unga. 2011-02-23. Hämtat 5 april 2012 från <http://www.fhi.se/Aktuellt/Nyheter/Starkt-samband-mellan-alkohol-rokning-och-cannabis-bland-unga/>*

Söderholm Carpelan, K., Andershed, A-K., & Andershed, H. (2010). Insatser till flickor som begår brott: Det svenska systemet. I H. Andershed, A-K Andershed & K. Söderholm Carpelan, K. (Red.), *Flickor som begår brott – Vilka insatser fungerar?* (s. 42-50) Stockholm: Socialstyrelsen, SiS och Gothia förlag

Söderholm Carpelan, K. & Hermodsson, Anne. (2004). ADAD och utvecklingen av ett dokumentationssystem för flickor. *Idunn.no - tidsskrifter på nett/ Nordisk sosialt arbeid*. 2004. nr. 02. Hämtat från [http://www.idunn.no/ts/nsa/2004/02/adad\\_och\\_utvecklingen\\_av\\_ett\\_dokumentationssystem\\_f\\_r\\_flickor](http://www.idunn.no/ts/nsa/2004/02/adad_och_utvecklingen_av_ett_dokumentationssystem_f_r_flickor)

Unicef (2008). *Sverige i topp i ny studie om barnomsorg*. Hämtad 3 mars 2012 från [www.unicef.se/nyheter/2008/.../sverige-i-topp-i-ny-studie-om-barnomsorg...](http://www.unicef.se/nyheter/2008/.../sverige-i-topp-i-ny-studie-om-barnomsorg...)

Vinnerljung, B. (1995). Mortalitet bland fosterbarn som placerats före tonåren. *Socialvetenskaplig tidskrift*, årg 2, 1, s 60-72. CUS särtryck 12/97.

Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Kyhle Westermarck, P. (2001) *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om flickor i fosterhem och på institution*. Stockholm: CUS/Socialstyrelsen, Forskningsrapport från CUS.

Watzlawik, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *Change Principles of Problem Formation and Resolution*. New York: W. W. Norton and Co.

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 66, No. 5, 715-730.

Wetterstrand, C. & Zetterberg Pihl, T. (2007). *Åt var och en efter behov? Kriminalitet som markör för olika behandlingsalternativ*. Magisteruppsats i socialt arbete, Socialhögskolan Lund

## Appendix

*Ungdomarnas bakgrund***Tabell 1 (1) Flickornas födelseland**

Tabell 1 Ungdomars födelseland. Antal

Födelseland	FFT	Kontroll- grupp
Född i Sverige	18	23
Född i annat land	7	2
n	25	25

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	3.388 <sup>a</sup>	1	.066		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.168	1	.141		
Likelihood Ratio	3.553	1	.059		
Fisher's Exact Test				.138	.069
Linear-by-Linear Association	3.320	1	.068		
N of Valid Cases	50				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 2 (2) Flickornas modersmål**

Tabell 2 Ungdomarnas modersmål. Antal

Modersmål	FFT	Kontrollgrupp
Svenska	19	19
Annat språk	6	6
n	25	25

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.000 <sup>a</sup>	1	1.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.629
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 3 (3) svensk och utländsk bakgrund**

Tabell 3 Svensk och utländsk bakgrund. Antal

Bakgrund	FFT	Kontroll- grupp
Båda föräldrarna födda i Sverige	13	16
En svensk, en invandrad förälder	6	3
Båda föräld. födda i annat land	5	6
n	24	25

**Nationalitet \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Nationalitet	Båda föräldrarna svenska	13	16	29
	Övriga	11	9	20
Total		24	25	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.490 <sup>a</sup>	1	.484		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.168	1	.682		
Likelihood Ratio	.491	1	.484		
Fisher's Exact Test				.567	.341
Linear-by-Linear Association	.480	1	.488		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.80.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 4 (4) Adopterade flickor**

Tabell 4 Adopterade ungdomar. Antal

Adopterad	FFT	Kontroll- grupp
Ej adopterad	24	25
Adopterad	1	0
n	25	25

**Tabell 5 (5) Familjesituation vid 0-2 år ålder**

Tabell 5 Familjesituation vid 0–2 års ålder.  
Antal

Främst levt med	FFT	Kontroll- grupp
Båda föräldrarna	20	20
Mor	4	4
Far	0	0
Mor och styvfar	0	1
Far och stymor	0	0
Släkt	0	0
Familjehem	0	0
Institution	1	0
Annat	0	0
n	25	25

**Uppväxt 0–2 år \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Uppväxt 0–2 år	Båda föräldrarna	20	20	40
	Övrigt	5	5	10
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.000 <sup>a</sup>	1	1.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.637
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

b. Computed only for a 2x2 table



**Tabell 6 (6) Familjesituation vid 3-6 års ålder**

Tabell 6 Familjesituation vid 3–6 års ålder.  
Antal

Främst levt med	FFT	Kontroll- grupp
Båda föräldrarna	12	15
Mor	9	7
Far	1	1
Mor och styvfar	0	2
Far och stymor	0	0
Släkt	1	0
Familjehem	2	0
Institution	0	0
Annat	0	0
n	25	25

**Uppväxt 3–6 år \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Uppväxt 3–6 år	Båda föräldrarna	12	15	27
	Övrigt	13	10	23
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.725 <sup>a</sup>	1	.395		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.322	1	.570		
Likelihood Ratio	.726	1	.394		
Fisher's Exact Test				.571	.285
Linear-by-Linear Association	.710	1	.399		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 7 (7) Familjesituation vid 7-9 års ålder**

Tabell 7 Familjesituation vid 7–9 års ålder.  
Antal

Främst levt med	FFT	Kontroll- grupp
Båda föräldrarna	9	13
Mor	10	9
Far	1	1
Mor och styvfar	3	1
Far och stymor	0	1
Släkt	1	0
Familjehem	1	0
Institution	0	0
Annat	0	0
n	25	25

**Uppväxt 7–9 år \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Uppväxt 7–9 år	Båda föräldrarna	9	13	22
	Övrigt	16	12	28
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.299 <sup>a</sup>	1	.254		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.731	1	.393		
Likelihood Ratio	1.305	1	.253		
Fisher's Exact Test				.393	.197
Linear-by-Linear Association	1.273	1	.259		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 8 (8) Familjesituation vid 10-12 års ålder**

Tabell 8 Familjesituation vid 10–12 års ålder. Antal

Främst levt med	FFT	Kontroll-grupp
Båda föräldrarna	6	10
Mor	12	8
Far	2	1
Mor och styvfar	4	2
Far och styvmor	0	1
Släkt	0	0
Familjehem	1	1
Institution	0	1
Annat	0	1
n	25	25

**Uppväxt 10–12 år \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Uppväxt 10–12 år	Båda föräldrarna	6	10	16
	Övrigt	19	15	34
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.471 <sup>a</sup>	1	.225		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.827	1	.363		
Likelihood Ratio	1.482	1	.223		
Fisher's Exact Test				.364	.182
Linear-by-Linear Association	1.441	1	.230		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 9 (9) Familjesituation vid 13-15 års ålder**

Tabell 9 Familjesituation vid 13–15 års ålder. Antal

Främst levt med	FFT	Kontroll- grupp
Båda föräldrarna	5	7
Mor	9	6
Far	2	2
Mor och styvfar	2	1
Far och stymor	3	0
Släkt	0	1
Familjehem	4	2
Institution	0	3
Annat	0	3
n	25	25

**Uppväxt 13–15 år \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Uppväxt 13–15 år	Båda föräldrarna	5	7	12
	Övrigt	20	18	38
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.439 <sup>a</sup>	1	.508		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.110	1	.741		
Likelihood Ratio	.440	1	.507		
Fisher's Exact Test				.742	.371
Linear-by-Linear Association	.430	1	.512		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 10 (10) Familjesituation vid 16-18 års ålder**

Tabell 10 Familjesituation vid 16–18 års ålder. Antal

Främst levt med	FFT	Kontroll- grupp
Båda föräldrarna	3	2
Mor	8	3
Far	1	0
Mor och styvfar	1	1
Far och styvmor	0	0
Släkt	0	0
Familjehem	3	0
Institution	4	9
Annat	0	4
n	20	19

**Tabell 11 (11) Antal flyttningar före 16 års ålder**

Tabell 11 Antal flyttningar före 16 års ålder. Antal

Flyttningar	FFT	Kontroll- grupp
Ej flyttat	2	2
1–3 gånger	5	4
4–6 gånger	8	6
7–9 gånger	1	6
10 eller fler	8	6
n	24	24

**Antal gånger flyttat \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Antal gånger flyttat	0–3 ggr	7	6	13
	4–9 ggr	9	12	21
	Mer än 10 ggr	8	6	14
Total		24	24	48

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.791 <sup>a</sup>	2	.673
Likelihood Ratio	.794	2	.672
Linear-by-Linear Association	.091	1	.763
N of Valid Cases	48		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.50.

**Tabell 12 (12) Antal rymningar**

Tabell 12 Antal rymningar. Antal

Rymningar	FFT	Kontroll- grupp
Ej rymt	9	6
1-3 gång	6	5
4 eller fler	10	14
n	25	25

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.358 <sup>a</sup>	2	.507
Likelihood Ratio	1.365	2	.505
Linear-by-Linear Association	1.285	1	.257
N of Valid Cases	50		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

**Tabell 13 (13) Barnomsorg under uppväxten**

Tabell 13 Barnomsorg under uppväxten. Antal

Barnomsorg	FFT	Kontroll- grupp
Ej barnomsorg	5	4
Barnomsorg	20	21
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.136 <sup>a</sup>	1	.713		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.136	1	.713		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.133	1	.716		
N of Valid Cases	50				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 14 (14) Föräldrarnas civilstånd vid intervjutillfället

Tabell 14 Föräldrarnas civilstånd vid intervjutillfället  
Antal

Civilstånd	FFT	Kontrollgrupp
Gifta/sammanboende	5	7
Aldrig sammanlevt	0	1
Skilda/separerade	19	15
Någon avliden	0	0
n	24	23

#### c24.ny.bb1 \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
c24.ny.bb1	Gifta/Sammanboende	5	7	12
	Separerade/Övrigt	19	16	35
Total		24	23	47

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.569 <sup>a</sup>	1	.450		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.176	1	.674		
Likelihood Ratio	.571	1	.450		
Fisher's Exact Test				.517	.337
Linear-by-Linear Association	.557	1	.455		
N of Valid Cases	47				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.87.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 15 (15) Moder omgift eller sammanboende**

Tabell 15 Moder omgift eller sammanboende.  
Föräldrar som ej sammanlever. Antal

Moder omgift	FFT	Kontroll- grupp
Nej	11	9
Ja	7	9
Vet ej	1	0
n	19	18

**Tabell 16 (16) Antal syskon**

Tabell 16 Antal syskon

Syskon	FFT	Kontroll- grupp
Inga syskon	2	2
Ett syskon	5	3
Två syskon	2	4
Tre syskon	5	7
Fyra eller fler	11	8
n	25	24

#### Antal syskon \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Antal syskon	0-1	7	5	12
	2-3	7	11	18
	4-	11	8	19
Total		25	24	49

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.676 <sup>a</sup>	2	.433
Likelihood Ratio	1.687	2	.430
Linear-by-Linear Association	.024	1	.877
N of Valid Cases	49		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.88.



**Tabell 17 (17) Flickornas boendesituation under året före inskrivning**

Tabell 17 Ungdomarnas boendesituation under året före inskrivning. Antal

Främst levt med	FFT	Kontroll-grupp
Båda föräldrarna	4	2
Mor	9	2
Far	2	1
Mor och styvfar	1	2
Far och styvmor	0	0
Släkt	1	1
Familjehem	3	1
Institution	4	11
Annat	1	4
n	25	24

Främst levt med \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Främst levt med	Hos någon/båda föräldrarna	16	7	23
	Släkt/Familjehem	4	2	6
	Institution/Stödboende	5	15	20
Total		25	24	49

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.172 <sup>a</sup>	2	.010
Likelihood Ratio	9.509	2	.009
Linear-by-Linear Association	8.210	1	.004
N of Valid Cases	49		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.94.

**Tabell 18 (18) Moderns sysselsättning**

Tabell 18 Moderns sysselsättning. Antal

Sysselsättning	FFT	Kontroll- grupp
Arbetar	12	12
Arbetslös	4	3
Utbildning	1	1
Förtidspensionerad	2	3
Sjukskriven	5	3
Hemarbete	0	0
Föräldraledig	0	0
Annat	1	0
Vet ej	0	1
n	25	23

**Tabell 19 (19) Faderns sysselsättning**

Tabell 19 Faderns sysselsättning. Antal

Sysselsättning	FFT	Kontroll- grupp
Arbetar	11	17
Arbetslös	3	0
Utbildning	1	0
Förtidspension	3	4
Sjukskriven	1	0
Föräldraledig	0	0
Annat	1	0
Vet ej	2	1
n	22	22

**Sysselsättning \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Sysselsättning	Arbetar/Studerar	12	17	29
	Ej i sysselsättning	10	5	15
Total		22	22	44

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.529 <sup>a</sup>	1	.112		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.618	1	.203		
Likelihood Ratio	2.565	1	.109		
Fisher's Exact Test				.203	.101
Linear-by-Linear Association	2.471	1	.116		
N of Valid Cases	44				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

b. Computed only for a 2x2 table

*Tidigare insatser samt nuvarande placering*

### **Tabell 1 (20) Deltagit i öppenvårdsprogram**

Tabell 1 Deltagit i öppenvårdsprogram. Antal

Öppenvårdsprogram	FFT	Kontrollgrupp
Ej öppenvårdspr.	21	20
Öppenvårdspr.	4	5
n	25	25

### **Tabell 2 (21) Erhållet kontaktperson eller kontaktfamilj via socialtjänsten**

Tabell 2 Erhållet kontaktperson eller kontaktfamilj via socialtjänsten. Antal

Kontaktperson/familj	FFT	Kontrollgrupp
Ej kontaktp/fam	15	10
Kontaktp/fam	10	15
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.000 <sup>a</sup>	1	.157		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.280	1	.258		
Likelihood Ratio	2.014	1	.156		
Fisher's Exact Test				.258	.129
Linear-by-Linear Association	1.960	1	.162		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 3 (22) Tidigare placering i familjehem

Tabell 3 Tidigare placering i familjehem. Antal

Familjehems- placering	FFT	Kontroll- grupp
Ingen placering	13	13
En gång	6	3
Två gånger	4	3
Tre eller fler	2	5
n	25	24

#### Familjehemsplacering \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Familjehemsplacering	Ingen	13	13	26
	En placering	6	3	9
	två eller flera	6	8	14
Total		25	24	49

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.266 <sup>a</sup>	2	.531
Likelihood Ratio	1.286	2	.526
Linear-by-Linear Association	.081	1	.775
N of Valid Cases	49		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.41.

### Tabell 4 (23) Tidigare placering på behandlingsinstitution

Tabell 4 Tidigare placering på behandlingsinstitution

Antal

Behandlings- institution	FFT	Kontroll- grupp
Ingen placering	11	6
En gång	4	6
Två gånger	6	3
Tre eller fler	4	10
n	25	25

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.442 <sup>a</sup>	3	.142
Likelihood Ratio	5.571	3	.134
Linear-by-Linear Association	2.596	1	.107
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

## Tabell 5 (24) Tidigare insatser: öppenvård, mm

Tabell 5 Tidigare insatser: öppenvård, kontaktperson, familjehem, institution. Antal

Antal insatser	FFT	Kontrollgrupp
Inga tidigare	3	1
En insats	8	5
Två insatser	10	12
Tre till fyra	4	7
n	25	25

## Antal insatser \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

	FFT resp kontrollgrupp		Total
	FFT	Kontrollgrupp	
Antal insatser 0-1	11	6	17
2-	14	19	33
Total	25	25	50

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.228 <sup>a</sup>	1	.136		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.426	1	.232		
Likelihood Ratio	2.253	1	.133		
Fisher's Exact Test				.232	.116
Linear-by-Linear Association	2.184	1	.139		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 6 (25) Lagrum vid placering**

Tabell 6 Lagrum vid placering. Antal

Lagrum	FFT	Kontroll- grupp
LVU § 6, omedelb.	14	12
LVU § 3, eget bet.	6	12
LVU § 2, miljöfall	1	0
LVU § 3 och 2	0	1
SoL, frivilligt	0	0
Annat	0	0
n	25	25

**Tabell 7 (26) Typ av intagning**

Tabell 7 Typ av intagning. Antal

Intagning	FFT	Kontroll- grupp
Akut	14	15
Planerad intagning	11	10
n	25	25

**Tabell 8 (27) Placering på öppen, låsbar eller sluten plats**

Tabell 8 Placering på öppen, låsbar eller sluten plats. Antal

Typ av plats	FFT	Kontroll- grupp
Öppen	0	0
Låsbar	22	24
Sluten	3	1
n	25	25

**Tabell 9 (28) Aktuellt uppdrag vid inskrivningen**

Tabell 9 Aktuellt uppdrag vid inskrivningen. Antal

Uppdrag	FFT	Kontroll- grupp
Akutplacering	10	9
Utredning	13	12
Behandling	2	4
LSU	0	0
n	25	25

**Tabell 10 (29) Avdelningstyp**

Tabell 10 Avdelningstyp. Antal

Avdelning	FFT	Kontroll- grupp
Blandad	3	2
Enbart pojkar	0	0
Enbart flickor	22	22
n	25	25

**Tabell 11 (30) Placerade för missbruksproblem**Tabell 11 Placerade för missbruksproblem.  
Antal

Missbruk	FFT	Kontroll- grupp
Nej	6	5
Ja	19	19
n	25	24

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.071 <sup>a</sup>	1	.791		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.071	1	.790		
Fisher's Exact Test				1.000	.531
Linear-by-Linear Association	.069	1	.793		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.39.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 12 (31) Placerade för brottslighet**

Tabell 12 Placerade för brottslighet. Antal

Brottslighet	FFT	Kontroll- grupp
Nej	17	14
Ja	8	10
n	25	24

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.492 <sup>a</sup>	1	.483		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.164	1	.685		
Likelihood Ratio	.493	1	.483		
Fisher's Exact Test				.561	.343
Linear-by-Linear Association	.482	1	.487		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.82.  
b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 13 (32) Placerade för annat socialt nedbrytande beteende**

Tabell 13 Placerade för annat socialt nedbrytande Beteende. Antal

Annat nedbrytande beteende	FFT	Kontroll grupp
Nej	4	5
Ja	21	20
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.136 <sup>a</sup>	1	.713		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.136	1	.713		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.133	1	.716		
N of Valid Cases	50				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.  
b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 14 (33) Vistelse i olämpliga miljöer**

Tabell 14 Vistelse i olämpliga miljöer. Ungdomar som placerats för annat socialt nedbrytande beteende. Antal

Vistelse i olämpliga miljöer	FFT	Kontroll grupp
Nej	6	5
Ja	15	14
n	21	19



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.025 <sup>a</sup>	1	.873		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.025	1	.873		
Fisher's Exact Test				1.000	.578
Linear-by-Linear Association	.025	1	.875		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.23.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 15 (34) Enstaka allvarligt brott

Tabell 15 Enstaka allvarligt brott. Ungdomar som placerats för annat socialt nedbrytande beteende.

Antal

Enstaka allvarligt brott	FFT	Kontrollgrupp
Nej	16	18
Ja	5	1
n	21	19

### Tabell 16 (35) Andra skäl

Tabell 16 Andra skäl. Ungdomar som placerats för annat socialt nedbrytande beteende. Antal

Andra skäl	FFT	Kontrollgrupp
Nej	7	9
Ja	14	10
n	21	19

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.819 <sup>a</sup>	1	.366		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.338	1	.561		
Likelihood Ratio	.820	1	.365		
Fisher's Exact Test				.520	.281
Linear-by-Linear Association	.798	1	.372		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.60.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 17 (36) Huvudsaklig vistelse månaden före inskrivning**

Tabell 17 Huvudsaklig vistelse månaden före inskrivning. Antal

Månaden före inskrivning	FFT	Kontroll-grupp
Föräldrahemmet	7	5
Eget boende	1	0
Släkting	1	0
Familjehem	2	2
Särskilda ungdomshem	1	1
Behandlingsinst.	2	4
Avgiftningsklinik	0	2
Psykiatrisk klinik	0	0
Häkte	0	0
Fängelse	0	0
Avviken/rymt	5	3
Vagabonderat	1	6
Annat	2	2
n	25	25

**Tabell 18 (37) Vistelse i direkt anslutning till inskrivning**

Tabell 18 Vistelse i direkt anslutning till Inskrivning. Antal

Vistelse före inskrivning	FFT	Kontroll-grupp
Föräldrahemmet	7	3
Eget boende	0	0
Släkting	2	0
Familjehem	4	3
Särskilda ungdomshem	1	1
Behandlingsinst.	6	4
Avgiftningsklinik	1	5
Psykiatrisk klinik	0	0
Häkte	0	1
Fängelse	0	0
Avviken/rymt	4	2
Vagabonderande	0	2
Annat	0	4
n	25	25

**Tabell 19 (38) Medföljande personer vid intagning på institution**

Tabell 19 Medföljande personer vid intagning på institution. Flera alternativ kan anges- Antal

Medföljande	FFT	Kontroll- grupp
Föräldrar	5	3
Släkt	0	0
Familjehemsför.	1	0
Behandlingspersonal	3	2
Socialsekreterare	8	7
Polis	13	17
Annan	1	0

*Ungdomarnas hälsa***Tabell 1 (39) Flickornas uppfattning om sin fysiska hälsa**

Tabell 1 Ungdomarnas uppfattning om sin fysiska hälsa. Antal

Ofta sjuk	FFT	Kontroll- grupp
Nej	23	22
Ja	2	3
n	25	25

**Tabell 2 (40) Oro över fysisk hälsa**

Tabell 2 Oro över fysisk hälsa. Antal

Oro för hälsan	FFT	Kontroll- grupp
Nej	20	22
Ja	5	3
n	25	25

**Tabell 3 (41) Flickornas bedömning av den egna fysiska hälsan**

Tabell 3 Ungdomarnas bedömning av den egna fysiska hälsan. Antal

Bedömning fysisk hälsa	FFT	Kontrollgrupp
Dålig	2	1
Ganska bra	7	7
Bra	13	10
Mycket bra	2	7
n	24	25

**Tabell 4 (42) Kroniska hälsoproblem**

Tabell 4 Kroniska hälsoproblem. Antal

Hälsoproblem	FFT	Kontrollgrupp
Ej kroniska problem	21	18
Kroniska problem	4	7
n	25	25

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.049 <sup>a</sup>	1	.306		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.466	1	.495		
Likelihood Ratio	1.060	1	.303		
Fisher's Exact Test				.496	.248
Linear-by-Linear Association	1.028	1	.311		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 5 (43) Inlagd på sjukhus**

Tabell 5 Inlagd på sjukhus. Antal gånger stannat över natten. Antal

Sjukhusvistelser	FFT	Kontrollgrupp
Ingen gång	10	8
En gång	8	7
2 ggr	2	3
3 eller fler	5	6
n	25	24

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.560 <sup>a</sup>	3	.906
Likelihood Ratio	.561	3	.905
Linear-by-Linear Association	.403	1	.526
N of Valid Cases	49		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.45.

## Tabell 6 (44) Hälsoproblem

Tabell 6 Hälsoproblem. Antal

Hälsoproblem	FFT	Kontroll- grupp
Sömnproblem	17	17
Ryggont	14	12
Dålig syn	6	12
Allergi/astma	10	9
Ofta huvudvärk	9	17
Förkylningar	6	7
Tandproblem	10	7
Ofta ont i magen	8	8
Svårt att andas	5	10
Hjärtklappning	5	9
Undervikt	3	1
Ätproblem	5	6
Illamående/kräkning	2	7
Övervikt	1	4
Hörselproblem	4	2
Svimningsanfall	7	6
Krampanfall	4	2
Diarré	0	2
Könssjukdom	1	0
Underlivsbesvär	2	2
Sängvätning	1	0
Hiv/Aids	0	0

**Tabell 7 (45) Hälsoproblem**

Tabell 7 Hälsoproblem. Antal

Hälsoproblem	FFT	Kontroll- grupp
Mensbesvär	13	12
Abort/missfall	2	0
Graviditet	6	9

**Tabell 8 (46) Hälsoproblem månaden före inskrivning**

Tabell 8 Hälsoproblem månaden före inskrivning. Antal

Hälsoproblem antal dagar	FFT	Kontroll- grupp
Inga dagar	11	10
1–6 dagar	4	2
7 eller fler	10	13
n	25	25

**Tabell 9 (47) Oro eller besvär över hälsoproblem**

Tabell 9 Oro eller besvär över hälsoproblem. Antal

Oroad/besvärad	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	13	14
Lite	6	6
Ganska mycket	3	5
Mycket	3	0
n	25	25

**Tabell 10 (48) Önskemål om hjälp**

Tabell 10 Önskemål om hjälp för problem med sin hälsa. Antal

Vill få hjälp	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	11	14
Lite	6	3
Ganska mycket	3	7
Mycket	5	1
n	25	25

**Tabell 11 (49) Intervjuarens skattning av behov av hjälp för hälsoproblem.**

Tabell 11 Intervjuarskattning av ungdomarna  
behov av hjälp för hälsoproblem. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll- grupp
Ej nödvändigt (0–1)	8	9
Trol ej nödv (2–3)	9	10
Viss önskvärd (4–5)	7	5
Hjälp nödv (6–7)	1	1
Absolut nödv (8–9)	0	0

*Skola*

**Tabell 1 (50) Flickornas uppfattning av sin skolsituation, grundskolan**

Tabell 1 Ungdomarnas uppfattning av sin  
skolsituation, grundskolan. Antal

Skolsituation grundskolan	FFT	Kontroll- grupp
Går i skolan	9	2
Avbrutit/Hoppat av	4	9
Har gått ut	12	13
n	25	24

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.400 <sup>a</sup>	2	.041
Likelihood Ratio	6.811	2	.033
Linear-by-Linear Association	2.103	1	.147
N of Valid Cases	49		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.39.

**Tabell 2 (51) Flickornas uppfattning av sin skolsituation, gymnasiet**

Tabell 2 Ungdomarnas uppfattning av sin skolsituation, gymnasiet. De ungdomar som gått ut grundskolan. Antal

Skolsituation gymnasiet	FFT	Kontroll- grupp
Ej påbörjat	11	10
Går i gymnasiet	3	3
Avbrutit/Hoppat av	7	11
Har gått ut	1	0
n	22	24

**Tabell 3 (52) Avstängning från skolan**

Tabell 3 Avstängning från skolan. Antal

Avstängd	FFT	Kontroll- grupp
Ingen gång	18	12
1-2 ggr	6	6
3 eller fler	1	7
n	25	25

#### Avstängd \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Avstängd	Ej avstängd	18	12	30
	Avstängd	7	13	20
Total		25	25	50

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	3.000 <sup>a</sup>	1	.083		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.083	1	.149		
Likelihood Ratio	3.036	1	.081		
Fisher's Exact Test				.148	.074
Linear-by-Linear Association	2.940	1	.086		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.00.

b. Computed only for a 2x2 table



**Tabell 4 (53) Olika skolinsatser**

Tabell 4 Olika skolinsatser. Antal

	FFT	Kontroll- grupp
Gått om klass	7	7
Specialundervisning	12	9

**Tabell 5 (54) Olika skolproblem**

Tabell 5 Olika skolproblem. Antal

Skolproblem	FFT	Kontroll- grupp
<i>Skolprestationer/ Svårigheter</i>		
Misslyckats i skolan	13	15
Svårt att hänga med	12	18
Svårt att lära sig	13	10
Svårt med matem.	13	13
Lässvårigheter	3	6
Blivit mobbad	7	8
<i>Beteendeproblem</i>		
Skolkat	22	22
Betett sig störande	13	20
Problem med lärare	18	18
Använt sjukdom för att slippa skolan	12	21
Mobbat	14	7
<i>Inställning till skolan</i>		
Varit skoltrött	21	24
Struntat i läxor	22	20
Skolan har varit trist	21	20
Omotiverad	17	18
Känt sig instängd	6	14

**Tabell 6 (55) Antal skolproblem**

Tabell 6 Antal skolproblem.

Antal problem	FFT	Kontroll- grupp
Inga problem	1	0
1–5 problem	2	4
6–10 problem	13	8
11 och fler problem	9	13
n	25	25

**Tabell 7 (56) Trivsel i lågstadiet**

Tabell 7 Trivsel i lågstadiet. Antal

Trivts i lågstadiet	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	3	6
Lite	4	6
Ganska mycket	10	9
Mycket	8	4
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.786 <sup>a</sup>	3	.426
Likelihood Ratio	2.834	3	.418
Linear-by-Linear Association	2.669	1	.102
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

**Tabell 8 (57) Trivsel i mellanstadiet**

Tabell 8 Trivsel i mellanstadiet. Antal

Trivts i mellanstadiet	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	2	8
Lite	8	6
Ganska mycket	8	7
Mycket	7	4
n	25	25

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.771 <sup>a</sup>	3	.189
Likelihood Ratio	5.037	3	.169
Linear-by-Linear Association	3.043	1	.081
N of Valid Cases	50		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

**Tabell 9 (58) Trivsel i högstadiet.**

Tabell 9 Trivsel i högstadiet. Antal

Trivts i högstadiet	FFT	Kontroll -grupp
Inte alls	4	9
Lite	10	7
Ganska mycket	5	6
Mycket	6	3
n	25	25

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.543 <sup>a</sup>	3	.315
Likelihood Ratio	3.616	3	.306
Linear-by-Linear Association	1.786	1	.181
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

**Tabell 10 (59) Oro eller besvär över problem med skola eller utbildning**

Tabell 10 Oro eller besvär över problem med skola eller utbildning. Antal

Oroad/besvärad	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	15	17
Lite	5	1
Ganska mycket	3	4
Mycket	1	3
n	24	25

**Oroad/Besvärad \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Oroad/Besvärad	Inte alls/Lite	20	18	38
	Ganska mycket/Mycket	4	7	11
Total		24	25	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.903 <sup>a</sup>	1	.342		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.370	1	.543		
Likelihood Ratio	.914	1	.339		
Fisher's Exact Test				.496	.273
Linear-by-Linear Association	.885	1	.347		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.39.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 11 (60) Önskemål om hjälp**

Tabell 11 Önskemål om hjälp med skol- eller utbildningsproblem. Antal

Vill få hjälp	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	6	8
Lite	4	6
Ganska mycket	7	4
Mycket	8	7
n	25	25

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.571 <sup>a</sup>	3	.666
Likelihood Ratio	1.585	3	.663
Linear-by-Linear Association	.682	1	.409
N of Valid Cases	50		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

**Tabell 12 (61) Intervjuarens skattning**

Tabell 12 Intervjuarskattning av ungdomarnas behov av hjälp för skolproblem. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll- grupp
Ej nödvändigt (0–1)	1	3
Trol ej nödv (2–3)	3	4
Viss önskvärd (4–5)	10	5
Hjälp nödv (6–7)	8	12
Absolut nödv (8–9)	3	1
n	25	25

*Arbete***Tabell 1 (62) Arbetserfarenhet**

Tabell 1 Arbetserfarenhet. Antal

Arbetserfarenhet	FFT	Kontroll- grupp
Ej erfarenhet	20	13
Erfarenhet	5	12
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.367 <sup>a</sup>	1	.037		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.209	1	.073		
Likelihood Ratio	4.466	1	.035		
Fisher's Exact Test				.072	.036
Linear-by-Linear Association	4.280	1	.039		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 2 (63) Arbete, yngre grupp utesluten

Tabell 2 Oro eller besvär över problem med arbete eller yrke, de två äldre åldersgrupperna.

Antal

Oroad över arbetsproblem	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	16	15
Lite	2	2
Ganska mycket	0	3
Mycket	0	1
n	18	21

### Tabell 3 (64) Önskemål om hjälp, yngre grupp utesluten

Tabell 3 Önskemål om hjälp för problem med arbete eller yrke, de två äldre åldersgrupperna.

Antal

Vill få hjälp	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	16	12
Lite	2	2
Ganska mycket	0	2
Mycket	0	5
n	18	21

#### Vill få hjälp \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Vill få hjälp	Inget önskemål	16	12	28
	önskemål	2	9	11
Total		18	21	39

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.824 <sup>a</sup>	1	.028		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.383	1	.066		
Likelihood Ratio	5.161	1	.023		
Fisher's Exact Test				.037	.031
Linear-by-Linear Association	4.700	1	.030		
N of Valid Cases	39				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.08.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Tabell 4 (65) Intervjuarskattning

Tabell 4 Intervjuarskattning av ungdomarnas behov av hjälp för problem med arbete eller yrke, de två äldre åldersgrupperna. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll-grupp
Ej nödvändigt (0–1)	12	11
Trol ej nödv (2–3)	3	3
Viss önskvärd (4–5)	4	7
Hjälp nödv (6–7)	0	0
Absolut nödv (8–9)	0	0
n	19	21

#### *Fritid och vänner*

#### Tabell 1 (66) Har vän att tala om problem med

Tabell 1 Har en vän att tala om problem med. Antal

Vän att tala med	FFT	Kontroll-grupp
Har ej vän	3	2
Har vän	22	23
n	25	25

**Tabell 2 (67) Antal vänner som haft problem med polis p.g.a. alkohol eller narkotika**

Tabell 2 Antal vänner (högst 5) som haft problem med polis på grund av alkohol eller narkotika.

Antal

Vänner som haft problem	FFT	Kontroll-grupp
Ingen	9	6
1	6	4
2	2	3
3	3	1
4	1	2
5	2	9
n	23	25

**Vänner som haft problem \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Vänner som haft problem	Inga	9	6	15
	1-2	8	7	15
	3-	6	12	18
Total		23	25	48

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.588 <sup>a</sup>	2	.274
Likelihood Ratio	2.626	2	.269
Linear-by-Linear Association	2.355	1	.125
N of Valid Cases	48		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.19.



**Tabell 3 (68) Antal vänner som haft problem med polis p.g.a. brottslighet**

Tabell 3 Antal vänner (högst 5) som haft problem med polis på grund av brottslighet. Antal

Vänner som haft problem	FFT	Kontrollgrupp
Ingen	9	10
1	6	2
2	2	2
3	3	2
4	1	2
5	2	7
n	23	25

**Vänner som haft problem \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Vänner som haft problem	Inga	9	10	19
	1-2	8	4	12
	3-	6	11	17
Total		23	25	48

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.778 <sup>a</sup>	2	.249
Likelihood Ratio	2.821	2	.244
Linear-by-Linear Association	.455	1	.500
N of Valid Cases	48		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.75.

**Tabell 4 (69) Tid tillsammans med familjen**

Tabell 4 Tid tillsammans med familjen. Antal

Tid med familj	FFT	Kontroll- grupp
Ingen	1	3
Lite	11	13
Ganska mycket	7	7
Mycket	6	2
n	25	25

**Tid med familj \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Tid med familj	Ingen/Lite	12	16	28
	Mycket/Ganska mycket	13	9	22
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.299 <sup>a</sup>	1	.254		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.731	1	.393		
Likelihood Ratio	1.305	1	.253		
Fisher's Exact Test				.393	.197
Linear-by-Linear Association	1.273	1	.259		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 5 (70) Tid tillsammans med vänner som använder narkotika**

Tabell 5 Tid tillsammans med vänner som använder narkotika. Antal

Tid med vänner som använder narkotika	FFT	Kontroll- grupp
Ingen	5	5
Lite	13	8
Ganska mycket	1	5
Mycket	6	7
n	25	25

## Tid med vänner som använder narkotika \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Tid med vänner som använder narkotika	Ingen/Lite	18	13	31
	Mycket/Ganska mycket	7	12	19
Total		25	25	50

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.122 <sup>a</sup>	1	.145		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.358	1	.244		
Likelihood Ratio	2.141	1	.143		
Fisher's Exact Test				.244	.122
Linear-by-Linear Association	2.080	1	.149		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.50.

b. Computed only for a 2x2 table

## Tabell 6 (71) Tid tillsammans med vänner som begår brott

Tabell 6 Tid tillsammans med vänner som begår brott. Antal

Tid med vänner som begår brott	FFT	Kontrollgrupp
Ingen	8	9
Lite	8	3
Ganska mycket	7	5
Mycket	2	8
n	25	25

## Tid med vänner som begår brott \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Tid med vänner som begår brott	Ingen/Lite	16	12	28
	Mycket/Ganska mycket	9	13	22
Total		25	25	50

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.299 <sup>a</sup>	1	.254		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.731	1	.393		
Likelihood Ratio	1.305	1	.253		
Fisher's Exact Test				.393	.197
Linear-by-Linear Association	1.273	1	.259		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.00.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 7 (72) Tid tillsammans med vänner som varken begår brott eller använder narkotika

Tabell 7 Tid tillsammans med vänner som varken begår brott eller använder narkotika. Antal

Tid med vänner	FFT	Kontroll-grupp
Ingen	4	6
Lite	6	6
Ganska mycket	8	5
Mycket	7	8
n	25	25

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.159 <sup>a</sup>	3	.763
Likelihood Ratio	1.168	3	.761
Linear-by-Linear Association	.144	1	.704
N of Valid Cases	50		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

### Tabell 8 (73) Tid ensam

Tabell 8: Tid ensam. Antal

Tillbringar tid ensam	FFT	Kontroll-grupp
Ingen	8	7
Lite	14	14
Ganska mycket	1	2
Mycket	2	2
n	25	25

### Tabell 9 (74) Tillhör asocialt gäng

Tabell 9 Tillhör asocialt gäng. Antal

Tillhör gäng	FFT	Kontroll-grupp
Tillhör ej gäng	25	22
Tillhör gäng	0	3
n	25	25

**Tabell 10 (75) Tidsanvändning under ett dygn**

Tabell 10 Hur ungdomarna använder sin tid under ett dygn. Antal timmar i genomsnitt

Aktivitet	FFT	Kontroll-grupp
Lyssna på musik	9	11
Se på TV	3	3
Hänga på stan	3	4
Hobbys	0	0
Läsa	1	1
Sova dagtid	1	3
Hjälpa till hemma	1	1
Göra läxor	0,4	0,2

**Tabell 11 (76) Nöjda med fritiden**

Tabell 11 Nöjda med fritiden. Antal

Nöjd med fritiden	FFT	Kontroll-grupp
Ej nöjd	9	12
Nöjd	16	13
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.739 <sup>a</sup>	1	.390		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.328	1	.567		
Likelihood Ratio	.741	1	.389		
Fisher's Exact Test				.567	.284
Linear-by-Linear Association	.724	1	.395		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 12 (77) Nöjda med vänner**

Tabell 12 Nöjda med vänner. Antal

Nöjd med vänner	FFT	Kontroll-grupp
Ej nöjd	3	9
Nöjd	21	16
n	24	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.657 <sup>a</sup>	1	.056		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.496	1	.114		
Likelihood Ratio	3.797	1	.051		
Fisher's Exact Test				.095	.056
Linear-by-Linear Association	3.582	1	.058		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.88.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 13 (78) Pojk/Flick-vän under senaste tre månaderna**

Tabell 13 Andel som har/har haft flick-/pojkvän de senaste 3 månaderna. Antal

	FFT	Kontroll-grupp
Ej flick-/pojkvän	4	6
Har flick-/pojkvän	21	19
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.500 <sup>a</sup>	1	.480		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.125	1	.724		
Likelihood Ratio	.503	1	.478		
Fisher's Exact Test				.725	.363
Linear-by-Linear Association	.490	1	.484		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 14 (79) Pojk/Flick-väns problem**

Tabell 14 Flick-/pojkväns problem. Ungdomar som har flick-/pojkvän. Antal

	FFT	Kontroll-grupp
Flick-/pojkvän		
Använder alkohol	15	15
Använder narkotika	5	6
Begår brott	4	7

**Tabell 15 (80) Sexuellt aktiva flickor**

Tabell 15 Sexuellt aktiva ungdomar. Antal

Sexuellt aktiv	FFT	Kontroll- grupp
Har ej sex	3	2
Har sex	22	23
n	25	25

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.222 <sup>a</sup>	1	.637		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.224	1	.636		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.218	1	.641		
N of Valid Cases	50				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 16 (81) Användning av preventivmedel**

Tabell 16 Användning av preventivmedel  
bland de sexuellt aktiva. Antal

Preventivmedel	FFT	Kontroll- grupp
Ej preventivmedel	0	1
Preventivmedel	4	2
n	4	3

**Tabell 17 (82) Oro besvär med fritid/vänner**

Tabell 17 Oro eller besvär över problem med  
fritid och vänner. Antal

O road/besvärad	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	12	12
Lite	6	5
Ganska mycket	5	3
Mycket	2	5
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.095 <sup>a</sup>	1	.758		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.095	1	.758		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.093	1	.760		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 18 (83) Önskemål om hjälp för problem med fritid och vänner

Tabell 18 Önskemål om hjälp för problem med fritid och vänner. Antal

Vill få hjälp	FFT	Kontroll-grupp
Inte alls	17	15
Lite	4	5
Ganska mycket	1	2
Mycket	3	3
n	25	25

### Tabell 19 (84) Intervjuskattarnas uppfattning

Tabell 19 Intervjuarskattning av ungdomarnas behov av hjälp för problem med fritid och vänner. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll-grupp
Ej nödvändigt (0–1)	1	1
Trol ej nödv (2–3)	4	5
Viss önskvärd (4–5)	8	10
Hjälp nödv (6–7)	10	9
Absolut nödv (8–9)	2	0



*Familj*

**Tabell 1 (85) Kommer överens med modern**

Tabell 1 Kommer överens med sin mor. Antal

Kommer överens	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	1	0
Lite	5	7
Ganska mycket	10	9
Mycket	9	8
n	25	24

Kommer överens med sin mor \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Kommer överens med sin mor	Inte alls/Lite	6	7	13
	Ganska Mycket/Mycket	19	17	36
Total		25	24	49

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.168 <sup>a</sup>	1	.682		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.007	1	.932		
Likelihood Ratio	.168	1	.682		
Fisher's Exact Test				.754	.466
Linear-by-Linear Association	.164	1	.685		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.37.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 2 (86) Kommer överens med far.**

Tabell 2 Kommer överens med sin far. Antal

Kommer överens	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	3	6
Lite	8	7
Ganska mycket	7	4
Mycket	6	7
n	24	24

## Kommer överens med sin far \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Kommer överens med sin far	Inte alls/Lite	11	13	24
	Ganska Mycket/Mycket	13	11	24
Total		24	24	48

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.333 <sup>a</sup>	1	.564		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.083	1	.773		
Likelihood Ratio	.334	1	.563		
Fisher's Exact Test				.773	.387
Linear-by-Linear Association	.326	1	.568		
N of Valid Cases	48				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.00.

b. Computed only for a 2x2 table

## Tabell 3 (87) Kommer överens med syster

Tabell 3 Kommer överens med syster/systrar.  
Ungdomar som har syster/systrar. Antal

Kommer överens	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	0	2
Lite	3	2
Ganska mycket	7	5
Mycket	7	4
n	17	13

## Kommer överens med syster/systrar \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Kommer överens med syster/systrar	Inte alls/Lite	3	4	7
	Ganska Mycket/Mycket	14	9	23
Total		17	13	30

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.709 <sup>a</sup>	1	.400		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.165	1	.684		
Likelihood Ratio	.704	1	.401		
Fisher's Exact Test				.666	.340
Linear-by-Linear Association	.685	1	.408		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.03.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 4 (88) Kommer överens med bror

Tabell 4 Kommer överens med bror/bröder.  
Ungdomar som har bror/bröder. Antal

Kommer överens	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	0	5
Lite	2	3
Ganska mycket	5	5
Mycket	12	7
n	19	20

#### Kommer överens med bror/bröder \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp p	
Kommer överens med bror/bröder	Inte alls/Lite	2	8	10
	Ganska Mycket/Mycket	17	12	29
Total		19	20	39

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.439 <sup>a</sup>	1	.035		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.028	1	.082		
Likelihood Ratio	4.696	1	.030		
Fisher's Exact Test				.065	.039
Linear-by-Linear Association	4.326	1	.038		
N of Valid Cases	39				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.87.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 5 (89) Trivsel i familjen**

Tabell 5 Trivsel i familjen. Antal

Trivs	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	3	4
Lite	4	4
Ganska mycket	8	5
Mycket	9	11
n	24	24

**trivs i familj \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
trivs i familj	Inte alls/Lite	7	8	15
	Ganska Mycket/Mycket	17	16	33
Total		24	24	48

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.097 <sup>a</sup>	1	.755		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.097	1	.755		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.095	1	.758		
N of Valid Cases	48				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 6 (90) Konflikter i familjen.**

Tabell 6 Konflikter i familjen. Antal

Konflikter i familjen	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	3	1
Lite	8	16
Ganska mycket	5	2
Mycket	9	6
n	25	25

## Konflikter i familj \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Konflikter i familj	Inte alls/Lite	11	17	28
	Ganska Mycket/Mycket	14	8	22
Total		25	25	50

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2.922 <sup>a</sup>	1	.087		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.029	1	.154		
Likelihood Ratio	2.953	1	.086		
Fisher's Exact Test				.154	.077
Linear-by-Linear Association	2.864	1	.091		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.00.

b. Computed only for a 2x2 table

## Tabell 7 (91) Konflikter om pengar i familjen

Tabell 7 Konflikter om pengar i familjen. Antal

Konflikter om pengar	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	10	11
Lite	10	8
Ganska mycket	3	5
Mycket	2	1
n	25	25

## Konflikter gällande pengar \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Konflikter gällande pengar	Inte alls/Lite	20	19	39
	Ganska Mycket/Mycket	5	6	11
Total		25	25	50

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.117 <sup>a</sup>	1	.733		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.117	1	.733		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.114	1	.735		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 8 (92) Problem hos modern**

Tabell 8 Förekomst av problem hos biologisk mor.  
Antal

Biologisk moder	FFT	Kontroll- grupp
Psykiska besvär	8	6
Hälsobesvär	6	11
Alkohol/narkotika	2	3
Brottslighet	0	1

**Tabell 9 (93) Problem hos fadern**

Tabell 9 Förekomst av problem hos biologisk far.  
Antal

Biologisk far	FFT	Kontroll- grupp
Psykiska besvär	7	5
Hälsobesvär	2	6
Alkohol/narkotika	7	8
Brottslighet	5	4

**Tabell 10 (94) Problem bland syskon**

Tabell 10 Förekomst av problem bland  
syskon. Ungdomar som har syskon. Antal

Syskon	FFT	Kontroll- grupp
Psykiska besvär	8	5
Hälsobesvär	5	0
Alkohol/narkotika	2	5
Brottslighet	2	4

**Tabell 11 (95) Svårt att prata med mor**

Tabell 11 Svårt att prata med mor. Antal

Svårt prata med moder	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	13	8
Lite	7	6
Ganska mycket	3	3
Mycket	2	7
n	25	24

**Svårt att prata med mor \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Svårt att prata med mor	Inte alls/Lite	20	14	34
	Ganska Mycket/Mycket	5	10	15
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2.706 <sup>a</sup>	1	.100		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.782	1	.182		
Likelihood Ratio	2.743	1	.098		
Fisher's Exact Test				.128	.091
Linear-by-Linear Association	2.651	1	.103		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.35.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 12 (96) Svårt att prata med far**

Tabell 12 Svårt att prata med far. Antal

Svårt prata med fader	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	7	7
Lite	7	5
Ganska mycket	1	0
Mycket	9	10
n	24	22

## Svårt att prata med far \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Svårt att prata med far	Inte alls/Lite	14	12	26
	Ganska Mycket/Mycket	10	10	20
Total		24	22	46

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.067 <sup>a</sup>	1	.796		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.067	1	.796		
Fisher's Exact Test				1.000	.515
Linear-by-Linear Association	.066	1	.798		
N of Valid Cases	46				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.57.

b. Computed only for a 2x2 table



**Tabell 13 (97) Relation till modern**

Tabell 13 Relationen till modern. Antal

Modern	FFT	Kontroll- grupp
<i>Förälder besviken</i>		
Missnöjd beteendet	15	19
Besviken på dig	16	21
Svårt att lita på dig	18	22
Kritiserar dig	12	11
Missnöjd hjälper till	10	9
Arg på dig	9	9
<i>Den unges reaktion på regler</i>		
Kontrollerar dig	12	11
För stora krav	2	5
För sträng	4	3
<i>Den unges besvikelse</i>		
Svårt att förstå dig	9	14
Svårt att lyssna	6	12
Står dig ej nära	5	4
Favoriserar andra	6	5
Orättvis med pengar	5	7
<i>Kritik mot förälder</i>		
Ej gott föredöme	6	6
Ger ej goda råd	7	8
För mesig	5	6
Är för hotfull	4	2

**Tabell 14 (98) Relation till fadern**

Tabell 14 Relationen till fadern. Antal

Fadern	FFT	Kontroll- grupp
<i>Förälder besviken</i>		
Missnöjd beteendet	15	11
Besviken på dig	13	15
Svårt att lita på dig	14	14
Kritiserar dig	11	8
Missnöjd hjälper till	9	5
Arg på dig	8	4
<i>Den unges reaktion på regler</i>		
Kontrollerar dig	9	11
För stora krav	6	6
För sträng	9	6
<i>Den unges besvikelse</i>		
Svårt att förstå dig	12	10
Svårt att lyssna	10	8
Står dig ej nära	9	5
Favoriserar andra	8	5
Orättvis med pengar	5	5
<i>Kritik mot förälder</i>		
Ej gott föredöme	12	7
Ger ej goda råd	11	7
För mesig	4	5
Är för hotfull	6	5

**Tabell 15 (99) Upplevda problem med modern**

Tabell 15 Antal upplevda problem med modern.

Antal problem	FFT	Kontroll- grupp
Inga problem	1	0
1-3 problem	7	2
4-7 problem	8	14
8 problem eller fler	9	8
n	25	24

**Antal problem \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Antal problem	0-3	8	2	10
	4-7	8	14	22
	8-	9	8	17
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.277 <sup>a</sup>	2	.071
Likelihood Ratio	5.551	2	.062
Linear-by-Linear Association	2.064	1	.151
N of Valid Cases	49		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.90.

**Tabell 16 (100) Upplevda problem med fadern**

Tabell 16 Antal upplevda problem med fadern.

Antal problem	FFT	Kontroll- grupp
Inga problem	4	1
1-3 problem	3	6
4-7 problem	6	5
8 problem eller fler	11	9
n	24	21

**Antal problem \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Antal problem	0-3	7	7	14
	4-7	6	5	11
	8-	11	9	20
Total		24	21	45

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.091 <sup>a</sup>	2	.955
Likelihood Ratio	.091	2	.955
Linear-by-Linear Association	.085	1	.771
N of Valid Cases	45		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.13.

## Tabell 17 (101) Fysisk misshandel

Tabell 17 Förekomst av fysisk misshandel.  
Antal

Fysisk misshandel	FFT	Kontrollgrupp
Aldrig	11	13
Sällan	7	6
Ganska ofta	2	5
Mycket ofta	5	1
n	25	25

## Fysisk misshandel \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Fysisk misshandel	Aldrig	11	13	24
	Sällan	7	6	13
	Ofta	7	6	13
Total		25	25	50

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.321 <sup>a</sup>	2	.852
Likelihood Ratio	.321	2	.852
Linear-by-Linear Association	.255	1	.614
N of Valid Cases	50		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.50.

**Tabell 18 (102) Psykisk misshandel**

Tabell 18 Förekomst av psykisk misshandel.  
Antal

Psykisk misshandel	FFT	Kontroll- grupp
Aldrig	9	12
Sällan	4	5
Ganska ofta	6	7
Mycket ofta	6	1
n	25	25

**Psysisk misshandel \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Psysisk misshandel	Aldrig	9	12	21
	Sällan	4	5	9
	Ofta	12	8	20
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.340 <sup>a</sup>	2	.512
Likelihood Ratio	1.347	2	.510
Linear-by-Linear Association	1.172	1	.279
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

**Tabell 19 (103) Sexuella övergrepp**

Tabell 19 Förekomst av sexuella övergrepp.  
Antal

Sexuella övergrepp	FFT	Kontroll- grupp
Ej övergrepp	20	22
Övergrepp	4	2
n	24	24

**Tabell 20 (104) Oro eller besvär över familjeproblem**

Tabell 20 Oro eller besvär över familjeproblem.  
Antal

Oroad/besvärad	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	7	11
Lite	8	4
Ganska mycket	4	3
Mycket	6	7
<hr/>		
n	25	25

Oro eller besvär v.g. familjeproblem \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Oro eller besvär v.g. familjeproblem	Inte alls/Lite	15	15	30
	Ganska Mycket/Mycket	10	10	20
Total		25	25	50

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.000 <sup>a</sup>	1	1.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.613
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 21 (105) Hjälp önskas**

Tabell 21 Önskemål om hjälp för familjeproblem.  
Antal

Vill få hjälp	FFT	Kontroll- -grupp
Inte alls	6	10
Lite	9	6
Ganska mycket	1	1
Mycket	9	8
<hr/>		
n	25	25

## Hjälp önskas \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Hjälp önskas	Inte alls/Lite	15	16	31
	Ganska Mycket/Mycket	10	9	19
Total		25	25	50

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.085 <sup>a</sup>	1	.771		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.085	1	.771		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.083	1	.773		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.50.

b. Computed only for a 2x2 table

## Tabell 22 (106) skattningen

Tabell 22 Intervjuarskattning av ungdomarnas  
behov av hjälp för familjeproblem. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll- grupp
Ej nödvändigt (0–1)	1	1
Trol ej nödv (2–3)	3	4
Viss önskvärd (4–5)	8	8
Hjälp nödv (6–7)	8	10
Absolut nödv (8–9)	4	2
<b>n</b>	<b>24</b>	<b>25</b>

*Psykiska och känslomässiga problem***Tabell 1 (107) Olika känslor, reaktioner och beteenden**

Tabell 1 Olika känslor, reaktioner och beteenden.  
Antal.

	FFT	Kontroll- grupp
Brist på självförtroende	9	13
Svårt lösa problem	11	13
För blyg	5	4
Känner sig utanför	6	13
Känner sig ensam	11	11
Känner sig modlös	12	16
Känner att de flesta andra är klyftigare	8	11
Dagdrömmer ofta	13	15
Känner sig nedstämd	15	22
Ofta ängslig/orolig	14	15
Känner sig ointresserad av det mesta	11	12
Uttråkad	17	22
Hamnar lätt i bråk	12	14
Behöver medicin för att somna	6	11
Har mardrömmar	10	15
Inte litar på folk	18	21
Känner att folk iakttar dig	14	18
Svårt uttrycka sina känslor	11	15
Kan inte kontrollera sitt beteende när arg	17	15
Känner för att skada sig själv	9	5



Tabell 2 Olika känslor, reaktioner och beteenden.  
 Antal (fortsättning från föregående tabell)

	FFT	Kontroll- grupp
Rädd att skada någon annan	6	7
Ljuger ofta	6	4
Känner att det vore bättre om du var död	9	9
Känns som om huvudet skulle explodera	6	13
Får vansinniga idéer	11	13
Känner att något får dig att göra saker som du ej vill	6	13
Känner sig ensam bland folk	11	13
Känns som att andra är emot dig	8	10
Känner att du borde bli straffad för dina fel och brister	10	7
Fel på förståndet	11	7
Rädd tappa kontroll	12	10
Känns som om saker inte är verkliga	8	16
Slår i dörrar	17	13
Självordstankar	9	11
Känner hopplöshet inför framtiden	10	15
Blir lätt sårad	16	15
Andra ogillar dig	8	10
Känner dig underlägsen	7	6
Känner dig värdelös	8	9
Känner dig osäker	5	8
med andra		
Skulle vilja döda någon	7	7

**Tabell 3 (109) Antal känslor och reaktioner som flickorna instämmer i**

Tabell 3 Antal känslor och reaktioner som ungdomarna instämmer i. Antal

Antal problem	FFT	Kontroll-grupp
Inga	0	0
1–7	7	0
8–15	5	9
16 eller fler	13	16
n	25	25

**Tabell 4 (110) Psykisk ohälsa de senast 30 dagarna**

Tabell 4 Psykisk ohälsa under de senaste 30 dagarna. Antal

Antal dagar	FFT	Kontroll-grupp
Inga dagar	7	4
1–6 dagar	6	4
7 eller fler dagar	12	16
n	25	24

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.770 <sup>a</sup>	2	.413
Likelihood Ratio	1.784	2	.410
Linear-by-Linear Association	1.598	1	.206
N of Valid Cases	49		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.90.

**Tabell 5 (111) Olika psykiska besvär någonsin**

Tabell 5 Olika psykiska besvär någonsin. Antal

Någonsin	FFT	Kontroll- grupp
Svår depression	18	19
Svår oro/spänning	15	19
Koncentrationsproblem	19	20
Våldsamt beteende	13	16
Självordstankar	9	17
Självordsförsök	13	12
Hallucinationer	9	13
Tar medicin	7	9
Ätstörningar	7	4

**Tabell 6 (112) Olika besvär den senaste månaden**

Tabell 6 Olika psykiska besvär den senaste månaden. Antal

Senaste månaden	FFT	Kontroll- grupp
Svår depression	10	12
Svår oro/spänning	10	17
Koncentrationsproblem	12	17
Våldsamt beteende	7	7
Självordstankar	5	5
Självordsförsök	3	2
Hallucinationer	6	7
Tar medicin	4	7
Ätstörningar	2	2

**Tabell 7 (113) Öppenvård/slutenvård**

Tabell 7 Öppenvårdskontakt eller sjukhusvistelse för psykiska besvär. Antal

Öppen/sluten vård	FFT	Kontroll grupp
Öppenvård	18	13
Sluten vård	7	11

**Tabell 8 (114) Oro eller besvär över psykiska problem**

Tabell 8 Oro eller besvär över psykiska problem.  
Antal

Oroad/besvärad	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	11	5
Lite	4	7
Ganska mycket	5	6
Mycket	5	7
n	25	25

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.492 <sup>a</sup>	3	.322
Likelihood Ratio	3.561	3	.313
Linear-by-Linear Association	1.749	1	.186
N of Valid Cases	50		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

**Tabell 9 (115) önskemål om hjälp**

Tabell 9 Önskemål om hjälp med psykiska  
problem. Antal

Vill få hjälp	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	8	10
Lite	5	2
Ganska mycket	2	4
Mycket	10	9
n	25	25

**Hjälp önskas \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Hjälp önskas	Inte alls/Lite	13	12	25
	Ganska Mycket/Mycket	12	13	25
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.080 <sup>a</sup>	1	.777		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.080	1	.777		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.078	1	.779		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 10 (116) Intervjuskattarnas bedömning

Tabell 10: Intervjuarskattning av ungdomarnas behov av hjälp för psykiska eller känslomässiga problem. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll-grupp
Ej nödvändigt (0–1)	2	1
Trol ej nödv (2–3)	2	2
Viss önskvärd (4–5)	5	7
Hjälp nödv (6–7)	12	7
Absolut nödv (8–9)	4	8
n	25	25

*Brottslighet***Tabell1 (117) Brot i livet**

Tabell 1 Ungdomarnas inblandning i olika brott någon gång i livet. Antal

Brott någonsin	FFT	Kontroll- grupp
Graffiti/klotter	11	10
Snatteri	21	17
Narkotikabrott	10	12
Förargelseväckande beteende	10	7
Rattonykterhet	4	9
Trafikbrott	6	13
Bilstöld	9	11
Skadegörelse	13	15
Stöld	9	14
Häleri	12	11
Rån	7	6
Hot/våld mot tjänsteman	12	12
Misshandel	13	12
Misshandel med vapen	0	0
Misshandel utan vapen	0	0
Vapeninnehav	12	10
Sexuella brott	0	1
Mordbrand	6	5
Dråp eller mord	0	0

**Tabell 2 (118) Antal brott de senaste 12 månaderna**

Tabell 2 Antal brott den unge har begått under de senaste 12 månaderna. Antal

Antal brott	FFT	Kontroll- grupp
Ej brott	12	21
1–5 brott	28	28
6–10 brott	9	8
11–30 brott	17	17
31–100 brott	14	14
101–200 brott	6	6
Fler än 200 brott	14	6
n	429	234

**Tabell 3 (119) Antal brott andel under senaste 12 månaderna**

Tabell 3 Andel som har begått olika brott de senaste 12 månaderna. Antal

Brott senaste 12 månaderna	FFT	Kontroll -grupp
Graffiti/klotter	17	16
Snatteri	30	46
Narkotikabrott	27	17
Förargelseväckande beteende	31	24
Rattonykterhet	21	11
Trafikbrott	35	20
Bilstöld	26	12
Skadegörelse	35	29
Inbrott	36	22
Häleri	34	18
Rån	24	6
Hot/våld mot tjänsteman	29	31
Misshandel	50	38
Misshandel med vapen	12	7
Misshandel utan vapen	13	8
Vapeninnehav	41	23
Sexuella brott	2	0
Mordbrand	9	4
Dråp eller mord	1	0

**Tabell 4 (120) Antal brott under de senaste 3 mån**

Tabell 4 Antal brott den unge begått under de senaste 3 månaderna. Antal

Antal brott	FFT	Kontroll- grupp
Ej brott	3	1
1–5 brott	7	8
6–10 brott	1	3
11–30 brott	5	2
31–100 brott	2	1
Fler än 100 brott	7	8
n	25	23

**Antal brott \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Antal brott	0–5	10	9	19
	6–30	6	5	11
	31–	9	9	18
Total		25	23	48

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.060 <sup>a</sup>	2	.970
Likelihood Ratio	.060	2	.970
Linear-by-Linear Association	.024	1	.876
N of Valid Cases	48		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.27.



**Tabell 5 (121) Brottslighet de 3 senaste månaderna**

Tabell 5 Brottslighet de senaste 3 månaderna.

Antal

Brott senaste 3 månaderna	FFT	Kontroll- grupp
Graffiti/klotter	8	6
Snatteri	14	10
Narkotikabrott	10	10
Förargelseväckande beteende	10	6
Rattonykterhet	4	8
Trafikbrott	6	9
Bilstöld	4	7
Skadegörelse	11	11
Inbrott	9	10
Häleri	12	9
Rån	6	4
Hot/våld mot tjänsteman	12	9
Misshandel	9	8
Misshandel med vapen	0	1
Misshandel utan vapen	0	0
Vapeninnehav	11	8
Våldtäkt	0	0
Mordbrand	4	3
Dråp eller mord	0	0

**Tabell 6 (122) Ungas ålder första gången de åkte fast**

Tabell 6 ungas ålder första gången de åkt fast för polisen. Ungdomar som uppger att de har åkt fast. Antal

Ålder åkt fast	FFT	Kontroll- grupp
Ej åkt fast	4	6
Upp till 9 år	1	0
10–12 år	3	4
13–14 år	9	6
15 år och äldre	8	9
n	25	25

**Tabell 7 (123) Längsta tillfälle i häkte eller fängelse**

Tabell 7 Längsta tillfälle i häkte eller fängelse.  
Antal

Häkte/fängelse	FFT	Kontroll- grupp
Aldrig	19	17
Mindre än ett dygn	3	6
1–14 dygn	3	1
15–30 dygn	0	0
Mer än 30 dygn	0	0
n	25	24

**Häkte/Fängelse \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Häkte/Fängelse	Aldrig	19	17	36
	Förekommit	6	7	13
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.168 <sup>a</sup>	1	.682		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.007	1	.932		
Likelihood Ratio	.168	1	.682		
Fisher's Exact Test				.754	.466
Linear-by-Linear Association	.164	1	.685		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.37.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 8 (124) Anhållen/häktad under de senaste 3 mån**

Tabell 8 Anhållen eller häktad under de senaste  
tre månaderna. Antal

Anhållen eller häktad	FFT	Kontroll- grupp
Nej	12	14
Ja	3	5
n	15	19

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.186 <sup>a</sup>	1	.666		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.001	1	.981		
Likelihood Ratio	.188	1	.665		
Fisher's Exact Test				1.000	.494
Linear-by-Linear Association	.180	1	.671		
N of Valid Cases	34				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.53.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 9 (125) Väntar på åtal mm

Tabell 9 Väntar på åtal, rättegång eller dom. Antal

Åtal/rättegång	Kontroll-	
	FFT	grupp
Nej	6	13
Ja	9	7
n	15	20

### Tabell 10 (126) Villkorligt frigiven?

Tabell 10 Är den unge villkorligt frigiven eller under övervakning? Antal

Villkorligt frigiven eller under övervakning	Kontroll-	
	FFT	grupp
Nej	17	17
Ja	0	3
n	17	20

### Tabell 11 (127) Flickornas bedömning av sina problem med rättsväsendet

Tabell 11: Ungdomarnas bedömning av sina problemen med rättsväsendet. Antal

Problem med rättsväsendet	Kontroll-	
	FFT	grupp
Inte alls	20	17
Lite	3	2
Ganska mycket	0	2
Mycket	2	4
n	25	25

**Problem med rättsväsendet \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Problem med rättsväsendet	Inte alls	20	17	37
	Problem	5	8	13
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.936 <sup>a</sup>	1	.333		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.416	1	.519		
Likelihood Ratio	.942	1	.332		
Fisher's Exact Test				.520	.260
Linear-by-Linear Association	.917	1	.338		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 12 (128) Oro eller besvär över egen brottslighet**

Tabell 12 Oro eller besvär över eget brottsligt beteende. Antal

O road/besvärad	FFT	Kontroll- grupp
Inte alls	21	18
Lite	4	3
Ganska mycket	0	2
Mycket	0	2
n	25	25

**Oro eller besvär \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Oro eller besvär	Inte alls	21	18	39
	Lite/Ganska mycket/Mycket	4	7	11
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.049 <sup>a</sup>	1	.306		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.466	1	.495		
Likelihood Ratio	1.060	1	.303		
Fisher's Exact Test				.496	.248
Linear-by-Linear Association	1.028	1	.311		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 13 (129) önskemål om hjälp

Tabell 13 Önskemål om hjälp med eget brottsligt beteende. Antal

Vill få hjälp	FFT	Kontroll-grupp
Inte alls	20	20
Lite	2	1
Ganska mycket	1	1
Mycket	2	3
n	25	25

### Tabell 14 (130) Intervjuskattarnas bedömning

Tabell 14 Intervjuarskattning av ungdomarnas behov av hjälp för problem med brottslighet. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll-grupp
Ej nödvändigt (0–1)	4	8
Trol ej nödv (2–3)	6	6
Viss önskvärd (4–5)	5	2
Hjälp nödv (6–7)	8	6
Absolut nödv (8–9)	1	5
n	24	25

*Tobak, alkohol och narkotika***Tabell 1-3 (131) Användning av tobak snus samt cigaretter**

Tabell 1 Användning av tobak. Antal

Röker	FFT	Kontroll- grupp
Nej	21	12
Ja, ibland	11	5
Ja, dagligen	68	83
n	427	235

Tabell 2: Användning av snus. Antal

Snusar	FFT	Kontroll- grupp
Nej	47	75
Ja, ibland	25	21
Ja, dagligen	28	4
n	428	234

Tabell 3 Antal cigaretter per dag de senaste 30 dagarna. Antal

Cigaretter per dag	FFT	Kontroll- grupp
Inga, ej uppgift	25	16
1–5 cigaretter	11	5
6–10 cigaretter	25	31
11–20 cigaretter	33	42
21 eller fler	6	6
n	431	238

**Tabell 4 (132) Flickornas användning av alkohol och narkotika någonsin**

Tabell 4 Ungdomarnas användning av alkohol och narkotika någonsin. Antal

Någonsin använt	FFT	Kontroll- grupp
Alkohol	78	89
Marijuana/hasch	55	58
Amfetamin, ej inj	27	32
Amfetamin, injicerat	7	8
Heroin/opiater ej inj	9	12
Heroin/opiater inj	3	6
Kokain	19	20
LSD/Hallucinogener	16	13
Ecstasy	21	21
Värktabletter	23	27
Läkemedel	27	29
Sniffning/lösning.	18	27
Dopingpreparat	6	1
Övriga droger	14	13

**Tabell 5 (133) Flickornas genomsnittliga debutålder för olika preparat**

Tabell 5 Ungdomarnas genomsnittliga debutålder för olika preparat

Preparat	FFT		Kontroll- -grupp		Total	
	Ålder	Antal	Ålder	Antal	Ålder	Antal
Alkohol	12,7	24	12,2	22	12,4	46
Marijuana/hasch	14,4	19	14,1	22	14,2	41
Amfetamin, ej inj	15,0	9	15,3	17	15,2	26
Amfetamin, injicerat	16,8	4	16,4	10	16,5	14
Heroin/opiater ej inj	16,5	6	15,8	10	16,6	16
Heroin/opiater inj	17,0	4	16,4	8	16,6	12
Kokain	15,3	6	16,0	15	15,8	21
LSD/Hallucinogener	17,0	5	15,9	7	16,3	12
Ecstasy	15,3	7	15,5	14	15,4	21
Värktabletter	12,4	5	14,4	12	13,8	17
Läkemedel	15,4	7	14,7	16	15,0	23
Sniffning/lösning.	14,3	8	14,0	10	14,1	18
Dopingpreparat	16,0	2	15,0	1	15,7	3
Övriga droger	15,5	6	16,0	4	15,7	10

**Tabell 6 (134) Användning av alkohol typisk månad**

Tabell 6 Ungdomarnas användning av alkohol en typisk månad. Antal

Alkohol	FFT	Kontroll-grupp
Aldrig använt	2	2
Ibland, en gång i må	8	7
2-4 ggr/mån.	4	9
Mer än en gång i v.	11	6
n	25	24

**Alkohol \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Alkohol	0-1	10	9	19
	2-4	4	9	13
	5-	11	6	17
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.427 <sup>a</sup>	2	.180
Likelihood Ratio	3.498	2	.174
Linear-by-Linear Association	.445	1	.504
N of Valid Cases	49		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.37.

**Tabell 7 (135) Förekomst av black-out**

Tabell 7 Förekomst av black-out efter att ha druckit alkohol. Antal

Frekvens black-out	FFT	Kontroll-grupp
Ej blackout	7	12
1 gång eller mer	18	13
n	25	25



**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.122 <sup>a</sup>	1	.145		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.358	1	.244		
Likelihood Ratio	2.141	1	.143		
Fisher's Exact Test				.244	.122
Linear-by-Linear Association	2.080	1	.149		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 8 (136) Antal drinkar de senaste 30 dagarna

Tabell 8 Antal drinkar ungdomarna brukar dricka per dag när de druckit de senaste 30 dagarna.

Antal drinkar	FFT	Kontrollgrupp
Inga	7	7
1-4	6	5
5 eller fler	12	11
n	25	23

### Tabell 9 (137) Hur ofta flickorna dricker alkohol

Tabell 9 Hur ofta ungdomarna dricker alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit eller en helflaska vin etc. Antal

	FFT	Kontrollgrupp
Sällan eller aldrig	0	1
2-6 ggr/år	7	7
En gång/månad	1	2
2-3 ggr/månaden	3	3
En gång/vecka	3	2
Några ggr/vecka	2	3
Dagligen	9	6
n	25	24

#### Hur ofta dricker alkohol \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Hur ofta dricker alkohol	Aldrig - 6 ggr/år	10	8	18
	1 ggn mån-1 ggn v.	7	7	14
	Flera ggr v.-dagligen	7	8	15
Total		24	23	47

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.268 <sup>a</sup>	2	.875
Likelihood Ratio	.268	2	.875
Linear-by-Linear Association	.257	1	.612
N of Valid Cases	47		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.85.

**Vid kontroll i original syntaxfil SPSS upptäcks felaktighet i redovisad tabell.**

**De i tabellen redovisade frekvenserna motsvarar inte frågornas svar i ADAD formuläret. Ovan redovisad chi 2 test är beräknad på rätt fördelning.**

## Tabell 10 (138) Full de senaste 30 dagarna

Tabell 10 Hur många gånger den unge varit full under de senaste 30 dagarna. Antal

Full senaste 30 dagarna	FFT	Kontrollgrupp
Ej full	11	7
1 gång eller mer	14	18
n	25	25

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.389 <sup>a</sup>	1	.239		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.781	1	.377		
Likelihood Ratio	1.398	1	.237		
Fisher's Exact Test				.377	.189
Linear-by-Linear Association	1.361	1	.243		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 11 (139) Användning av narkotika någonsin**

Tabell 11 Ungdomarnas användning av narkotiska preparat någonsin (ej inräknat värktabletter, läkemedel, lösningsmedel, dopingmedel. Antal

Antal preparat	FFT	Kontroll- grupp
Inget	8	4
Ett	5	2
Två	6	3
Tre	1	3
Fyra	2	3
Fem	0	7
Sex preparat	3	3
n	25	25

**Användning narkotika någonsin \* FFT resp kontrollgrupp  
Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Användning narkotika någonsin	Inget	8	4	12
	1-2	11	5	16
	3-4	3	6	9
	5-6	3	10	13
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.353 <sup>a</sup>	3	.039
Likelihood Ratio	8.661	3	.034
Linear-by-Linear Association	6.924	1	.009
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

**Tabell 12 (140) Användning av hasch**

Tabell 12 Ungdomarnas användning av marijuana/hasch en typisk månad. Antal

Marijuana/hasch	FFT	Kontroll-grupp
Aldrig använt	8	7
Ibland–en gång/mån	7	8
2–4 ggr/mån.	2	1
Mer än en gång i v.	8	8
n	25	24

**Användning av hasch \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Användning av hasch	Aldrig	8	7	15
	Ibland–en ggn per månad	7	8	15
	2 ggr per månad eller mer	10	9	19
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.166 <sup>a</sup>	2	.921
Likelihood Ratio	.166	2	.920
Linear-by-Linear Association	.000	1	.989
N of Valid Cases	49		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.35.

**Tabell 13 (141) Amfetamin, ej injicering**

Tabell 13 Ungdomarnas användning av amfetamin (ej injicering) en typisk månad. Antal

Amfetamin, ej injicerat	FFT	Kontroll-grupp
Aldrig använt	16	9
Ibland–en gång/mån	4	8
2–4 ggr/mån.	2	2
Mer än en gång i v.	3	5
n	25	24

Amfetamin, ej injicerat \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Amfetamin, ej injicerat	Aldrig	16	9	25
	Ibland–en ggn per månad	4	8	12
	2 ggr per månad eller mer	5	7	12
Total		25	24	49

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.608 <sup>a</sup>	2	.165
Likelihood Ratio	3.660	2	.160
Linear-by-Linear Association	2.229	1	.135
N of Valid Cases	49		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.88.

## Tabell 14 (142) Amfetamin injicering

Tabell 14 Ungdomarnas användning av amfetamin (injicering) en typisk månad. Antal

Amfetamin, injicerar	FFT	Kontroll- grupp
Aldrig använt	21	14
Ibland–en gång/mån	4	7
2–4 ggr/mån.	0	3
Mer än en gång i v.	0	0
n	25	24

Amfetamin, injicerat \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Amfetamin, injicerat	Aldrig använt	21	14	35
	Använt	4	10	14
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.953 <sup>a</sup>	1	.047		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.795	1	.095		
Likelihood Ratio	4.046	1	.044		
Fisher's Exact Test				.062	.047
Linear-by-Linear Association	3.872	1	.049		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.86.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 15 (143) Heroin/opiater ej injicering

Tabell 15 Ungdomarnas användning av heroin/opiater (ej injicering) en typisk månad. Antal

Heroin/opiater, ej injicerat	FFT	Kontrollgrupp
Aldrig använt	18	15
Ibland—en gång/mån	7	4
2–4 ggr/mån.	0	1
Mer än en gång i v.	0	4
n	25	24

#### Heroin/Opiater, ej injicerat \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Heroin/Opiater, ej injicerat	Aldrig använt	18	15	33
	Använt	7	9	16
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.503 <sup>a</sup>	1	.478		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.163	1	.686		
Likelihood Ratio	.503	1	.478		
Fisher's Exact Test				.551	.343
Linear-by-Linear Association	.492	1	.483		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.84.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 16 (144) Heroin/opiater injicering**

Tabell 16 Ungdomarnas användning av heroin/opiater (injicering) en typisk månad. Antal

Heroin/opiater, injicerar	FFT	Kontrollgrupp
Aldrig använt	21	16
Ibland–en gång/mån	3	4
2–4 ggr/mån.	1	2
Mer än en gång i v.	0	2
n	25	24

**Heroin/Opiater, injicerat \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Heroin/Opiater, injicerat	Aldrig använt	21	16	37
	Använt	4	8	12
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.989 <sup>a</sup>	1	.158		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.163	1	.281		
Likelihood Ratio	2.017	1	.156		
Fisher's Exact Test				.196	.141
Linear-by-Linear Association	1.949	1	.163		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.88.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 17 (145) Kokain**

Tabell 17 Ungdomarnas användning av kokain en typisk månad. Antal

Kokain	FFT	Kontrollgrupp
Aldrig använt	20	11
Ibland–en gång/mån	3	9
2–4 ggr/mån.	0	2
Mer än en gång i v.	2	2
n	25	24

### Kokain \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Kokain	Aldrig använt	20	11	31
	Använt	5	13	18
Total		25	24	49

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	6.151 <sup>a</sup>	1	.013		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.768	1	.029		
Likelihood Ratio	6.313	1	.012		
Fisher's Exact Test				.019	.014
Linear-by-Linear Association	6.025	1	.014		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.82.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 18 (146) LCD/Hallucinogener

Tabell 18 Ungdomarnas användning av  
LSD/hallucinogener en typisk månad. Antal

LSD/ hallucinogener	FFT	Kontroll- grupp
Aldrig använt	20	16
Ibland—en gång/mån	3	6
2–4 ggr/mån.	2	1
Mer än en gång i v.	0	0
n	25	23

### LSD/Hallucigener \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
LSD/Hallucigener	Aldrig använt	20	16	36
	Använt	5	7	12
Total		25	23	48



**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.696 <sup>a</sup>	1	.404		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.250	1	.617		
Likelihood Ratio	.697	1	.404		
Fisher's Exact Test				.511	.308
Linear-by-Linear Association	.681	1	.409		
N of Valid Cases	48				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.75.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 19 (147) Användning av ecstasy.

Tabell 19 Ungdomarnas användning av ecstasy en typisk månad. Antal

Ecstasy	FFT	Kontrollgrupp
Aldrig använt	19	11
Ibland–en gång/mån	3	10
2–4 ggr/mån.	1	2
Mer än en gång i v.	2	1
n	25	24

### Ecstasy \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Ecstasy	Aldrig använt	19	11	30
	Använt	6	13	19
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.694 <sup>a</sup>	1	.030		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.509	1	.061		
Likelihood Ratio	4.780	1	.029		
Fisher's Exact Test				.042	.030
Linear-by-Linear Association	4.598	1	.032		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.31.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 20 (148) Värktabletter**

Tabell 20 Ungdomarnas användning av värktabletter en typisk månad. Antal

Värktabletter	FFT	Kontroll-grupp
Aldrig använt	18	13
Ibland–en gång/mån	3	2
2–4 ggr/mån.	4	4
Mer än en gång i v.	0	5
n	25	24

**Värktabletter \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation**

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Värktabletter	Aldrig använt	18	13	31
	Använt	7	11	18
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.675 <sup>a</sup>	1	.196		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.996	1	.318		
Likelihood Ratio	1.686	1	.194		
Fisher's Exact Test				.244	.159
Linear-by-Linear Association	1.641	1	.200		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.82.

b. Computed only for a 2x2 table

**Tabell 21 (149) Användning av läkemedel**

Tabell 21 Ungdomarnas användning av läkemedel en typisk månad. Antal

Läkemedel	FFT	Kontroll-grupp
Aldrig använt	17	9
Ibland–en gång/mån	4	4
2–4 ggr/mån.	2	4
Mer än en gång i v.	2	7
n	25	24

## Läkemedel \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Läkemedel	Aldrig använt	17	9	26
	Använt	8	15	23
Total		25	24	49

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4.573 <sup>a</sup>	1	.032		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.431	1	.064		
Likelihood Ratio	4.646	1	.031		
Fisher's Exact Test				.046	.031
Linear-by-Linear Association	4.480	1	.034		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.27.

b. Computed only for a 2x2 table

## Tabell 22 (150) Sniffning/lösningssmedel

Tabell 22 Ungdomarnas användning av  
sniffning/lösningssmedel en typisk månad. Antal

Sniffning/lösningss- medel	FFT	Kontroll- grupp
Aldrig använt	17	15
Ibland–en gång/mån	5	7
2–4 ggr/mån.	1	0
Mer än en gång i v.	2	2
n	25	24

## Sniffning/Lösningssmedel \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Sniffning/Lösningssmedel	Aldrig använt	17	15	32
	Använt	8	9	17
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.163 <sup>a</sup>	1	.686		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.011	1	.917		
Likelihood Ratio	.164	1	.686		
Fisher's Exact Test				.769	.458
Linear-by-Linear Association	.160	1	.689		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.33.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 23 (151) Dopning

Tabell 23 Ungdomarnas användning av dopningpreparat en typisk månad. Antal

Dopingpreparat	FFT	Kontrollgrupp
Aldrig använt	23	23
Ibland–en gång/mån	1	1
2–4 ggr/mån.	1	0
Mer än en gång i v.	0	0
n	25	24

### Tabell 24 (152) Andra droger

Tabell 24 Ungdomarnas användning av andra droger en typisk månad. Antal

Andra droger	FFT	Kontrollgrupp
Aldrig använt	19	20
Ibland–en gång/mån	3	0
2–4 ggr/mån.	1	2
Mer än en gång i v.	2	1
n	25	23

#### Andra droger \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Andra droger	Aldrig använt	19	20	39
	Använt	6	3	9
Total		25	23	48

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.944 <sup>a</sup>	1	.331		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.362	1	.548		
Likelihood Ratio	.962	1	.327		
Fisher's Exact Test				.466	.276
Linear-by-Linear Association	.924	1	.336		
N of Valid Cases	48				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.31.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 25 (153) öppen/dygnsvård relaterat till alkohol och droger

Tabell 25 Behandling för alkohol- eller narkotikamissbruk i öppenvård samt dygnsvård. Antal

Öppen/dygnsvård	FFT	Kontrollgrupp
Öppenvård	6	11
Dygnsvård	6	8

### Tabell 26 (154) Uppfattning av skadeverkningar på hälsan

Tabell 26 Ungdomarnas uppfattning om deras användning av alkohol och/eller narkotika skadar hälsan. Antal

Skadar hälsan	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	5	4
Lite	4	4
Ganska mycket	3	5
Mycket	13	12
n	25	25

#### Skadar hälsan \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrupp	
Skadar hälsan	Inte alls/Lite	9	8	17
	Ganska mkt/Mycket	16	17	33
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.089 <sup>a</sup>	1	.765		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.089	1	.765		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.087	1	.768		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 27 (155) Oro besvär över problemen med alk/narkotika

Tabell 27 Oro eller besvär över problem med alkohol. Antal

Oroad/besvärad	FFT	Kontroll-grupp
Inte alls	23	21
Lite	0	3
Ganska mycket	0	1
Mycket	2	0
n	25	25

### Tabell 28 (156) Önskemål om hjälp med alkohol

Tabell 28 Önskemål om hjälp för alkoholproblem. Antal

Vill få hjälp	FFT	Kontroll-grupp
Inte alls	21	20
Lite	2	4
Ganska mycket	1	1
Mycket	1	0
n	25	25

#### Vill få hjälp \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Vill få hjälp	Inte alls	21	20	41
	Önskar hjälp	4	5	9
Total		25	25	50

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.136 <sup>a</sup>	1	.713		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.136	1	.713		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.133	1	.716		
N of Valid Cases	50				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 29 (157) Oro med narkotika

Tabell 29 Oro eller besvär över problem med narkotika. Antal

Oroad/besvärad	FFT	Kontrollgrupp
Inte alls	15	13
Lite	3	1
Ganska mycket	4	5
Mycket	3	5
n	25	24

#### Oro med narkotika \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Oro med narkotika	Inte alls/Lite	18	14	32
	Ganska mycket/Mycket	7	10	17
Total		25	24	49

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.009 <sup>a</sup>	1	.315		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.496	1	.481		
Likelihood Ratio	1.013	1	.314		
Fisher's Exact Test				.377	.241
Linear-by-Linear Association	.989	1	.320		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.33.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 30 (158) Önskemål om hjälp med narkotika

Tabell 30 Önskemål om hjälp för narkotikaproblem  
Antal

	FFT	Kontroll- grupp
Vill få hjälp		
Inte alls	14	13
Lite	3	3
Ganska mycket	4	2
Mycket	4	6
n	25	24

#### Vill få hjälp \* FFT resp kontrollgrupp Crosstabulation

Count

		FFT resp kontrollgrupp		Total
		FFT	Kontrollgrup p	
Vill få hjälp	Inte alls/Lite	17	16	33
	Ganska mycket/Mycket	8	8	16
Total		25	24	49

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.010 <sup>a</sup>	1	.921		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.010	1	.921		
Fisher's Exact Test				1.000	.581
Linear-by-Linear Association	.010	1	.922		
N of Valid Cases	49				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.84.

b. Computed only for a 2x2 table

### Tabell 31 (159) Intervjuarskattning av alkohol

Tabell 31 Intervjuarskattning av ungdomarnas behov  
av hjälp för alkoholproblem. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll- grupp
Ej nödvändigt (0–1)	5	8
Trol ej nödv (2–3)	3	5
Viss önskvärd (4–5)	8	9
Hjälp nödv (6–7)	7	2
Absolut nödv (8–9)	1	1
n	24	25



**Tabell 32 (160) Intervjuarskattning av narkotika**

Tabell 32 Intervjuarskattning av ungdomarnas behov av hjälp för narkotikaproblem. Antal

Behov av hjälp	FFT	Kontroll- grupp
Ej nödvändigt (0–1)	5	4
Trol ej nödv (2–3)	2	3
Viss önskvärd (4–5)	5	4
Hjälp nödv (6–7)	9	7
Absolut nödv (8–9)	3	7
n	24	25