

Ungdomsmottagningarnas verksamhet i Region Skåne

En översyn



Rapport nr 2007:4

SRH Skåne
SOCIALMEDICINSKA ENHETEN

Sammanfattning

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsledningen genomfördes under 2006 en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet i Region Skåne. Uppdraget innebar att förslag till direktiv för basverksamhet, åldersgräns och tillgänglighet för ungdomsmottagningarnas verksamhet i Region Skåne skulle tas fram och utgöra underlag för beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden. I denna rapport redovisas resultatet av översynen och de rekommendationer som hälso- och sjukvårdsnämnden antog i november 2006. I översynen har alla ungdomsmottagningar med Region Skåne som huvudman inkluderats. Alla mottagningar besöktes inledningsvis och därefter deltog kontaktpersoner från mottagningarna kontinuerligt i arbetet med översynen. Intervjuer med ungdomar och ett mindre antal personer i angränsande organisationer har genomförts. Översynen visar att det finns behov av större enhetlighet när det gäller utbudet i basverksamheten. Den visar även att flera mottagningar har begränsad tillgänglighet per telefon och att öppettiderna på eftermiddagar och kvällar är begränsade vid flera mottagningar. Väntetiderna för ett besök är också tidvis långa och vid flera mottagningar är inte handikappanpassningen tillfredsställande. Åldersgränsen för ett besök varierade och översynen utmynnade i en rekommendation att ungdomsmottagningarna ska rikta sin verksamhet till alla ungdomar från och med den dag de fyller 12 år till och med det kalenderår ungdomarna fyller 23 år.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	3
1 Bakgrund – ojämlikt i Skåne	5
1.2 Uppdraget	5
1.3 Tillvägagångssätt	5
2 Lägesbeskrivning	9
2.1 Basverksamheten	9
2.1.1 Enhetlighet – möjligheter och problem	9
2.1.2 Vårdtyngd och verksamhetsbredd	9
2.1.3 Det utåtriktade arbetet	10
2.1.4 Mottagningarnas definition av basverksamhet	13
2.1.5 Mottagningarnas definition av tilläggsverksamhet	15
2.1.6 Utanför ungdomsmottagningens ansvarsområde	16
2.2 Åldersgränser	17
2.2.1 Gränser i nuläget	17
2.3 Tillgänglighet	20
2.3.1 Geografisk närhet	20
2.3.2 Lokalernas utformning	21
2.3.3 Öppettider och telefontider	22
2.3.4 Väntetider	24
2.3.5 Tillgänglighet för vem?	25
2.4 Intervjuer med ungdomar	26
3 Analys	29
3.1 Basverksamhet	30
3.2 Åldersgräns	31
3.3 Tillgänglighet	31
4 Rekommendationer	34
4.1 Basverksamhet	34
4.2 Åldersgräns	35
4.3 Tillgänglighet	35
4.4 Organisationstillhörighet	35
5 Referenser	36
Bilaga 1 Inventeringsformulär	37

1 Bakgrund – ojämlikt i Skåne

Region Skåne ska erbjuda god vård på lika villkor till alla medborgare i Skåne. Medborgarna ska oberoende av bostadsort ha tillgång till likvärdig vård. Denna jämlikhetssträvan uppfylls inte idag när det gäller ungdomars möjligheter att få hjälp vid regionens ungdomsmottagningar. Prioriteringarna av innehållet i basverksamheten ser olika ut. Detta har bidragit till att det finns stora skillnader i vilken information och vård som erbjuds ungdomarna. Exempelvis varierar den övre åldersgränsen mellan 20 och 25 år. Dessutom gäller olika åldersgränser för pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor vid flera mottagningar, och det finns skillnader i graden av tillgänglighet för flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män. Mot bakgrund av att Region Skåne ska erbjuda god vård på lika villkor har hälso- och sjukvårdsledningen beslutat att genomföra en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet. För att uppnå god och likvärdig vård krävs ett regionövergripande beslut om innehåll i basverksamhet, åldersgränser och tillgänglighet för flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män.

1.2 Uppdraget

Anette Agardh, Socialmedicinska enheten, har av hälso- och sjukvårdsledningen fått i uppdrag att genomföra översynen. Översynen ska ha särskilt fokus på basverksamhet, åldersgränser och tillgänglighet. Förslag till direktiv för basverksamhet, åldersgräns och tillgänglighet för ungdomsmottagningarnas verksamhet i Region Skåne ska tas fram och utgöra underlag för beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden. I översynen ingår inte frågor kring resurstilldelning eller organisationstillhörighet. Under arbetets gång har det dock framkommit att det är svårt att undvika frågan om organisationstillhörighet eftersom denna i hög grad påverkar basverksamhetens utformning. En rekommendation ges därför angående organisationstillhörighet. Frågan om resurstilldelning har återkommit i diskussionerna med personalen vid ungdomsmottagningarna. Någon rekommendation angående resurstilldelning har dock inte lämnats. Uppdraget syftar till att klart formulera ungdomsmottagningarnas uppdrag med fokus på tre områden.

1.3 Tillvägagångssätt

I översynen har alla ungdomsmottagningar med Region Skåne som huvudman inkluderats. Det totala antalet mottagningar är 19, varav fem är mindre mottagningar eller filialer, som bemannas av personal från någon av de större mottagningarna. De mottagningar som ingår i översynen är Eslöv, Helsingborg, Hässleholm, Klippan, Kristianstad, Landskrona, Lund, Malmö Lönnen, Malmö Rooseum, Malmö Triangeln, Simrishamn, Trelleborg, Ystad och Ängelholm. Filialerna som omfattas är Bjuv och Höganäs (bemannas av personal från Helsingborg), Svedala (Lönnen), Vellinge (Trelleborg) samt Tomelilla (Simrishamn). Enligt den definition som FSUM, föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, formulerat (FSUM 2002) är kravet för att en mottagning ska räknas som ungdomsmottagning att det i personalen finns barnmorska, läkare och kurator eller psykolog. Dessa krav lever inte alla mottagningarna upp till; i vissa fall finns inte alla personalkategorierna representerade vid filialerna. Ungdomsmottagningen i Skurup har inte inkluderats i översynen på grund av att denna har kommunen som huvudman.

Översynen har inneburit att platsbesök vid alla mottagningar exklusive filialer har gjorts och att varje mottagning fyllt i ett inventeringsformulär med frågor som är relaterade till översynens fokusområden. Dessutom har kontaktpersoner som utsetts vid mottagningarna deltagit i två arbetsmöten. Intervjuer har genomförts med ungdomar i grupp och med vissa andra personer med kunskaper och erfarenheter som bedömts värdefulla för översynen. Översynen har huvudsakligen riktats mot ungdomsmottagningarna och deras personal och målgrupp. Förankringen på mottagningarna har prioriterats framför en genomgång av de omgivande aktörernas perspektiv på ungdomsmottagningarnas verksamhet. Det hade varit önskvärt med en grundlig undersökning av hur omgivande aktörer ser på ungdomsmottagningarnas verksamhet och det samarbete, alternativt brist på samarbete, som finns mellan ungdomsmottagningarna och andra aktörer. Exempel på viktiga aktörer är barn- och ungdomspsykiatri, barnmorskemottagningar, hudkliniker, kvinnokliniker, skolan, skolhälsovården, socialtjänsten, urologiska kliniker, vuxenpsykiatri och vårdcentraler. I översynen har ett antal intervjuer med personer i angränsande organisationer genomförts. Även vissa andra personer har intervjuats, exempelvis utifrån deras erfarenhet av att arbeta med liknande översyner i andra delar av landet. Viktigt i översynen har även det skriftliga materialet i form av tidigare studier och utredningar varit (Landstinget i Värmland 2005; Landstinget i Östergötland 2004; Region Skåne 2002; Stockholms läns landsting 2000; Västra Götalandsregionen 2005). En avstämning har gjorts med ansvariga för den utredning om barn- och ungdomspsykiatri i Skåne som pågått delvis parallellt med översynen av ungdomsmottagningarna (Region Skåne 2006).

Christina Halling har genomfört översynen i nära samarbete med Anette Agardh, som varit ansvarig för uppdraget. Utvalda kontaktpersoner från samtliga ungdomsmottagningar har aktivt deltagit i arbetet. Representanter från skolhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten och personer som haft liknande uppdrag i andra landsting har på olika sätt bidragit i arbetet med översynen. Vi har även deltagit i ett möte som anordnades av ett nätverk med manlig personal vid ungdomsmottagningar och vissa relaterade enheter i Sydvästra distriktet i Region Skåne. Ungdomar har bidragit med sina synpunkter när det gäller behovet av stöd för unga och på ungdomsmottagningens verksamhet.

Under december 2005 och januari 2006 gjordes platsbesöken vid alla mottagningar exklusive filialer. Syftet med dessa besök var att all personal skulle få möjlighet att ge sina synpunkter på översynen och dess fokusområden. Besöken varade i de flesta fall i omkring en och en halv timme. Ett par besök varade i endast en timme, medan några sträckte sig upp till två timmar. En stor andel av personalen vid samtliga mottagningar tog sig tid att delta i mötena. Efter en kort presentation av vad översynen innebär övergick mötena i en diskussion om översynen och dess tre fokusområden: basverksamhet, åldersgränser och tillgänglighet. Tanken var att hålla en relativt förutsättningslös diskussion kring områdena. Utifrån breda teman styrdes diskussionen efterhand genom följdfrågor. Detta tillvägagångssätt innebar att innehållet i diskussionerna kunde variera. Diskussionerna fick även olika karaktär genom att antalet deltagare vid besöken varierade – från två till ett tiotal personer – som en följd av att storleken på personalstyrkan är olika vid mottagningarna.

Det första av de två arbetsmöten som hållits ägnades till stor del åt återkoppling till de platsbesök som genomförts och till att presentera ett förslag till inventeringsformulär som senare skulle skickas ut till alla mottagningar. Efter en genomgång av formuläret på mötet gjordes vissa justeringar av frågorna (frågorna bifogas i bilaga 1). Alla mottagningar har fyllt i ett inventeringsformulär med frågor som kompletterar den information som kom

fram under platsbesöken. Genom inventeringsformuläret garanteras att ett mer heltäckande material samlas in än vid platsbesöken, där diskussionerna kunde ge varierande innehåll. Två delrapporter har under översynen skrivits och skickats ut till alla kontaktpersoner för genomläsning med möjligheter att lämna synpunkter. Den ena rapporten var en sammanställning av vad som framkom på platsbesöken och den andra av resultatet från inventeringsformulären.

Fyra fokusgruppsintervjuer med ungdomar har genomförts. Utifrån ett fåtal breda teman kopplade till översynens tre fokusområden hölls intervjuer som styrdes endast i liten utsträckning. Beroende på att ungdomarna i de olika grupperna hade olika utgångspunkter och ville tala om olika saker varierade innehåll och inriktning till stor del från intervju till intervju. En grupp bestod av flickor/unga kvinnor i 18-årsåldern på en gymnasieskola i Kristianstad, en grupp av fem flickor/unga kvinnor och en pojke/ung man på en fritidsgård i Lund varav en flicka/ung kvinna var 20 år och övriga ungdomar 16 år, en grupp med pojkar/unga män på omkring 22 år bosatta i Malmö, men uppvuxna i en mindre ort i sydvästra Skåne samt en grupp med pojkar/unga män i årskurs ett på en gymnasieskola i Malmö, individuella programmet.

Under platsbesöken framgick att personalen vid ungdomsmottagningarna ogärna vill dela upp ungdomar i olika grupper i syfte att exempelvis reflektera över om det finns någon grupp av ungdomar som man eventuellt inte når. Till ungdomsmottagningen är alla ungdomar välkomna och alla ska bemötas individuellt och inte utifrån grupptillhörighet. Denna svårighet i att dela in ungdomar i grupper blev tydlig när urvalet av personer som skulle ingå i fokusgrupper skulle göras. Vem har exempelvis invandrabakgrund? Var går gränsen mellan olika grupper sett ur socioekonomisk synvinkel? Valet av metoden fokusgruppsintervjuer innebär automatiskt att ett strategiskt urval måste göras. Det finns ingen möjlighet att åstadkomma ett fullständigt representativt urval med denna metod. Samtidigt har det som nämnts varit svårt att välja strategiskt för att få en lämplig variation bland deltagarnas bakgrund.

Valet av ungdomar har delvis blivit slumpmässigt genom att ungdomar exempelvis har sökts genom breda utskick via Region Skånes Ungdomskraft, som har ett nätverk med ett stort antal ungdomar i hela Skåne, om inbjudan att delta. Ungdomar har även sökts genom tidigare upparbetade kontakter. Urvalet är till viss del styrt. Strävan var att få en spridning i ålder, social bakgrund och en jämn representation utifrån kön. När det gäller ålder och kön kan ambitionen sägas ha uppnåtts. Vad gäller social bakgrund har ingen närmare granskning gjorts, men utifrån en ytlig bedömning, exempelvis utifrån bostadsområde, finns en spridning även när det gäller detta i grupperna. Det fanns även en strävan att uppnå någon grad av mångfald i gruppen, något som inte helt uppnåddes. Det fanns en representation av pojkar/unga män med utländsk bakgrund, däremot i liten utsträckning flickor/unga kvinnor med utländsk bakgrund. En ambition, som uppnåddes, var att få med både ungdomar som har besökt och ungdomar som inte har besökt en ungdomsmottagning i grupperna. Majoriteten hade besökt en ungdomsmottagning, men av dem hade inte alla gjort något individuellt besök. Det hade möjligen varit önskvärt att få en bättre spridning geografiskt över Skåne, även om ungdomar från olika kommuner och från både mindre och större orter fanns med. Värt att notera är att ungdomarnas sexuella läggning var okänd och att det därmed inte är möjligt att säga om ett HBT (homo-bi och transpersoner)-perspektiv fanns med i intervjuerna.

Sammanfattningsvis kan sägas att även om det funnits en strävan efter att uppnå en bredd kan man inte slå fast att ”alla grupper”, i meningen grupper som kan ha vissa behov gemensamma, finns representerade. Urvalet blev delvis styrt, delvis slumpmässigt. Syftet med intervjuerna var framför allt att få exempel på frågeställningar som kan vara angelägna att beakta i en översyn av ungdomsmottagningarna.

2 Lägesbeskrivning

2.1 Basverksamheten

2.1.1 Enhetlighet – möjligheter och problem

Intrycket var att de flesta som deltog vid platsbesöken var positiva till att en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet görs. De framhöll bland annat att en större enhetlighet för ungdomsmottagningarna kan ge ökad tyngd åt ungdomsmottagningarnas verksamhet i förhållande till olika enheter inom landsting och kommun. De upplevde att ungdomsmottagningens verksamhet i flera fall har prioriterats lågt inom hälso- och sjukvårdsorganisationen, och att verksamheten ges låg status i vissa sammanhang. Bakgrunden till detta upplevde de är att aktörer omkring ungdomsmottagningarna inte känner till vad ungdomsmottagningen gör eller står för. De anställda vid mottagningarna ansåg däremot i allmänhet inte att det är svårt att själva se vilket uppdrag de har. De konstaterade att ungdomsmottagningarnas verksamhet kan uppfattas som otydlig, men att denna otydlighet, som till stor del har att göra med att ungdomsmottagningen har en helhetssyn på unga människors hälsa, samtidigt är en del av profilen (Fors 2005; Wiksten-Almströmer 2006). Flera ansåg att det är viktigt att ungdomsmottagningarna behåller sin bredd, och även breddar sig ytterligare, i en tid då flera andra organisationer specialiserar sig alltmer. Samtidigt som det fanns en vilja att uppnå enhetlighet fanns det en oro för att ungdomsmottagningarnas verksamhet ska likriktas i alltför hög grad. För att ge vägledning och möjliggöra en större enhetlighet behöver en beskrivning av verksamheten vara specifik i viss utsträckning, men samtidigt finns det risk för att mottagningar hindras från att göra nödvändiga anpassningar om beskrivningen blir alltför detaljerad.

2.1.2 Vårdtyngd och verksamhetsbredd

I översynen har framgått att vårdtyngden, i meningen svårigheten i de problem som ungdomar söker hjälp för, vid mottagningarna har ökat under de senaste åren. Ungdomar mår sämre psykiskt och detta har i kombination med svårigheter att få hjälp hos andra aktörer såsom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri gett påtagliga effekter i ungdomsmottagningarnas verksamhet. Dessa svårigheter finns även gentemot remissinstanserna på det medicinska området. Det är dock viktigt att betona att det finns variationer mellan olika ungdomsmottagningar när det gäller hur man uppfattade tillgången till och samverkan med remissinstanser.

Ett fåtal uttryckte vid platsbesöken att den ökade vårdtyngden utgör ett allvarligt problem för ungdomsmottagningarnas verksamhet. De ansåg att flera av de besökande ungdomarna mår så dåligt att det kan betecknas som farligt att ungdomsmottagningen ska ansvara för dem. De framhöll att ungdomsmottagningen ska arbeta förebyggande och rådgivande, och till största delen vara en plats där man ska hjälpa ungdomarna vidare om de behöver mer omfattande hjälp. De betonade att det är fel att psykiatri remitterar ungdomar till ungdomsmottagningen för terapi, inte enbart utifrån perspektivet att sjukdomsbilden är alltför allvarlig, utan även utifrån perspektivet att ungdomsmottagningarnas verksamhet bygger på frivillighet. En person beskrev situationen som något mindre allvarlig; ungdomsmottagningen tar inte ansvar för ungdomar som man inte klarar av att ta hand om, men flera av ungdomarna borde egentligen rymmas inom psykiatrians ansvar. Den tongivande ståndpunkten var dock att ungdomsmottagningen kan klara den ökade vårdtyngden. Detta innebär inte att personalen menade att resurstillgången är tillräcklig – fokus i diskussionen låg inte på tillgången på resurser – utan att man kompetensmässigt har

möjlighet att hjälpa ungdomarna inom ramen för ungdomsmottagningens uppdrag. Man framhöll att det inte är rätt att slussa vidare ungdomarna i sjukvårdssystemet. När det gäller den psykosociala delen av verksamheten betonade man att det är viktigt att inte "psykiatrisera" ungdomar; ungdomar kan må mycket dåligt utan att de är sjuka. Få uttryckte att det är svårt att avgöra vilka ungdomar som kan behandlas vid mottagningen och vilka som måste hänvisas vidare. Detta gäller såväl den medicinska som den psykosociala delen av verksamheten. När det gäller de psykosociala problemen är det vanligt att omfattningen av dessa inte upptäcks förrän efter ett antal samtal hos en kurator på ungdomsmottagningen.

En fråga i inventeringsformuläret (bilaga 1, fråga 8) handlar specifikt om det psykosociala arbetet vid ungdomsmottagningarna. Enkätsvaren visar att ungdomsmottagningarna strävar efter att ungdomar ska kunna komma till ungdomsmottagningen med vilka problem de än har. Detta innebär att variationen är stor när det gäller vilka problem som ungdomar söker hjälp för. Många ungdomar söker sig till ungdomsmottagningen för att "de mår dåligt" eller "behöver prata". Exempel på problem som nämns i enkätsvaren är: relationsproblem, skol-/mobbningsproblem, sexuella problem, ätstörningsproblem, ångest/oro, stress, nedstämdhet, sömnproblem, sociala fobier, självskadebeteende, tvångstankar, existentiella grubblerier, kriser, oönskade graviditeter, identitetsproblem, övergrepp och aggressionsproblematik.

Ungdomsmottagningarna har i frågeformuläret inte angett att mottagningarna själva har definierat några särskilda kriterier för inriktningen på det psykosociala arbetet; det finns lagar och riktlinjer som tydligt styr vad respektive yrkesgrupp kan och bör göra. En bedömning görs från fall till fall av vilka ungdomar som kan få hjälp vid ungdomsmottagningen och vilka som bör remitteras/hänvisas till andra vårdgivare. Av svaren framgår att personalen vid mottagningarna i allmänhet inte uppfattar att det är svårt att avgöra vilka ungdomar som ska få fortsatt stöd på ungdomsmottagningen. Vissa betonade dock att gränsdragningen kan vara svår att göra.

2.1.3 Det utåtriktade arbetet

Intrycket är att man vid ungdomsmottagningarna såg utåtriktad verksamhet som central i basverksamheten, genom att kärnan i ungdomsmottagningens profil kan beskrivas som förebyggande eller hälsofrämjande. Många ansåg inte att de hinner med att arbeta utåtriktat i den omfattning som vore önskvärd. Formerna för den utåtriktade verksamheten varierar. Det är vanligt att man informerar vissa årskurser i skolan varje år. En del håller sin information ute på skolorna, medan andra i första hand tar emot studiebesök på ungdomsmottagningen. Den vanligaste lösningen är att man både arbetar ute på skolor och tar emot besök vid mottagningen. En del framhöll att de vill öka andelen studiebesök men att detta är svårt på grund av lokalernas utformning och storlek. Även om sex- och samlevnadsundervisningen är skolans ansvar såg huvuddelen av ungdomsmottagningarnas personal skolan som en naturlig plats att nå ungdomarna, och de betonade att skolorna behöver stöd i sin sex- och samlevnadsundervisning. En viktig del i det utåtriktade arbetet är även att marknadsföra ungdomsmottagningen, så att ungdomarna vet var mottagningarna finns och vad de kan hjälpa till med. Av diskussionerna har framgått att samverkan med skolan inte alltid fungerar väl. Risken med att ungdomsmottagningen informerar skolklasser är att skolan anser att sex- och samlevnadsundervisningen är avklarad efter ungdomsmottagningens informationsinsats. Några påpekade att skolorna är dåligt förberedda inför ungdomsmottagningens besök och inför studiebesöken.

Många ville finna nya former för det utåtriktade arbetet. Flera mottagningar ingår i olika nätverk med exempelvis polis och socialtjänst som andra aktörer. Det förekommer att man har samtalsgrupper – tjejgrupper och killgrupper – men man vill få större möjligheter att utveckla dessa verksamheter. Man ville även finnas med i högre grad i andra sammanhang än i skolan, exempelvis på fritidsgårdar och i samarbete med föreningar. Några nämnde kyrkan och konfirmationsundervisningen som en möjlig kontaktväg. En del framhöll att det är viktigt att arbeta aktivt för att nå grupper som man upplever att man inte når ut till idag. Sådana projekt förekommer, exempelvis när det gäller ungdomar som lever under hedersrelaterat förtryck.

Vid platsbesöken framgick att det inte finns någon systematisk utvärdering av den utåtriktade verksamheten. På frågan om hur man vet vad det utåtriktade arbetet ger blev svaret att det är omöjligt att bedöma. Den enda tydliga indikationen på att man når ut är att fler ungdomar kommer till mottagningen när man har informerat en skolklass; i övrigt kan man inte mäta effekterna. En del betonade att de vill få mer tid att göra en mer genomtänkt strategi för det utåtriktade arbetet. Flera ansåg att det vore önskvärt med gemensamma ramar för den utåtriktade verksamheten för ungdomsmottagningarna. Några framhöll att det utåtriktade arbetet i hög grad innebär informationsflöden åt andra hållet – det finns inte endast ett behov av att lära ut, utan också av att lära sig mer om ungdomars situation.

Svårigheten att mäta effekten av det utåtriktade arbetet avspeglades även i svårigheterna att redovisa denna verksamhet. Många påpekade att det är ett stort problem att man inte statistiskt kan återge allt man gör vid ungdomsmottagningen. I statistiken räknas antal (individuella) besök vid mottagningarna. I denna statistik syns inte hur många ungdomar som man når genom studiebesök och besök på skolor, samt genom mottagningens hemsida, via mejl, och via spontanbesök vid mottagningen som inte journalförs.

I inventeringsformuläret ställdes frågan om hur stor andel av verksamheten som består av utåtriktad verksamhet (bilaga 1, fråga 6). På frågan angav 15 av de 19 mottagningarna en andel i intervallet 4–10 procent. En mottagning svarade att andelen utåtriktat arbete var 20 procent. En mottagning uppgav att man som mål har att under terminstid ägna 50 procent av den totala verksamheten åt utåtriktat arbete. I praktiken blir dock andelen mindre än 50 procent; mottagningen uppgav att man har 3–4 klasser per vecka med en besökstid på 1,5–2 timmar.

Tabell 1: Hur stor andel av verksamheten består av utåtriktad verksamhet?

Antal mottagningar	
4–10 procent	15
20 procent	1
50 procent	1
Ej svar	2
Total	19

På frågan om vilka aktiviteter som bör ingå i ungdomsmottagningarnas utåtriktade arbete (bilaga 1, fråga 5) angavs följande (flera av punkterna har åtminstone delvis likartat innehåll):

- studiebesök
- information till ungdomar på skolor, fritidsgårdar, behandlingshem, ungdomsmässor, i fältgruppens tjej- och killgrupper och ivik (introduktionskurs för invandrar-ungdomar)
- svara på frågor i samband med projektarbeten i skolan
- sex- och samlevnadsdialog med gymnasieelever och högstadieelever
- tjejgrupp i samverkan med barn- och ungdomspsykiatri
- invandrargrupper
- grupper för funktionshindrade
- grupper med unga mammor och unga pappor
- specialverksamhet till riskgrupper
- kampanjer, som exempelvis klamydiaveckan
- marknadsföring av mottagningen; göra mottagningen synlig på platser där ungdomar vistas
- information på World aids day
- information/samarbete med vuxna som arbetar med ungdomar, exempelvis lärare, skolsköterskor och skolkuratorer
- information till politiker och övriga beslutsfattare
- samverkansgrupper med andra aktörer i närliggande verksamheter, t ex barn- och ungdomspsykiatri, mödravårdcentraler och socialtjänsten
- ta aktiv del i det offentliga rummet genom exempelvis frågespalter, insändare och debatt
- arbete med hemsida
- undervisning om kroppen i grupp för ökad kroppskänedom

På frågan om det finns behov av förändring av det utåtriktade arbetet (bilaga 1, fråga 7) gav mottagningarna följande svar/kommentarer:

- behov av att förändra metoder samt mer fokus på gymnasiet
- bättre anpassade lokaler
- uppföljning av grupper av ungdomar över längre perioder
- möten med mindre grupper för att behandla särskilda ämnen, exempelvis rökning och viktminskning
- ökad samverkan med andra instanser
- bättre marknadsföring
- större krav på skolan inför ungdomsmottagningens besök/bättre samarbete med skolan
- kontinuerlig undervisning av ungdomsmottagningens personal i pedagogiska metoder
- metod för att föra statistik över det utåtriktade arbetet
- behov av riktlinjer för det utåtriktade arbetet – hur mycket ska vi satsa på den utåtriktade verksamheten?
- utåtriktad verksamhet är ett missvisande namn

- bra med en hälsoinformatör som fungerar som organisatör/inspiratör för denna verksamhet
- fokus även på mellanstadieelever
- bättre utvärdering och kvalitetsutveckling av det utåtriktade arbetet
- önskvärt att samtlig personal vid mottagningen medverkar i det utåtriktade arbetet
- kontinuerligt informera yrkeskategorier som arbetar med ungdomar

2.1.4 Mottagningarnas definition av basverksamhet

När det gäller definitionen av basverksamheten vid ungdomsmottagningarna (bilaga 1, fråga 10) är skillnaderna små mellan hur mottagningarna har svarat i inventeringsformuläret. Av de 19 mottagningar som deltagit i översynen har sex svarat i enlighet med en definition som formulerades i förslaget till kravspecifikation för ungdomsmottagningarna i Skåne (Region Skåne 2002). I kravspecifikationen finns följande specifikation av basuppdraget:

- Främja sexuell hälsa, ge sexualupplysning
Ge kunskap om sexualitet och stärka ungdomar i deras nyfikenhet kring lusten och glädjen i sexualiteten.
 - gynekologisk och andrologisk undersökning
 - samtal, både individuellt och i grupp om anatomi, lustfysiologi, sexuell identitet, sexuella problem och sexualvanor
- Förebygga oönskade graviditeter
 - information – individuellt och/eller i grupp/klass – telefonrådgivning
 - preventivmedelsrådgivning
 - akut p-pillerrådgivning
 - graviditets- och abortrådgivning
 - uppföljning av rådgivningen
- Förebygga och behandla STI
 - information – individuellt och/eller i grupp/klass – telefonrådgivning
 - provtagning
 - behandling
 - smittspårning
- Främja fysisk och psykisk hälsa
 - förmedla kunskap om tonårens normalutveckling
 - förmedla kunskap om den psykosociala utvecklingen
 - viss medicinsk undersökning
 - viss behandling och remittering till rätt instans
- Förebyggande och behandlande psykosocialt arbete
 - uppmärksamma och bedöma sociala och psykologiska problem
 - erbjuda adekvat rådgivning, stöd och behandling vid t ex utvecklingskriser, identitetsfrågor, krisreaktioner i samband med trauman
- Tvärssektoriell samverkan med övriga berörda samhällsaktörer
 - aktivt verka för samordning, samarbete och informationsöverföring med övriga berörda samhällsaktörer

Ytterligare nio mottagningar har svarat på liknande sätt som i ovannämnda kravspecifikation. Vissa av mottagningarna framhöll utöver detta livsstilsfrågor, och relationer och/eller nätverk. Övriga mottagningar beskrev basverksamheten i mer övergripande formuleringar.

Av de 19 mottagningarna svarade sju att de har mottagningsverksamhet som riktar sig särskilt till pojkar/unga män (bilaga 1, fråga 3). Svaren visar att mottagningarna lägger olika betydelse i denna verksamhet, ofta kallad killmottagning. Av de sju mottagningar som angav att de har särskild mottagning för pojkar/unga män svarade tre ja utan motivering och två att manlig sjukskötare har öppet hus samt bokade besök, utbildning och möten för pojkar/unga män. De två återstående mottagningarna svarade att de har öppet hus och bokningsbara tider för pojkar/unga män. Tolv mottagningar svarade att de inte har särskild mottagning för pojkar/unga män. En av dessa mottagningar svarade att man medvetet har sökt manlig personal för att uppnå jämnare könsfördelning i personalgruppen. Vid tre andra mottagningar svarade man att man inte har någon särskild mottagning för pojkar/unga män, men att det finns manlig personal vid mottagningen.

Tabell 2: Bedrivs särskild mottagning för pojkar/unga män?

Antal mottagningar	
Ja	7
Nej	12
Total	19

Svaren på frågan om hur många av respektive mottagnings tjänster som innehas av män (bilaga 1, fråga 4) visar att elva mottagningar har en man anställd i någon av yrkeskategorierna barnmorska, sjuksköterska, kurator eller socialpedagog. Det kan både handla om heltidstjänster och deltidstjänster. Vid två av mottagningarna finns två män anställda vid respektive mottagning inom en eller ett par av ovanstående yrkeskategorier. Resterande sex mottagningar har inte någon manlig anställd i någon av dessa yrkeskategorier. Däremot är det generellt vanligt att läkarna som tjänstgör vid ungdomsmottagningarna är män.

Tabell 3: Har mottagningen manlig personal (minst en man anställd, exklusive läkare)?

Antal mottagningar	
Ja	13
Nej	6
Total	19

När det gäller bemanningen generellt (bilaga 1, fråga 1) kan man konstatera att storleken på personalstyrkan varierar betydligt från mottagning till mottagning. Antalet tjänster kan variera från två till ett tiotal tjänster. Värt att notera är att endast vissa mottagningar har personal som anställts med särskilt ansvar för mottagningsövergripande administrativa uppgifter, reception/tidbokning samt assistans vid behandlingar, i de flesta fall en undersköterska.

Vid alla mottagningar utom filialerna tjänstgör en eller flera läkare ett antal timmar i veckan alternativt varannan vecka. Av mottagningarna är det tre som har tillgång till en läkarspecialitet, åtta som har tillgång till två specialiteter och tre som har tillgång till tre specialiteter. Följande specialiteter finns representerade vid ungdomsmottagningarna enligt enkätsvaren (bilaga 1, fråga 2):

- gynekologi
- psykiatri
- barn- och ungdomsmedicin
- urologi
- allmänmedicin
- venerologi

2.1.5 Mottagningarnas definition av tilläggsverksamhet

Syftet med att inkludera frågor som rör det som kan kallas tilläggsverksamhet i inventeringsformuläret (bilaga 1, fråga 12) var att tydliggöra en gränsdragning mellan verksamhet som ingår i ungdomsmottagningarnas basverksamhet och sådan verksamhet som kan ingå som tillägg vid vissa mottagningar. Mottagningar kan på grund av upptagningsområdets karaktär ha behov av att erbjuda verksamhet utöver basuppdraget. Nedan följer en lista över de verksamheter eller den kompetens som mottagningarna definierade som möjliga tillägg.

- gruppverksamhet som främjar hälsa. Problem som nämns som utgångspunkt för denna verksamhet är till exempel dålig självkänsla, övervikt och rökning
- akupunkturbehandling vid premenstruella besvär, huvudvärk, oro och menssmärtor
- medicinska aborter
- tonårsgraviditeter
- föräldrautbildning i grupp
- medverkan på skolor som har tema livskunskap
- sexologisk kompetens
- projekt
- medverkan på mässor
- massage
- ätstörningar
- riktad information till universitet och högskola
- vuxenutbildning riktad exempelvis till lärare
- information till ungdomar via media
- komplicerad sexualitet, långvariga terapeutiska behandlingar
- behandling av missbruk och kriminalitetsproblematik
- behandling av sexualförbrytare
- närmare samarbete med andra specialistmottagningar, till exempel barnkriscentrum
- psykolog
- basal kroppskännedom

Vid ett par mottagningar ville man inte specificera tilläggsverksamheten, med motiveringen att innehållet i denna bestäms utifrån vilken kompetens som finns vid respektive mottagning.

2.1.6 Utanför ungdomsmottagningens ansvarsområde

För att undersöka var en lämplig gräns mellan ungdomsmottagningens uppdrag och övriga aktörers ansvarsområden kan dras formulerades en fråga som rör områden som inte alls bör ingå i ungdomsmottagningens ansvarsområde (bilaga 1, fråga 13). Nedan listas exemplen som angavs på frågan om vilket slags verksamhet som bör ligga utanför ungdomsmottagningarnas ansvarsområde.

- uttalade psykiatriska tillstånd
- uttalat missbruk
- stöd till/behandling av hela familjer
- akutverksamhet
- hembesök
- abortverksamhet
- drogbehandling/drogkontroll
- rökavvänjningsstöd
- kostråd med behov av upprepade kontakter – dietistråd
- cellprovskontroller
- sexualundervisningen i skolan
- mottagning för gravida
- uppdrag av socialtjänsten
- operationer
- viss diagnostik med ultraljudsapparat
- våldsproblematik
- drog-/spelberoende
- verksamhet som riktar sig till vuxna om vuxna
- vara remissinstans

Sammanfattningsvis kan man när det gäller definitionen av basverksamheten konstatera att enigheten bland mottagningarna är stor – detta gäller både den medicinska och den psykosociala delen av verksamheten. Skillnaderna i svaren blir större om man ser hur mottagningarna har definierat var gränsen går mellan basverksamhet och tilläggsverksamhet respektive mellan ungdomsmottagningens ansvarsområde och angränsande vårdgivares. Det finns en variation när det gäller vilka verksamheter som mottagningarna har angett som exempel på tilläggsverksamhet. Man kan dock konstatera att ungefär hälften av mottagningarna har angett olika typer av livsstilsfrågor, ofta föreslagna som utgångspunkt för gruppverksamhet. Vissa av de verksamheter som en del mottagningar definierade som möjliga tilläggsuppdrag definierade andra som områden utanför ungdomsmottagningens ansvarsområde. Detta gäller exempelvis behandling av missbruk och rådgivningsverksamhet som rör rökning och kost. Det gäller även problem med ätstörningar, som av vissa mottagningar anges som en möjlig tilläggsverksamhet medan andra anser att detta ligger utanför ungdomsmottagningens ansvarsområde.

2.2 Åldersgränser

2.2.1 Gränser i nuläget

Idag finns en stor variation i åldersgränser vid ungdomsmottagningarna. En sammanställning över åldersgränserna ges i tabell 4.

Tabell 4: Gällande åldersgränser vid ungdomsmottagningarna i Region Skåne

	Antal mottagningar
Upp till 21 år för både flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män	1
Upp till 23 år för både flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män	4
Upp till 24 år för både flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män	1
Upp till 20 år för flickor/unga kvinnor, upp till 23 år för pojkar/unga män	4
Upp till 20 år för flickor/unga kvinnor och upp till 25 år för pojkar/unga män, samt upp till 25 år för både flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män för kuratorsbesök	3
Upp till 21 år för flickor/unga kvinnor, upp till 25 år för pojkar/unga män	2
Upp till 25 år för både flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män	4
Total	19

Det finns ytterligare variationer när det gäller var den exakta åldersgränsen går. Gränsen som anges med ”upp till” kan innebära ungdomarnas födelsedag, men även den månad eller det år som ungdomarna fyller år.

På frågan om vilken åldersgräns som vore lämplig för ungdomsmottagningarna (bilaga 1, fråga 16) svarade elva mottagningar att gränsen bör dras den dag ungdomarna fyller 23 år, och åtta mottagningar föreslog att gränsen bör gå vid 25-årsdagen. De flesta mottagningarna har angett en gemensam åldersgräns i formuläret, medan man vid några mottagningar har beskrivit att det finns olika åsikter inom mottagningen. Vid en mottagning ansåg vissa att 25 år vore lämpligt, medan majoriteten förespråkade en gräns på 23 år. Vid tre mottagningar ansåg några att 21 år vore en lämplig gräns medan majoriteten föreslog 23 år. Dessa fyra mottagningar har i denna sammanställning placerats i gruppen som föreslog 23 år utifrån majoritetens önskemål. Vid en mottagning valde man mellan 24 och 25 år (denna mottagning har placerats i gruppen som föreslog 25 år).

Tabell 5: Vilken åldersgräns är lämplig för besök vid ungdomsmottagningen?

	Antal mottagningar
23-årsdagen	11
25-årsdagen	8
Total	19

Vid en majoritet av mottagningarna förespråkade man en åldersgräns på 23 år. Enligt enkätsvaren ville elva mottagningar att denna gräns ska gälla, medan resterande åtta mottagningar föreslog 25 år. Även om det finns en klar majoritet för en 23-årsgräns är andelen som föreslog 25 år relativt stor. Vid platsbesöken var de som idag har en 25-årsgräns tydliga med att de ville behålla denna gräns. Intrycket från det andra arbetsmötet med kontaktpersonerna, där valet av åldersgräns diskuterades utifrån enkätsvaren, var att även de mottagningar som i första hand ville se en 25-årsgräns ansåg att en gräns på 23 år är rimlig.

En fråga i inventeringsformuläret (bilaga 1, fråga 15) bestod av att ange den procentuella andelen besökare i olika åldrar, från yngre än 12 år och upp till 25 år. Av de 19 mottagningarna saknas svar på denna fråga från fem mottagningar. I vissa fall är förklaringen till detta att man inte redovisat besöksstatistiken vid filialerna separat. Nedan följer en sammanställning över uppgifterna från de 14 mottagningar som har svarat:

Yngre än 12 år

Elva mottagningar uppgav att man inte tagit emot någon besökare under 12 år. Återstående tre mottagningar svarade att enstaka personer alternativt en ytterst liten procentuell andel personer under denna åldersgräns har besökt mottagningen.

12 år

Åtta mottagningar svarade att 0 procent, enstaka besökare alternativt 0,1 procent av besökarna är 12 år. Fyra mottagningar svarade antingen 0,2 eller 0,3 procent. Resterande två mottagningar svarade 0,7 respektive 1,3 procent.

13 år

Åtta mottagningar angav procentuella andelar under en procent. Fem mottagningar gav svar mellan en och två procent, och en mottagning en andel mellan tre och fyra procent.

14 år

Fyra mottagningar uppgav en andel mellan en och två procent, en mottagning mellan två och tre procent och två mottagningar mellan tre och fyra procent. Fem mottagningar angav andelar mellan fyra och fem procent. Vid de två återstående mottagningarna var andelen mellan sex och sju respektive mellan nio och tio procent.

15 år

I denna åldersgrupp finns en jämn spridning i svaren mellan 3 och 14 procent.

16 år

Fyra mottagningar angav andelar mellan åtta och tio procent och två mottagningar mellan 12 och 13 procent. Övriga mottagningar fördelar sig jämnt mellan 14 och 18 procent.

17 år

13 mottagningar angav svar som fördelar sig jämnt mellan 12 och 22 procent. Andelen på den återstående mottagningen var 26–27 procent.

18 år

Mottagningarnas svar fördelar sig jämnt mellan 13 och 22 procent.

19 år

Fem mottagningar angav andelar i intervallet 10–13 procent, och ytterligare fem mottagningar svarade 14–16 procent. Bland resterande fyra mottagningar finns en spridning mellan 17 och 23 procent.

20 år

Tre mottagningar har svarat att andelen är mellan tre och fyra procent och två mottagningar att den finns i intervallet fem till sju procent. Sex mottagningar har angett andelar i intervallet 9–13 procent. Svaren från återstående två mottagningar var 16–17 procent.

21 år

I denna åldersgrupp var fördelningen jämn mellan hur mottagningarna svarat. Det fanns en jämn spridning mellan en och elva procents andel.

22 år

Tre mottagningar angav andelar som var lägre än en procent. Övriga fördelar sig jämnt i intervallet 2–9 procent.

23 år

Fyra mottagningar angav andelar under en procent. Sex mottagningar fördelar sig mellan en och fyra procent, tre mottagningar i intervallet 7–8 procent och en mottagning 9–10 procent.

24 år

Sju mottagningar angav andelar i intervallet 0–0,3 procent. Fyra mottagningar hade andelar nära en procent och tre mottagningar i intervallet 5–7 procent.

25 år

Sex mottagningar angav andelar i intervallet 0–0,1 procent. Ytterligare fyra mottagningar fördelar sig jämnt mellan 0,2 till 0,6 procent. Svaren från resterande mottagningar fördelade sig jämnt mellan en och fyra procent.

Frågan om vilken åldersgräns som personalen vid mottagningarna anser vore lämplig följs av frågan om vilka konsekvenser en lägre respektive högre åldersgräns skulle innebära (bilaga 1, fråga 17). Svaren på denna fråga är beroende av vilken ålder mottagningarna utgår från när de svarar och därför kan de kommentarer som ges vara svåra att tolka i en samlad redovisning av mottagningarna. Men det kan trots detta finnas ett värde i att redovisa vilken typ av argument som man anger för lägre respektive högre gränser. Mottagningarna gav följande svar (vissa av kommentarerna uttrycker delvis samma sak):

Lägre gräns

- högre frekvens av STI och aborter
- högre patienttryck på andra mottagningar, exempelvis barnmorskemottagningen, och på sikt även ökad belastning på psykiatri
- sämre psykisk status bland unga
- risk att man förlorar kunskap; ungdomsmottagningarnas speciella kompetens om ungdomshälsa ur ett helhetsperspektiv är viktig att ta tillvara
- risk att man missar många ungdomar som skulle behöva hjälp och stöd
- det finns något positivt i att få ungdomar att känna att de kan klara sig själva

Högre gräns

- risk för att förskjuta ungdomstiden ännu längre uppåt
- behov av mer resurser (personal, lokaler mm)
- lägre tillgänglighet om inte ökade resurser ges
- fler killar skulle söka sig till mottagningen, framför allt för att söka psykosocialt stöd
- större möjligheter att hjälpa ungdomarna med deras svårigheter att börja reflektera och bli vuxna
- man hade kunnat fånga fler i riskzonen
- förekomsten av STI och aborter är större hos de äldre ungdomarna
- högre ålder kan riskera att slå ut besök av dem som är under 15 år
- risk att man tappar fokus på de unga

2.3 Tillgänglighet

2.3.1 Geografisk närhet

En aspekt av tillgänglighet är geografisk närhet. Hur långt måste ungdomarna gå eller åka för att komma till närmaste mottagning? I detta sammanhang är diskussionen om filialernas tillgänglighet viktig. Geografiskt sett innebär filialerna en ökad tillgänglighet för dem som bor i närområdet. Men tillgängligheten vid dessa mottagningar är inte alltid god i andra avseenden, exempelvis vad gäller öppettider. En annan nackdel är att det är svårt att skydda ungdomarnas integritet, genom att filialerna i flera fall finns i anslutning till någon annan verksamhet, såsom en vårdcentral. Det finns samtidigt fördelar med en sådan lösning, genom att man kan utnyttja lokaler på ett effektivt sätt och genom att personalen vid en mindre ungdomsmottagning kan känna stöd av att ha annan personal i närheten. Det samlade intrycket är att personalen vid ungdomsmottagningarna i allra möjligaste mån vill att ungdomsmottagningen ska placeras skilt från annan verksamhet.

När man talar om geografiskt läge kan man även syfta på placeringen inom en ort – om mottagningen ligger i centrum, nära kommunikationer eller i närheten av skolor eller andra platser som ungdomar vistas på. Det kan, som nämndes ovan, även handla om huruvida mottagningen finns i anslutning till exempelvis en vårdcentral eller om den är belägen vid ett sjukhus. Det finns en variation i hur ungdomsmottagningarna är placerade inom en ort i dessa avseenden.

En del av frågorna (bilaga 1, fråga 20–23) i inventeringsformuläret handlade om respektive mottagnings geografiska placering. Sex av de 19 mottagningarna är placerade på en mindre ort (<20 000 invånare), åtta mottagningar i en mindre stad (20 000–100 000 invånare) och fem mottagningar i en större stad (>100 000 invånare). Av mottagningarna är 14 placerade centralt i staden/orten, fyra mottagningar nära centrum och en mottagning är placerad mer än en kilometer från centrum. Av mottagningarna angav elva att de bedriver sin verksamhet i egna lokaler, avskilt från annan verksamhet. Återstående åtta mottagningar är placerade i anslutning till annan verksamhet.

Tabell 6: I vilken typ av tätort är mottagningen belägen?

Antal mottagningar	
Mindre ort	6
Mindre stad	8
Större stad	5
Total	19

Tabell 7: Var är mottagningen belägen inom orten?

Antal mottagningar	
Centralt	14
Nära centrum	4
> en kilometer från centrum	1
Total	19

Tabell 8: Har mottagningen egna lokaler, avskilt från annan verksamhet?

Antal mottagningar	
Ja	11
Nej	8
Total	19

Följande kommentarer gav mottagningar på frågan om det finns behov av att förändra något vad gäller mottagningens placering/geografiska läge:

- nej, det finns inget behov av förändring (nio mottagningar)
- önskvärt att filialen hade haft egna lokaler och funnits mer centralt, nära skola och tåg exempelvis
- önskvärt att ha lokaler avskilt från annan verksamhet och mer centralt
- önskvärt med lokaler mitt i stan
- fler mottagningar i staden hade varit önskvärt
- önskvärt att flytta från markplanet på grund av upprepade inbrott

2.3.2 Lokalernas utformning

Två frågor i inventeringsformuläret (bilaga 1, fråga 18–19) handlade om utformningen av mottagningarnas lokaler. Ett par frågor gällde eventuella problem med lokalerna/behov av förändring. Åtta mottagningar har gett kommentarer på frågan om det finns ”annat av betydelse” vad gäller lokalerna (fråga 18). I formuläret ställs även en fråga om huruvida det finns behov av förändringar av lokalerna (fråga 19). 13 mottagningar har besvarat på denna fråga. En del av kommentarerna utifrån ovannämnda båda frågor redovisas nedan:

- mottagningen saknar eget väntrum och egen ingång
- ensamarbete förekommer
- lokalerna är inte ändamålsenliga: brister i ventilation, brandsäkerhet, sekretess (på grund av lyhörddhet)
- mottagningen kommer att byta lokaler inom en snar framtid
- lokalerna behöver allmän uppfräschning
- vi är trångbodda, saknar lämpligt rum för gruppverksamhet/studiebesök
- vi behöver fler patienttoaletter samt spolrum för instrumenthantering
- bättre handikappanpassning
- behov av särskilt mottagningsrum för killar (rum utan gynstol)

Ett par frågor i formuläret gällde om mottagningarna har handikappanpassning respektive handikapparkering. Av de 19 mottagningarna uppgav fyra att handikappanpassning saknas. Ytterligare fyra mottagningar svarade att de delvis har handikappanpassade lokaler. Elva mottagningar svarade att de har handikappanpassade lokaler. Omkring hälften av mottagningarna har handikapparkering i anslutning till mottagningen.

2.3.3 Öppettider och telefontider

Mottagningarna har valt olika modeller för sina öppettider. De mindre mottagningarna har öppet endast en eller ett par dagar i veckan. Vissa har olika öppettider för olika dagar i veckan, medan andra har enhetligare tider. Vissa har telefontider, medan andra har öppen telefon under den tid som de bemannar mottagningen och inte är upptagna i samtal eller möten. Vissa mottagningar organiserar en del av verksamheten som öppet hus, medan andra endast har tidbokning. Vissa mottagningar har en person anställd som i stor utsträckning ansvarar för övergripande administration, telefonpassning, tidbokning och mottagning av spontana besök.

Mottagningarnas öppettider behandlades i frågorna 24–27 i inventeringsformuläret. På frågan om hur många timmar mottagningen har öppet per vecka (bilaga 1, fråga 24) angav två mottagningar svar inom intervallet 48–50 timmar, sex mottagningar inom intervallet 40–43 timmar och fyra mottagningar angav svar mellan 34 och 37 timmar. Tre mottagningar angav tider i intervallet 20–25 timmar och lika många har öppet åtta timmar per vecka. En mottagning har öppet 13,5 timmar i veckan. Det är värt att notera att det finns variationer i hur mottagningarna valt att redovisa sina tider. Skillnaderna kan bestå av att man exempelvis har valt olika redovisning för lunchtiden och av att tillgängligheten till olika personalkategorier kan variera under den angivna öppettiden.

Tabell 9: Hur många timmar per vecka har mottagningen öppet?

	Antal mottagningar
48–50 timmar	2
40–43 timmar	6
34–37 timmar	4
20–25 timmar	3
<14 timmar	4
Total	19

Ungefär hälften av mottagningarna har en eller ett par av veckans dagar öppet till klockan 18.30, 19, 19.30 eller 20 (fråga 25). Vid åtta av de 19 mottagningarna finns öppet hus eller drop-in-mottagning (fråga 26). Två av mottagningarna har öppet hus två timmar i veckan, tre mottagningar 5–6 timmar och två mottagningar 10–12 timmar i veckan. En mottagning har öppet hus 15–18 timmar per vecka.

Tabell 10: Har mottagningen kvällsöppet (öppet till 18.30 eller senare minst en dag/vecka)?

Antal mottagningar	
Ja	10
Nej	9
Total	19

Tabell 11: Har mottagningen öppet hus?

Antal mottagningar	
Ja	8
Nej	11
Total	19

På frågan om det finns behov av förändringar när det gäller öppettider svarade åtta mottagningar ja. Dessa mottagningar gav följande kommentarer:

- ja, eventuellt kvällsöppet alternativt ökad kvällsmottagning (fem mottagningar)
- ja, om ökad tillströmning av ungdomar finns behov av ökade öppettider (en mottagning)
- ja, ökning av tid med viss personalkategori (en mottagning)
- ja, behov av att ha öppet en dag till i veckan (en mottagning)

Åtta mottagningar svarade att det inte finns något behov av att förändra öppettiderna. Av dessa gav tre mottagningar kompletterande kommentarer enligt följande:

- nej, inget direkt behov av förändring, men vi är öppna för diskussion/förslag (en mottagning)
- nej, det är svårt att specificera några behov. Men vi för en diskussion inom mottagningen, på grund av långa väntetider (två mottagningar)

Tabell 12: Finns det behov av att förändra öppettiderna?

Antal mottagningar	
Ja	8
Nej	8
Ej svar	3
Total	19

Elva mottagningar uppgav att de har bestämda telefontider medan nio mottagningar svarade att de har telefonen öppen i den utsträckning som är möjlig (fråga 28). En mottagning uppgav att man både har bestämda telefontider och öppen telefon. På frågan hur många timmar per dag som man uppskattar att man är tillgänglig per telefon angav mottagningarna svar inom intervall enligt tabell 11:

Tabell 13: Hur många timmar per dag är man tillgänglig per telefon vid mottagningen?

Antal mottagningar	
1–1,5 timme	4
4–5 timmar	7
6–8 timmar	7
Total	19

I inventeringsformuläret fanns ingen specifik fråga om huruvida det finns behov av förändring av telefontiderna. Men på den allmänna frågan om vilka eventuella förändringar som skulle behöva genomföras för att förbättra tillgängligheten (fråga 33) kommenterade ett par mottagningar telefontillgängligheten. Av mottagningarna uppgav 14 att det finns behov av förändring för att tillgängligheten ska förbättras. Dessa mottagningar gav följande kommentarer:

- utökad telefontid/bättre telefontillgänglighet (två mottagningar)
- behov av personal med särskilt ansvar för telefon/reception (två mottagningar)
- minska väntetiderna (en mottagning)
- ökad bemanning (fem mottagningar)
- använda andra kontaktvägar, till exempel mejl (en mottagning)
- använda ett smidigt bokningssystem (tre mottagningar)
- utökade öppettider (fyra mottagningar)
- ökad jämställdhet (till exempel ha en gemensam åldersgräns för pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor och en jämnare könsfördelning bland mottagningens personal) (tre mottagningar)

2.3.4 Väntetider

Väntetiderna behandlades i inventeringsformulärets fråga 11 (bilaga 1). Vid vissa mottagningar finns inte alla personalkategorier representerade och i vissa fall har man inte särredovisat uppgifter för filialerna. Dessa faktorer innebär att det totala antalet mottagningar inte överensstämmer med antalet som ingår i översynen som helhet. I formuläret efterfrågades endast väntetiden till barnmorska, kurator och läkare. I de fall mottagningar har lämnat uppgifter om andra personalkategorier redovisas dessa.

Barnmorska

Tre mottagningar svarade att de inte har någon väntetid alternativt att väntetiden är någon dag. En mottagning svarade att väntetiden är en dag för en kortare bedömning och upp till tre veckor för mer omfattande bedömningar/stöd. Två mottagningar uppgav att de har en väntetid på upp till en vecka. Sju mottagningar angav väntetider som ligger i intervallet en till två veckor. Fyra mottagningar svarade 2–3 veckor, 2–4 veckor, tre veckor respektive fyra veckor.

Kurator

En mottagning svarade att man inte har någon väntetid. En mottagning svarade att väntetiden är en dag för en kortare bedömning och upp till tre veckor för mer omfattande bedömningar/stöd. Sex mottagningar har en väntetid på från några dagar upp till en vecka. Sex mottagningar har en väntetid på omkring två veckor. En mottagning uppgav att väntetiden för besök hos kurator är tre veckor.

Läkare

En mottagning svarade att väntetiden är mellan två dagar och en vecka. Åtta mottagningar angav väntetider mellan en och två veckor. Av dessa mottagningar specificerade vissa väntetiden för olika specialiteter. Denna redovisning tydliggjorde att väntetiden för ett besök hos venerolog och psykiater kan vara dubbelt så lång som för ett besök hos gynekolog. En mottagning angav ospecificerat att väntetiden varierar, en mottagning att väntetiden varierar mellan en vecka och en månad, en mottagning att den är tre veckor och ytterligare en mottagning att den är mellan fem och sex veckor. En mottagning svarade att väntetiden är en dag för en kortare bedömning och upp till tre veckor för mer omfattande bedömningar/stöd.

Sjuksköterska

Fyra av mottagningarna har redovisat väntetiden till sjuksköterska. Väntetiderna varierar i intervallet 0–14 dagar.

2.3.5 Tillgänglighet för vem?

Ungdomsmottagningarna vänder sig till alla ungdomar. I översynen har frågan om det finns grupper av ungdomar som man uppfattar att man inte når ut till diskuterats vid platsbesök och arbetsmöten. Även en fråga i inventeringsformuläret handlar om tillgänglighet i termer av vilka grupper av ungdomar som man når ut respektive inte når ut till (bilaga 1, fråga 31). Svar på denna fråga har lämnats från alla mottagningar utom en. Vid två av mottagningarna uppfattade man inte att det finns någon grupp som man förbiser. Svaren bland övriga är relativt samstämmiga vad gäller vilka grupper som man anser kan ha svårt att känna att ungdomsmottagningen är till för dem. Mottagningarna har lämnat följande svar:

- funktionshindrade
- nysvenskar/invandrarungdomar
- ungdomar över skolåldern
- invandrarflickor/unga kvinnor
- särskoleelever
- killar
- HBT ungdomar

2.4 Intervjuer med ungdomar

Av de totalt 17 ungdomar som intervjuats hade en majoritet besökt en ungdomsmottagning på eget initiativ och med ett personligt ärende. Exakt hur många som besökt en ungdomsmottagning eller i vilket ärende går inte att säga utifrån intervjuerna, som gjordes med utgångspunkten att var och en berättar om det som han eller hon spontant vill. Eftersom inte varje person intervjuades individuellt, utan var och en deltog i den utsträckning som han eller hon önskade, är det inte möjligt att redogöra för varje persons erfarenheter eller åsikter. Intrycket var ändå att de allra flesta själva hade haft ett personligt ärende på en ungdomsmottagning. Vissa hade endast varit på mottagningen tillsammans med en kompis, kanske endast för att ta reda på vilka öppettider som gäller. I gruppen gymnasieelever från IV-programmet, där alla hade utländsk bakgrund, uppgav ingen att de hade besökt en ungdomsmottagning i ett personligt ärende. Vissa hade besökt en mottagning med skolan eller tillsammans med en kompis. I övriga grupper där ungdomarna i grupperna till största delen inte hade utländsk bakgrund uppgav endast enstaka att de aldrig hade varit på en ungdomsmottagning.

Det fanns en stor variation när det gäller vad ungdomarna känner till om ungdomsmottagningen. På frågan om vad man kan få hjälp med svarade man främst att man kan få preventivmedel, dagen-efter-piller, testa sig för STI (sexuellt överförbara sjukdomar) och hiv. En del av ungdomarna visste att det även finns kuratorer eller psykologer som man kan få tala med. En person hade erfarenhet av att detta och hade gått i samtal hos kurator under ett år. Ett par ungdomar konstaterade att det är ett stort steg mellan att gå till ungdomsmottagningen och att gå till barn- och ungdomspsykiatrin.

De som själva hade besökt ungdomsmottagningen var positiva till bemötandet och miljön på mottagningen. De ansåg att det känns lätt att komma dit, att det känns välkomnande. De negativa erfarenheter som de redogjorde för när det gäller behandling och personal var främst kopplade till enskilda personer i ungdomsmottagningens personal. Men dessa negativa upplevelser framstår som undantag. I två olika grupper framkom synpunkten att någon i personalen var "gammalmodig" eller hade dålig kunskap och/eller förståelse för hur ungdomar ser på sex idag. Detta upplevdes som kränkande eller åtminstone mycket obehagligt.

I de tre grupper där de flesta hade relativt god kännedom om ungdomsmottagningen var de kritiska synpunkter som framkom kopplade främst till möjligheterna att nå mottagningen per telefon och till att öppettiderna är starkt begränsade under de tider som ungdomarna är lediga från skolan. Från vissa var kritiken mot öppettider och telefontider betydande. Det kan inte bara kännas svårt att be om ledigt för att besöka ungdomsmottagningen, utan det kan vara så att man inte får ledigt. I en av grupperna kretsade en del av diskussionen kring hur öppet man ville tala om att man besöker en ungdomsmottagning. På sätt och vis ansåg de att det kanske inte var någon "stor grej" att berätta för lärare och klasskompisar. Ändå konstaterade de att det för vissa kan kännas svårt. I gruppen berättade ungdomarna att en lärare inför klassen kunde berätta att någon av eleverna var på ungdomsmottagningen.

Det fanns även kritiska synpunkter kring öppet hus, som ungdomarna i och för sig tyckte var en god idé men som i praktiken innebar att man fick sitta och vänta i ett överfyllt väntrum med risk att bli utan hjälp samma dag. Det fanns olika åsikter om hur väl öppet hus fungerar, vissa ansåg att problemen var stora, andra tyckte att öppet hus fungerade bra.

Det framkom även att väntetiderna kunde vara långa för att få komma till ett besök hos barnmorska för preventivmedelsrådgivning. I en av grupperna sade flickorna/de unga kvinnorna att väntetiden kunde vara en eller upp till två-tre månader för ett sådant besök. I den andra gruppen med flickor/unga kvinnor uppgav de också att väntetiden kunde vara upp till tre månader. Dessa väntetider skiljer sig markant från de uppgifter som har angetts i inventeringsformulären från mottagningarnas personal. Man har från mottagningarnas sida uppgett att väntetiderna varierar och att den tid man angett är en ögonblicksbild; i ljuset av de uppgifter som ungdomarna angett framstår det som om variationerna kan vara mycket stora tidvis. Ungdomarna beskrev att de i vissa fall blivit hänvisade till en mottagning på en närliggande ort och där fått en tid direkt, exempelvis under sommar-månaderna. För vissa ärenden upplevde man att det är lätt att få snabb hjälp, exempelvis att få dagen-efter-piller, hämta kondomer och göra graviditetstest. I den grupp med killar där samtliga hade erfarenhet av ungdomsmottagningen varierade erfarenheten av att få tid; en av dem tyckte att det kunde vara mycket svårt att få tid medan övriga inte hade upplevt något problem med att få en tid. I den grupp där kännedomen om ungdomsmottagningen var mest begränsad, i gruppen med gymnasieelever på IV-programmet, var det svårt att få en uppfattning om hur ungdomarna önskade sig att ungdomsmottagningen bör fungera. Av deras diskussion framgick bland annat att de ser ungdomsmottagningen till stor del som en typiskt svensk företeelse – denna synpunkt framkom spontant även i intervjun med gruppen pojkar/unga män i 22-årsåldern. Ungdomar som växer upp i Sverige med föräldrar som är födda i Sverige får automatiskt med sig kunskap om hur det offentliga systemet fungerar, framhöll de i denna grupp. Tilltron till det offentliga, myndigheter, sjukvård och så vidare är mindre, konstaterade de. De menade att ungdomar, som själva kan vara födda i Sverige, men som har föräldrar som invandrat, i stor utsträckning inte ser ungdomsmottagningen som något som berör dem. Ett tydligt problem i detta sammanhang framhöll de var att det i ungdomsmottagningens personal finns ytterst få personer med utländsk bakgrund. Denna skepsis mot det offentliga systemet framkom även i intervjun med ungdomarna från IV-programmet. På frågan om de skulle vända sig till ungdomsmottagningen för att få samtalsstöd blev svaret att de inte trodde att någon verkligen skulle bry sig om deras problem. Personerna som arbetar där gör det bara för att det är deras jobb, för att de ska få sin lön.

Något som var framträdande i intervjuerna var även att ungdomarna upplevde att få pojkar/unga män söker sig till ungdomsmottagningen. I en av grupperna, gruppen med fem flickor/unga kvinnor och en pojke/ung man, togs detta upp spontant av några av flickorna/de unga kvinnorna i gruppen. De såg det som mycket viktigt att ungdomsmottagningen ska anstränga sig mer för att nå ut till pojkar/unga män. De ansåg att det var centralt att mottagningarna har manlig personal om de ska lyckas få flera pojkar/unga män att söka sig till ungdomsmottagningen. I gruppen från IV-gymnasiet fanns inte denna diskussion. Men i de resterande två grupperna diskuterade man varför få pojkar/unga män söker sig till ungdomsmottagningen, även om inte diskussionen togs upp lika spontant som i den tidigare nämnda gruppen. I gruppen med tre flickor/unga kvinnor på gymnasiet i Kristianstad tyckte de att det var svårt att ge förslag på hur man skulle kunna få fler pojkar/unga män att söka sig till ungdomsmottagningen. De framförde bland annat att det kan ha betydelse att flickor/unga kvinnor tidigt kan få en anledning att söka hjälp på grund av problem med mens. Genom att det är flickor/de unga kvinnorna som riskerar att bli gravida blir det också viktigare för dem att söka sig till ungdomsmottagningen för att få preventivmedel, sade de. De konstaterade att det är märkligt att detta gäller även kondomer – trots att det är pojkar/unga män som använder dem är det flickor/de unga kvinnorna som hämtar eller köper dem i stor utsträckning. När pojkar/unga män väl kan behöva söka

sig till en ungdomsmottagning är ärendet mer direkt kopplat till sex, menade de, och genom detta blir det mer tabu, medan flickor/unga kvinnor tidigt har andra mindre tabubelagda problem. De ansåg även att pojkar/unga män enligt ”den eviga klyschan” har svårare att prata om känslor överlag och att detta är ett viktigt skäl till att de inte söker sig till ungdomsmottagningen, liksom det gamla manliga idealet att en man klarar att lösa sina problem på egen hand. I gruppen pojkar/unga män i 22-årsåldern ansåg de dock att skiljelinjen var större mellan ungdomar med utländsk bakgrund respektive med rötter i Sverige än mellan könen när det gäller i vilken utsträckning som man känner behov av att besöka ungdomsmottagningen.

Vissa av dem som deltog i fokusgrupperna har varit på ungdomsmottagningen med skolan på studiebesök eller fått besök av ungdomsmottagningen någon gång under skoltiden, andra inte. Många har fått veta att ungdomsmottagningen finns genom skolan. Några kom inte ihåg hur de allra först fått reda på att ungdomsmottagningen finns. Några nämnde att tidningar som Frida och Veckorevyn varit viktiga för dem, där hänvisningar ofta görs till ungdomsmottagningen. Det fanns olika åsikter om hur bra ungdomsmottagningen är på att marknadsföra sin verksamhet. I de grupper som intervjuats fanns det stora skillnader i hur mycket man kände till om ungdomsmottagningen. Även de ungdomar som hade god kännedom om ungdomsmottagningen ansåg att marknadsföringen kunde förbättras. I gruppen med pojkar/unga män i 22-årsåldern framförde de att det vore bra med en informationsrik hemsida där ungdomar kan söka information på egen hand. Det kan ibland kännas svårt att ställa sina frågor öppet under sex- och samlevnadsundervisningen i skolan och då kan det vara bra att anonymt kunna gå in och ta reda på sådant som man inte fått svar på. I en grupp ansåg man att det borde ges mer information kring vilken hjälp med samtalsstöd som man kan få på ungdomsmottagningen.

3 Analys

Det har under arbetet framkommit att frågan om organisationstillhörighet är svår att undvika. Återkommande har kravet på att ungdomsmottagningarna ska ha samma organisatoriska tillhörighet framförts. Tillhör primärvården gör mottagningarna i Lund, Eslöv, Kristianstad, Hässleholm, Ystad, Trelleborg och Malmö inklusive Vellinge. Landskrona organiseras under Kvinnokliniken. Ängelholm och Klippan tillhör barn- och ungdomsmedicin. Simrishamn inklusive Tomelilla tillhör Kvinnohälsan. Helsingborg inklusive Bjuv och Höganäs tillhör Mödra- barn och ungdomshälsa, vilket är en nyare organisationsmodell. Inom Skånsk Livskraft struktureras hälso- och sjukvården i områdena närsjukvård, specialiserad akutsjukvård och specialiserad planerad vård. Inom närsjukvården ska människor få största delen av sina vardagliga behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda. Hela primärvården placeras inom närsjukvården. Ungdomsmottagningarna ska fungera som en första instans för såväl pojkar/unga män som flickor/unga kvinnor. Därför faller det sig naturligt att ungdomsmottagningarna är organisatoriskt placerade inom närsjukvården och primärvården.

Det har i översynen även varit svårt att bortse från att diskutera resurstillgång i anslutning till en utredning om hur verksamheten bör utformas. Vid mottagningarna har personal exempelvis framfört att det vore önskvärt att förbättra telefontillgängligheten men att detta på grund av resursbrist är svårt att genomföra i praktiken. Någon rekommendation om resursnivå lämnas inte i översynen. Översynen syftar till att formulera vilken verksamhet ungdomsmottagningar ska kunna erbjuda ungdomar i Skåne för att uppfylla kraven i gällande lagstiftning såsom hälso- och sjukvårdslagen och i Barnkonventionen. För att tydliggöra detta har översynen i enlighet med uppdragsbeskrivningen inte tagit hänsyn till resurstilldelning, utan i fokus har enbart varit att göra en bedömning av vilken verksamhet som Region Skånes mottagningar ska kunna erbjuda ungdomarna.

Det är rimligt att anta att de beslut som blir resultatet av översynen inom Region Skåne inledningsvis inte kan följas av alla mottagningar. Med den variation i verksamheten som råder idag kan det ta tid innan alla mottagningar kan uppfylla de ställda kraven. I sammanhanget är det intressant att studera den kravspecifikation från 2000 som beslutats politiskt för ungdomsmottagningarna i Stockholms stad och Stockholms läns landsting (Stockholms läns landsting 2000). I denna kravspecifikation ges en rekommendation, i enlighet med FSUM:s rekommendation, på resurstilldelning motsvarande en personalstyrka på minst en heltidstjänst barnmorska, en heltidstjänst kurator och 10 timmar läkartid per vecka för ett upptagningsområde på 3 500 ungdomar i åldrarna 12–23 år. I en ny kartläggning visar Marta Hansson Bocangel vid Lafa, enheten för sexualitet och hälsa vid Stockholms läns landsting, att de flesta av mottagningarna i Stockholm ligger mycket under den rekommenderade nivån (Hansson Bocangel 2006). Av totalt 35 mottagningar låg 19 mottagningar mycket under normen, 11 under normen och 5 mottagningar över normen. I rapporten konstateras att Hälso- och sjukvårdslagens skrivning om rätten till likvärdig vård i länet inte uppfylls. I översynen i Region Skåne har inte resurser varit i fokus och det är inte möjligt att slå fast hur situationen i fråga om resurstilldelning ser ut inom regionen. Utifrån de diskussioner som förts under översynen kan man dock anta att det liksom i Stockholm finns skillnader i resurstilldelning mellan mottagningarna.

3.1 Basverksamhet

Det rådde stor enighet kring hur basverksamheten bör definieras bland personalen vid ungdomsmottagningarna. Denna definition är bred och för att komma ett steg längre när det gäller att nå enhetlighet i basverksamheten framstår det som om vissa specifikationer måste göras. Verksamheten har på senare år breddats och en större andel av ungdomarna som söker sig till ungdomsmottagningen har allvarliga problem. I stort verkar ungdomsmottagningarnas personal anse att den utveckling som skett går att hantera inom ramen för deras uppdrag och att den även är önskvärd. Samtidigt poängterar personalen i stor utsträckning att de främst ska vara en första instans med låg tröskel dit alla ungdomar kan vända sig med vilka problem de än har.

Om ungdomsmottagningarna på sikt ska kunna vara en förebyggande, första instans med låg tröskel framstår det som om åtagandet när det gäller tyngre problem inte kan fortsätta att vidgas. Det har framkommit både i intervjuerna med personalen vid ungdomsmottagningarna och med personer i angränsande verksamheter att kontakterna mellan ungdomsmottagningarna och andra aktörer kring ungdomar generellt är begränsade. Det finns exempel på utbyggd och väl fungerande samverkan, men intrycket är att ungdomsmottagningen generellt inte har något väl utbyggt kontaktnät. Personalen vid ungdomsmottagningarna upplever att de är okända för andra och representanter från andra organisationer bekräftar den bilden. Problemet att remittera till angränsande organisationer beror i flera fall på resursbrist i dessa organisationer. Men det framstår som om den bristande kontakten mellan ungdomsmottagningarna och angränsande organisationer kan bidra till att ungdomsmottagningspersonalen ogärna försöker hänvisa ungdomar vidare. Översynen har visat att ungdomsmottagningspersonalen inte gärna vill släppa iväg de ungdomar som sökt sig till dem, även om ungdomarna har komplicerade problem. En annan anledning till att ungdomarna stannar på ungdomsmottagningen är att de helt enkelt föredrar denna framför andra vårdgivare. De föredrar den speciella miljö som skapats vid ungdomsmottagningen genom det personliga bemötandet, den låga tröskeln, helhetssynen på den unga människans hälsa och person och att föräldrar inte behöver informeras. I en situation av prioritering bör dock det förebyggande arbetet i enlighet med basuppdraget sättas främst. Övrig verksamhet bör betraktas som tilläggsverksamhet.

I diskussionerna vid ungdomsmottagningarna framkom ofta att angränsande organisationer har en skev och snäv bild av vad ungdomsmottagningen gör. Man syftade i hög grad på att bilden av ungdomsmottagningen i hög grad är att man enbart arbetar med frågor relaterade till sex och samlevnad. Personalen vid ungdomsmottagningarna menade att de har ett bredare uppdrag. Frågan är hur brett uppdraget kan sägas vara. I intervjuerna, både med personalen vid mottagningarna och med andra aktörer, framkom att många ungdomar idag känner oro, och dessa problem är inte i första hand relaterade till kropp eller sexualitet. Många känner sig oroliga för framtiden, för att inte få jobb eller över huvud taget för att inte hitta sin plats i tillvaron.

Vid mottagningarna var enigheten stor kring att den utåtriktade verksamheten är en viktig del av basverksamheten. Generellt ansåg personalen att de inte har möjlighet att arbeta utåtriktat i den utsträckning som vore önskvärdt. Av de 19 mottagningarna angav 15 en andel utåtriktat arbete i förhållande till den totala verksamheten på 10 procent eller lägre.

När det gäller personalens sammansättning har det inte framkommit något i översynen som ger anledning att frånga FSUM:s rekommendation om baskrav på vilka yrkeskategorier

som ska finnas vid en ungdomsmottagning. För att fungera som ungdomsmottagning krävs att personalen består av yrkeskategorierna barnmorska, kurator och/eller psykolog samt läkare. När det gäller läkarens kompetens har det i översynen framgått att de viktigaste faktorerna är att det finns kontinuitet i läkarbemanningen, att läkaren har ett genuint intresse och engagemang för ungdomar samt kompetens inom ungdomshälsa och att det finns läkarkompetens för både pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor.

3.2 Åldersgräns

När det gäller vilken övre åldersgräns som bör gälla vid ungdomsmottagningarna i Region Skåne har enigheten varit relativt stor. Valet har i huvudsak stått mellan en gräns på 23 och 25 år. I inventeringsformuläret svarade 11 mottagningar att de föredrog en gräns på 23 år och återstående 8 att de ansåg att 25 år vore önskvärt. Under de arbetsmöten som hållits med kontaktpersoner från mottagningarna har det funnits enighet kring 23 år. Gränsen ligger i linje med vad FSUM rekommenderar. FSUM skriver att gränsen bör ligga mellan 23 och 25 år, men att man med en gräns på 25 år måste garantera att resursbrist inte leder till att de yngre ungdomarna blir lidande. Frågan om barns rätt till sekretess gentemot sina föräldrar ger anledning att reglera även en undre åldersgräns. Region Skånes jurist har konsulterats för tolkning av sekretesslagen. Lagen är otydlig och hänvisar till olika åldersgränser gällande olika frågor när det gäller rätt till sekretess gentemot föräldrarna. Vad som är centralt är bedömningen av när barnet anses moget för att själv hantera de här frågorna. I normalfallet bedöms en 12-åring ha uppnått denna mognad. Detta utgör grunden för förslaget om en nedre åldersgräns på 12 år.

Enligt en promemoria från den nationella psykiatrisamordningen bör ungdomscentraler/ungdomshälsa för unga i åldern 15–25 år inrättas (Nationell psykiatrisamordning 2006). Vid ungdomscentralerna/ungdomshälsan ingår ungdomsmottagningen tillsammans med primärvård, socialtjänst och vissa specialistfunktioner. Enligt psykiatrisamordningen bör familjecentraler inrättas för barn och ungdomar upp till 16 år. I det förslag om barn- och ungdomspsykiatris verksamhet i Region Skåne som presenteras samtidigt som förslaget om ungdomsmottagningarnas verksamhet (Region Skåne 2006) görs en liknande analys vad gäller aktörer och åldersgränser. För att samordna rekommendationen om ålder för ungdomsmottagningens verksamhet till dessa båda förslag kan det framstå som om 25 år vore en lämpligare ålder än 23 år. Det är dock så att även övriga aktörer inom ungdomscentralen/ungdomshälsan sinsemellan har olika åldersgränser. För ungdomsmottagningarna är inte heller den nedre gränsen rättvisande, genom att målgruppen inkluderar ungdomar under 15 år. Syftet med ungdomscentralerna/ungdomshälsan är att öka samverkan mellan aktörerna som vänder sig till ungdomar och åldersgränserna kan variera beroende på verksamhetens inriktning.

3.3 Tillgänglighet

Det finns stora skillnader mellan mottagningarna när det gäller lokalernas utformning och placering. Vissa har nyrenoverade och ändamålsenliga lokaler medan andra är trångbodda och har slitna lokaler. FSUM rekommenderar att ungdomsmottagningarna ska finnas i fristående lokaler. Flera mottagningar var på väg att byta lokaler när inventeringsformuläret fylldes i och förändringar kan därför ha skett när det gäller lokalernas

beskaffenhet vid de olika mottagningarna. I inventeringsformuläret svarade åtta av de 19 mottagningar att de inte har fristående lokaler. Åtta mottagningar av mottagningarna saknade eller saknade delvis handikappanpassning av lokalerna. Omkring hälften av mottagningarna uppgav att de har handikapparkering i anslutning till mottagningen. Hälften av mottagningarna uppgav i inventeringsformuläret att de har kvällsöppet (motsvarande öppet till 18.30 eller senare minst en dag/vecka). Tillgängligheten per telefon varierade mellan mottagningarna. Översynen har visat att graden av tillgänglighet påverkas av om mottagningen har personal anställd som ansvarar för reception och andra mottagningsövergripande administrativa uppgifter. Ett av ungdomsmottagningens kännetecken är den höga tillgängligheten. Alla ungdomar är välkomna och ungdomarna kan vända sig till ungdomsmottagningen med i princip vilka problem eller funderingar som helst. Denna bild har varit framträdande i översynen. Däremot har det framgått att tillgängligheten per telefon och öppettiderna på eftermiddagar och kvällar är begränsade vid flera mottagningar. Väntetiderna för ett besök är också tidvis långa.

Personalen vid ungdomsmottagningarna ansåg generellt inte det var något stort problem för ungdomarna att besöka ungdomsmottagningen på skoltid. Det framkom i intervjuerna med ungdomar att det kunde vara ett problem att få ledigt från skolan. Det var inte enbart så att det kunde kännas svårt att säga vart man skulle gå, utan en del hade svårt att få ledigt över huvud taget. Även om inte urvalet är representativt har översynen visat att det är viktigt att säkerställa att alla ungdomar ska, om de känner behov av det, ha möjlighet att komma till en ungdomsmottagning utan att behöva förklara sitt ärende för lärare, föräldrar eller vänner. En grundläggande tanke med ungdomsmottagningarna är just den stora möjligheten till patientintegritet. Personalen vid ungdomsmottagningarna talade i hög grad om vikten av att ha egna lokaler, inte alltför synligt skyltat för att ungdomar inte ska behöva visa vart de är på väg. I linje med detta är det rimligt att garantera att ungdomar ska kunna gå till ungdomsmottagningen utan att be om ledigt eller på annat sätt meddela sin omgivning. Det är inte rimligt att jämställa ungdomar med vuxna i det här fallet. Vuxna har större frihet genom att de inte i lika hög grad behöver redovisa vart de ska gå.

I översynen har framgått att det saknas kunskap om vilka grupper av ungdomar som ungdomsmottagningarna når ut till och att detta kan utgöra ett problem när det gäller att förbättra tillgängligheten. När man inte vet vem man behöver vara tillgänglig för kan det vara svårt att veta vad man ska göra för att bli tillgänglig. Det är i många fall svårt och icke önskvärt att försöka dela in människor i grupper. Men för att vara tillgänglig för alla ungdomar kan man behöva fundera över frågan, något som personalen vid ungdomsmottagningarna också har gjort. Ungdomsmottagningarna kan inte ensamma lösa problem som handlar exempelvis om att ungdomar med utländsk bakgrund känner att det svenska offentliga systemet inte vill hjälpa dem. Däremot är problemen liksom för många andra aktörer aktuella för ungdomsmottagningarna. Särskilda satsningar har gjorts på flera mottagningar för att nå pojkar/unga män i högre grad än tidigare. Vissa är skeptiska till detta, genom att pojkar/unga män favoriseras på flickornas/de unga kvinnornas bekostnad. Det är tydligt att det är svårt att göra en avvägning mellan riktade satsningar och likabehandling. För att nå pojkar/unga män har det visat sig vara viktigt att ha manlig personal anställd. För att öka tillgängligheten för ungdomar i allmänhet framstår det som viktigt att över huvud taget sträva efter att personalsammansättningen ska vara varierad. Vid mottagningarna är idag den övervägande majoriteten kvinnor och andelen personer med utländsk bakgrund i det närmaste obefintlig.

I översynen har framkommit att mottagningarna önskar sig ett smidigare bokningssystem. Inom Malmö har man ett gemensamt system som gör det möjligt för ungdomarna att boka tid vid samtliga mottagningarna oavsett vilken mottagning de kontaktar. Enligt mottagningspersonalen fungerar detta väl. Ett arbete med att införa ett gemensamt boknings- och journalsystem pågår i Region Skåne.

4 Rekommendationer

4.1 Basverksamhet

- *Förebyggande och hälsofrämjande arbete.* Ungdomsmottagningen ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Ungdomsmottagningen ska i första hand fungera som en första instans som kan slussa ungdomar vidare till andra vårdgivare om långvarigare eller mer omfattande insatser är nödvändiga. Ungdomsmottagningen ska kunna hjälpa ungdomar vidare till sjukvårdande eller socialvårdande insatser om behoven inte längre är av förebyggande eller hälsofrämjande karaktär.
- *Samverkan med andra aktörer.* För att underlätta hänvisningar till andra vårdgivare ska ungdomsmottagningarna som en del av basuppdraget samverka med angränsande organisationer. Detta för att alla aktörer ska känna till varandras kompetens och ansvarsområden, och för att personliga kontakter ska knytas mellan dem som arbetar i de olika organisationerna. För att rätt hänvisningar ska kunna göras och för att det ska kännas tryggt för ungdomarna krävs ett väl utvecklat samarbete.
- *Främja sexuell hälsa, ge sexualupplysning.* Ungdomsmottagningarna ska ge kunskap om sexualitet och stärka ungdomar i deras nyfikenhet kring lusten och glädjen i sexualiteten. Ungdomsmottagningen ska erbjuda gynekologisk och andrologisk undersökning. Ungdomsmottagningen ska erbjuda samtal, både individuellt och i grupp, om anatomi, lustfysiologi, sexuell identitet, sexuella problem och sexualvanor.
- *Förebygga oönskade graviditeter.* Ungdomsmottagningen ska ge information – individuellt och/eller i grupp/klass – samt rådgivning per telefon. Rådgivning med påföljande uppföljning ska ges om preventivmedel, akut p-piller, graviditet och abort.
- *Förebygga och behandla STI (sexuellt överförbara sjukdomar)*
Ungdomsmottagningen ska ge information – individuellt och/eller i grupp/klass – samt rådgivning per telefon. Ungdomsmottagningen ska ge enklare behandling och arbeta med smittspårning.
- *Förebygga fysisk ohälsa.* Ungdomsmottagningen ska förmedla kunskap om tonårens normalutveckling.
- *Förebygga psykisk ohälsa.* Ungdomsmottagningen ska förmedla kunskap om den psykosociala utvecklingen. Ungdomsmottagningen ska uppmärksamma och bedöma sociala och psykologiska problem. Ungdomsmottagningen ska erbjuda adekvat rådgivning, stöd och behandling vid mindre allvarliga utvecklingskriser, identitetsfrågor och krisreaktioner.
- *Utåtriktad verksamhet.* Av den totala verksamheten bör minst 20 % bestå av utåtriktat arbete. Den utåtriktade verksamheten bör anpassas efter lokala behov och ske i samarbete med andra aktörer med verksamhet riktad till ungdomar,

såsom skola och socialtjänst. Den utåtriktade verksamheten ska utvärderas kontinuerligt.

4.2 Åldersgräns

- Ungdomsmottagningen ska rikta sin verksamhet till alla ungdomar från och med den dag man fyller 12 år t.o.m. det kalenderår ungdomarna fyller 23 år.

4.3 Tillgänglighet

- Ungdomsmottagningen ska placeras i för verksamheten ändamålsenliga lokaler.
- Lokalerna ska vara handikappanpassade och det ska finnas handikapparkering i nära anslutning till mottagningen.
- Ungdomsmottagningen ska sträva efter en jämn könsfördelning bland personalen och en variation när det gäller etnisk och kulturell bakgrund.
- Ungdomsmottagningen ska, i enlighet med vårdgarantin, erbjuda ungdomar telefonkontakt gällande behandling samma dag och tid för besök inom en vecka.
- Ungdomsmottagningen ska sträva efter att erbjuda öppettider som relaterar till målgruppens behov av tillgänglighet. De större ungdomsmottagningarna ska ha minst en kvällsmottagning i veckan.
- Ungdomsmottagningen ska sträva efter en ökad tillgänglighet på telefon och att denna relaterar till målgruppens behov.

4.4 Organisationstillhörighet

- Ungdomsmottagningarna bör organisatoriskt placeras inom närsjukvården och primärvården.

5 Referenser

Fors, Zelma, 2005. *Ungdomsmottagningen – ungdomar och personal berättar*. Rapport nr A 2005:5. Statens folkhälsoinstitut.

FSUM, 2002. *Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar*. www.fsum.org

Hansson Bocangel, Marta, 2006. *Ungdomsmottagningar i Stockholms län. En kartläggning av verksamheterna under år 2004*. Preliminär rapport. Lafa – enheten för sexualitet och hälsa, Centrum för folkhälsa.

Landstinget i Värmland, 2005. *På ungas villkor. Ett kunskapsunderlag för ungdomsmottagningarnas utveckling i Värmland*.

Landstinget i Östergötland, 2004. *Ramavtal för ungdomsmottagningar i Östergötland*

Nationell psykiatrisamordning, 2006. *Nationell psykiatrisamordnings ställningstaganden och förslag avseende tidigare insatser till barn och unga som riskerar allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder*, Promemoria S 2003:09.

Region Skåne, 2002. *Förslag till kravspecifikation för Ungdomsmottagningarna i Skåne*.

Region Skåne, 2005. *Strategi för sexuell och reproduktiv hälsa i Region Skåne*.

Region Skåne, 2006. *Utredning om barn- och ungdomspsykiatri i Region Skåne*

Stockholms läns landsting, 2000. *Gemensamma rekommendationer för Stockholms stad och Stockholms läns landsting avseende ungdomsmottagningarna i staden*.

Västra Götalandsregionen, 2005. *Ungdomsmottagningar i Västra Götaland*.

Wiksten-Almströmer, Marianne, 2006. ”Ungdomsmottagningar – nätverk med helhetssyn på ungas problem”, *Läkartidningen* vol. 103, nr. 5, s. 289–292.

Bilaga 1 Inventeringsformulär

Översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet i Region Skåne Inventeringsformulär

Detta formulär utgör ett komplement till de platsbesök och möten som genomförs inom ramen för översynen. Ett formulär per mottagning ska fyllas i (ett separat formulär ska fyllas i för varje filial) och vara oss tillhanda senast den 29 mars. Ni är välkomna att höra av er om något i formuläret är oklart.

Med vänliga hälsningar

Anette Agardh och

Christina Halling, tel. 040-33 84 42, e-mail: christina.halling@med.lu.se

Mottagningens namn:

Basverksamhet

1. Hur många tjänster finns det sammanlagt vid mottagningen? Hur fördelar sig dessa tjänster på olika yrkeskategorier?
--

2. Vilka specialiteter representerar läkartjänsterna?

3. Bedrivs särskild mottagning för pojkar?
--

4. Hur många av mottagningens tjänster innehas av män? Vilka yrkeskategorier representerar dessa tjänster?
--

5. Vilka aktiviteter anser ni bör räknas till ungdomsmottagningens utåtriktade arbete?
--

6. Hur stor procent av den totala verksamheten ägnas åt utåtriktat arbete?
--

<p>7. Finns det något som ni anser att man borde förändra i det utåtriktade arbetet? I så fall vad?</p>
<p>8 a. Vilka symptom har ungdomar i behov av psykosocialt stöd som söker sig till ungdomsmottagningen?</p>
<p>8 b. Utifrån vilka kriterier bedömer ni vilka ungdomar som, efter de inledande besöken, kan fortsätta att få samtalsstöd vid mottagningen?</p>
<p>9. Finns det något i verksamhetsutbudet som helhet som ni anser att man borde förändra? I så fall vad?</p>
<p>10. Vilken verksamhet anser ni bör ingå i basverksamheten?</p>
<p>11. Hur lång är väntetiden för ett tidsbokad besök till barnmorska, kurator och läkare idag?</p>
<p>12. Ge exempel på verksamhet som ni inte anser bör ingå i basverksamheten, men som kan ingå som tilläggsverksamhet vid vissa mottagningar.</p>
<p>13. Ge exempel på verksamhet som ni inte anser bör ingå i ungdomsmottagningens uppdrag.</p>

Åldersgränser

14. Vilka åldersgränser gäller vid mottagningen idag?

15. Hur stor procentuell andel av ungdomarna som besöker mottagningen är:

yngre än 12 år

12 år

13 år

14 år

15 år

16 år

17 år

18 år

19 år

20 år

21 år

22 år

23 år

24 år

25 år

16. Vilken åldersgräns anser ni bör gälla för ungdomsmottagningen? Varför är detta en lämplig gräns?

17. Vilka konsekvenser skulle en lägre respektive högre gräns innebära?

Tillgänglighet
18. Beskriv mottagningens lokaler avseende följande:
ungefärligt antal kvadratmeter
antal rum
användningsområde för respektive rum
handikappanpassning
handikapparkering i anslutning till mottagningen
annat av betydelse
19. Finns det något som skulle behöva förändras vad gäller lokalernas utformning eller användningsområden? I så fall vad?
20. Beskriv mottagningens geografiska läge inom Skåne (markera aktuellt alternativ med ett kryss):
<input type="checkbox"/> mindre ort (<20 000 invånare)
<input type="checkbox"/> mindre stad (20 000–100 000 invånare)
<input type="checkbox"/> större stad (>100 000 invånare)
21. Beskriv mottagningens läge inom staden/orten (markera aktuellt alternativ med ett kryss):
<input type="checkbox"/> centralt i staden/orten
<input type="checkbox"/> nära centrum
<input type="checkbox"/> >1 km avstånd från centrum
22. Beskriv mottagningens placering i förhållande till annan verksamhet:
<input type="checkbox"/> i egna lokaler, avskilt från annan verksamhet
<input type="checkbox"/> i lokaler i anslutning till annan verksamhet

23. Finns det något som skulle behöva förändras vad gäller mottagningens placering/geografiska läge? I så fall vad?
24. Hur många timmar har mottagningen öppet per vecka?
25. Har mottagningen kvällsöppet? Hur dags stänger mottagningen respektive veckodag?
26. Vilken modell för öppettider har mottagningen (markera aktuellt alternativ med ett kryss)?
<input type="checkbox"/> enbart tidbokning
<input type="checkbox"/> tidbokning och öppet hus
<input type="checkbox"/> ”vanlig” tidbokning och ”snabba tider” (tider som endast kan bokas ett par dagar framåt)
<input type="checkbox"/> annan modell.
Vad innebär denna modell?
27. Om mottagningen har öppet hus: hur många timmar i veckan har ni öppet hus?
28. Hur är telefontillgängligheten vid mottagningen? Har mottagningen (markera aktuellt alternativ med ett kryss):
<input type="checkbox"/> bestämda telefontider
<input type="checkbox"/> öppen telefon i den utsträckning som är möjlig
Hur många timmar per dag uppskattar ni att ni är tillgängliga per telefon?
29. Finns det särskild personal anställd för att sköta tidbokning och reception?
30. Anser ni att det finns något som skulle behöva förändras vad gäller mottagningens öppettider? I så fall vad?

31. Finns det grupper av ungdomar som ni tycker att ni inte når ut till i tillräcklig utsträckning? I så fall vilka?

32. Vilka faktorer anser ni är viktiga för att tillgängligheten ska vara god vid mottagningen?

33. Anser ni att det finns något som behöver förändras för att tillgängligheten ska bli bättre vid mottagningen? I så fall vad?

Tack för er medverkan!

Förteckning över rapporter från SRH Skåne

Axelsson, Jakob (2005). *En processutvärdering av Projekt Sexuell Hälsa, Delrapport 1*. Rapport nr 2005:1 SRH Skåne, Region Skåne.

Fernbrant, Cecilia (2005). *Sexuell och reproduktiv hälsa i Skåne. En kartläggning av aktörer och insatser*. Rapport nr 2005:2 SRH Skåne, Region Skåne.

Axelsson, Jakob (2005). *En utvärdering av informationskampanjen Komikondom år 2005*. Rapport nr 2005:3 SRH Skåne, Region Skåne.

Benipoor, Sara & Holmström, Lotta (2005). *Klamydiakampanjen i Region Skåne 2005, En utvärdering*. Rapport nr 2005:4 SRH Skåne, Region Skåne.

Fernbrant, Cecilia (2007). *Initiering, implementering, etablering. Utvärdering av 'Peer Education'-projektet Uni på Malmö Högskola*. Rapport nr 2007:1 SRH Skåne, Region Skåne.

Axelsson, Jakob (2007). *Utvärdering av Projekt Sexuell Hälsa. Delrapport 2*. Rapport nr 2007:2 SRH Skåne, Region Skåne.

Hansson, Elinor (2007). *Ungdomars frågor om sexualitet. Rapport om frågelådan på www.komikondom.com*. Rapport nr 2007:3 SRH Skåne, Region Skåne.

Halling, Christina & Agardh, Anette (2007). *Ungdomsmottagningarnas verksamhet i Region Skåne. En översyn*. Rapport nr 2007:4 SRH Skåne, Region Skåne.

Strategi för sexuell och reproduktiv hälsa i Region Skåne (2005).

Rapporter som delvis är finansierade av SRH Skåne

Eriksson, Niklas & Knutagård, Hans (2005). *Sexmänsäljer.se/x – nöje blir funktion*. Rapportserie 2005:1 RFSL Rådgivningen Skåne.

Knutagård, Hans & Eriksson, Niklas (2006). *Säkrare sex i sexfrekventa kommersiella lokaler – för män som har sex med män*. Rapportserie 2006:1 RFSL Rådgivningen Skåne.

Holmberg, Carin & Stjernqvist, Ulrica (2005). *Våldsamt lika och olika – Om våld i samkönade parrelationer*. Rapport nr 36 Centrum för Genusstudier, Stockholms universitet.