

# ***Ungdomsmottagningen - ungdomar och personal berättar***

*Zelma Fors*



STATENS  
FOLKHÄLSOINSTITUT

*www.fhi.se*  
*Rapport nr A 2005:5*



# Innehåll

FÖRORD .....	5
UNGDOMSMOTTAGNINGEN.....	6
<i>Innan helhetssynen .....</i>	7
<i>Tidigare rapporter om ungdomsmottagningar.....</i>	8
BAKGRUND, METOD OCH URVAL .....	11
<i>Beskrivning av gruppen ungdomar .....</i>	12
<i>Beskrivning av personalen.....</i>	13
<i>Indelning av fallen.....</i>	15
<i>Fallbeskrivningens struktur .....</i>	15
DET SPECIFIKA MED UNGDOMSMOTTAGNINGEN .....	16
<i>Det utåtriktade arbetet.....</i>	16
<i>Det goda mötet.....</i>	16
<i>En ospecifik fråga medför reflektion och lärande .....</i>	17
<i>Samarbetet kring en ungdom, internt och externt.....</i>	18
<i>Olika instanser och olika normer .....</i>	18
UNGDOMARS FRÅGOR - SEXUALITET, IDENTITET, RELATIONER.....	20
UNGDOMSPERIODENS MÖJLIGHETER TILL FÖRÄNDRING.....	22
HUR KAN FALLBESKRIVNINGARNA ANVÄNDAS?.....	23
FALLBESKRIVNINGARNA.....	25
<i>Det specifika hos ungdomsmottagningen.....</i>	25
<i>Anna - ätstörning - blir kvar på ungdomsmottagningen.....</i>	25
<i>Cecilia - frågeställningen om kroppen var bara en del av det hela.....</i>	29
<i>Carola - aktivt val av ungdomsmottagningen.....</i>	32
<i>Gina - berättar första gången om ätstörningen.....</i>	37
<i>Henrietta - beslut om abort - moget beslut kräver tid .....</i>	40
<i>Elin och Erika söker läkare på ungdomsmottagningen .....</i>	43
<i>Sexualitet, identitet och relationer .....</i>	48
<i>Fredrik - den konstruktiva oron och medvetna val .....</i>	48
<i>Hanna - risktagande - medvetna val .....</i>	52
<i>Gabriella - rädd för gynekologisk undersökning - aborten och depressionen .....</i>	54
<i>Boel - depression och ångest .....</i>	59
<i>Daniella - sexuella trakasserier - vuxna måste ta ställning .....</i>	63

<b>Ungdomsperiodens möjlighet till förändring .....</b>	<b>68</b>
<i>Axel - oskyddade samlag - ansvaret är inte mitt.....</i>	<i>68</i>
<i>Bea - det destruktiva beteendet - styrkan att förändras.....</i>	<i>71</i>
<i>Eva - utagerande beteende - orsak - förändring .....</i>	<i>76</i>
<i>Filippa - söker den hjälp hon vill ha .....</i>	<i>80</i>
<i>Diana - mobbningen ger djupa sår och visar sig i relationer .....</i>	<i>83</i>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>87</b>

## Förord

Ett av målen i den nya folkhälsopolitiken är att verka för en ”trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa”. Ungdomsmottagningarna är betydelsefulla för ungdomars möjligheter att utveckla en god sexuell hälsa utan STI eller oönskade graviditeter.

Det övergripande målet för verksamheten vid landets ungdomsmottagningar är enligt Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, (FSUM):

”Att utifrån ett helhetsperspektiv på ungdomars situation främja utvecklingen av ungdomars psykiska och fysiska hälsa, stärka ungdomar i att hantera sin sexualitet, respektera sig själv och andra, samt förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar.”

För att på ett professionellt sätt kunna möta ungdomars behov och erbjuda dem den hjälp de efterfrågar är kunskap om den verklighet som ungdomar lever i viktig. Ungdomarna själva bedömer kvalitén på ett möte med personalen utifrån känslan av att vara sedd och att deras frågeställningar blir respekterade och tagna på allvar.

I denna skrift, som skrivits av fil. dr, leg. psykolog Zelma Fors, ges en sammanställning av intervjuer med ungdomar som besökt ungdomsmottagningar och personal som arbetar på ungdomsmottagningar. Intervjuerna presenteras som 16 fallbeskrivningar av ungdomar som varit på ungdomsmottagningar. Vad de sökte för, hur de blev bemötta och hur deras frågeställningar blev lösta. Syftet med intervjuerna har varit att ta fasta på ungdomarnas egna försök att beskriva och ge mening åt sina interpersonella, psykiska och somatiska besvär.

Skriften är ämnad i första att användas som diskussions- och utbildningsmaterial för personal vid ungdomsmottagningar, men kan även vara användbar för andra personalgrupper, som möter ungdomar och deras frågeställningar. Vår förhoppning är att boken ska utgöra ett välkommet tillskott till det begränsade utbud som finns av utbildningsmaterial för ungdomsmottagningspersonal.

Gunilla Rådö  
Chef för Samverkan mot hiv/STI  
Statens folkhälsoinstitut

## Ungdomsmottagningen

Ungdom, som social kategori, har ett samband med samhällets förändring från jordbrukssamhälle till industrisamhälle. Strukturen och förutsättningen för familjen, arbetslivet och skolan har förändrats så att ungdomsperioden blir allt längre i det post-moderna samhället. När en kille eller tjej identifierar sig som ungdom följer också specifika frågeställningar om sexualitet, relationer och sig själv som person.

Den första ungdomsmottagningen i Sverige startades år 1970 i Borlänge av läkaren Gustav Högberg. Målsättningen var att förebygga fysisk och psykisk ohälsa utifrån en helhetssyn på ungdomar och deras frågeställningar. Helhetssynen innebar att man dels utgick ifrån sambandet dels mellan kropp och själ, dels mellan individ och omgivning. Sex och samlevnad blev en del av den sammantagna verksamheten på en ungdomsmottagning. För att få en helhetssyn på ungdomar och deras frågeställningar blev personalsammansättningen bred med både medicinsk, social och psykologisk kunskap. Ungdomsmottagningen i Borlänge hade föreståndare, barn- och ungdomsläkare, gynekolog, barnmorska, kurator, psykolog, mottagningsbiträde samt sekreterare och blev en föregångsmodell för ungdomsmottagningar i Sverige.

Ungdomsmottagningarnas verksamhet är ett frivilligt åtagande för kommuner och landsting. Därför har utbyggnaden av ungdomsmottagningar varierat i landet och endast ett fåtal har den breda personalsammansättningen som den första i Borlänge. En del ungdomsmottagningar består enbart av en barnmorska som arbetar på en mödravårdscentral ett par timmar i veckan.

1988 bildades Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) för att både ge stöd åt och bygga upp kompetensen kring ungdomsmottagningar. 1992 formulerade FSUM ett policyprogram som bland annat definierade ungdomsmottagningarnas mål och verksamhet.

Målet var: ”Att utifrån ett helhetsperspektiv på ungdomars situation främja utvecklingen av ungdomars psykiska och fysiska hälsa, stärka ungdomar i att hantera sin sexualitet, respektera sig själva och andra, samt förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar.”

FSUM tog också initiativ till att alla mottagningar skulle ha en gemensam verksamhetsstatistik. Enligt FSUM fanns 225 mottagningar våren 2003.

## *Innan helhetssynen*

Under de första decennierna på 1900-talet var aborter förbjudna i lag och preventivmedel fick inte säljas offentligt. Okunnigheten om barnbegränsningsfrågor var stor. Den helhetssyn på ungdomar och ungdomsmottagningar som vi har i dag har föregåtts av en lång utveckling kring den sexuella hälsan. Det hela startade när sexualupplysare Elise Ottesen-Jensen började sin resa i Sverige 1919 för att upplysa arbetarkvinnor om hur de skulle skydda sig mot oönskade graviditeter. Hon agiterade för fri abort, preventivmedelslagarnas avskaffande, homosexuellas rättigheter och för kvinnors rätt till sexuell njutning.

1933 medverkade Elise Ottesen-Jensen till grundandet av Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU). Förbundets opinionsbildning bidrog starkt till att de då gällande abort- och preventivmedelslagarna upphävdes 1938 och att importförbudet av kondomer togs bort 1937. Preventivmedelsinformation blev tillåten och en ny abortlag infördes. Lagen innebar att legal abort kunde beviljas, men bara på mycket begränsade medicinska skäl efter särskilt tillstånd från dåvarande Medicinalstyrelsen eller ett så kallat tvåläkarintyg.

1942 infördes sexualundervisning i folkskolan som ett frivilligt inslag i undervisningen. 1955 blev sexualundervisningen obligatorisk i den svenska skolan. Undervisningen bedrevs av ordinarie lärare och varierade med den enskilde lärarens erfarenhet och kompetens.

1964 tillåts p-piller och 1966 även spiral som preventivmedel. Under åren 1960–1975 sker en dramatisk ökning av antal aborter. En orsak till detta var ett mer liberalt utfärdande av så kallade tvåläkarintyg för att motverka att kvinnor reste till bland annat Polen för att få ”fri abort”. Även ändrade rapporteringsrutiner kan ha bidragit till ökningen. Detta ledde till att 1965 års abortkommitté tillsattes. Kommittén kom med ett förslag till ny abortlag (1). Den nu gällande abortlagen trädde i kraft år 1975 och innebär att en kvinna, om hon så önskar, har rätt till abort före 18:e graviditetsveckan. Aborten ska utföras av läkare och ske på sjukhus.

I ett betänkande av 1980 års abortkommitté utvärderades erfarenheterna av den nya lagen. Kommittén konstaterade att aborterna sker tidigare under graviditeten, att de illegala aborterna upphört och att de abortsökande kvinnorna blir behandlade med respekt i sjukvården. Kommittén påpekade att abort inte fick bli en preventivmetod och betonade vikten av abortförebyggande åtgärder, en väl utbyggd preventivmedelsrådgivning och billiga preventivmedel inom mödrahälsovården. Betydelsen av särskilda ungdomsmottagningar som kunde tillgodose unga kvinnors behov av preventivmedelsrådgivning framhölls särskilt. Landstingen fick statsbidrag för att stärka det förebyggande arbetet. Under 1980-talet blev ungdomsmottagningarna betydligt fler. Det abortförebyggande arbetet blev framgångsrikt och antalet aborter bland tonåringar gick ner mellan åren 1975–1985. Främsta anledningen var att en av huvuduppgifterna på ungdomsmottagningarna var preventivmedelsrådgivning och förskrivning av receptbelagda preventivmedel.

Under åren 1985–1989 ökade åter antalet aborter med 20 procent och tonårsaborterna med 35 procent. Flera faktorer bidrog till denna ökning. De öronmärkta statsbidragen till

preventivmedelsrådgivning drogs in och ingick i den ordinarie landstingsbudgeten. Reglerna för rabatter för läkemedel förändrades och kostnaden för p-piller flerdubblades. Socialstyrelsen uppmanade till en förnyad satsning på abortförebyggande arbete. Dessutom betonades ungdomsmottagningarnas betydelse för förebyggande arbete mot hiv/aids och andra sexuellt överförda infektioner.

Flertalet av besökarna på ungdomsmottagningarna var tjejer. Behovet av att uppmärksamma killarnas behov av råd och stöd växte fram. Det medförde behov av ny kompetens och mer resurser till ungdomsmottagningarna. I dag har många ungdomsmottagningar inrättat speciella killmottagningar.

### *Tidigare rapporter om ungdomsmottagningar*

Många rapporter har skrivits om ungdomsmottagningar. De flesta handlar om utvärderingar och beskrivningar av verksamheten.

Här lyfter jag fram tre rapporter från 1990-talet med olika perspektiv. Den första beskriver landets ungdomsmottagningar och den andra är en utvärdering av ungdomsmottagningarna i en storstad. Den tredje är en rapport från en enskild befattningshavare som beskriver sitt arbete på en ungdomsmottagning under tjugo år.

#### *Lägesbeskrivningar från landets ungdomsmottagningar*

1997 genomförde Folkhälsoinstitutet en kartläggning av landets ungdomsmottagningar (2). Data insamlades från 201 ungdomsmottagningar som var medlemmar i FSUM. Frågeställningarna avsåg ungdomsmottagningarnas organisation, personalsammansättning, tillgänglighet i form av öppettider, vilka som besökte ungdomsmottagningen och andelen utåtriktad verksamhet.

Rapporten visar att ungdomsmottagningarna är mycket olika vad gäller organisation och bemanning. Det är lika vanligt med delat huvudmannaskap mellan landsting och kommun som att enbart landstinget är huvudman. Barnmorska finns på alla ungdomsmottagningar. Gynekolog finns på nästan hälften av mottagningarna och kurator och psykolog på något mer än hälften. Tillgänglighet i form av antal timmar då mottagningen är öppen varierar från två timmar till åtta timmar fem dagar i veckan. I stort sett alla mottagningar anser att den huvudsakliga målgruppen är ungdomar upp till 23 år i det geografiska upptagningsområdet. Det utåtriktade arbetet riktas främst till skolorna och utgör 20 procent av den totala arbetstiden. Många mottagningar bedömde att det var svårigheter med att bedriva ungdomsmottagningar, eftersom de måste motivera varför en ungdomsmottagning behövs. En slutsats från undersökningen var att man behövde utveckla dokumentation och kvalitetssäkring.

1998 genomfördes en ny undersökning (3). Denna gång tillfrågades andra instanser, som också tog emot ungdomar, hur de bedömde behovet av en ungdomsmottagning. Enkätundersökningen omfattade landets chefsöverläkare vid kvinno- och hudkliniker, mödrahälsovårdsöverläkare, socialchefer och skolhälsovård. Resultatet visar att en stor andel av de tillfrågade bedömde att det fanns ett stort behov av ungdomsmottagningar. Mottagningarnas förebyggande och psykosociala arbetet ansågs vara betydelsefullt.



*Utvärdering av ungdomsmottagningar i en storstad*

Utvärdering av de fem ungdomsmottagningarna i Göteborg genomfördes 1992 (4). Frågeställningarna var vad ungdomarna får ut av verksamheten på ungdomsmottagningarna, hur ungdomsmottagningarna uppfyller kravet på information och opinionsbildning samt vad har det inneburit för verksamheten att personalen representerar både medicinsk, psykologisk och social yrkeskompetens.

Både enkäter och intervjuer görs med ungdomarna och personalgrupperna på de fem mottagningarna intervjuas i grupp. Resultaten visar att ungdomarna är mycket positiva till besöken på ungdomsmottagningarna. Det finns en god kunskap bland ungdomarna om ungdomsmottagningarna. Framgångsfaktorn tillskrivs den tvärfackliga personalsammansättningen i en liten och obyråkratisk organisation.

*Sammanställning av tjugo års arbete på en ungdomsmottagning*

Psykolog M. Volkerts redovisar i rapporten "Har du tid att lyssna på mig" (5) ett psykologiskt behandlingsarbete med 474 ungdomar under cirka 6 000 behandlingstimmars, vid Stockholms skolors Ungdomsmottagning.

Undersökningen omfattar 11 procent pojkar och 89 procent flickor i åldersgruppen 13–22 år. De flesta ungdomar är i åldersgruppen 16–19 år. Problemen varierar från avgränsade frågeställningar till mycket allvarliga djupa depressioner, suicidförsök, ätstörningar och svåra ångesttillstånd.

Volkerts använder sig av olika kategoriseringssystem såsom DSM IV. Hon delar även in symtomen i yttre och inre problem. Det är svårt att finna kategorier som stämmer med ungdomarna då man ofta kan ha symptom från olika kategorier.

Då man kategoriserar enligt yttre problem har nästan tre fjärdedelar familjeproblem. Hälften har skolproblem och en fjärdedel har varit med om sexuella övergrepp. Vid kategorisering enligt inre problem har hälften depressioner och en fjärdedel ångest och oro. Ätstörningar finns hos 39 procent av ungdomarna i undersökningen.

I genomsnitt gör varje ungdom 12,9 besök och 19 procent har gjort mer än 21 besök. 20 procent av ungdomarna har tidigare behandlingskontakter, de flesta på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Det är färre pojkar än flickor i undersökningen. Volkerts bedömer att pojkarna i denna undersökning ofta har allvarligare problematik än flickorna.

Den mottagning som undersökningen är gjord på hade från början en barnmorska och konsultläkare. Då rapporten skrevs hade mottagningen tre barnmorskor, två kuratorer, en psykolog, en dietist och fyra konsultläkare med olika specialiteter samt verksamhetschef och administrativ assistent. Samarbetet mellan olika yrkesgrupper har utvecklats och ungdomarna får stöd av olika yrkesgrupper på en och samma mottagning. Volkerts skriver att en del av de ungdomar hon mött sannolikt inte skulle ha vänt sig till andra mottagningar.

Volkerts understryker att den grupp ungdomar hon mött har en svår psykiatrisk, psykologisk problembild och utgör inte primärt den grupp ungdomar som söker till en ungdomsmottagning för relationsproblem till det motsatta könet. Hon sammanfattar

gruppen ungdomar hon mött med att de har en gemensam frågeställning, nämligen att vara övergivna av vuxengenerationen.

## ***Bakgrund, metod och urval***

Projektet ”Utveckla indikatorer för att tydliggöra kvalitet i ungdomsmottagningens roll och verksamhet” (6) hade syftet att beskriva kvalitet på ungdomsmottagningar utifrån politikernas, utförarens och brukarens perspektiv. Detta finns beskrivet som ett administrativt instrument för att användas i ett beställar-utförarsystem, ”Förslag till indikatorer för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten vid landets ungdomsmottagningar”. Underlaget till det administrativa instrumentet är redovisat i rapporterna ”Ungdomsmottagningens roll och verksamhet: Ungdomsperspektivet” (7) och ”Indikatorer för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten vid landets ungdomsmottagningar” (8).

Projektet har genomförts under åren 2003-2004 av Västra Götalandsregionen i samarbete med Forskningsstation Mösseberg och delfinansierats av Statens folkhälsoinstitut.

I den del av projektet, som har handlat om brukarnas perspektiv, det vill säga ungdomarnas, har tyngdpunkten lagts på ungdomars sökprocess avseende frågeställningar om kroppen, sexualiteten, själen och relationerna. Sökprocessen har avsett att kartlägga ungdomarnas tänkta val av den instans dit de vänder sig för att få svar på sina frågor om sig själva. Detta har kartlagts med enkäter till ungdomar i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2.

Två enkäter har genomförts. Den ena har omfattat 204 ungdomar och den andra 1 562 ungdomar.

För att öka förståelsen och verklighetsanknytta den tänkta sökprocessen har enkäterna kompletterats med intervjuer av ungdomar som faktiskt besökt ungdomsmottagningen. Åtta ungdomar samt nio personer som arbetar på ungdomsmottagning har intervjuats. De senare har berättat om en ungdom de själva mött utifrån samma frågeställningar som gällt för ungdomar som intervjuats.

Syftet med att intervjua ungdomarna har varit att ta fasta på deras egna försök att beskriva och ge mening åt sina interpersonella, psykiska och somatiska besvär och att därefter inkludera dessa erfarenheter i ungdomarnas egna meningssammanhang. Denna intervjumodell har använts bland annat i projekten om psykoterapi för unga vuxna vid Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting, och Institutet för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Intervjuerna var halvstrukturerade, vilket betyder att det har funnits en underliggande struktur som har täckt följande huvudområden:

- Vad är frågeställningen som tjejen eller killen har sökt för?
- Hur har frågeställningen uppstått?
- Hur har frågeställningen förändrats i mötet med personal på ungdomsmottagningen?
- Vad har förändrats efter besöken på ungdomsmottagningen?

Motivet till val av denna intervjumodell var att metoden var lätt att tillämpa på ungdomar och att den, utöver de psykologiska och sociala problemområdena, täckte in problemområden som gällde både kropp och sexualitet. Metoden är tilltalande just för att ta reda på enskilda individers subjektiva förklaringsystem, vilket innebär ungdomens eget sätt att tänka om sig själv.

Vid intervjuer med personal på ungdomsmottagningen berättar de om ett autentiskt fall och frågeställningarna är desamma som för ungdomarna:

- Vilka frågeställningar söker ungdomar för?
- Hur hanteras ungdomens frågeställning?
- Vad sker i mötet med den tjejen eller killen?

Åtta ungdomar som representerar olika frågeställningar har intervjuats samt nio personer som representerar både medicinska, sociala och psykologiska professioner.

Ansatsen här är kvalitativ och berättande. Eftersom ett litet antal ungdomar intervjuades kan intervjuerna med personal på ungdomsmottagningar ses som en validering av ungdomsintervjuerna.

### ***Beskrivning av gruppen ungdomar***

Åtta ungdomar i åldern 15 till 20 år har intervjuats. Av gruppen var två killar och sex tjejer, fyra från grundskolan och fyra ungdomar från gymnasiet.

Sex av ungdomarna söker för preventivmedel eller provtagning för sexuellt överförda infektioner. Tre av dem har också frågor kring depression, ångest och självdestruktivt beteende. Av de två ungdomarna som inte söker för preventivmedel söker den ena för utagerande beteende och sorgereaktioner. Den andra söker råd och stöd för att stå emot och hävda sig vid sexuella trakasserier.

#### ***Preventivmedel och testning av sexuellt överförda infektioner***

Axel, Fredrik och Hanna representerar typiska frågeställningar på en ungdomsmottagning eftersom de endast anlitar barnmorska. De diskuterar preventivmedel och testar sig för sexuellt överförda infektioner. Fredrik upplever stor oro efter att ha haft oskyddade samlag och avser att skydda sig framöver. Hanna har svårigheter att skydda sig fullt ut och är klar över att hon kommer att ha oskyddat sex någon gång och då ta ansvar för detta. Axel söker också för att testa sig och återkommer ofta eftersom han enbart har oskyddade samlag.

#### ***Depression, ångest och självdestruktivt beteende***

Bea, Carola och Gabriella är deprimerade. Bea har även ett självdestruktivt beteende. Hos Carola aktiverades depressionen av de p-piller hon tagit, men det fanns också en tidigare nedstämdhet. Hos Gabriella utlöstes depressionen av en utförd abort och hon hade också ångest och olust inför den egna kroppen.

*Utagerande beteende, sorgreaktioner och sexuella trakasserier*

Eva söker för utagerande beteende och sorgreaktioner. Daniella vill ha råd och stöd för att stå emot och hävda sig mot sexuella trakasserier.

Trots materialets begränsningar kan man dra slutsatsen att ungdomar söker för många olika frågor - om kroppen, sexualiteten, om sig själv som person och om relationer till andra.

**Beskrivning av personalen**

Personalen i undersökningen representerar medicinsk, psykologisk och social yrkeskompetens. Två kuratorer, tre barnmorskor, en psykolog, en gynekolog, en barn- och ungdomsläkare och en sjuksköterska, varav två män och sju kvinnor, har intervjuats.

Utöver en grundutbildning har flera av dem vidareutbildningar i sexologi, psykoterapi och handledning. Många har varit med från början på den ungdomsmottagning de arbetar på. De har också erfarenheter av arbete på andra instanser som skola, sjukhus, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, mödravårdscentral och vårdcentral.

De flesta arbetar med både behandlingsarbete riktat till enskilda ungdomar och till grupper samt med informations- och utbildningsinsatser som för det mesta riktas till grupper inom skolan. Det utåtriktade arbetet på ungdomsmottagningarna är mycket olika utformat. En del ungdomsmottagningar har årligen återkommande verksamhet riktad till vissa årskurser. Andra har stor variation på insatser och samarbete mellan personal från olika förvaltningar.

Alla som intervjuats har medvetet valt att arbeta med ungdomar. De väljer unga i stället för äldre, eftersom unga har en större förändringsberedskap. En annan motivering hos personalen är att på ungdomsmottagningar arbetar personalen med ett helhetsperspektiv och framför allt med det friska hos ungdomarna, med andra ord normalitetsutveckling. En tredje motivering är att de vill påverka unga människor och få möjlighet att förmedla värderingar och vuxenlivets förutsättningar.

Det som utmärker personalen på dessa ungdomsmottagningar är att de genomgående är mycket positiva till sitt arbete. De tycker att arbetet med ungdomar utvecklar dem både personligt och yrkesmässigt. Flera av barnmorskorna berättar exempelvis att deras arbete på ungdomsmottagningen har lett till en utveckling av deras profession. Tidigare höll de sig strikt till medicinska frågeställningar medan de numera nyanserar ungdomens frågeställningar utifrån både ett psykologiskt och socialt perspektiv.

Personalen uppfattar att tjejer och killar söker sig till ungdomsmottagningarna för att de har hört av kompisar att det är bra. Där blir man sedd, lyssnad på, respekterad och vem som helst får och kan komma med vilken fråga man vill.

Enligt personalen söker de flesta ungdomarna själva till ungdomsmottagningen. Preventivmedelsrådgivning, testningar av sexuellt överförbara infektioner och graviditet är de vanligaste anledningarna till besök. Personalen menar att ungdomar ofta kommer för att "man mår dåligt" eller "vill prata med någon". Det är personalens uppgift att

förstå att det kan finnas mer bakom de frågor som ställs, allt från oro och ängslan över normala fenomen, till svåra depressioner och självmordstankar bakom uttrycken.

Av personalen beskriver flera att antalet ungdomar som söker för svåra depressioner, frågor om kroppsuppfattning och underlivssmärter har ökat under de senaste åren.

De ungdomar som personalen berättar om har problem som ätstörningar, svåra tillitsbrister med låg funktionsnivå och förvärvade tillitsskador som följd av långvarig mobbning. Andra problem är aborter, kriser och depressioner, familjeproblematik, separationsproblematik, svårigheter med vuxenblivandet samt störd kroppsuppfattning och självbild.

#### *Ätstörningar*

Anna, Erika och Gina behövde hjälp med ätstörningar. Annas föräldrar initierar kontakten med ungdomsmottagningen som Anna tidigare besökt, även då för ätstörningar. Erika söker själv då hon är orkeslös och nedstämd beroende på en ätstörning. Gina söker sig till en barnmorska primärt för utebliven menstruation som också hängde samman med ätstörning. I dessa fall samarbetar flera yrkesprofessioner på mottagningen och de samarbetar även med vuxenpsykiatri.

#### *Depression, ångest, tvångssyndrom och svårigheter med vuxenblivandet*

Boel söker för depression och svårigheter med sociala kontakter och gick på behandling hos psykologen. Filippa söker för tvångsmässigt beteende och för att hon hade problem med att "bli vuxen" och gick hos kuratorn.

#### *Störd kroppsuppfattning och självbild*

Cecilia söker för en kroppskorrigerings och remitteras vidare av barnmorskan och läkaren. Hon återkom för att få hjälp med psykologiska frågeställningar.

#### *Förvärvade tillitsskador som följd av mobbning*

Diana vänder sig till ungdomsmottagningen för att hon inte kan vistas i grupper och inte fullfölja arbete eller utbildning efter mobbning. Hon går på behandling hos sjuksköterskan.

#### *Abort*

Henrietta är gravid och behöver överväga en abort. Barnmorskan och kuratorn samarbetar.

Både ungdomar och personal berättar om samma frågeställningar men på olika sätt. Ungdomarna har ett inifrånperspektiv och personalen ett utifrånperspektiv. Dessa båda perspektiv kompletterar varandra och kan ge ökad förståelse för den arbetskultur som finns på ungdomsmottagningarna.

## *Indelning av fallen*

Fallbeskrivningarna kan indelas på många olika sätt beroende på syftet. Här är syftet att de både kan utgöra information och stimulera till diskussion om ungdomsmottagningar. Fallen illustrerar olika områden som berör ungdomar och ungdomsmottagningar.

Det första området handlar om det specifika med ungdomsmottagningen, det andra om ungdomars frågor om sexualitet, identitet och relationer och det tredje om ungdomsperiodens möjligheter till förändring.

Beroende på vilket fokus som läggs på det enskilda fallet har dessa placerats in i någon av de tre kategorierna. Vid byte av fokus kan fallbeskrivningen även passa in i en annan kategori.

För att levandegöra fallbeskrivningarna benämns varje fall med ett namn, oavsett om det är en ungdom som berättar eller om en personal berättar om en ungdom. I de fall där personal berättat om en ungdom framgår det vilken personalkategori som förmedlat fallet.

## *Fallbeskrivningens struktur*

Fallbeskrivningarna börjar med berättelsen om en tjej eller kille, ett fall som härrör antingen från ungdomarna själva eller från personal. Med berättelsen som utgångspunkt konstrueras frågeställningar eller dilemman som är lämpliga. Frågeställningarna betecknas med en siffra. Därefter kommenteras de olika frågeställningarna under motsvarande siffra. Kommentarererna är teorier, statistiska uppgifter eller innehåll från intervjuerna. Efter kommentarererna följer diskussionsfrågor.

Detta upplägg avser att vara ett stöd för reflektion och stimulans för att vidareutveckla idéer om ungdomars behov och ungdomsmottagningarnas roll.

## *Det specifika med ungdomsmottagningen*

### *Det utåtriktade arbetet*

Personalen på ungdomsmottagningarna går ut till ungdomar och informerar om att mottagningarna finns. De berättar om hur det är och kan vara att utvecklas som ung människa. Detta utåtriktade arbete utformas olika på olika mottagningar. På de flesta ungdomsmottagningar möter personalen en del eller alla klasser i en av högstadiets årskurser eller gymnasieklasser. För övrigt styrs insatserna av önskemål och uttalade behov. Informationsinsatserna kan också riktas till andra instanser och till föräldrar.

Den gruppriktade informationsverksamheten kompletteras med information riktad till enskilda individer eftersom ungdomar har olika förutsättningar att ta emot och omsätta informationen till sin egen situation. Utöver en informations- och kunskapsförmedlande funktion har ungdomsmottagningar målsättning att ge råd, stöd och behandling.

Ungdomar vänder sig till ungdomsmottagningen för att de har förtroende och tillit till personalen och för att dessa har kompetens och erfarenhet att ta emot ungdomar (7,9). Personalen fokuserar på det friska hos ungdomarna och understryker att det är viktigt att förmedla och bekräfta ungdomens eget ansvar för sin hälsoutveckling.

Ungdomsmottagningarna utgör en del av det offentliga stödjande nätverket ungdomar kan vända sig till när de har frågor om sig själva, sin sexualitet och sina relationer.

Besöket på en ungdomsmottagning är ofta första gången en tjej eller kille söker en instans på egen hand utan att föräldrar är involverade. Om man jämför med den obligatoriska grundskolan och frivilliga gymnasieskolan, där ungdomar också själva kan söka stöd och råd hos elevhälsan, ingår ungdomen och frågeställningen i ett sammanhang som kan föranleda att både lärare och föräldrar involveras.

### *Det goda mötet*

Mötet som sker mellan en ungdom och personal kan ses ur en relationsaspekt och en innehållsaspekt. Med relationsaspekt avses här hur tjejen eller killen beskriver känslan eller det som leder fram till den. När en ungdom berättar att ”jag blir mottagen med öppna armar” och en personal säger ”ungdomen blir lyssnad på och respekterad” kan det vara två sidor av samma sak, nämligen känslan ungdomen får när personalen lyssnar och respekterar ungdomen både som person och i det hon eller han söker för. Den känslomässiga kommunikationen handlar om berättandet och kännandet.

Med innehållsaspekt avses här hur ungdomen blir bemött och mottagen i sin frågeställning.



- Jag gick dit för att prata. Hon frågade hur jag mådde och så. De tar hänsyn till orsaken. De låter en berätta, kan en ungdom säga.
- Jag tar mig alltid tid att bemöta frågeställningen. Vi säger inte att det här inte är mitt bord eller du får vända dig dit. Vi tar emot dem och hjälper dem till ett annat ställe om det behövs. Det är skillnad på att ta emot, möta och hänvisa eller att avvisa, säger en av personalen.

Det handlar om bemötandet och om att skapa en relation med killen eller tjejen, oavsett om frågeställningen är diffus och mångtydig eller på vilket sätt den än framställs. Både ur ungdomens och ur personalens perspektiv präglas mötet av att ungdomen blir förstådd.

- Det är varken tillståndet eller diagnosen som avgör om en kille eller tjej kan besöka en ungdomsmottagning, säger en personal.
- Jag behöver prata, säger en kille eller tjej.
- Kom upp så kan vi prata vid, svarar personalen.

Mötet präglas av ett professionellt och personligt förhållningssätt. Tillgängligheten och bemötandet är god kvalitet.

Det egna sökandet och det egna ansvaret för att söka hjälp är ett bevis på att man börjar träda in i vuxenlivet. Sökandet till en ungdomsmottagning kan ses som en övergångsrit från barndom till ungdom.

### *En ospecifik fråga medför reflektion och lärande*

I ungdomsåren genomgår kroppen en stor förändring och identitetsbildningen är stark. Då är det också naturligt att man har svårigheter att urskilja kroppsliga och psykologiska frågeställningar. Att veta om det är kroppen eller själen som är det eventuella problemet. De flesta besöken på en ungdomsmottagning är hos en barnmorska.

- Frågor om kroppen är inträdesbiljetten till en ungdomsmottagning, säger en barnmorska.

När ungdomarnas frågeställningar bemöts och nyanseras av flera yrkeskompetenser ger det ett mervärde. Det leder också till att ungdomen får erfarenhet av att det är möjligt att få hjälp. Dessutom förmedlas ett synsätt som innebär att frågor om kroppen, sexualiteten, själen och relationerna hänger ihop och kan ses i en helhet.

Både ungdomarna och personalen sammanför kunskap på ett sådant sätt att man kan tala om ungdomsmottagningar som lärande organisationer.

Hur man tar emot ungdomarnas frågeställningar på mottagningen och nyanserar, breddar och fördjupar dem samt leder frågorna till utveckling och förändring är en kunskapsprocess.

## *Samarbetet kring en ungdom, internt och externt*

Med tanke på att ungdomsmottagningarna har som målsättning att främja sexuell och psykisk hälsa är sammansättningen av medicinsk, psykologisk och social yrkeskompetens en förutsättning. Samarbetet mellan olika yrkeskompetenser ger ett mervärde samt en kvalitetsaspekt på ungdomsmottagningen.

Personalen på ungdomsmottagningarna representerar förhållningssättet att ungdomar har tillträde till mottagningen oavsett vad de söker för. Det ger stor variation på de frågeställningar som möter personalen. Det medför bland annat att det är nödvändigt med samarbete mellan de olika yrkeskompetenserna på mottagningen och mellan ungdomsmottagningen och andra instanser.

Samarbetspartners kan vara skolan, vårdcentralen, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri eller någon person i ungdomens sociala nätverk. Samarbete kan bestå av att ungdomar hänvisas till ungdomsmottagningen av någon från en instans eller det sociala nätverket. Eller att man etablerar professionellt samarbete efter det att ungdomen sökt på ungdomsmottagningen. Samarbete med det sociala nätverket, och då främst föräldrar, har olika utformning beroende på vilken anledningen till kontakten är.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att samarbete med andra instanser initieras då det handlar om komplexa frågeställningar hos tjejen eller killen, exempelvis att en instans behöver en kompletterande åtgärd till sin egen insats eller när kompetens saknas.

## *Olika instanser och olika normer*

De olika instanserna har olika regler för hur den som söker kan få tillträde till organisationen. Skolan, exempelvis, är obligatorisk och därmed tvingande. Besök på ungdomsmottagningar bygger på frivillighet. En myndighetsutövning kan därför endast vara aktuell vid extrema situationer, till exempel när någon far illa och det är fara för ungdomens liv.

På en ungdomsmottagning uppstår frågeställningar som faller under olika lagområden, till exempel att ungdomar inte ska ha sexuellt umgänge före 15 års ålder. När ungdomar har samlagsdebut före 15 års ålder uppstår komplicerade frågeställningar. Ungdomar som vänder sig till ungdomsmottagningen förväntar sig att de kan lita på personalen och att deras behov blir tillgodosedda. Men eftersom lagen säger att ingen ska ha samlag före 15 års ålder, kräver det att personalen problematiserar frågeställningen och finner en för samhället, ungdomen och vårdnadshavaren tillfredsställande lösning.

Det symboliska rummet som ungdom och personal möts i på ungdomsmottagningen präglas av att ungdomen söker sig dit frivilligt. Tjejer och killar kan komma med både färdiga och ännu inte helt färdigformulerade frågeställningar och ta den tid i anspråk som mötet och frågan kräver.

- På ungdomsmottagningar är den tid man tilldelas vid ett besök en särskiljande faktor i förhållande till exempelvis en vårdcentral. På ungdomsmottagningen är det frågeställningen som styr den tid man får, medan man på en vårdcentral styrs mer av tiden än av frågeställningen, säger en av personalen.

Tystnadsplikten tycks ha en annan innebörd på en ungdomsmottagning än en skola, när ungdomar beskriver den. De menar att på skolan kan både andra lärare och föräldrar få del av det som ungdomar sökt och berättat om. På ungdomsmottagningen, däremot, tror de unga att tystnadsplikten innebär att ingen annan än den personal de mött får reda på något.

Det egna sökandet är grunden för att ungdomar vill ha stöd i sin utveckling av sexuell och psykisk hälsa. Ungdomarnas grundkrav är att bli bemötta med tillit, förtroende och respekt. På ungdomsmottagningarna finns ett förhållningssätt som uppmuntrar ungdomar att formulera frågor på det sätt som de själva vill.

Ungdomarna befinner sig i en utvecklingsfas, där de orienterar sig mot vuxenlivet, vilket innebär att ta eget ansvar för kroppen, sexualiteten, själen och relationerna. Därför är det angeläget att vuxenvärldens representanter gör det möjligt att möta ungdomar utifrån deras egna behov.

Ungdomar beskriver mötet i rummet med personalen som om det händer något med dem själva. De kan känna olust och oro inför mötet för att det är starkt känsloladdat att tala om de frågor de söker för. Men upplevelsen av själva mötet med personalen är att de har blivit lyssnade på och tagna på allvar. Mötet mellan personal och ungdomar skapar positiva upplevelser och ger en god arbetskultur.

Det specifika med ungdomsmottagningar kan illustreras av följande fallbeskrivningar:

- Anna – ätstörning, blir kvar på ungdomsmottagningen
- Cecilia – frågeställningen om kroppen var bara en del av det hela
- Carola – aktivt val av en ungdomsmottagning
- Henrietta – abort kräver moget beslut
- Gina – berättar för första gången om ätstörningen
- Elin och Erika – söker läkare på ungdomsmottagningen

## ***Ungdomars frågor - sexualitet, identitet, relationer***

Behovet av stöd i ungdomsåren från den sociala omgivningen är stort, samtidigt som en frigörelseprocess genomförs. Ungdomsmottagningar är endast en del av det sociala nätverk ungdomar vänder sig till. Därför är frågeställningarna ungdomarna tar upp på en ungdomsmottagning bara en del av alla funderingar som de har.

Råd och stöd kring preventivmedel, graviditeter och sexuellt överförda infektioner är de vanligaste frågeställningarna på en ungdomsmottagning, enligt personal som intervjuats i denna undersökning. Enligt FSUM:s statistik från år 2003 är antalet journalförda besök på samtliga ungdomsmottagningar 75 procent hos en barnmorska och resten fördelas på andra yrkesgrupper.

Både killar och tjejer söker för olika underlivsbesvär. För tjejernas del har underlivsbesvär och smärtor vid samlag ökat. Orsakerna till denna ökning anser personalen vara klädstilen, mediebilderna, den överdrivna hygien och att tjejer reagerar med smärtor när de egentligen inte vill ha samlag. Killarnas vanligaste anledning till undersökning är oro för någon könssjukdom.

Sexualiseringen i samhället visar sig ofta i att unga människor inte kan hitta gränserna för sin sexualitet. En del hamnar i situationer som de inte är mogna för och därför kan de inte hävda sina egna behov. Sexuella övergrepp och sexuella trakasserier är andra frågeställningar på en ungdomsmottagning.

”Identiteten är mig – i relation till min kropp, mina närmaste, mitt nätverk, mina arbetsuppgifter, intressen och kultur i vid mening”. (10). Funderingar kring identiteten uttrycks ofta i frågor om kroppsuppfattning och den egna kroppen. Är min kropp normal? Ska den fungera på det här sättet? Ser den inte väldigt konstig ut? Det kan också handla om åttörningar av olika svårighetsgrad.

Vem är jag? Kan någon tycka om mig? Vad är det för fel på mig? Liknande frågor om den egna identiteten ställer de flesta unga sig.

Många söker för att ”de mår dåligt”, vilket kan innebära allt från att ha dåligt självförtroende till stress- och krisreaktioner. Även depressioner, ångest, tvångsföreställningar, självmordstankar och självsvalt kan vara anledningar. En del lindrar ångest genom att aktivt skada sig själva och sin kropp, andra gör det genom att missbruka alkohol och droger. För att få hjälp med att bryta sitt destruktiva mönster söker de sig till ungdomsmottagningen.

I samband med att många ungdomar flyttar hemifrån kan tidiga svårigheter som funnits latent utlösas då de lämnar sin primärfamilj och ska klara sig själva. Kriser kan även utlösas av skilsmässor och andra relationer som upphör. Ungdomar visar på en vilshenhet när de saknar vuxna de kan vända sig till.

- Att ha jobbigt med livet i stort kan vara ett uttryck för den vilsheten, menar en personal.
- Det är en djungel av frågor och kan vara ett annat sätt att uppleva den mängd av frågor som ungdomar ställer sig, menar en annan personal.

Fallbeskrivningar som representerar sexualitet, identitet och relationer:

- Fredrik – den konstruktiva oron – medvetna val
- Hanna – risktagande – medvetna val
- Gabriella – rädd för gynekologisk undersökning – aborten och depressionen
- Boel – depression och existentiell ångest
- Daniella – sexuella trakasserier – vuxna måste ta ställning

## ***Ungdomsperiodens möjligheter till förändring***

Ungdomsperioden är en tid då man prövar och experimenterar med sig själv och sin förmåga i många avseenden. Unga människor har en kognitiv, social, känslomässig och moralisk kompetens som innebär att de kan göra det som många vuxna gör. Ungdomars tanke- och relationskapacitet möjliggör deras frigörelseprocess från auktoriteter som föräldrar och andra vuxna.

I utvecklingsperspektivet kan man se den här tiden som en möjlighet för ungdomar att bearbeta och förändra svårigheter från när de var små. Och ungdomar väljer att göra det. Att berätta om sina frågeställningar, att resonera om dem tillsammans med någon annan är att utforma historien om sig själv i ett nytt sammanhang. Det kan handla om att ta tag i svårigheter, exempelvis att knyta an till andra och att klara av att härbärgera ensamhet och ångest. En förändring kan vara allt från att en känsla förändras, att beteendet förändras eller att ungdomen förändras i sin syn på sig själv, till att man får hjälp med preventivmedel, testningar och råd.

Flera av fallen i boken visar att tidiga svårigheter med att inte ha fått bekräftelse och emotionellt stöd från känslomässigt viktiga personer ger stora svårigheter i ungdomsperioden. Men de är möjliga att reparera och kan leda till konstruktiva förändringar. Fallen visar på möjligheter till förändring även om inte alla ännu har erhållit stödet för en förändring.

Följande fall kan representera kategorin möjligheter till förändring:

- Axel – oskyddade samlag – ansvaret är inte mitt
- Bea – det destruktiva beteendet – styrkan att förändras
- Eva – utagerande beteende – orsak – förändring
- Filipa – söker den hjälp hon vill ha
- Diana – mobbningen ger djupa spår och visar sig i relationer

## *Hur kan fallbeskrivningarna användas?*

Ungdomar har förmedlat berättelser om sig själva, och personal om ungdomar de mött. Dessa båda perspektiv tillsammans ger en beskrivning av en del av den målgrupp som ungdomsmottagningarna riktar sig till. Det finns frågeställningar som inte är representerade, likväl som det finns ungdomsgrupper som inte heller kommit till tals.

Fallbeskrivningarna kan användas för att initiera diskussioner om preventivmedel, aborter, sexuellt överförda infektioner och andra medicinska frågor, om samlevnadsfrågor och genusfrågor. Dessutom kan fallbeskrivningarna introducera samtal om identitetsfrågor och normalitet, om sorg och förluster samt om mobbning, ätstörningar, depressioner, ångest och tvång. Fallen representerar både somatiska och psykologiska frågeställningar, vilket är en tillgång för ungdomar. På så vis får de vetskap om att ungdomsmottagningarna erbjuder stöd och vägledning i både psykologiska och sociala frågeställningar.

De fall personal beskriver kan också visa på hur olika yrkesprofessioner arbetar och tänker. Ungdomsmottagningarna är i ett utvecklingskede och tillgång till olika professioner är olika på landets ungdomsmottagningar. Ungdomar har sannolikt samma frågeställningar oavsett var de bor, även om variationer som boende och socioekonomiska faktorer specificerar frågeställningarna.

För att ungdomar ska få möjlighet till likvärdiga ungdomsmottagningar är personal med medicinsk, psykologisk och social kompetens en nödvändighet. Fallbeskrivningarna visar på olika möjligheter till samarbete mellan personalen som för den enskilda ungdomen blir bättre.

Vid utvecklingen av ungdomsmottagningar kan fallbeskrivningarna ge stöd och stimulans både för dem som arbetar med ungdomarna och för de beslutsfattare som ansvarar för resursfördelning och målsättning för verksamheten.

De som arbetar med ungdomar på vårdcentraler, psykiatriska mottagningar och fritidsgårdar samt inom socialtjänsten kan sannolikt inspireras av ungdomars egna berättelser. Där kan de ta del av hur de unga vill bli bemötta av vuxna och om sina behov av stöd från vuxengenerationen.

I skolornas undervisning om sex och samlevnad kan fallbeskrivningarna användas som diskussionsunderlag, likväl som inom ämnet livskunskap som har ett bredare innehåll med moral, etik och relationer, utöver sex och samlevnad. Fallbeskrivningarna kan också användas på utbildningar där frågeställningar om ungdomar är aktuella.

Ett par grupper ungdomar bestående både av tjejer och av killar i gymnasiets årskurs 2 har diskuterat fallbeskrivningarna. Ungdomarna känner igen sig väl i frågeställningarna. Med ledning av dessa diskussioner kan man konstatera att både kunskaps- och attitydfrågor blir aktuella på så sätt att ungdomarna antingen stödjer förhållningssätt i berättelserna, nyanserar eller utvecklar dem likväl som de ifrågasätter dem.

Fallbeskrivningarna väcker frågor om föräldrars delaktighet i ungdomarnas sökande efter svar på olika frågeställningar, vilket innebär att fallbeskrivningarna även kan användas som studiematerial i föräldracirklar.



# Fallbeskrivningarna

## *Det specifika hos ungdomsmottagningen*

### *Anna - ätstörning - blir kvar på ungdomsmottagningen*

#### *Intervju med kurator*

Annas föräldrar sökte upp ungdomsmottagningens läkare för att få hjälp med Annas ätstörning. Vid tidigare besök hade hon träffat läkaren och en sjuksköterska. Vid detta senare tillfälle hade sjuksköterskan inte möjlighet att medverka utan kuratorn initierades till samarbete. Anna remitterades till en specialenhet för ätstörningar vid flera tillfällen utan att erbjudas tid för besök. Med tanke på Annas låga kroppsvikt borde det ha varit aktuellt med en inläggning.

Kuratorn fick i uppdrag av läkaren, eftersom han själv hade så få timmar på mottagningen, att ha kontroll på Annas vikt. Samtidigt skulle kuratorn lära känna Anna. Till en början handlade samtalen mest om vikt och om mat. Efter hand uttryckte Anna sitt behov av att fördjupa samtalen och kunde också uttrycka fler känslor, som ledsnad och ilska. Hon berättade också att hon mådde väldigt dåligt. Anna var dock ambivalent till en förändrad inriktning av samtalen. Det fanns både en önskan om kontakt och om avvisande av kontakt. Läkarens bedömning var att Anna behövde samtalsstöd en längre tid. Kuratorn har känt ett starkt stöd från läkaren.

Annas egen uppfattning om varför svårigheterna uppstått var att hon var missnöjd med sin kropp. Åtgärden blev att förändra kroppen genom bantning.

Kuratorn beskriver att Anna kan representera det dilemma, som personalen på ungdomsmottagningen hamnat i. I brist på andra resurser tar personalen emot en ung tjej, som är i akut behov av hjälp och som i det skedet hon befinner sig inte hör hemma på en ungdomsmottagning. En andra faktor i dilemmat är att Anna knyter an till en påbörjad kontakt och att det blir svårare att motivera en ny behandlingskontakt.

Annas problem väckte stor oro hos kuratorn. Han började söka efter personer och instanser som arbetar specifikt med ätstörningar för att få stöd, vägledning, kunskap och aktuell information.

Anna remitterades till en vuxenpsykiatrisk mottagning för bedömning och samarbete kring Anna. Samarbetet bestod i att en personal därifrån tillsammans med kuratorn hade familjesamtal med Anna och hennes föräldrar. Det såg kuratorn som en möjlighet till utbyte av resurser och kompetens.

Med tanke på att föräldrarna hade en central roll i Annas rehabilitering blev samarbete nödvändigt. Men det blev svårt för kuratorn att ha både föräldrarna och Anna i samtal samtidigt. Dessutom var hans bedömning att i den tidigare kontakten, som Anna och föräldrarna haft med sköterskan på ungdomsmottagningen, låg fokus kring mat och vikt. Då var samarbetet mellan föräldrarna och mottagningen nödvändig. Nu hade situationen

förändrats. Anna behövde utveckla sin självständighet i förhållandet till föräldrarna och fick därför en egen kontakt. Anna hade uttryckt att det ändå var bra att föräldrarna var med i rehabiliteringsarbetet och att de träffades tillsammans med personal från vuxenpsykiatriska mottagningen.

Om någon hade frågat kuratorn i början hur han hade tänkt sig att lägga upp Annas behandling hade han svarat att det blir ett par samtal och därefter kommer någon annan att ta över.

I dag vågar kuratorn tro på sin egen förmåga att ge stöd och rådgivning i svåra ärenden. Han betonar att han har lärt sig mycket. Han har vågat vara öppen inför Anna och föräldrarna om sin egen kunskapsbrist och om hur han har skaffat sig kompetens. I det här fallet var det den enda vägen, menar kuratorn. Med ungdomars olikartade frågeställningar kommer kuratorn ofta in på kunskapsområden där han behöver fylla på sina kunskaper eller skaffa helt nya.

Läkaren gjorde bedömningen att Anna behövde en långvarig kontakt med ungdomsmottagningen. Kuratorn var inställd på det och kan inte ange någon tidsgräns. Anna skulle komma att tillhöra åldersgruppen för ungdomsmottagningar flera år framöver och kuratorns bedömning var att Anna upplevde kontakten med personalen på ungdomsmottagningen som viktig.

#### *Svåra frågeställningar och kreativa lösningar*

1. Åtstörning och åtgärd på lämplig nivå.
2. Samarbetet mellan ungdom, föräldrar, ungdomsmottagning och vuxenpsykiatri.

#### *Kommentarer*

1. Föräldrar som söker hjälp för sina ungdomar har möjlighet att vända sig till flera instanser. De kan söka på en barnmottagning, vårdcentral eller barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning eller ungdomsmottagning.

Ungdomsmottagningar har genomgående ett sådant förhållningssätt att ungdomar kan söka för många olika frågor, utan att avgränsa sig till specifika frågor. Detta leder till att ungdomar ibland kommer med så svår problematik att den normalt inte kan lösas på ungdomsmottagningar utan bör remitteras till specialistmottagning. På grund av långa väntetider och resursbrist på sådana mottagningar får personal på ungdomsmottagningar ta ansvar för problemställningar som är för svåra med tanke på den kompetens de har.

När det gäller åtstörningar finns det på många orter specialenheter. Ofta finns ett remissförfarande för att få tillgång till dessa.

Åtstörningar delas in i självsvalt (anorexia nervosa), hetsätning (bulimia nervosa) eller åtstörning utan närmare specifikation. En av hundra tonårsflickor insjuknar i anorexi och motsvarande siffra för tonårspojkar är en av tusen. Bulimia är troligen mindre vanligt i ungdomsåren men också svårare att upptäcka vilket medför att det kan finnas ett stort mörkertal (11).

I ungdomsperioden när kroppen genomgår stora förändringar och jaget försvagas är behov av kontroll över kroppsutvecklingen påtaglig. Att ha den kontrollen kan kännas som lösningen på psykologiska problem som dåligt självförtroende, svårigheter att hantera känslor och osäkerhet i relationer.

Eftersom Anna tidigare varit på ungdomsmottagningen var det naturligt för henne att återkomma. Läkaren bedömde att Anna behövde sjukhusvård. När Anna inte fick plats på någon specialenhet för ätstörningar fanns det inga andra alternativ än fortsatt behandling på ungdomsmottagningen. Det blev också ett etiskt ställningstagande om man skulle ha kvar Anna på ungdomsmottagningen eller inte.

Eftersom kuratorn inte tidigare arbetat med ätstörningsproblematik, påbörjade han ett aktivt sökande både efter information och ytterligare kunskap. Han beskriver sin osäkerhet kring ätstörningsproblematiken och väljer också att berätta för Anna och föräldrarna att han har bristande kunskaper och själv behöver stöd. Det kan ha stärkt arbetsalliansen mellan Anna och kuratorn.

Behandlingen av ätstörningar sker på olika nivåer beroende på den kroppsliga statusen. De primära insatserna handlar om att stabilisera ätandet och de sekundära om att förstå och förändra något inom det psykologiska och sociala fältet.

Efter hand som Annas vikt normaliserades blev det också aktuellt med samtal på en annan nivå. Annas frigörelse från föräldrarna blev tyngdpunkten, men Anna bearbetade även känslor, självbild och kroppsupplevelser i sina samtal med kuratorn.

Föräldrarnas medverkan i Annas behandling var nödvändig, men varierade beroende på i vilken fas Anna befann sig i. Vid den första samtalskontakten med sjuksköterskan krävdes föräldrarnas aktiva deltagande i stödet kring ätandet. Vid den andra samtalskontakten med kuratorn var föräldrarnas medverkan till en början aktiv kring ätandet.

Att föräldrarna gick i samtal på vuxenpsykiatri och Anna i individuella samtal på ungdomsmottagningen blev ett stöd i den frigörelseprocess Anna och föräldrarna behövde genomgå.

2. Eftersom det i dag finns köer och väntetider till många mottagningar utvecklas strategier för att hantera köerna. Antingen avvisas de sökande direkt eller så remitteras de vidare utan att hjälp erbjuds under väntetiden.

När det gäller ungdomar kan det vara befogat att tänka på ett annat sätt än när det gäller vuxna. För ungdomar kan det vara första gången de söker och i det perspektivet kan bemötandet och hänvisandet få andra konsekvenser än för vuxna. I frigörelseprocessen från föräldrarna ingår att forma sin identitet som vuxen med eget ansvar. Eftersom ungdomar har frågor om sig själva och sin utveckling blir det första bemötandet av vuxna viktigt. Både med tanke på om frågan i sig uppfattas som viktig och på hur man blir bemött. Vid den känslomässiga kommunikationen som finns mellan ungdomar och personal är inkännandet och bekräftelsen av känslor en av grundpelarna i utvecklingen av självvet.

Ungdomar, som har varit på en ungdomsmottagning och tillfrågas vilken personalkategori de har träffat, kan inte alltid redogöra för om de varit hos en barnmorska eller en kurator. Det tyder sannolikt på att man faktiskt inte vet, och inte heller tänker på det. Ungdomarna är mer beroende av mötets karaktär.

När personalen beskriver mottagande och bemötande på en ungdomsmottagning är de upptagna av att unga människor, som söker själva, behöver ett annorlunda förhållningssätt i jämförelse med vuxna. Personalen har ambitionen att alltid ta emot ungdomar genom att möta dem som personer och utforska deras frågeställningar för att därefter hjälpa dem till en annan instans om det är aktuellt. Förhållningssättet innefattar att man som personal primärt inte säger att killen eller tjejen har kommit till fel instans. Utforskandet av frågan kan sedan leda till att det visar sig att ungdomen kan få bättre hjälp på ett annat ställe. I Lindholms undersökning (9) betonas att unga människor vill att de vuxna ska förstå, acceptera och inte överge.

Även om det för Annas del var föräldrarna som sökte, kan förhållningssättet att behålla henne på ungdomsmottagningen ha medverkat till att hon upplever tillit och inte kände sig övergiven. Anna själv var ambivalent till kontakten på mottagningen och i det läget tog föräldrarna och ungdomsmottagningens personal ansvar för att behålla henne där. I de flesta fall är ungdomarna själva ansvariga för kontakten med ungdomsmottagningen. Detta fall visar på nödvändigheten av samarbete med föräldrarna, då övervägande om tvångsvård kunde ha blivit aktuellt.

Med avseende på att ätstörningsproblematiken är svår i sig och att motivationen till behandling ofta är dålig, är ungdomsmottagningens förhållningssätt att ta mot ungdomar utifrån olika förutsättningar en tillgång.

När det gäller svåra frågeställningar kan man ha olika förhållningssätt vid samarbete med andra instanser. Ibland kan det vara befogat att ha all behandling på ett och samma ställe då det ger en helhet både för den som söker och för dem som behandlar. Man undgår därigenom risker för missförstånd och olika behandlingsstrategier. Eftersom ungdomsmottagningar har olika personalsammansättning, har de också olika förutsättningar att behandla ungdomar.

Många ungdomar söker sig till ungdomsmottagningar. Förhållningssättet, att ta emot ungdomar utan att frågeställningen är specifikt formulerad, medför att många komplexa frågeställningar hamnar där. Personalens kunskap om att bakom den första frågan kan finnas många andra frågor, innebär att de behöver bygga upp kontakter med angränsande instanser som sjukhus, vårdcentraler, barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar samt vuxenpsykiatriska mottagningar.

Annas ätstörning var i ett akut skede och krävde egentligen sjukhusvård. När det inte var möjligt utvecklades ett samarbete mellan Anna, föräldrarna, ungdomsmottagningen och vuxenpsykiatrien. Ur Annas perspektiv kan det första mötet med läkaren på ungdomsmottagningen ha varit avgörande för hur det fortsatta behandlingsarbetet utvecklades.

Samarbetet visar både på ett reellt samarbete och en utökad kompetens hos kuratorn och ungdomsmottagningen, vilket kan ses som ett mervärde.

*Att diskutera*

1. Har du arbetat med liknande frågeställningar?
2. Vilka rutiner kan utarbetas för att hantera ätstörningar?
3. Ska ätstörningar behandlas på ungdomsmottagningar och vilken kompetens krävs i så fall?

*Cecilia - frågeställningen om kroppen var bara en del av det hela**Intervju med barnmorska*

Barnmorskan träffade Cecilia under flera år och den huvudsakliga frågeställningen var preventivmedelsrådgivning. När Cecilia ville ha remiss till läkare för att korrigera en del av kroppen remitterades hon till läkaren. Korrigeringen genomfördes och Cecilia återkom till barnmorskan och mådde mycket dåligt. Det framkom att hon sedan barndomen haft svårigheter, vilket också yttrade sig i de relationer hon hade till jämnåriga. Korrigeringen av kroppen var ett uttryck för mer än enbart kroppen. Barnmorskan oroade sig efteråt för att hon första gången inte frågade tillräckligt mycket om Cecilias hela situation. När Cecilia kom tillbaka förstod barnmorskan att Cecilias livssituation var mycket komplex och därför remitterade hon henne till kuratorn, där hon sedan gick under lång tid.

Det här skedde, enligt barnmorskan, i början av ungdomsmottagningens arbete. Det gav teamet erfarenhet och kunskap, som i dag innebär att samtalskontakter alltid ska föregå remisser till läkare när det gäller kroppskorrigeringar.

Eftersom Cecilia hade god hjälp av samtalskontakten borde den ha föregått kroppskorrigeringen, menar barnmorskan i dag. Hon tror att ingreppet också aktiverade de tidigare traumatiska upplevelsorna. Barnmorskans slutreflektion är att Cecilia lärde mottagningen mycket om ungdomars svårigheter och hur de uttrycks. Dessutom vet hon att Cecilia i dag har det bra, vilket sannolikt samtalen på ungdomsmottagningen bidragit till.

Barnmorskan var från början i sin profession mer strikt medicinskt inriktad. Hon anade ibland att det fanns andra frågeställningar som ungdomarna hade, men vågade då inte fråga om det. Efter hand har hon börjat fråga ungdomarna som kommer om deras aktuella livssituationer. Det har lett fram till att hon i dag alltid frågar vidare när hon uppfattar att ungdomar förmedlar något. Hon säger att hon har mött många frågeställningar liknande de som psykologer och kuratorer arbetar med. Hon är väl medveten om att dessa frågeställningar ska lämnas vidare till psykolog och kurator och ser därför till att ungdomar får en tid hos någon av dem, om de önskar.

När barnmorskan följde Cecilias arbete med sig själv förändrades hennes förhållningsätt till hur ungdomar uttrycker sina frågor och hur hon själv kan fråga vidare. Eftersom barnmorskan blev starkt berörd av Cecilia, har hon fått en ödmjuk inställning och en integrerad erfarenhet och kunskap förmedlad via det praktiska arbetet.

*Varför blev Cecilia kvar på ungdomsmottagningen?*

1. Förtroende för ungdomsmottagningen.
2. Synsättet på ungdomars frågeställningar.
3. Ungdomars sätt att presentera sina frågor.
4. Ungdomsmottagningen som lärande organisation.

*Kommentarer*

1. Motiven till att ungdomar söker ungdomsmottagningen är att de tycker att personalen är kompetent och erfaren samt att de har tillit och förtroende för personalen (7).

I Lindmans undersökning får ungdomarna agera som tänkta hälsorådgivare och det framkommer då att för att unga ska lyssna, ska hälsorådgivare förstå, acceptera och inte överge dem.

Barnmorskan berättar att ungdomarna kommer till ungdomsmottagningen för det goda ryktet. De berättar för varandra att personalen är bra.

- Vi är schysta och vi kan hjälpa dom. På ett bra sätt kan vi få ur dom det dom egentligen bär på och vi är nog bra lyssnare, säger barnmorskan.

Cecilia har gått hos barnmorskan en längre tid. Hon kommer och berättar även när hon mår dåligt, vilket tyder på ett stort förtroende.

Ungdomarna vet att de kan komma till en ungdomsmottagning och tala om mycket känsliga saker. Barnmorskan säger att hon är förvånad över hur enkelt det är för unga att prata om känsliga ämnen som sexualitet och smärtor vid samlag.

Barnmorskan beskriver också att det finns ungdomar som är missnöjda med personalen på ungdomsmottagningen. Tidigare har de försökt tillfredsställa de ungdomar som kommer utan avtalad tid, men eftersom det är många som söker på mottagningen har de nu strukturerat upp tiderna. Det har lett till att många är arga och besvikna över att de inte får tid genast.

- Jag har varit här och jag kommer aldrig in. Det är aldrig öppet, säger en del unga.

Barnmorskan upplever att det har blivit tuffare med tiderna och det är inte bra. Trots att de har anställt fler räcker inte tiderna till.

2. Organisation och personalsammansättning vid ungdomsmottagningar kan vara mycket olika. Av landets 224 registrerade ungdomsmottagningar har 38 procent landstinget som huvudman, 14 procent har kommunen och 46 procent har ett delat huvudmannaskap mellan landsting och kommun (12).

En del ungdomsmottagningar är anslutna till barnmorskemottagningar och har endast ett fåtal timmar avsedda för ungdomar. Personalsammansättningen kan variera från att enbart bestå av barnmorska och gynekolog till att omfatta både medicinsk personal

såsom barnmorska, gynekolog, barn- och ungdomsläkare, sjuksköterska och venereolog samt social och psykologisk personal som kurator och psykolog.

Då mottagningar har både social och psykologisk personal finns förutsättningar att utveckla olika förhållningssätt till ungdomarnas frågeställningar. På en del ungdomsmottagningar talar man om förhållningssättet – att betrakta och bedöma ungdomarnas ursprungsfrågeställning i ett helhetsperspektiv, exempelvis att ungdomar som söker för preventivmedel också tillfrågas om relationer och livsstil.

Ett helhetstänkande, tillämpat på ungdomar som söker en ungdomsmottagning, innebär att ungdomar som är under utveckling inte kan specificera frågeställningar till antingen kroppen eller själen. De talar om symtom som härrör från båda. Att vid kartläggning och behandlingsuppläggning utgå ifrån detta perspektiv innebär att det måste finnas tillgång till olika yrkesgrupper på en mottagning.

3. En del av den särskilda kompetens som har utvecklats på ungdomsmottagningarna är att kunna ta emot ungdomar även om de inte har specificerat sina frågeställningar. Barnmorskorna möter störst antal ungdomar och har därigenom möjlighet att tolka och nyansera deras frågeställningar, samtidigt som de kan motivera och remittera dem till annan yrkesgrupp på mottagningen.

Barnmorskan redogör för dilemmat med att enbart ha ett snävt medicinskt perspektiv. Cecilias hela livssituation beaktades inte när hon ville ha stöd för en kroppskorrigerande. Barnmorskan menar att hon varken var beredd eller att det var brukligt att göra en helhetsbedömning av frågeställningen. Med erfarenheten av att Cecilia återkom och gick i samtal på mottagningen förändrades barnmorskans förhållningssätt. Numera ingår alltid i hennes samtal frågor om hur ungdomarna har det i sitt liv för tillfället. Utöver den aktuella frågeställningen som ungdomar har frågar hon om de vill berätta något mer eller om de undrar över något. Hon betonar att hon med åren har lärt sig och dessutom numera vågar fråga om hon uppfattar att ungdomar outtalat förmedlar något. Hon säger att i dag är hon inte rädd att fråga, vilket hon var tidigare och höll sig då strikt till det medicinska.

Barnmorskan betonar att hon inte ger terapi till ungdomarna, men hon talar med dem om exempelvis ätstörningar och motiverar dem till samtal hos annan personal. Ungdomar med ätstörningar och andra som mår mycket dåligt lämnar barnmorskan alltid över till annan personal.

4. Samarbetet mellan olika yrkesgrupper på en mottagning gestaltas olika på olika ungdomsmottagningar. På de mottagningar där det finns både psykologer och kuratorer blir den medicinska personalens uppmärksamhet riktad på ungdomarnas hela livssituation. När det gäller kartläggning och åtgärder av ungdomars frågeställningar, blir det ett mervärde för ungdomarna om mottagningarna kan bistå med såväl medicinsk som psykologisk och social yrkeskompetens.

När Cecilia återkom till barnmorskan och fick ytterligare hjälp av kuratorn fick hon kunskaper om sig själv, som visade hur hennes frågor hängde samman. Även barnmorskan fick insikter och kunskap, vilket utvecklade mottagningens arbetskultur. Man kan i det sammanhanget tala om ungdomsmottagningar som lärande organisationer, eftersom både personalen och den som söker mottagningen får erfarenhet och kunskap i enlighet med målet att främja unga människors hälsoutveckling.

#### *Att diskutera*

1. Hur hade du gjort i en liknande situation?
2. Borde Cecilia ha hänvisats till en annan instans för samtal?
3. Vad kan det finnas för motiv att låta ungdomar få samtalshjälp på en ungdomsmottagning?
4. Hur kan man utveckla arbetskulturen på en mottagning?

#### *Carola - aktivt val av ungdomsmottagningen*

Carola har fått information om ungdomsmottagningen genom besök där med skolan och genom kompisar. När Carola, 14 år, ville ha p-piller gjorde hon ett aktivt val av en bestämd ungdomsmottagning. Hon valde bort en, eftersom kompisarna berättat att där informerar personalen föräldrarna om någon under 15 år vill ha p-piller. Carola visste om föräldrarnas inställning. De tyckte att hon var för ung för att ha samlag. Carola besökte ungdomsmottagningen på en bokad tid och träffade en barnmorska.

När Carola förstod att relationen till pojkvännen var stabil kände hon att det var dags att skaffa p-piller. Hon ville inte bli med barn vid den åldern. Det var en självklarhet att hon skulle ta ansvar och skydda sig när hon och pojkvännen började ett sexuellt samliv.

– Det är bättre att äta p-piller och inte bli gravid, än att bli det.

Carola menar att om hon skyddar sig behöver inte pojkvännen göra det. Behovet av att skydda sig mot sexuellt överförda infektioner var en följd av att pojkvännen hade testat sig och att hon då också testade sig innan de började ha samlag utan kondom. Personalen uppmuntrade Carola till detta förhållningssätt.

Carolas tankar om att föräldrarna inte skulle informeras var att de inte tillät Carola att ha samlag, eftersom de tyckte att hon då var för ung. Mamman skulle bli väldigt besviken på henne, eftersom det strider mot lagen att ha samlag innan man är 15 år. Pojkvännen var ett par år äldre än Carola och hon fick inte sova över hos honom. Han fick däremot sova över hos henne.

– Ja, mina föräldrar tänker så konstigt. Dom trodde att då kunde dom veta vad som pågick, men det var så dumt.

När de har förlovat sig får Carola sova över hos pojkvännen.

En tid efter att Carola börjat äta p-piller blev hon ledsen och nedstämd. Hon såg det som en följd av att hon börjat äta p-piller och att de förstärkte hennes tidigare känslor av att



vara nedstämd och ledsen. Carola mådde inte bra och var ledsen för att hon inte kände sig tillräcklig för sina föräldrar.

- Det var så mycket poäng i skolan och jag klarade inte av det riktigt. Jag kände mig bortstött av mamma och pappa, de har alltid favoriserat min syster. Så det blev för mycket, berättar Carola.

Hon beskriver också att vid bråk med mamma eller pappa hävdar de vuxna alltid att de har rätt. Carola kan tycka att egentligen har föräldrarna rätt, men hon ger sig inte ändå. Det har varit väldigt jobbigt, menar Carola, att inte få det som andra syskon och andra barn har fått. Carola berättar också att vid bråk med jämnåriga känner hon sig ofta skyldig, trots att hon inte gjort något fel. Hon brukar också ofta ta på sig skulden och be om förlåtelse.

- Folk ser på mig att de kan behandla mig hur som helst och jag mår dåligt av det, säger Carola.

Hon behövde undkomma föräldrarnas medverkan i beslutet att börja använda p-piller. Därför följde hon kamraternas råd och sökte upp en ungdomsmottagning där personalen inte kräver föräldrarnas samtycke. Carola berättar:

- De har tystnadsplikt. Jag känner mig trygg liksom, säker. De tar mer hänsyn till riskerna än till lagarna. De tar ansvar och hjälper. Barnmorskan frågar mer hur jag mår och så, berättar Carola.

Hon fick p-piller och ett uppföljningsbesök inbokat om tre månader. Vid återbesöket fokuserade barnmorskan på Carolas psykiska status, som en eventuell följd av preventivmedlen, och ett annat p-piller skrevs ut. När barnmorskan frågade hur Carola mådde, förändrades frågeställningen från enbart preventivmedelsrådgivning till en reflektion över hur Carola mådde över huvud taget.

- Jag kände att jag behövde någon som lyssnade. Samtidigt ville jag att de gav stöd. Att om det är något som de verkligen tycker att jag gjort rätt eller om jag har gjort fel ska de säga det. Och framför allt vara ärliga även om de inte tycker om mig som person, säger Carola.

När barnmorskan frågade Carola hur hon mådde beskrev Carola sin nedstämdhet och ledsnad. Frågan besvarades utifrån det medicinska perspektivet att de aktuella p-pillren kunde ha biverkningar och barnmorskan föreslog byte av p-piller. Dessutom ledde mötet mellan dem fram till att Carola formulerade sina frågeställningar om både psykologiska problem och relationsproblem. Mötet mellan barnmorskan och Carola fick Carola att börja fundera över att boka en tid hos kuratorn. Hon har fått tid för ett besök, men ännu inte varit där.

Vid ett senare tillfälle informerade Carola en av sina föräldrar om att hon åt p-piller. Reaktionen blev inte alls den hon hade förväntat sig. Om Carola hade vetat i förväg att föräldern inte skulle bli sur, hade hon kanske berättat tidigare. Hon är ändå nöjd med sitt eget sätt att hantera problemet, nämligen att hon inte berättade för föräldrarna då hon började äta p-piller.

*Varför blir det svårt för Carola att få hjälp?*

1. Ålder och sexualdebut.
2. Relationen till föräldrarna.
3. Olika mottagningar har olika förhållningssätt.
4. Bristande tillit till vuxna.

*Kommentarer*

1. Svensk lag (6 kap. 4 § brottsbalken) förbjuder sexuellt umgänge med barn som är yngre än 15 år, med motiveringen att man vill skydda barnet från att bli sexuellt exploaterat. Trots detta har en relativt stor andel av ungdomarna – omkring 36 procent enligt en uppskattning – haft sin sexualdebut före 15 års ålder (13). I 1996 års befolkningsbaserade studie "Om sexuallivet bland vuxna i Sverige" var medianåldern för första samlag bland ungdomar i åldersgruppen 18–24 år, för män 16,9 år och för kvinnor 16,4 år (14).

Studier (15) visar att majoriteten av flickor som haft tidig sexualdebut, upplevde erfarenheterna som negativa och besvärades av återkommande och varierande gynekologiska sjukdomar under sina tidiga tonår. De flickor som befann sig i en "multiproblemsituation" påverkades mest. Tidig sexualdebut hänger starkt samman med sexuellt riskbeteende och samvarierar med erfarenheter av abort och sexuellt överförbara infektioner. Kombinationen av mycket tidig sexualdebut och problembeteenden visade sig ha negativa implikationer under tonår och vuxenliv.

Enligt föräldrabalken 6 kap. 11 § har vårdnadshavare rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavare har med stöd av 14 kap. 4 § sekretesslagen rätt att ta del av och förfoga över sekretesskyddade uppgifter angående barnet. Vårdnadshavare ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Rätten att bestämma i frågor som angår barnet tunnans ut då barnet blir äldre och bestämmanderätten flyttas över på den unge själv. Detta gäller även frågan om dispositionsrätten över den unges sekretess. En förälder har därför inte alltid möjlighet att utan den unges medgivande ta del av sekretesskyddade uppgifter om barnet bedöms ha uppnått en viss mognad och utveckling.

Vid prövning av frågan om utlämnande av uppgifter rörande underårig till vårdnadshavare eller inte är det således väsentligt att först klargöra vem som förfogar över sekretessen. För tonårsbarn kan man ofta utgå ifrån att barnet bör ha visst skydd för sin integritet gentemot sina föräldrar. Vid bedömningen har man att väga in de aktuella uppgifternas innehåll samt den typ av ärende som det är frågan om.

Disponerar den underåriga över sekretessen kan ett utlämnande ske endast om förutsättningarna för detta föreligger enligt relevant sekretessparagraf. Om man kommer fram till att föräldrarna disponerar över sekretessen, kan uppgifterna som regel lämnas ut till följd av 6 kap. 11 § föräldrabalken och 14 kap. 4 § sekretesslagen. I 14 kap. 4 § andra stycket sekretesslagen inskränks i visst fall förälders rätt att få del av samt förfoga över sekretesskyddade uppgifter angående barnet. För tillämpningen av undantagsregeln är det inte tillräckligt att den unge finner det obehagligt att föräldrarna får ta del av uppgifterna eller att de kan komma att vidta åtgärder som barnet motsätter sig.

Undantagsregeln tar sikte på de mest angelägna fallen där behov kan finnas att skydda barnet mot vårdnadshavaren, antingen därför att det är fråga om särskilt integritets-känsliga uppgifter eller därför att uppgifterna kan missbrukas på ett sätt som allvarligt skadar barnet. Av detta följer att det kan uppstå svåra gränsdragningsproblem särskilt när det gäller ungdomar.

Carola har bestämt sig för hur hon vill agera, nämligen att hon tar fullt ansvar för sina handlingar att påbörja ett aktivt sexliv och skydda sig mot graviditet. Hon gjorde ett mycket aktivt val för att finna den mottagning, där hon kunde få p-piller på sina villkor helt utan föräldrars medverkan, även om lagen föreskriver detta.

- Personalen tar mer hänsyn till riskerna, när de skriver ut p-piller till mig, än till lagen, säger Carola.

Det är också Carolas eget förhållningssätt i frågan.

2. Ungdomsåren är en brytningstid mellan barndom och vuxenhet. Då sker stora kroppsliga förändringar och en genomgripande inre psykologisk omstrukturering. Relationen mellan föräldrar och ungdomar präglas då av frigörelseprocessen från föräldrarna och primärfamiljen. Ungdomarna utvecklar sociala relationer utanför familjen. I relationerna utvecklas och prövas den sexuella identiteten. Ungdomarnas metod för att få kunskap om sin omvärld och livets villkor är risktagande och experimenterande. De prövar sig fram, upplever framgångar och misslyckanden och prövar igen.

Ett vanligt dilemma för föräldrar är att hitta en balans mellan regler, krav och gränser. Det kan handla om hur mycket tonåringen får vara hemifrån och vem sonen eller dottern umgås med. Frågeställningen ställs på sin spets när ungdomarna för första gången har en partner och föräldrarna tror att de har ett sexuellt samliv.

Carola visar på föräldrars förhållningssätt att förbjuda på en nivå, och att på en annan nivå inte ha möjlighet att fullfölja förbudet. När föräldrar sätter gränsen vid att ungdomarna inte får sova tillsammans, tror de att de har undanröjt risken för ett sexuellt förhållande. Carola följer föräldrarnas regler inom den domän de kan råda över, nämligen hemma hos sig. Detta hindrar inte på något sätt henne och pojkvännen från att ha ett aktivt sexualliv.

Carola förmedlar i sin berättelse att föräldrarna lutar sig mot lagen, det vill säga att det är förbudet. Det är inte en förtroendefull relation mellan Carola och hennes föräldrar. Hon har känt sig åsidosatt i familjen och känt mer krav än stöd från föräldrarna. I hennes subjektiva förklaringsmodell av vuxenvärldens representanter, ger de henne en känsla av otillräcklighet och de har ingen förmåga att lyssna till hennes behov. Carola beskriver en känsla av otillräcklighet även i sina skolprestationer. Hon har skuld känslor över att hon inte uppfyller de krav som föräldrarna ställer på henne. I relationerna med jämnåriga känner hon skuld och att det är hon som har gjort något fel.

Carola visar tydligt hur frågeställningar i ungdomsåren formuleras först som frågor om kroppen och därefter om själen och relationerna.

När ungdomar väljer vart de ska vända sig med frågor om preventivmedel, sexuellt överförda infektioner och frågor om sexualitet väljer cirka 70 procent att gå till en ungdomsmottagning (8).

Dilemman uppstår då ungdomar och personal har olika idéer om föräldrars medverkan. Sekretessen för den enskilda individen och föräldrars rätt att få information är ett stort problemområde på ungdomsmottagningarna. De föreskrivna lagarna är den ram man har att hålla sig inom och tillämpningarna är sannolikt olika på mottagningarna. Beroende på hur och på vilket sätt en ungdomsmottagning går ut med budskapet om frivillighet, sekretess och föräldrars medverkan, kan detta ge olika konsekvenser för ungdomarna.

Carola hade möjlighet att geografiskt söka sig till två relativt närbelägna ungdomsmottagningar. I ungdomarnas föreställningsvärld var det ett faktum att man hanterade frågeställningen olika på respektive mottagning. Med Carolas inställning till föräldrarna var hon övertygad om att hon inte skulle kunna få p-piller utskrivna, om de blev informerade. Hon ville få preventivmedel på sina villkor. Om hon själv ska råda någon kompis i en liknande situation kommer hon att tipsa henne om att gå till samma ungdomsmottagning.

4. Att ungdomar första gången söker för sina egna frågeställningar på en ungdomsmottagning kan ses som en övergångsrit från barndom till vuxenliv.

I vuxenblivandet ingår att ta egna beslut och eget ansvar över sin hälsa. Som ett led i detta behöver ungdomar ibland ta beslut, som inte stämmer överens med föräldrarnas, och även ta konsekvenserna av dem. För Carolas del handlar det både om att ta egna beslut utan föräldrarnas medverkan och att hon har dålig tillit till vuxna. Hon får den hjälp hon vill ha på ungdomsmottagningen. Hennes aktiva val av den ungdomsmottagning, där hennes specifika behov respekteras, visar på den respekt hon kräver av personal och vuxenvärldens representanter.

Carola hade mått dåligt långt innan hon kom till ungdomsmottagningen. Det hade hon inte talat om med någon vuxen. När barnmorskan ställer frågan hur hon mår ser Carola en möjlighet att få berätta. Carola beskriver också olika förhållningssätt som vuxna haft gentemot henne, och vad hon önskar få av vuxna. Hon vill bli bemött med respekt även om de vuxna inte tycker om henne. Dessutom önskar hon att vuxna är auktoriteter och talar om hur de bedömer hennes idéer och tankar.

I hennes subjektiva förklaringsystem fanns också föreställningen att hon kunde bli avvisad för att hon var för ung. Dessutom var hon rädd för att bli avslöjad inför föräldrarna. Mötet med barnmorskan på ungdomsmottagningen ledde fram till en förändring i hennes subjektiva förklaringsystem. Tilliten till att bli tagen på allvar och få hjälp är aspekter av bemötandet från personalen som hjälper Carola att våga ta sig själv på allvar och värna om sin sexuella hälsa. Hon tar ansvar för sin behandling då hon dels berättar om nedstämdheten som kan härröra från p-pillren, dels sätter in nedstämdheten i sitt eget sammanhang för att kunna arbeta vidare med den.

Efter att ha varit på ungdomsmottagningen ger Carola en annan bild av mötet med vuxna.

Hon beskriver en professionell hållning hos barnmorskan. Kompetensen visar sig också genom att mötet leder fram till att Carolas föreställning om att få hjälp stärks och att hon då kan formulera behov som hon har haft sedan länge. Carola tycker att hon blev tagen på allvar. Mötet med personalen var avgörande för att hon fick tillfälle att berätta om sig själv som person och vilket ytterligare stöd hon behövde.

Carolans frågeställningar besvarades på ett sådant sätt att hon kunde förändras, från att passivt leva med sina svårigheter till att aktivt börja förändra dem. Hennes möte med personalen på ungdomsmottagningen visar att hon utöver den första frågeställningen, som var av medicinsk karaktär, också formulerar andra behov och frågeställningar som är av psykologisk och social karaktär.

#### *Att diskutera*

1. Har du stött på liknande situationer?
2. Kan ungdomsmottagningar ha olika förhållningssätt till föräldrars medverkan?
3. Hur kan ungdomars behov av vuxenauktoriteter tillgodoses?
4. Vilken betydelse har bemötandet på en ungdomsmottagning?

### *Gina - berättar första gången om ätstörningen*

#### *Intervju med barnmorska*

Gina hade beställt tid på ungdomsmottagningen. Hon kom med en frågeställning som var högst konventionell. Därför hade barnmorskan avsatt en halvtimme för besöket. Det var första besöket för Gina på ungdomsmottagningen och hennes reaktion var en häftig gråtattack. Barnmorskans första impuls var att Gina var rädd för själva undersökningssituationen och därför reagerade på det viset. Efter hand visade det sig att Gina hade påbörjat en relation med en kille och att hennes svårigheter med kroppen aktualiserades i samband med det. Ett långvarigt lidande med ätstörningar uppdagades och barnmorskan var den första professionella person Gina vågade anförtro sig åt. Gina remitterades till både gynekolog och kurator.

Barnmorskan trodde att det troligtvis krävdes ett motiveringsarbete med Gina i flera månader för en kontakt med kurator eller psykolog. Barnmorskan bestämde sig för att fokusera på det hon iakttog, nämligen Ginas undervikt. Det var ingen i Ginas sociala nätverk som hade sett svårigheterna, de hade i stället uppmuntrat henne i hennes ambitioner att vara duktig och kompetent.

Barnmorskan berättar att Ginas häftiga gråtattack även gjorde att hon fick mod att fråga Gina direkt. Hon menar att själva undersökningen inte var det centrala. Det viktiga var Ginas sätt att presentera hela sitt problem. Hon klarade inte att ringa och säga att hon hade ätstörningar.

På den mottagning där barnmorskan arbetar finns en utarbetad metodik att man konsulterar en kurator eller psykolog när man har en ungdom på besök. Barnmorskan funderade över om det hade varit en bra strategi att hämta en kurator eller en psykolog

vid det första samtalet, men kom fram till att det hade blivit fel. Däremot kunde hon själv haft stödsamtal med syfte att motivera Gina för en vidare kontakt med kurator eller psykolog. För att kunna göra det på ett bra sätt, hade hon behövt tala om för Gina direkt att hon inte skulle komma att vara hennes samtalsterapeut. Barnmorskan menar att det är nödvändigt att skapa en bra relation innan man lämnar över ungdomarna till en kurator eller en psykolog.

Barnmorskan formulerade tillsammans med Gina en internremiss med de frågor som Gina önskade få hjälp med. Dessutom fick barnmorskan Ginas tillstånd att föra över muntlig information till samtalsterapeuten. På frågan om hur barnmorskan tror att Gina bedömer hennes insats svarar hon att hon tror att Gina var mycket tacksam över insatsen.

- Jag var vägen till någonting för henne, säger barnmorskan.

Barnmorskan tillägger också att hon i detta ärende lyckades med sin professionalitet.

- Jag lyssnade och jag talade om vad jag kunde hjälpa Gina med. Hon fick själv bestämma och hon fanns här inne i mig tills jag visste att hon kommit vidare i livet. Gina är en tjej som har lärt mig hur jag kan jobba med andra tjejer som har liknande problem. Hon blev ett bra exempel för mig, berättar barnmorskan.

Barnmorskan ombads att göra en tankeutflykt i hur hon hade behandlat Gina om hon hade varit anställd vid en kvinnoklinik.

- Jag hade inte kunnat hantera tiden på samma sätt, utan jag hade fått ta ett kort möte med flickan och troligtvis skickat en remiss till en psykolog. Senare hade jag väl professionellt kunnat tala om vad jag kunde hjälpa till med och att hon var på fel instans. Men det är frågan om flickan hade vågat gå till en psykolog eller terapeut om hon hade kommit till ett ställe som inte hade de resurser som vi har på ungdomsmottagningen, berättar barnmorskan.

Barnmorskan jämför sig också med om hon varit skolsköterska på en skola. Det mest troliga hade varit att hon fått ta hand om flickan, beroende på att det sällan finns psykolog eller kurator att tillgå.

#### *Ginas problem var att hon inte hade berättat*

1. Känsломässig reaktion tolkas på adekvat sätt.
2. Konsultationen hos barnmorskan blev början till en behandling.
3. Arbetskulturen på olika ungdomsmottagningar.

#### *Kommentarer*

1. För många ungdomar är besök på en ungdomsmottagning första gången de söker själva. Känsломässigt laddade frågor tar inte personalen upp förrän ungdomarna känner förtroende och tillit.

Barnmorskan trodde att besöket gällde en gynekologisk konsultation. Ginas känslomässiga reaktion tolkade barnmorskan, utifrån sin referensram, som om det handlade om rädsla för en kroppsundersökning. Hon blev överraskad över Ginas reaktion – att gråta – och associerade till undersökningssituationen hos henne som barnmorska, som också är starkt känslomässigt laddad. Då hon frågade vidare om Ginas reaktionssätt får hon en berättelse om en helt annan frågeställning, än den hon sökte för. Barnmorskan betonar att Gina aldrig tidigare hade ringt till en instans och bett om hjälp för sin ätstörning.

Barnmorskor är vanligtvis den yrkesgrupp på ungdomsmottagningen som först möter ungdomar med ätstörningar, eftersom utebliven menstruation kan vara ett tecken på sjukdomen. Mötet med barnmorskan blev början till en behandling för Gina. Barnmorskan beskriver också att hon var mycket upptagen av Ginas berättelse, även lång tid efteråt. Hon kunde till och med känna hur obehagligt det kunde ha blivit om hon inte hade lyckats vid det första samtalet. Hon har följt Ginas utveckling under den långvariga samtalskontakten och är nöjd över den insats hon gjorde i det första mötet med Gina.

2. Ungdomars sätt att formulera frågeställningar kan variera från att vara mycket specifika, om exempelvis preventivmedel, och till mer allmänna – att man kanske bara vill prata med någon.

Ginas sätt var att reagera känslomässigt, vilket tyder på att hon använde sig av det sätt hon förfogade över. Det är sannolikt att det var en stor ansträngning att beställa tid och veta att frågeställningar kring preventivmedel och menstruation också aktualiserar ätstörningen. Barnmorskan kunde ha utgått från sin första hypotes, att Gina var rädd för gynekologisk undersökning, och när det inte gällde undersökningen kunde hon ha lämnat den frågeställningen. Mötet mellan barnmorskan och Gina blev början till en behandling. Den känslomässiga kommunikationen mellan dem visar att mötet var både bekräftande och utvecklande.

3. Barnmorskan beskriver att hennes professionalitet har utvecklats. Hon exemplifierar detta med att hon från början var mer inriktad på att ta hand om de medicinska frågeställningarna och vågade inte fråga om annat som hon kunde ana fanns i ungdomens sätt att prata om sig själv. I dag har hon ett förhållningssätt där hon ställer frågor om hon bedömer att ungdomen har något han eller hon vill berätta. Hon gör tydliga övervägande om det är lämpligt att hon introducerar någon annan personalkategori. På hennes mottagning kan man i sittande stund kontrollera om någon medarbetare är tillgänglig och om hon eller han kan närvara i samtalet. Om detta förfaringssätt inte är tillämpligt kan hon skriva en remiss direkt tillsammans med ungdomen eller ge ny tid där de kan ha utforskande och motiverande samtal. Barnmorskan beskriver sin professionella hållning med att hon berättar vad hon och andra yrkesgrupper på mottagningen kan hjälpa till med.

Denna utveckling i professionaliteten, där hon är tydlig i gränserna för vad hon själv kan och vad andra yrkesgrupper kan och att de dessutom finns tillgängliga på mottagningen,

har medfört att hon kan aktualisera de frågeställningar som ungdomarna presenterar utan att vara rädd att hon berör områden som inte kan tas om hand på mottagningen.

Barnmorskan sammanfattar att Gina också stärkte henne i hennes professionalitet vid ungdomsmottagningen.

#### *Att diskutera*

1. På vilket sätt känner du igen frågeställningen?
2. Vilka skillnader och likheter finns mellan ungdomars och vuxnas sätt att berätta om svårigheter?
3. Hur tänker du om arbetskulturen på ungdomsmottagningarna?
4. Vilka frågeställningar ska ungdomsmottagningar främst arbeta med?

### *Henrietta - beslut om abort - moget beslut kräver tid*

#### *Intervju med barnmorska*

Henrietta sökte ungdomsmottagningen för att få dagen-efter-piller och fick samtidigt en tid för att göra ett graviditetstest, som visade att hon inte var gravid. Barnmorskan rekommenderade preventivmedel. En tid senare återkom Henrietta för utebliven menstruation och då togs ett nytt graviditetstest, vilket var positivt. De diskuterade om Henrietta skulle göra abort. När Henrietta inte kom till de samtal som var bokade, varken till barnmorskan eller till kuratorn, blev de mycket oroliga. De förstod att Henrietta hade blivit chockad av beskedet. Personalen kände att behovet att få kontakt med Henrietta var akut, eftersom Henrietta var ung och de inte ville förlora kontakten med henne. Dessutom hade de fått klart besked från henne att de inte fick tala med hennes föräldrar.

Efter en tid kom Henrietta till ungdomsmottagningen och önskade träffa barnmorskan. Hon hade bestämt sig och talade om hur hon hade tänkt kring sin situation. Redan innan en förmodad graviditet hade Henrietta bestämt sig för att hon inte skulle göra abort. Hon hade svårt att gå emot sitt ställningstagande, men började fundera. Under två veckor mognade beslutet fram att göra abort. Hon kom själv fram till att hon var för ung för att föda barn. Dessutom ville hon utbilda sig. Det var en tuff period för henne. Konsekvensen blev att hon nu är noggrann med sina preventivmedel. Henrietta är också mycket nöjd med den hjälp hon fick och med handläggningen på mottagningen. Hon har uttryckt att personalen håller vad de lovar och att de är sakliga.

Barnmorskan betonar att i det här fallet var samarbetet med kuratorn oerhört värdefullt. De gav varandra stöd under den tid de väntade på att Henrietta skulle höra av sig. Det är en stor fördel att vid en och samma mottagning ha tillgång till både det medicinska och det socialpsykologiska perspektivet vid handläggning av ärenden, speciellt då det gäller unga flickor.

Vid det första tillfället kunde inte Henrietta hantera informationen utan behövde tid på sig för att smälta den, för att senare komma tillbaka och be om hjälp. Barnmorskan menar att som personal får man inte forcera i sådana situationer och man måste ge saklig information och invänta tjejen. Personal får inte tappa kontakten med ungdomarna. Man



iakttog hur en ung person genomgick en mognadsprocess och därefter fattade hon sitt beslut i en mycket komplicerad fråga.

#### *Möjligheter att fatta beslut*

1. Oron att invänta beslut och strategier för åtgärder.
2. Önskad graviditet utlöser kris och kräver tid för beslut.
3. Stöd i arbetskultur och respekt för ungdomens val.

#### *Kommentarer*

1. Drygt hälften av alla tonårsgraviditeter slutar i dag med abort. Bestämmelserna om gällande regler för abort finns i abortlagen (16). Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd om hur lagen ska tillämpas. (17). Den unga kvinnan kan före 18:e graviditetsveckan självständigt fatta beslut om abort, varefter det krävs Socialstyrelsens tillstånd. I dag genomförs drygt 90 procent av aborterna före den 12:e veckan, mindre än 1 procent efter den 18:e veckan. Abort tillåts inte om fostret skulle kunna överleva utanför livmodern. För närvarande är den gränsen satt vid cirka 22:a graviditetsveckan.

Alla kvinnor som vill göra abort har rätt till stödsamtal med kurator, barnmorska eller läkare. De har ofta behov av samtal med en neutral person före ingreppet.

Vid den mottagning Henrietta besökte har man rutiner vid p-pillerförskrivning och abortsamtal. Det finns ett medvetet förhållningssätt för hur barnmorskan och kuratorn arbetar med de yngre ungdomarna. När ungdomar beställer tid till barnmorskan för preventivmedelsrådgivning avsätts också tid för ett samtal hos kuratorn.

Barnmorskan motiverar ungdomarna till kuratorssamtal. Om de inte vill ha något samtal respekterar personalen det. På ungdomsmottagningen har personalen valt det förhållningssättet för att kunna göra kvalificerade bedömningar utifrån juridiska, medicinska och sociala aspekter. Med den gemensamma bedömningen har personalen fått ett så bra underlag för beslut som möjligt. Det är viktigt att personalen har gjort en gemensam bedömning där de kan ha varit i kontakt med jurister och andra instanser innan beslutet.

Det kan vara så att ungdomarna inte vill att föräldrarna kontaktas och då har personalen flera möten med ungdomarna och gör bedömningar utifrån deras situation. De kan också göra bedömningen att föräldrarna bör informeras, vilket också görs efter att man talat om det för ungdomarna.

Vårdnadshavare har rätt till information enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken och med stöd av 14 kap. 4 § sekretesslagen har vårdnadshavare rätt att ta del av och förfoga över sekretesskyddade uppgifter angående barnet. Det ankommer på vårdnadshavaren att i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Föräldrars rätt att bestämma i frågor som angår barnet tunnans ut då barnet blir äldre och bestämmanderätten flyttas över på den unge själv. Detta gäller även frågan om dispositionsrätten över den unges sekretess. En förälder har således inte alltid möjlighet att utan den unges medgivande ta del av sekretesskyddade uppgifter om barnet uppnått en viss mognad och utveckling. Vid prövning av frågan om utlämnande av uppgifter rörande underårig till vårdnadshavare är det således väsentligt att först

klargöra vem som förfogar över sekretessen. För tonåringar kan man ofta utgå ifrån att barnet åtnjuter visst skydd för sin integritet gentemot sina föräldrar. Vid bedömningen väger personalen in de aktuella uppgifternas innehåll samt den typ av ärende som det är frågan om.

Disponerar den underårige över sekretessen kan ett utlämnande ske endast om förutsättningarna för detta föreligger enligt relevant sekretessparagraf. Om föräldrarna disponerar över sekretessen kan uppgifterna som regel lämnas ut till följd av 6 kap. 11 § föräldrabalken och 14 kap. 4 § sekretesslagen.

I 14 kap. 4 § andra stycket sekretesslagen inskränks i visst fall förälders rätt att få del av samt förfoga över sekretesskyddade uppgifter angående barnet. Om det kan antas att barnet lider betydande men om uppgifterna lämnas ut till föräldrarna, ska uppgifterna inte lämnas ut till dem. Undantagsregeln tar sikte på de mest angelägna fallen där behov kan finnas att skydda barnet mot vårdnadshavaren, antingen därför att uppgifterna kan missbrukas eller allvarligt skada barnet.

Barnmorskan menar att de arbetar i en gråzon. Hon anser att det är viktigt att personalen känner att de kan stå för sina beslut, oavsett en eventuell granskning. Barnmorskan betonar vad tryggheten i det förhållningssättet ger henne, som personal, och att det också är en säkerhetsaspekt för ungdomarna eftersom det skyddar dem.

Utförandet av aborter kräver en tidsram, vilket gör att samtalen med ungdomarna och besluten inte får dröja. Henrietta valde att utebli från de bokade besöken. Det ledde till att både barnmorskan och kuratorn blev oroliga när de inte fick kontakt med henne. Alternativet att ta kontakt med föräldrarna fanns, men eftersom Henrietta inte tillät det var det upp till barnmorskan och kuratorn att invänta Henrietta eller att ha strategier för sin handling om Henrietta valde att föda barnet.

2. När Henrietta fick besked om att hon var gravid utlöstes sannolikt en kris hos henne. I hennes subjektiva förklaringsystem hade hon redan bestämt sig för att inte göra abort om hon blev gravid. När hon faktiskt var gravid blev det en konflikt inom henne. Den tidigare strategin med att inte göra abort fungerade bra så länge det var en tänkt situation, men då den skulle tillämpas på en reell situation höll den inte.

Henrietta visar på behovet av och respekten för att unga människor måste tillåtas att ta egna beslut och eget ansvar, även om personalen genomlider stor oro och överväger att agera via myndighetsutövning. Den respons personalen fick på sitt förhållningssätt, att låta Henrietta fatta sitt beslut, var att de var professionella i bemärkelsen sakliga och tillitsfulla. Dessutom kunde personalen se hur Henrietta mognade, till följd av att hon själv måste fatta ett så svårt avgörande. Beslutet att göra abort blev efter hand välintegrerat i hennes värld.

3. Henrietta ville inte att föräldrarna skulle kontaktas. Personalen respekterade det, men hade även möjligheten att välja att kontakta dem. De bedömde dock i sitt första beslut att Henrietta kunde ta ansvar för sitt val, vilket slutade med att Henrietta önskade göra abort. Om Henrietta hade valt att föda barnet hade personalens ställningstagande sannolikt inneburit att antingen Henrietta själv talat med föräldrarna eller att personalen tagit kontakt med dem.

Den arbetskultur som vuxit fram på ungdomsmottagningar uppmuntrar unga människor att själva söka dit frivilligt. Detta skiljer ungdomsmottagningar från exempelvis skola och socialtjänst, som har myndighetsutövning. Att själv ta ansvar för sin hälsa ses som ett led i vuxenblivandet. Det medför också att ungdomar för första gången kan söka hjälp utan att föräldrarna är involverade. Med detta följer svåra överväganden. Personalen måste noggrant överväga konsekvenserna med att inte kontakta föräldrar alternativt ta kontakt.

#### *Att diskutera*

1. Hur kan man lösa frågeställningen att föräldrar har rätt att få information?
2. Vilka faktorer ska avgöra om man tar kontakt med föräldrar utan ungdomarnas medgivande?
3. Vilka faktorer ska avgöra att man avstår från kontakt med föräldrar?
4. Hur kommer du att förhålla dig framöver i frågeställningen?

### *Elin och Erika söker läkare på ungdomsmottagningen*

#### *Gynekologen berättar*

Elin, 14 år, sökte tillsammans med sin mamma för svåra smärtor vid menstruationen. Elin var mycket rädd för att bli undersökt i underlivet. Gynekologens insats var att bedöma om Elin behövde undersökas eller om det räckte med rådgivning och smärtbehandling. Rådgivning var tillräckligt, enligt gynekologen. Elin och mamman slappnade av. Elin fick återbesök efter tre månader.

Gynekologen tror att Elin och mamman uppfattade besöket positivt. Tidigare hade de sökt på sjukhuset och blev där hänvisade till ungdomsmottagningen. Mamman visste inte om att det fanns en ungdomsmottagning. Hon undrade även om man kan komma för andra frågeställningar.

För Elin var det viktigt att hennes mamma var med. När ungdomarna är unga, under femton år, är det angeläget att föräldrarna känner till att ungdomen till exempel får p-piller utskrivet. Det är alltid ett svårt dilemma om ungdomen inte vill berätta för föräldrarna.

#### *Barn- och ungdomsläkaren berättar*

Erika, 20 år, sökte för trötthet och initiativlöshet. Hon tyckte inte att någonting var roligt. Hon hade känt sig sådan sedan ett par månader tillbaka. Erika var rädd att hon var allvarligt sjuk. Erika gick på tre träningspass i veckan, åt bra mat och hade inga problem med maten, enligt henne själv. Hon rök 10–15 cigaretter per dag. Hon åt p-piller som gjorde att hennes menstruation uteblev. Erika läste språk och kombinerade studierna med arbete. Hon hade en pojkvän sedan 15 års ålder.

Vid det första besöket tog läkaren olika prov. Vid återbesöket diskuterade de Erikas låga blodvärden. De började också föra samtal om Erikas matvanor. Erika kunde mycket om ätstörningar eftersom hennes syster hade allvarlig anorexi och hela familjen varit engagerad i problemet.

Tyngdpunkten i samtalen hos läkaren blev Erikas förhållande till maten. Hon var vegetarian, undvek allt fettintag och vågade inte väga sig. Läkarens bedömning var att Erikas apatiska och orkeslösa tillstånd hade samband med att hon inte åt fett.

Läkaren beskriver att det var nödvändigt att etablera en tillit i kontakten innan Erika kunde introduceras för samarbete med annan personal på mottagningen. Hon hade tidigare sökt hjälp både hos skolkurator och även på anoreximottagning, men avböjt vidare hjälp och inte återkommit. Läkaren bedömde att Erika tidigare inte varit motiverad till behandling. Nu var hon mognare och hade en stark önskan om ett fungerande liv.

Erika hänvisades till samtal hos kuratorn. Efter några besök hos kuratorn mådde Erika sämre och var mycket ledsen. Hon fick svårare att äta och att acceptera fettintag. Läkaren funderade allvarligt på att lägga in Erika på sjukhus för att ha kontroll på viktnedgången. Personalen bedömde att det var nödvändigt att följa hennes utveckling dag för dag.

Under behandlingstiden förändrades Erikas blodtryck dramatiskt vilket ledde till akut inläggning. Det fanns ingen medicinsk förklaring till tillståndet. På ungdomsmottagningen beslutades att sjuksköterskan skulle kontrollera Erikas vikt och blodtryck regelbundet.

Samtidigt bedömde läkaren att Erika behövde antidepressiva mediciner. Erika ville inte medicinera. I samtalen hos kuratorn fick Erika tillgång till sin vrede vilket också tydde på att hon gjorde stora framsteg. Tidigare hade hon inte visat någon ilska. Som en följd av detta valde läkaren att kräva av Erika att hon skulle gå upp i vikt. I det skedet bestämde sig de som på mottagningen arbetade med Erika för att hennes pojkvän skulle medverka i behandlingsarbetet. Han fick tid hos en annan kurator. Pojkvännen var tacksam över initiativet från ungdomsmottagningen, eftersom Erikas ätstörning inverkar negativt på deras förhållande.

Erika behandlades på mottagningen i två och ett halvt år och mådde därefter bra. Hon fullföljde studierna och började arbeta.

#### *Den komplexa frågeställningen och dess behandlingsalternativ*

1. Det ska vara fokus på det friska och normala i utvecklingen under ungdomsåren.
2. Arbetskulturen på ungdomsmottagningen ur läkarperspektiv: är läkaren medarbetare eller konsult?

### *Kommentarer*

1. Ungdomsläkaren betonar att ungdomsmottagningarna utgår ifrån att ungdomar är friska och normala. Förhållningssättet är ett friskhetstänkande. I behandlingsarbetet ska personalen stärka det friska i stället för att fokusera på lidandet.

– Det är själva essensen i ungdomsmottagningens arbete, säger ungdomsläkaren.

Enligt henne borde detta förhållningssätt vara mer utpräglat på fler vårdinstanser. Som läkare skolades hon i ett tänkande där det medicinska var i fokus. Hon tydliggör sitt förändrade förhållningssätt med att exempelvis hjärtklappning kan bedömas både ur strikt medicinsk och ur en psykosomatisk synvinkel. I förhållningssättet på en ungdomsmottagning kan hon tänka sig att läkarens beskrivning av ungdomens symtom kan förstås på olika sätt, utifrån vilken profession personalen har.

Ungdomsläkaren berättar att första gången ungdomar kommer ”testar de henne” för att vid senare besök berätta om sina viktiga frågeställningar. Erika formulerade sina frågeställningar med kroppsliga symtom. Hon borde ha varit medveten om hur komplicerat mönster ätstörningar utgör, eftersom hennes syster haft anorexi. Dessutom hade hon själv sökt hjälp tidigare.

Erika var sannolikt inte motiverad. Ungdomsläkaren menar därför att det var viktigt att etablera tillit dem emellan innan Erika träffade andra yrkesprofessioner på mottagningen. Ungdomars sökmönster (7, 9) visar att förtroende och tillit är avgörande för när och till vem de lämnar viktiga upplysningar om sig själva.

Gynekologen berättar om Elin som hade frågor om kroppen. De ungdomar hon möter på ungdomsmottagningen möter hon sällan på sjukhuset. Till ungdomsmottagningen kommer friska ungdomar, anser hon. Dessa ungdomar skulle inte erbjudas tider på sjukhuset. På sjukhuset möter hon ofta svårt sjuka ungdomar.

2. Gynekologen har arbetat knappt ett år på ungdomsmottagningen, sex timmar varannan vecka. Hon har sin tjänst på ett sjukhus och ungdomsmottagningen köper hennes kompetens. Hennes huvudinriktning är att arbeta på sjukhus, där hon kan utveckla sin yrkesmässiga profession och forska.

Gynekologen är anställd på konsultbasis, vilket medför att hon inte är delaktig i mottagningens interna arbete på samma sätt som annan personal.

Gynekologen arbetar enbart med individuella kontakter. Hon betraktar sig själv som konsult till barnmorskorna och andra på ungdomsmottagningen. Barnmorskorna fördelar besöken till gynekologen. Arbetsfördelningen är klart definierad mellan dem. Barnmorskorna sysslar med prevention såsom förskrivning av p-piller, medan gynekologen möter de ungdomar som är mycket unga eller som behöver en förstärkt medicinsk bedömning. Det är sällan en ungdom själv söker gynekolog annat än vid återbesök. När det gäller p-pillerförskrivning till en ung kvinna som har en sjukdom är gynekologen alltid med, likaså då någon söker för oönskade graviditeter eller sjukdomstillstånd. Vid aborter samarbetar alltid gynekologen och barnmorskorna.

Ungdomsläkaren har arbetat nästan 20 år på samma ungdomsmottagning och var med och byggde upp mottagningen. Hon har aldrig upplevt sig som medicinsk konsult utan som medarbetare i teamet.

- Det var aldrig något förbehåll för att man hade få timmar. Jag har lärt känna folk så jag slipper stå och förklara mig. Jag kan säga vad jag tycker och jag känner att de lyssnar på mig. Jag behöver aldrig slåss för mina åsikter. Vi diskuterar ungdomar från olika perspektiv. Det blir en samsyn. Det är som att lägga pussel och fram träder en hel och kanonisk bild av en ungdom. Människan är både kropp och själ. Det gäller psykosomatik och social påverkan, anser ungdomsläkaren.

Ungdomsläkaren understryker att behandlingsarbetet med Erika lyckades eftersom det var ett samarbete mellan flera yrkeskategorier på mottagningen. Som läkare kunde hon uthärda oron över de allvarliga kroppsliga symtomen tack vare att hon visste att Erika fick hjälp även av annan personal. Läkaren tror även att hon lyckades förmedla till Erika att hon förstod henne och att hon var mycket engagerad i henne.

Ungdomsläkaren understryker att Erika genom att acceptera behandlingen på ungdomsmottagningen visar tillit till mottagningen. För att kunna erbjuda Erika behandling var ett nära samarbete mellan de olika yrkesprofessionerna ett grundkrav. Erika hade primärt ett behov av hjälp både med psykologiska och sociala frågor, men hon valde att presentera frågeställningen som enbart en kroppsfråga. Det är lättare, för de flesta, att tala om kroppsliga symtom än om psykologiska och sociala.

Med en personalgrupp som har kompetens för både kroppsliga, psykologiska och sociala frågor kan ungdomar bli motiverade att också tala om frågor de har mindre beredskap till att ta upp.

Läkaren jämför kostnaderna för behandlingen på ungdomsmottagningen med annan vård, till exempel på sjukhus. Hon bedömer att behandlingen på ungdomsmottagningen sannolikt är betydligt lägre.

Ungdomsläkaren menar att om hon arbetat som konsult hade det enbart handlat om medicinska bedömningar. Som medarbetare diskuterar hon ungdomens hela situation även om utgångspunkten är de medicinska frågeställningarna. De andra medarbetarna väljer också att inhämta hennes bedömningar.

Gynekologen berättar att arbetet på ungdomsmottagningen är helt annorlunda än arbetet på sjukhuset. På ungdomsmottagningen kan hon ta god tid på sig att samtala med ungdomen. På sjukhuset arbetar hon ofta under tidspress. Många ungdomar upplever stort obehag inför den första gynekologiska undersökningen och känner sig utsatta i den situationen. De behöver ha korrekt information om varje moment och behöver titta på instrumenten. Ungdomarna måste känna att de kan lita på personalen. På ett sjukhus kan man inte alltid ta den tid som skulle behövas. Ungdomsmottagningen fyller en viktig funktion med att avdramatisera den första gynekologiska undersökningen. Barnmorskorna gör de flesta förstagsundersökningarna. Hon betonar vikten av att ha tillräcklig tid för förberedelse och samtal med ungdomen.

- Det som skiljer den här mottagningen från sjukhuset är att det inte är någon tidspress här utan att jag har tid med patienterna, säger gynekologen.

Hon tror inte att personalen misslyckas med någon förstagångsundersökning på ungdomsmottagningen. Däremot händer det på sjukhusen då personalen arbetar under tidspress.

- På ungdomsmottagningen känner jag att jag gör ett bra jobb. Det är lyxigt att få jobba under de förutsättningarna. Personalen kan följa upp ungdomarna vilket är tillfredsställande och jättebra. Jag har full kontroll på de patienter som jag själv bokar tid för och följer upp dem. Det är jag inte van vid på sjukhuset. Här tar vi hand om dem väl. Det är tillfredsställande att kunna ha en kontinuitet och få stämna av hur information och råd har mottagits. På sjukhuset får jag bara återbesök när något inte har blivit bra. Många ungdomar förstår nog inte vad det innebär då de kastas ut från ungdomsmottagningen vid 23 års ålder, berättar gynekologen.

Barn- och ungdomsläkaren har också erfarenhet av att arbeta på barnmottagning och skola. Jämförelsen mellan arbetet på skolan och ungdomsmottagningen är att hon som läkare på skolan håller sig mer strikt till det medicinska, även om hon där också strävar efter samarbete med psykolog och kurator. På ungdomsmottagningen är teamarbetet det framträdande. Hon deltar också i mottagningens teamhandledning, som hon upplever som grundläggande för att teamarbetet ska utvecklas. Det arbetssättet har hon även introducerat på den barnmottagningen hon arbetar på.

- Jag har alltid det tänket med mig numera, säger hon.

Den yttre miljön som finns på mottagningarna gör att det blir en positiv upplevelse att komma på besök. Gynekologen berättar att hon gärna har på sig en vit rock när hon är på ungdomsmottagningen. I början fick hon reda på att det inte var nödvändigt. Hon använder rocken för att det är bekvämt. I jämförelse med sjukhusmiljön är till och med undersökningssituationen annorlunda på ungdomsmottagningen.

- På ett sjukhus dukar man upp med sterila dukar och operationslampa och så vidare. Här har vi en liten bädd med ett överkast. Vi tvättar och gör sterilt och lägger på en duk runt om. Den unga kvinnan ligger på ett rött, mysigt överkast. Det är en avdramatiserad miljö som gör många lite fnissiga. På sjukhuset är det en klinisk miljö. Som läkare har jag dessutom betydligt längre tid på mig här. På ungdomsmottagningen upplevs det nog trevligare och inte så skrämmande, berättar gynekologen.

#### *Att diskutera*

1. Arbetskulturen i termer av tid, miljö och bemötande.
2. Fördelar och nackdelar med teamarbetet.

## *Sexualitet, identitet och relationer*

### *Fredrik - den konstruktiva oron och medvetna val*

Fredrik kom första gången i kontakt med ungdomsmottagningen när han gick i grundskolan. Han fick allmän information och besökte även en mottagning tillsammans med klassen. Sedan dess har han varit på ungdomsmottagningar flera gånger, på flera orter och av flera olika anledningar. Han har gått till ungdomsmottagningarna när det varit drop-in och träffat både manlig och kvinnlig personal.

Fredrik har hämtat kondomer på ungdomsmottagningen. Först tänkte han att han kunde handla kondomer i affären, men tyckte att det var pinsamt för då förstod alla vad han skulle använda dem till. Han kände till från skolinformationen att det fanns kondomer på ungdomsmottagningen.

- När jag gick upp för trappan var det skämmigt. Men när jag knackade på och hälsade var det inte så farligt. När jag sedan gick med mina kondomer, sa barnmorskan ”Tack för besöket”. Efter första besöket tycker jag inte alls att det är skämmigt att gå dit. Det är ingen klinik, det liknar inget sjukhus, säger Fredrik.

Fredrik upptäckte själv symtom i sitt underliv.

- Först skämdes jag lite, men jag ville inte prata med någon om det innan jag visste vad det var, säger han.

Medan Fredrik hade symtom i underlivet hade han också ett oskyddat samlag, vilket ytterligare oroade honom. Han började söka information på Internet och hittade fakta som stämde in på hans symtom. Då stärktes han i sin uppfattning att åter söka upp en ungdomsmottagning.

På mottagningen frågade han om sina symtom. Vid nästa besök var det dags för undersökning. När han kom tillbaka för att få svar konstaterades att han inte hade den sjukdom som han själv befarade. Men det kunde vara en annan sjukdom som inte har tydliga symtom. Vid det tillfället lämnade han urinprov.

Fredrik blev förvånad över att personalen, vid undersökningen av honom, var så lugn.

- Det var naturligt det jag skulle dit för att göra. Men det var första gången för mig. Personalen verkade kunna hantera det bra. De förmedlade att det inte är något speciellt med en undersökning. Det har vi gjort förut, det är bara att slå sig ner så gör vi det. De var inte ens klädda som läkare, konstaterar Fredrik.

Han fick inget besked då för analysen av proven var inte klara.

Fredrik ringde inte tillbaka och personalen från ungdomsmottagningen hörde inte av sig. Han drog slutsatsen att han inte var smittad. Om han hade varit det hade de sökt upp honom, trodde han.



Fredrik förklarar sitt oskyddade samlag med att man måste ta hänsyn till i vilken situation man befinner sig. Den gången var han på en festival och träffade en tjej, vilket ledde fram till att de hade ett oskyddat samlag. Hans oro gjorde att han testade sig omgående och all tidigare oro förstärktes i väntan på svar. I hans farhågor ingick också faran för att vara smittad med hiv.

Fredrik menar att han utsatte sig för risker på festivalen för att han inte tänkte som han gjort tidigare.

- När jag är tillsammans med någon jag bryr mig väldigt mycket om, och när hon känner likadant, hinner jag tänka och då skyddar jag mig. Jag har inte så bråttom då. Men om jag är ute och roar mig en kväll och känner att tiden går och snart så är det sent, då vill jag ha så kul som möjligt och då tänker jag inte särskilt mycket, berättar Fredrik.

Han säger också att många ungdomar som är alkoholpåverkade kanske inte bekymrar sig för följderna av oskyddade samlag.

Han hade påbörjat sitt sexuella samliv redan innan det oskyddade samlaget. Fredrik förberedde sig väl för det första samlaget. Han och flickvännen besökte gemensamt ungdomsmottagningen och hämtade kondomer. När han började använda kondom var han väl medveten om att man behöver skydda sig för sexuellt överförda sjukdomar. Fredrik berättar att han inte ville utsätta sin flickvän för att hon skulle bli gravid eller att de skulle få sjukdomar som de skulle få ha kvar hela livet.

- Det blir en massa problem av det, menar han.

Fredrik brukar inte ha oskyddade samlag.

- Den gången jag hade det blev jag så orolig att jag började relatera till allt möjligt. Jag fick liksom en chock.

Efter denna erfarenhet känner Fredrik att han inte orkar gå igenom detta en gång till utan kommer att ta det mer seriöst. Tidigare hade han tänkt att det bara är de som har samlag varje dag, eller de som är prostituerade, som kan bli smittade med sexuellt överförda sjukdomar som hiv.

- Det gick upp för mig att till och med jag kan bli smittad. Det blev en läxa, konstaterar Fredrik.

#### *Varför var Fredrik orolig?*

1. Utsatte sig för risker.
2. Medvetenhet om konsekvenser.
3. Hänsyn till sin partner.
4. Föreställningar om vuxenvärldens representanter.

### *Kommentarer*

1. När ungdomsmottagningarna startades var en av huvuduppgifterna att förebygga önskade graviditeter. Därefter har uppdraget utökats till att också förebygga smitta av sexuellt överförda infektioner. I ungdomsmottagningarnas uppdrag ingår att informera ungdomar om preventivmedel och konsekvenserna av riskbeteende. Många ungdomsmottagningar har ett väl etablerat samarbete med grundskola och gymnasium i sitt upptagningsområde.

Vid den första skolinformationen om ungdomsmottagningen får eleverna veta vad man kan söka för, vilka som arbetar där och var mottagningen ligger. Syftet är också att avdramatisera det första besöket på mottagningen genom att ungdomarna kan träffa personalen vid informationstillfällena.

Även om alla ungdomar erbjuds information är ungdomarnas förutsättningar och mognadsnivå olika för hur de kan ta emot informationen och omsätta den i sitt eget liv. Det handlar om attityder och förhållningssätt till sig själv och om de relationer tjejer och killar har.

Fredrik har förstått informationen och tar eget ansvar från första början i sitt sexuella samliv. Vid ett tillfälle skyddar han sig inte och riskerar att bli smittad. Det medför att han fördjupar sin kunskap om sig själv och blir ännu mer kompetent att ta ansvar för sin sexuella hälsa.

2. Drygt hälften av alla tonårsgraviditeter slutar med abort. Ökningen av sexuellt överförda infektioner i ungdomsgruppen ökar (18). Detta tyder på att ungdomar inte aktivt skyddar sig mot graviditeter eller sexuellt överförda sjukdomar, trots ungdomsmottagningarnas informationsverksamhet. Ungdomar har olika sätt att förhålla sig när de har oskyddade samlag. De kan låta tiden gå och se om det blir konsekvenser eller lägga över ansvaret för eventuella konsekvenser på partnern. Ungdomarna kan också snabbt ta konsekvenserna och låta testa sig.

Eftersom Fredrik redan innan det oskyddade samlaget hade symtom var han orolig för att han hade någon sjukdom. Oron förstärktes av det oskyddade samlaget och han omsatte den i praktisk handling och gick för att testa sig. I hans sätt att tänka om sig själv sker en förändring till att även hans beteende med oskyddade samlag har konsekvenser för honom själv och hans partner. Tidigare, då han hade skyddat sig vid samlag, hade han ingen realistisk oro. När han fick symtom i underlivet aktiverades oron. Han förstärkte sin oro genom att i faktisk handling ytterligare aktivera den, genom att ha oskyddat samlag. Detta ledde fram till att han testade sig. Oron förändrades till en än mer realistisk oro, som medförde en mer ändamålsenlig strategi och insikt. Även han kan bli smittad och han kan bara själv ha ansvar för detta, insåg han.

3. Då det sexuella mötet sker mellan två individer är det angeläget att båda har fullgott skydd mot oönskad graviditet och mot smitta av sexuellt överförbara infektioner. För detta krävs att de pratar med varandra och har ett ömsesidigt ansvar.

Fredrik beskriver att behovet av att ta ansvar för sin sexualitet är olika om man har en relation eller inte. När han har en relation, i vilken sexualiteten ingår, tar han stor hänsyn till att skydda både sig själv och flickan. Vid tillfälliga relationer är det stundens upplevelser som är avgörande och inte konsekvenserna för handlingarna, även om han är väl medveten om riskerna.

När han har en relation kan han ha kontroll över sitt sexuella beteende. Då är hans kunskap om sexuellt överförbara infektioner till synes tillräcklig. Han har dock en uppfattning att om någon är sexuellt mycket aktiv med samlag varje dag eller prostituerad, finns risken att bli smittad med sexuellt överförda infektioner. Han har dock i det läget inte kopplat samman risken med sig själv. Det är troligen ett högst vanligt förhållningssätt för att värja sig mot information och kunskap, som kan vara skadlig för en själv.

Fredriks riskbeteende med ett oskyddat samlag var ett beteende som också ledde fram till att han fick en integrerad kunskap om risken att bli smittad vid oskyddade samlag.

Fredrik är en känslomässigt kompetent ung kille, som gör ett övervägande om att han inte vill utsätta sig för det obehag och den oro som dels hans symtom i underlivet, dels det oskyddade samlaget medförde. Förändringen hos honom handlar om att hans oro har förvandlats till erfarenhet och kunskap om sig själv och om sexuell hälsa i allmänhet. Han ser sig som delaktig och ansvarig för sina handlingar och har en tilltro till att vid framtida påfrestningar kunna lösa svårigheterna.

4. Frågeställningar kring sexualitet är känsliga för många och speciellt för ungdomar. Fredrik berättar om hur han tänkte innan han vågade sig till en ungdomsmottagning. Först ville han få mer information. Med ungdomsårens utveckling följer stora kroppsliga och psykologiska förändringar vilket också kan ge upplevelser av att inte vara normal. Många ungdomar som kommer till en ungdomsmottagning har funderingar om de är normala både vad gäller kroppen och själen. De kan uppleva känslor av att något är fel och de skäms över sina upplevelser. Dessutom är sexualiteten i sig känslomässigt laddad och kan även vara skamfylld.

Fredriks möte med personalen vid ungdomsmottagningen gör honom alltmer övertygad om att hans känslor av skam är naturliga. Efter hand bemästrar han dem. Han fångar upp att personalen, som delade ut kondomer till honom och flickvännen, sa ”Tack för besöket”. Han beskriver det med att det kändes bra att flickvännen och han kom. Det medförde att Fredriks skamkänslor förändrades, eftersom personalen förmedlade trygghet och säkerhet i mötet med honom.

När Fredrik blivit undersökt förändras hans föreställning om att ungdomsmottagningar är som sjukhus – en klinisk miljö och speciell klädsel för personalen. Han kommenterar det med att personalen sade att det han sökte för var naturligt. Han kände en tillit till dem. Han tyckte att de kunde sin sak. Ungdomsmottagningen har också en trygghets-

skapande utformad miljö. De möten, som han hade med personalen, gjorde att han efter hand kände sig lugn och att samtalen om sexualitet med vuxna var enkelt och inte längre så skamfyllt.

#### *Att diskutera*

1. Är Fredrik en vanligt förekommande kille på en ungdomsmottagning?
2. Är information om risker och riskbeteende tillräckligt för att påverka ungdomar?
3. Hur kan man arbeta med skamkänslor kring sexualitet?
4. Hur inverkar den yttre miljön på mötet mellan ungdom och personal?

#### *Hanna - risktagande - medvetna val*

Hanna har fått information om ungdomsmottagningen genom att personal därifrån har varit på skolan. Hon har besökt ungdomsmottagningen många gånger, både på bokade och spontana besök. De oplanerade besöken har gällt graviditetstest och dagen-efter-piller.

Hanna blev orolig efter att ha haft oskyddat samlag och behövde ett dagen-efter-piller. De oskyddade samlagen förklarar hon med att hon har kroppsliga svårigheter med att killen använder kondom. Det har lett till att hon inte har skyddat sig fullt ut, trots att hon är medveten om riskerna.

Hanna tycker att när hon fått dagen-efter-piller har det inte känts bra. Hon tycker att det är svårt att förklara vad som gjorde att hon kände obehaget.

- När personalen förklarade riskerna med att ha oskyddat sex sade de bara ”Här har du ett paket kondomer, använd dom tills du får dina p-piller.” Det var sådär kort och på ett ”tyket” sätt.

Hon har sökt barnmorska vid ett flertal tillfällen, när hon haft besvär av p-pillren. Då har hon fått bra och omfattande förklaringar till varför ett piller inte alltid fungerar och så prövade de sig fram till en ny sort. Dessa gånger har hon upplevt att hon blivit väl omhändertagen.

Vid ett tillfälle skulle Hanna få en tid för att göra en gynekologisk undersökning. Hon hade önskat att bli undersökt av en kvinnlig gynekolog. När hon fick besked om att det skulle vara en manlig, glömde hon tiden och gick inte dit. Hon konstaterar att det kanske var för att hon var nervös. Nästa gång hon sökte upp barnmorska för att få nya p-piller, frågade barnmorskan om hon hade gjort den gynekologiska undersökningen. Hanna berättade att hon inte gått dit. Då föreslog barnmorskan att hon kunde göra en undersökning.

Barnmorskan förstod att Hanna inte ville bli undersökt av en manlig gynekolog. Hon förklarade noggrant hur hon skulle gå till väga och visade alla instrumenten. Hanna var nöjd med det.

- Jag var väldigt nervös och kände att jag aldrig vill bli undersökt av en man. Alla ska få välja om man vill ha manlig eller kvinnlig gynekolog.

Hanna har valt att gå till ungdomsmottagningen för frågor om preventivmedel och testningar av sexuellt överförda sjukdomar. Hon vet att hon också kan gå dit om hon har frågor om relationer, bland annat om killar. Hanna menar att det i så fall ska vara väldigt allvarliga frågor. I första hand väljer hon att prata med sina vänner och med familjen. Om det handlar om henne som person kommer hon att vända sig till en psykoterapeut eller psykolog. Hon tror inte att det finns psykoterapeuter på ungdomsmottagningen. Dessutom har hon haft kontakt med och hjälp av psykolog på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning. Dit vänder hon sig igen om hon behöver, tror hon.

Hanna sökte till barn- och ungdomspsykiatri för prestationsångest, som hon då haft sedan lång tid tillbaka. Det var värst under högstadietiden. Hon hade ångest för mycket annat också. Hennes beskrivning av samtalen hos psykologen på barn- och ungdomspsykiatri var att de satt och pratade om allt möjligt. Till exempel hur man känner sig i olika situationer och hur man ska handskas med känslorna. Hon lärde sig olika sätt att hantera sin ångest. De träffades oftare i början av samtalskontakten och sedan med längre tid emellan. När Hanna gått i samtal i ett år och kände att hon klarade sig själv avbröt hon kontakten. Hanna menar att hon har mognat och i dag behöver hon inte professionell hjälp. Hon kan tänka sig att söka psykolog på nytt om hon får behov av det.

Hannas motivering till att hon i första hand får hjälp av vänner och av familjen, är att de kan se att hon inte mår bra. Hon berättar att hon försökte dölja sina svårigheter när hon var deprimerad, genom att visa sig överdrivet glad. Hon säger att hon märker att det finns en gräns, där kompisarna och familjen inte kan hjälpa henne längre. Då är det dags för henne att söka professionell hjälp. Hanna har tipsat flera kompisar om att söka hjälp för samtal, vilket också en del har gjort.

Hennes uppfattning är att man söker ungdomsmottagningen för frågor om sexualitet i första hand och hon tror inte att det finns någon psykolog på ungdomsmottagningen.

Hanna beskriver att hon en gång känt sig avvisad, då hon behövde akuthjälp på ungdomsmottagningen. Det fanns ingen möjlighet att få hjälp den gången. Hon tycker att det ska finnas både drop-in-mottagningar och bokade besök. Hanna känner att personalen bryr sig om ungdomarna och att de är förstående inför ungdomarnas frågor.

#### *Varför blev det enkelt för Hanna att få hjälp*

1. Riskbeteende kräver ökad medvetenhet och ansvar hos ungdomarna.
2. Förmåga att välja bort det man inte är mogen för och det man behöver.

#### *Kommentarer*

1. Hanna har svårt att finna ett preventivmedel som fungerar och besöker därför ungdomsmottagningen många gånger. När Hanna ibland har oskyddade samlag och besöker ungdomsmottagningen för testning av graviditet och sexuellt överförda sjukdomar, upplever hon att personalen behandlar henne på annat sätt, inte lika respektfullt, som när hon kommer för preventivmedelsrådgivning.

Hanna är väl medveten om hur hon förhåller sig till sina egna frågeställningar om sexualiteten, psyket och relationerna. I hennes subjektiva förklaringsystem ingår att ta ansvar för följderna. Hon är medveten om att hon utsätter sig för risker. Även om hon tar risker hanterar hon dem på ett sådant sätt att hon snabbt kan korrigera oönskade följder. Hon tycker också att det ska finnas både drop-in-tider och bokade besök, vilket underlättar just de akuta behoven.

2. Hanna blev erbjuden tid för gynekologisk undersökning och får reda på att gynekologen är en man. Hon uteblev från besöket och förklarar det med att hon glömde bort det för att gynekologen var en man, hon ville faktiskt inte bli undersökt av en manlig gynekolog. Dilemmat löstes med att barnmorskan gjorde undersökningen. Hanna var helt nöjd med sin strategi att inte möta den manliga gynekologen.

Hon gör också en differentiering av mottagningar med olika kompetens. Då ungdomsmottagningen inte har någon psykoterapeut, vänder hon sig inte dit med frågor som kräver den kompetensen. Däremot vet hon att för frågeställningar om sexualitet kan hon välja ungdomsmottagningen.

När man frågar ungdomar vart de vänder sig när de har frågor om sig själva, som personer, eller frågor om sina relationer, svarar de flesta i första hand att de vänder sig till sitt sociala nätverk (7, 9). Hanna väljer att gå till dem som känner henne, för de kan även se om hon mår dåligt utan att hon har berättat om det. När hon behöver mer hjälp än de kan ge vänder hon sig till professionella.

#### *Att diskutera*

1. Har du mött en liknande situation?
2. Förändrar du förhållningssätt och bemötande om ungdomar återkommer ofta utan att ha skyddat sig?
3. Kan ungdomar välja om de vill möta en manlig eller kvinnlig personal?
4. Har ungdomar kunskap om vilka yrkesgrupper som arbetar på en ungdomsmottagning?

#### *Gabriella - rädd för gynekologisk undersökning - aborten och depressionen*

Gabriella har fått information om ungdomsmottagningen av personal som besökt skolan, men hon kommer inte ihåg vad de informerade om. När hon som 15-åring besökte ungdomsmottagningen var det hennes kompisar som tipsat henne om att söka dit.

Kompisarna följde med Gabriella på hennes första besök när hon skulle få p-piller. Gabriella hade inte samlagsdebuterat. Barnmorskan skrev ut p-piller för tre månader. Gabriella uppfattade att barnmorskan sade att vid nästa besök skulle hon göra en gynekologisk undersökning. I samband med det, skulle Gabriella få ett nytt recept på p-piller.

Gabriella var mycket rädd för att bli undersökt och delade in rädslan i tre, för henne meningsfulla, moment.

- Att först klä av sig, sedan gå de där få stegen till undersökningsstolen och sedan ligga i gynstolen och känna sig utlämnad.

Gabriella berättar att när hon sökte för att få p-piller tog personalen inte hennes önskemål på allvar. Enligt hennes beskrivning var de ”tykna”.

- Det verkade som barnmorskan uppfattade det som att jag ville ha p-piller bara för att mina kompisar ville ha p-piller.

I Gabriellas föreställningsvärld var hotet om att bli undersökt alltför stort för att hon skulle söka sig tillbaka till ungdomsmottagningen och förnya sitt recept på p-piller. Det resulterade i att hon påbörjade sitt sexuella samliv utan att skydda sig mot varken graviditet eller sexuellt överförbara sjukdomar.

Gabriella återvände inte till ungdomsmottagningen förrän hon var 18 år, då hon hade ett aktivt sexuellt samliv. Den gången fick hon ett recept på p-piller för sex månader, men fortfarande uppfattade hon att det var krav på att hon skulle göra en gynekologisk undersökning inför ett nytt recept.

Inte heller denna gång går hon tillbaka till ungdomsmottagningen, eftersom hon inte vill utsätta sig för en undersökning.

Gabriella hade återigen oskyddade samlag och började efter hand tro att hon inte kunde bli gravid. Det uppstod tankar hos henne att förklaringen måste vara att hon hade någon sjukdom i underlivet.

Med tiden blev hon dock gravid och medger då att hon hade haft fel. Efter det att hon själv gjort ett graviditetstest ringde hon till ungdomsmottagningen och ville veta hur hon skulle gå till väga för att få göra abort.

Hon blev hänvisad till ett sjukhus, men valde omsorgsfullt ett annat sjukhus, där hon kunde vara säker på att inte träffa på någon hon kände.

Gabriellas första besök på sjukhuset var för att träffa en kurator. Hon berättar att hon var mycket missnöjd med den kontakten. Hon kände sig ifrågasatt för sitt utseende och för sitt val att göra abort. Kuratorn föreslog bland annat att Gabriella kunde få socialhjälp om hon födde barnet. Hon kände att kuratorn ville påverka henne till att föda barnet.

Den andra överraskningen för henne var att det var mycket blodprovstagning innan hon fick träffa en gynekolog. Besöket hos gynekologen blev emellertid en vändpunkt. Gabriella beskriver att hon blev väl omhändertagen. Då hon berättade att hon var mycket rädd för en undersökning tog gynekologen, enligt Gabriella, detta på allvar. Hon fick titta på instrumenten och gynekologen beskrev hur undersökningen går till.

Gabriella berättar att när hon väl träffade gynekologen släppte hennes oro och den gynekologiska undersökningen kunde genomföras. Hennes upplevelse var att det inte alls var så farligt som hon föreställt sig.

Därefter genomfördes aborten. Gabriella var ledsen och funderade mycket på om hon hade gjort rätt. Detta varade i ett par veckor och hon ringde upp den kurator som arbetade på ungdomsmottagningen. De träffades sedan varje vecka i ett par månaders tid. Gabriella beskriver att samtalen hos kuratorn gick till så att hon fick berätta om all den oro hon burit på kring sexualiteten och kroppen.

– Samtalen handlade om det mesta som rör livet, säger Gabriella.

Hon beskriver också att hon vid samtalen med kuratorn fick hjälp med att se på en och samma sak ur flera olika perspektiv.

Hennes frågeställningar om hur det kom sig att hon blev gravid just då, trots alla tidigare oskyddade samlag, har upptagit henne mycket. Hon har nu slutat att ha oskyddat sex. Hon reagerar snabbt, då hon hör att någon annan har oskyddade samlag, genom att berätta om farorna. Gabriella berättar vidare att det tog slut med pojkvännen. Med kuratorns hjälp kunde hon se det på olika sätt.

– Det kändes som att prata med en kompis. Kuratorn lyssnade, tillägger hon.

Relationen med pojkvännen återupptogs och det är Gabriella nöjd med.

Hon konstaterar att det inte hjälpte att prata med kompisar, utan det var nödvändigt att prata med någon vuxen, som kunde hjälpa henne.

– Man måste vara i det själv för att förstå. Då kan man ta ansvar och det är bara jag själv som kan ta det ansvaret.

Gabriella konstaterar också att hon vid nästa gynekologiska undersökning kommer att söka upp den gynekolog som genomförde aborten, eftersom de fick en bra kontakt. Dessutom var hon trevlig. Gabriella tror också att hon sannolikt inte hade gjort en gynekologisk undersökning ännu om hon inte hade blivit gravid.

*Varför fick inte Gabriella den hjälp hon ville ha för att kunna skydda sig mot oönskad graviditet?*

1. Informationen tolkas utifrån mottagarens perspektiv.
2. Bemötandet från barnmorskan.
3. Rädsla för kroppsundersökning.
4. Ifrågasättandet av beslut för sökandet vidare.

#### *Kommentarer*

1. Både killar och tjejer kommer i grupp till ungdomsmottagningarna för att få preventivmedel. Tillsammans har de stöd av varandra om det är första gången de söker för preventivmedel. Frågeställningar om sexualiteten kan vara starkt känslomässigt laddade i sig. Även om de söker upp ungdomsmottagningen i grupp är deras individuella behov olika. En ungdom har stora bekymmer med sin kroppsupplevelse. En annan är inte alls bekymrad över sin kropp. De tolkar sannolikt informationen om en föreslagen kroppsundersökning på helt olika sätt. För att få ungdomar att använda preventivmedel



är stöd och bearbetning av känslor och attityder en del i påverkansprocessen utöver faktainformation.

Under ungdomsåren blir egna val, beslut och ansvar viktigare. Det kan medföra dilemman, där värnandet om den egna integriteten kommer i konflikt med krav från vuxenvärlden. Även om det medicinskt kan vara befogat att göra en kroppsundersökning är det viktigt att den enskilda tjejens eller killens önskan respekteras. Detta är ett etiskt dilemma som kan utgöra underlag för diskussioner ur ungdomens perspektiv likaväl som mottagningens.

I rutinerna för hur preventivmedel skrivs ut ingår bland annat en anamnes om menstruationer, graviditeter, aborter, ärftlig belastning och tidigare besvär. I rutinerna på ungdomsmottagningar ingår även frågeställningar om sexualdebut och relationer. Vid det individuella samtalet med ungdomar kan barnmorskan och kuratorn få förståelse för hur ungdomen har tolkat informationen och därefter anpassa ytterligare information.

2. Gabriellas upplevelse av barnmorskans bemötande kan förstås på många sätt. Vid det första besöket kände Gabriella sig ifrågasatt, bland annat hennes behov av preventivmedel. Samtidigt var Gabriella lyhörd för de villkor som gällde för att få ett nytt recept på p-piller. Att känna sig både ifrågasatt och rädd kan ha medfört att den ursprungliga rädslan ytterligare förstärktes eftersom Gabriellas motiv ifrågasattes. Viljan att skydda sig mot graviditet och sexuellt överförda sjukdomar fanns hos Gabriella redan före sexualdebuten. Det förhindrades dock av hennes rädsla för en gynekologisk undersökning och av information om att det var nödvändigt med en gynekologisk undersökning för ett förnyat recept på p-piller. Bemötande på en ungdomsmottagning kan vara avgörande för hur ungdomar hanterar sin sexuella hälsa. Barnmorskan hade sannolikt liten möjlighet att fånga upp Gabriellas sätt att tänka om sig själv och sin kropp.

3. Den första gynekologiska undersökningen är laddad för de flesta ungdomar och kräver en god mental förberedelse. På ungdomsmottagningar görs många förstagångsundersökningar. De flesta görs av barnmorskor. Som ung människa kan man vara rädd för att klä av sig och exponera sig eftersom kroppen genomgår stora förändringar, vilket inverkar på självbilden. En noggrann beskrivning av hur en undersökning går till underlättar. För ungdomar, som har en destruktiv kroppsuppfattning, är en gynekologisk undersökning extra bekymmersam och kräver därför en förtroendefull relation, vilket kan leda till ökad självkänsla.

Gabriellas rädsla för att klä av sig och visa kroppen leder till att hon påbörjar sitt sexuella samliv utan att skydda sig. Hon gör ett nytt besök på ungdomsmottagningen när hon är 18 år. Den gången får hon p-piller utskrivet i sex månader och informeras om att en gynekologisk undersökning kan behövas vid nästa besök. Detta leder till att hon återigen inte besöker ungdomsmottagningen. I hennes subjektiva förklaringsystem ingår kravet på att bli undersökt för att få förnyat recept. Det leder till att hon inte skyddar sig även om hon önskade att fortsätta med p-piller. Ju längre tid som hon har oskyddade samlag utan att bli gravid, desto större blir rädslan. Det blir ytterligare en

belastning på hennes ursprungliga rädsla att visa kroppen. Nu tror Gabriella dessutom att hon har en sjukdom, som gör att hon är steril och därför inte blir gravid.

Besöken på ungdomsmottagningen leder till att hon får preventivmedel. Men Gabriella tar inte emot informationen på det sätt barnmorskan avser. Hon förmår inte heller fråga eller berätta om sin svårighet för barnmorskan.

För att den första gynekologiska undersökningen ska kunna göras under optimala förhållanden är det nödvändigt att ha tillräckligt med tid för att skapa en förtroendefull undersökningssituation.

4. I samband med att man ansöker om abort erbjuds samtal med en kurator, vilket kan ske både före och efter aborten. Den kurator Gabriella träffade på sjukhuset tyckte hon ifrågasatte hennes redan tagna beslut. Informationen om att Gabriella kan få socialbidrag, om hon föder barnet, uppfattar Gabriella som mycket kränkande. I den krissituation hon befann sig kan det givetvis vara en missuppfattning eller en övertolkning, men det är den upplevelsen som Gabriella har med sig. Samtalet med kuratorn gör att hon aktivt tar ställning utifrån sina egna behov och önsknings. Hon värderar kuratorns idéer på ett kritiskt sätt och avstår från vidare kontakt.

Besöket hos gynekologen medförde en vändning i Gabriellas förhållningssätt till sig själv och till dem som ska hjälpa henne. Mötet med den kvinnliga gynekologen blev helt avgörande för hur hon löste sina frågeställningar kring kroppen och sexualiteten. Hennes rädsla förändrades. Hon tror inte att hon hade gjort en gynekologisk undersökning ännu om hon inte hade blivit gravid.

Efter den genomförda aborten får Gabriella en kris. Då gör hon ett aktivt val och söker upp kuratorn på ungdomsmottagningen. Det mötet upplevde hon som mycket positivt och värdefullt. Det ledde till att både beteendet och hennes förhållande till sin egen kropp och hennes relationer förändrades.

Gabriella har förändrat sitt beteende genom att ta eget ansvar att skydda sig för både oönskad graviditet och sexuellt överförbara sjukdomar. Dessutom har hennes rädsla för en gynekologisk undersökning förändrats. Hennes sorg och depression bearbetade hon likaväl som hon fick andra strategier att hantera relationer.

Bemötandet av ungdomar är speciellt viktigt med tanke på att de söker för första gången själva och då om frågor som är känsliga över lag. Gabriella visar det i sitt enträgna sökande efter personal som kan ta emot henne och hennes frågor på det sätt som passar henne. Samarbetet med den kurator, som hon möter på ungdomsmottagningen, leder också till en förändring av hennes syn på sig själv, sin kropp, sexualitet och sina relationer.

*Att diskutera*

1. Har du själv mött en liknande situation?
2. Hur kan man möta ungdomar med rädsla för kroppsundersökningar?
3. Hur kan man avgöra vilken information som underlättar respektive försvårar användandet av preventivmedel?
4. Vilka strategier finns för ett gott bemötande?

*Boel - depression och ångest**Intervju med psykolog*

Boel sökte mottagningen för att hon var deprimerad. Hon hade haft svårt att fullfölja en utbildning. Därefter började hon på olika arbeten, men slutade efter en tid eftersom hon blev mycket stressad.

Boel berättar om en stark längtan efter närhet samtidigt som hon är rädd för livet. Hon är ledsen och nedstämd, men har inte självmordstankar. Boel är äcklad av sin kropp, det finns ingenting som är bra med kroppen. Hon kan inte bejaka närhet till andra. Hon kan inte heller identifiera sig med sin sexualitet. Boel bestraffar sig med att svälta. Denna upplevelse av sig själv har Boel haft så länge hon kan minnas. Hon har svårt med att bli vuxen och att ta ansvar för sitt eget sociala liv.

Boel lever isolerat och har inga vänner. Kontakten med föräldrarna är komplicerad, vilket innebär att det är svårt för henne att umgås med dem. Psykologen menar att Boel inte har fått den trygghet och bekräftelse hon behövt från sina föräldrar. Det visar sig i ungdomsåren bland annat genom bristande relation till sig själv och att hon tycker illa om sin kropp. Den psykologiska problematiken uttrycks genom kroppsliga symtom, menar psykologen.

Det psykoterapeutiska arbetet har handlat om att i första hand förmedla hopp om att förändring är möjlig. För det andra handlar det om att försöka hjälpa henne att förändra sitt tankesätt om sig själv. Psykologen bedömer också att samtalen, som syftar till ökad förståelse och insikt om sig själv, inte är tillräckliga för Boel. Det vore önskvärt om Boel kunde få praktisk hjälp med att knyta kontakter i ett socialt nätverk där det som bearbetas i samtalen aktivt kunde praktiseras i verkligheten.

Psykologen anser att det vore värdefullt om ungdomsmottagningen hade ytterligare kompetenser, där ungdomar kunde få vägledning i det sociala livet utanför samtalsrummet. Många ungdomar flyr in i fantasivärldar när de inte kan fungera tillsammans med andra.

Boel visar en ensamhet både i yttre och inre bemärkelse. Den existentiella ensamheten och en ensamhet i frånvaro av andra kontakter. Psykologen betonar att svårigheter i identitetsutvecklingen och specifikt i den sexuella identiteten är vanligt förekommande frågeställningar på en ungdomsmottagning.

*Hur kan man förstå Boels depression och ångest?*

1. Tidiga brister blir synliga i ungdomsåren.
2. Längtan och rädsla för närhet samt förakt för den egna kroppen.
3. Kunskap om depression och ångest i ett hälsoperspektiv.

*Kommentarer*

1. I ungdomsåren förväntas ungdomar klara sig själva i många avseenden, bland annat skapa både vänskapsrelationer och kärleksrelationer. De ska forma sin identitet, egna värderingar och sin framtid. De ska kunna försörja sig själva och lämna primärfamiljen.

I vårt samhälle är ungdomsperioden relativt lång. Den fysiska mognaden är klar långt innan ungdomen har en känslomässig mognad. Möjligheterna att försörja sig själv är relativt små och medför att man inte kan lämna primärfamiljen.

Ungdomsperioden är en sårbar utvecklingsperiod och påfrestningarna kan bli stora när den sexuellt mognande kroppen är i obalans med den psykologiska utvecklingen.

Teman i personlighetsutvecklingen som ofta blir tydliga i ungdomsåren är anknytnings- och separationsteman, som är ett led i utvecklingen till en självständig människa. Enligt anknytningsteorin (19) formar barnet en speciell relation till en eller flera närhetspersoner. Beroende av anknytningsmönstrets kvalitet får barnet olika kompetens att utforska omvärlden.

Ett barn med trygga anknytningsmönster vänder sig till närhetspersonen när det upplever oro och fara, medan barnet med det ambivalenta och undvikande anknytningsmönstret härbärgerar oron inom sig själv. Barn med svårigheter att knyta an utforskar inte omvärlden med samma iver och återvänder inte heller till anknytningspersonen när fara uppstår. Det desorienterade anknytningsbeteendet utmärks av att anknytning väcker rädsla hos barnet. Det är kvalitativa skillnader i barnets inre gestaltning av närhetspersoner.

Det utforskande systemet och anknytningen hör samman på så sätt att när barnet känner lugn och ro är anknytningssystemet vilande och barnet kan utforska omgivningen. När barnet känner fara eller oro upphör utforskandet av omgivningen och anknytningssystemet träder i kraft.

I ungdomsåren med förväntningar att på egen hand söka sig ut i samhället till studier, arbete och relationer kan tidiga anknytningsmönster visa sig som förmåga eller svårigheter att skapa och behålla relationer. Ungdomar som upplever trygghet utforskar omvärlden i visshet om att de får stöd när de behöver det. Medan de som inte har denna upplevda trygghet inte heller tror att de får stödet och utforskandet av omvärlden minimeras.

Relationerna till andra, både i grupper och till enskilda individer, är värdefulla för att ge form och stärka personligheten. Kamratkontakterna har ofta funktionen att stärka självkänslan och att finna sin roll i grupper. Den träning man som barn och ungdom förvärvar i skolklasser och kamratgrupper har Boel inte kunnat dra nytta av, eftersom hon har en rädsla för närhet med andra.

Boel har inga vänner. Sammanhangen med studier och arbeten blir kortvariga vilket också innebär att hon inte knyter kontakter med andra.

Om man inte har möjlighet till realistiska relationer kan dessa få karaktär av fantasi-relationer, som förälskelser på avstånd, narcissistiska relationer och dagböcker.

Psykologen uttrycker oro över att den terapeutiska kontakten inte är tillräcklig utan Boel borde få möjlighet att träna sig i de erfarenheter terapin ger. Det kan vara en möjlighet att arbeta med gruppverksamhet på ungdomsmottagningen som både inrymmer träning i relationer likväl som olika livsteman såsom relationer, ångest, depression och ensamhet.

2. Inom den objektrelationsteoretiska traditionen talar man om den tidiga personlighetsutvecklingen i termer av objektrelationer och med dem förbundna ångest och försvarsmönster. Den psykiska uppbyggnaden formas inom barnet som inre objekt som det relaterar till. Inre onda objekt representerar de avvisande, försummande och skrämmande föräldrabilderna, medan de goda objekten representerar aspekter som närhet, kärlek och omsorg. Från början kan barnet uppfatta modern som god då det får närhet, mat och värme. När barnet har behov av exempelvis mat och inte får det uppfattas modern som ond representation hos barnet.

Grunden för hur barnet i första hand kan relatera till sig själv och i andra hand till andra kan i ett objektteoretiskt perspektiv förstås genom hur integreringen av onda och goda objekt gestaltats.

Barn som har erfarenhet av att få emotionellt stöd när det behöver utvecklar en jagstyrka och stabil grundidentitet. Barn som har erfarenheter av att inte få det emotionella stödet utvecklar en djup rädsla och otillräcklighet som del i identiteten. I sin inre värld tvingas de bli självförsörjande och icke-behövande. Om barnet inte har utvecklat en relatering till sig själv, kan barnet inte heller relatera till andra, vilket medför att man får svårigheter att genomgå en individuations- och separationsprocess. Ett led i den tidiga individuationen är att man som individ integrerar både de onda och goda föräldrabilderna. Barnet kommer att inom sig själv uthärda avvisande och brister med stöd av tillit och hopp om förändring. De tidiga goda emotionella erfarenheterna ger hopp och möjlighet att längta och sörja det man ännu inte fått.

Om man inte har dessa inre goda föräldrabilder finns inte möjlighet till en integrering med de onda utan bristtillståndet kvarstår. Försvarssystem utvecklas mot den inre bristen. Det kan betyda att barn som inte får grundbehovet av till exempel närhet tillfredsställt förvandlar närhetspersonen i sitt inre till ett ont objekt mot vilket det riktar ilska och aggression. Barnet får inte det hon behöver och ilskan, frustrationen och hatet riktar mot det egna jaget och det man inte får känslomässigt från sina föräldrar förvandlas till en brist hos en själv. Ett annat sätt för barnet att reagera om det inte får det som behövs är att fly undan och förneka sitt behov.

Boel har både en längtan och en rädsla för kontakt med andra och berättar att det har hon upplevt hela sitt liv. Hennes längtan efter närhet kan tyda på att hon fått erfara goda närande relationer. Hennes uttalade rädsla för närhet visar dock att relationer med andra är starkt ångestframkallande. Ambivalensen löser hon genom att isolera sig. Rädslan för

övergivenhet blir mer realistisk när ungdomar förväntas bli självständiga i olika avseenden. Allteftersom man blir äldre får man en större förmåga att förstå innebörden i sin existentiella ensamhet. När barnet i sin tidiga utveckling inte har införlivat de goda kvaliteterna hos sina inre föräldrabilder, har man inte heller dem att utgå ifrån i ungdomsåren. De onda representationerna, självhatet och självföraktet, kan ta sig olika uttryck såsom att skada sig själv, missbruka eller svälta sig själv. Ilskan och frustrationen riktas mot självbilden och mot kroppen. Nedvärderingen av sig själv och föraktet för kroppen är delar i en depressiv hållning mot sig själv och omvärlden.

När den kroppsliga förändringen är genomgripande i ungdomsåren är det också naturligt att frågeställningar fokuseras kring kroppen, även om de har grunden i en psykologisk frågeställning.

Kroppen och utseendet är viktiga arenor för att passa in som tjej inom olika sociala grupper. Ambjörnsson (20) som följt elever från ett teoretiskt och ett yrkesorienterat program visar att tjejer skapar sig själva i dialog med varandra. En tjej som exempelvis anses vara snygg, men som inte deltar i den allmänna klagan om den egna kroppens brister, talar man illa om eftersom det hör till tjejrollen att inte vara nöjd.

Att ungdomar i dag fokuserar frågeställningar till kroppen kan också ha en förklaring i den av media och reklam frammanade bilden av kroppen som det mest framträdande hos den unga människan.

Boels förakt riktas främst mot kroppen. Hon äcklas av den och kan inte heller bekräfta sin sexualitet. Dessutom agerar hon ut sitt förakt genom en ätstörning.

Psykologen bedömde att Boel i tidiga år saknat tryggheten och bekräftelsen från föräldrarna. Hennes grundkänsla av nedstämdhet har funnits med hela livet, vilket ytterligare ger stöd för störningar i anknytningen och separationen från närhetspersonerna. Hennes relationer till föräldrarna är komplicerad. Boel har inga vänner, vilket också understryker att hon är rädd för livet, något som ger ångest över att leva.

Det psykoterapeutiska arbetet har funktionen av att etablera en tillitsfull relation och därigenom ge Boel erfarenhet av en bärande relation. Psykologen uttrycker detta med att Boel måste få ett hopp om att det är möjligt att få kontakt med andra och att det också gäller henne. Det psykoterapeutiska arbetet med Boel kräver ett flerårigt tidsperspektiv.

3. Enligt barnpsykiatrikommitténs (21) slutbetänkande lider cirka 5–10 procent av svenska barn av psykisk ohälsa. Andelen ungdomar i åldersgruppen 16–24 år som uppger symtom av ångslan, oro eller ångest har ökat mellan perioderna 1980/81 och 1998/99 från 5,4 procent till 11,0 procent bland unga män och från 12,5 procent till 22,8 procent bland unga kvinnor.

I en studie (22) av 2 300 ungdomar i åldersgruppen 16–17 år fick 2,3 procent av pojkarna och 8,9 procent av flickorna diagnosen depression. I en annan studie av 605 ungdomar i åldersgruppen 13–18 år studerades depressiva symtom och självmordstankar och deras samband med upplevda hälsoproblem och sociala relationer. I gruppen hade 9

procent måttliga eller svåra depressioner och 4 procent allvarliga depressioner medan 3 procent hade haft uttalade självmordstankar och åtminstone ett tidigare självmordsförsök.

Enkätstudier (23) bland 15–17-åringar visar att 7–8 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna har försökt ta sina liv.

Ungdomars psykiska hälsa är fokuserat i dag. Stöd och hjälpinsatser behöver sannolikt finnas på många olika nivåer. Samarbetet mellan instanser i det lokala samhället, såsom skolan, ungdomsmottagningen och psykiatrin, kan samordnas så att den unga människan ges möjligheter att kunna välja den instans som ger den bästa insatsen.

I det förebyggande arbetet för psykisk hälsa kan temat ångest och depression sättas in i ett perspektiv som hör till livet och utvecklingen. Ett gemensamt arbete för skolan, ungdomsmottagningen och psykiatrin är att förmedla kunskaper om depressioner och ångest till ungdomar.

#### *Att diskutera*

1. På vilket sätt känner du igen frågeställningarna?
2. Hur kan man hjälpa ungdomar med dessa frågeställningar?
3. När i tiden bör samhällets insatser vara mest intensiva?
4. Vilka faktorer påverkar ungdomarnas ökade ohälsa?

#### *Daniella - sexuella trakasserier - vuxna måste ta ställning*

Daniella har besökt ungdomsmottagningen med sin klass och personal från ungdomsmottagningen har även besökt skolan. En kompis till Daniella rekommenderade henne att söka en samtalskontakt på ungdomsmottagningen, då hon behöver få stöd från vuxna att stå för sin egen idé kring sexuella trakasserier.

I den skola där Daniella går är det vanligt att ungdomar använder könsord när de pratar med henne och andra. Hon menar att en del kompisar tar emot könsord från speciellt killarna, medan hon själv protesterar. Daniella kan säga ifrån och egentligen är det inte ett problem för henne. Däremot anser hon att det är ett oacceptabelt beteende mellan ungdomar. Hon tycker att fler måste säga ifrån. Hon vill tala med en vuxen utanför skolan, nyansera frågeställningen och få bekräftelse på att hon gör rätt.

Daniella har pratat med både lärare och rektorn på skolan där hon går. Hon är inte nöjd med deras svar och åtgärder. Svaren från vuxna i skolan har varierat från att ”dom är sådana” till att det bästa är att hårda ut. Snart börjar de på gymnasiet.

Hon tycker att det är helt fel att någon får använda könsord mot någon annan. Varifrån får de sådana ord, undrar hon. Daniella menar att hon inte förstår varför man säger ”hora” till någon annan.

- Alla har förändrats till det negativa. Speciellt killarna, de har förändrats över sommaren. Dom har fått en väldigt tyken attityd. Det är ingen som är snäll och ”go” längre. I nian borde de ju vara lite vuxna. Men de har blivit yngre i sättet, som en del var i sjuan, säger Daniella.

Hon berättar att när en kille, som hon inte kände, sa hora åt henne ställde hon honom mot väggen och frågade om han visste vad det betydde. De kände inte ens varandra. Daniellas förklaring till att killen sade så var att han har dåligt ordförråd, att han inte är bra i skolan och inte har något bättre att säga. Efteråt var det flera tjejer som sade till henne att det var bra att hon sagt ifrån och att de själva inte hade klarat av eller vågat det.

Daniella är bekymrad över att inte ungdomar säger ifrån. Hon är övertygad om att tar fler ställning mot kommer de sexuella trakasserier att upphöra. Hon menar att det är själva fenomenet att använda könsord som skällsord, som är problemet, inte att bara vissa gör det. Själv vill hon inte ha en kompis som använder könsord på det sättet. Då är hon hellre utan kompisar.

Syftet med att söka sig till ungdomsmottagningen är att Daniella vill bli stärkt i sin uppfattning och handling. Den vuxne där ska hjälpa henne med det som inte kompisarna kan göra.

- Personen på en ungdomsmottagning vet ingenting om skolan eller om min klass. Hon eller han är inte avtrubbad utan kan nog förstå hur hemska det är och kanske ge råd, säger Daniella.

Hennes tidigare samtal med vuxna på skolan har inte uppfyllt hennes önskningar. Hon har föreslagit skolledningen att någon kommer och föreläser om människovärdet för hon anser att de, som använder könsord mot andra, har en ”väldigt konstig människosyn”. Daniella är övertygad om att det skulle hjälpa alla.

De vuxna på skolan måste ta ställning till detta.

- Så får du inte säga, säger lärarna.
- Det hjälper inte alls. De tar inte ställning i frågan, menar Daniella.

Hon tycker att det är bättre att strunta i lektionen och ta upp en diskussion om varför man använder ett sådant språk, när det inträffar. Daniella tror inte att det finns något annat sätt än att säga ifrån. Hennes bedömning är att 70 procent av flickorna bara tar emot. En liten grupp flickor säger ifrån lite försiktigt och en liten grupp säger ifrån på skarpen.

Den killen, som hon ställde mot väggen, säger ingenting till henne längre. Hennes egen erfarenhet av att konfrontera den som använder könsord, är att den personen slutar med det mot henne åtminstone. Hon har stor tilltro till sin egen förmåga att hantera frågeställningen och en betydligt mindre grad av tilltro till att vuxna kan hjälpa henne.

Daniella beskriver att hon var rätt osäker på sig själv i årskurs 6, men efter det har hon blivit mer självsäker. Denna förändring har skett tack vare en av hennes kompisar, som uppmuntrat henne mycket att stå för sina idéer. Hon är också klar över att hon har gjort det mesta själv. Daniella uppfattar sig själv som en person som säger ifrån men protesterar inte mot allt. Hon gör sig inte ovän med många, men kan få en del emot sig då hon har en klar uppfattning i någon fråga. I klassen är det ledarna som styr. Ingen vågar hålla med Daniella.



*Varför lyssnar inte de vuxna på Daniella?*

1. Daniellas frågeställning tolkas som ett individproblem och inte ett allmänt problem.
2. Problemet bedöms inte som en allvarlig frågeställning.
3. Skolan har inget enhetligt förhållningssätt.
4. Vuxna har inte kompetens att bemöta ungdomarnas krav inom skolan.

*Kommentarer*

1. Att en elev ställer krav på att skolans personal och rektor aktivt tar ställning mot sexuella trakasserier på en skola, är ett krav som är högst aktuellt i dag. Flera undersökningar visar att sexuella trakasserier är vanligt förekommande både i grundskolan och i gymnasiet. Beroende på hur sexuella trakasserier definieras ger olika undersökningar olika resultat. I Ehrenlans och Kullenbergs studie (24) från 1996 på högstadieskolor i Stockholm uppger nästan hälften av flickorna att de är utsatta för sexuella trakasserier. I denna studie ingår bara flickor. I Menckels och Witkowskas studie (25) från 2002, där både pojkar och flickor ingår, uppger 77 procent av flickorna att de är utsatta. Siffran är något lägre för pojkar. I studien som Wernersson varit projektledare för är det 25 procent av eleverna, något fler flickor än pojkar, som uppger att de varit utsatta för sexuella trakasserier.

Med tanke på att de sexuella kränkningarna är omfattande i den svenska grundskolan är det också skollidningens ansvar att både ta upp frågan och stoppa de sexuella trakasserier.

Daniellas frågeställning bemöts med att hon ska försöka uthärda kränkningarna eller vänta tills eleverna lämnar skolan. Detta är ett individuellt bemötande av en frågeställning som berör hela skolan.

Behovet av att få råd och stöd i sitt ställningstagande kring sexuella trakasserier på en ungdomsmottagning har uppstått efter det att skolan, där de sexuella trakasserierna pågår, inte gett Daniella det stöd hon vill ha. Hon har uppfattat sin frågeställning som en fråga specifik för henne, men framför allt som ett allmänt problem för både ungdomar och vuxna.

Det handlar om både en individuell och en allmän frågeställning kring relationer. I sitt subjektiva förklaringsystem har hon tagit ställning till hur hon vill bli bemött. Daniella vill inte att någon använder könsord för att tilltala henne eller benämna henne. Hon säger aktivt ifrån om detta händer henne. Det stöd hon efterfrågar på ungdomsmottagningen är att dels få detta ställningstagande bekräftat, dels få råd om hur hon ska gå vidare med frågeställningen om attitydförändring hos andra ungdomar.

I de möten Daniella haft med både lärare och skollidning har hon inte fått något gensvar på sina frågor. Hon har heller inget hopp om att i framtiden få det stödet från personalen på skolan. I hennes subjektiva förklaringsystem ingår att hon får stöd och råd från vuxna. Hennes hopp är att personalen på ungdomsmottagningen bistår henne med det. Då hon vid samtalet med sin kompis uttryckt en önskan om att prata med någon annan vuxen än föräldrar och skolpersonal tipsade kompiserna om att hon kunde prata med ungdomsmottagningen.

2. Ungdomars språkbruk, att kalla varandra vid olika beteckningar och könsord, kan också förstås som ett sätt för ungdomar att positionera sig i grupper och att befästa roller. Hägglund (26) har valt att se kränkande handlingar som ett socialt fenomen över lag, där kränkningen är en av flera handlingar som syftar till att upprätthålla de kulturella normer som den sociala hierarkin bygger på. Det är få som tillåts bryta mot dem. De som gör dessa normöverträdelser kan mötas av beundran och av ungdomar beskrivas som att de har en egen stil.

Daniella beskriver att i klasserna finns ledarna, som de övriga klasskompisarna lyssnar på och gör som de önskar. Därför kan man inte hålla med henne. Hon beskriver också sig själv som den som har egna idéer utan att ständigt vara ifrågasättande.

Kränkningarna kan vara ett socialt fenomen, som är en naturlig del i den sociala kontexten. De som inte är socialt kompetenta och kan tyda koderna hamnar i en roll där kränkningarna ingår. I en del undersökningar, till exempel ”Kränkningar i skolan” (27) utgår man från att den som blir kränkt ska känna sig kränkt och då är kränkningen att räkna med. Om personen inte bryr sig om kränkningen definieras det inte som han eller hon har blivit kränkt. Vad intervjuarna inte räknar med i dessa undersökningar är att en enskild individ har olika sätt att hantera en kränkning. Dessutom förbiser de den skam och skuld kränkningen medför, vilket också inverkar. En av de vanligaste försvarsmekanismerna är att ungdomar säger att de inte bryr sig. Hellre låtsas de som om det inte gör något, än att säga hur det verkligen känns.

Det är skillnad på en enstaka och upprepade kränkningar. Många kan uthärda en enskild kränkning och inte ta illa vid sig. Upprepade kränkningar däremot ger effekter och medför andra konsekvenser. I undersökningen kring allvarliga självmordsförsök bland ungdomar (28) visar det sig att den övervägande delen har haft en skolerfarenhet av mobbning. När ungdomar beskriver effekterna av mobbning i skolan talar de ofta om symtomen depressioner, sociala fobier och utagerande beteende. De kan benämnas som förvärvade tillitsskador, som erhållits under långvarig skolmobbning.

Att förstå kränkningar i belysningen av olika teoribildningar medför sannolikt olika fokus på åtgärder. Om man utgår från ett socialt perspektiv är attityd och normförändringar aktuella åtgärder.

Det perspektiv som man inte kan undgå är individperspektivet, eftersom effekter av att ha blivit kränkt visar sig hos en enskild individ likaväl som att en enskild individ utför handlingar för att kränka. Och skolan har ansvar för varje individs säkerhet.

Daniella får inte direkt illa av de sexuella kränkningarna. Det är hennes moral och etik som aktiveras av övergreppen. Hon har själv lyckats avstyra de kränkningar som riktats mot henne. När skolpersonalen inte tar hennes önskemål på allvar, visar de med sin handling att hennes etik och moral inte bekräftas. Vad hon förväntar sig av vuxenvärlden är att de tar ställning mot kränkningarna. Då skolans personal inte gör något åt detta kan det ses som att frågeställningen inte är angelägen.

3. Skolorna har krav på sig att det ska finnas planer på hur man upptäcker och åtgärdar kränkande handlingar. Det är skolledarens ansvar att upprätta dessa planer, att se till att de följs och utvärderas. Planerna har också till syfte att skolan ska ha ett enhetligt förhållningssätt. Ett problem är att det kan vara stor skillnad på vad planen föreskriver och hur det praktiska arbetet genomförs. Planen ska vara vägledande för alla som verkar i skolan.

Daniella kunde ha frågat efter handlingsplanerna och med stöd av dem ställt större krav på rektor och lärare.

4. I skolans värld kan frågeställningar om åtgärder för kränkande handlingar uppfattas som krävande. Daniella visar en vetgirighet och kompetens i att få sina frågeställningar belysta på ett sådant sätt att hon kan utvecklas vidare. Här finns ett aktivt sökmönster efter det ställe där frågan kan besvaras. De sexuella trakasserierna sker på skolan, vilket borde föranleda skolpersonalen att hantera frågeställningen inom skolan, efter att hon har sökt hjälp och stöd på ett mycket medvetet sätt. Exempelvis när hon föreslog skolledaren att ha en föreläsning om människovärdet och inte fick ett tillfredsställande bemötande, talade hon med sina kompisar och deras förslag var att hon skulle vända sig till en ungdomsmottagning. Hon har inte varit där ännu men tror att de kan hjälpa henne. Daniella har hopp om att möta vuxna med auktoritet, som har egna åsikter och kan ge henne både stöd och vägledning. Personalen på ungdomsmottagningen har inget mandat att agera inom skolan och kan inte hjälpa Daniella i det sammanhanget där de sexuella trakasserierna utförs. De har endast uppdraget från Daniella att ge stöd och vägledning om hur hon kan gå till väga.

#### *Att diskutera*

1. Känner du igen frågeställningen?
2. Hur skulle du vilja hjälpa Daniella om du arbetade på skolan alternativt på ungdomsmottagningen?
3. Hur vill du lägga upp arbetet kring sexuella trakasserier i skolan?
4. Kan man ta upp temat sexuella trakasserier i den informationsverksamhet som ungdomsmottagningar bedriver i skolorna?
5. Hur ser du på sexuella trakasserier i ett genusperspektiv?

## *Ungdomsperiodens möjlighet till förändring*

### *Axel - oskyddade samlag - ansvaret är inte mitt*

Axel har fått information om ungdomsmottagningen i skolan och av kompisar. Av skolans sex- och samlevnadsundervisning kommer han inte ihåg mycket, han var sällan i skolan. Han har lärt sig det mesta själv och på ungdomsmottagningen. Axel har oftast besökt ungdomsmottagningen vid tillfällen med drop-in.

– Jag kör utan för det är skönast så, säger Axel.

Han använder inte kondom som skydd mot oönskade graviditeter eller sexuellt överförbara sjukdomar. När Axel någon gång har hämtat kondomer på ungdomsmottagningen har personalen frågat efter ålder. Dessutom har han bara fått ett paket åt gången, vilket har gjort honom ovillig att gå dit för att hämta kondomer.

Axel återkommer till ungdomsmottagningen för att testa sig. Han vill vara helt säker på att han inte är smittad med sexuellt överförda infektioner.

Axel utgår ifrån att det är flickan och inte han som ska skydda sig mot oönskad graviditet och sexuellt överförbara infektioner. Hans föreställning om varför han behöver testa sig för sexuellt överförbara infektioner beror på att tjejen kan vara smittad med någon sjukdom. Han skulle skydda sig om han på förhand visste om att tjejen hade haft ”sex med halva stan”, det vill säga legat med många killar.

Axel har olika tankestrategier för att förstärka sin säkerhet. En går ut på att flickan är oskuld. Då kan hon inte ha haft samlag och blivit smittad. Hans kunskap om hur smitta av sexuellt överförbara infektioner sprids är att det endast sker via samlag. En annan strategi är att det är få i hans egen åldersgrupp som är smittade med hiv.

Ytterligare en strategi är att veta om att tjejen är smittad. Han menar att om flickan har någon sjukdom avstår han från en sexuell kontakt, oavsett hur intresserad han är av henne. Killar får alltid information om tjejernas sjukdomar av kompisar, enligt Axel.

Om tjejen blir gravid är det helt upp till henne att avgöra om hon vill behålla barnet eller göra abort, anser Axel. Om det visar sig att han är far till barnet kommer han att ta ansvar för det.

– Jag kommer inte att tycka om det från början, men blir det barn måste jag.

För övrigt tycker Axel att han är för ung för att ha barn.

Axels beskrivning av mötet med personalen var att ”det var inte farligt”. Han var inte orolig, men han ville vara säker på att han inte var smittad.

– Det var bara en liten ”sketsak”, men man kan aldrig vara på den säkra sidan, säger Axel.

Han vill ha samlag utan kondom. Inför frågan hur han tänker göra i framtiden svarar han:

- Om jag träffar en tjej som jag gillar på en fest, lär jag först känna henne och sen testar jag mig för att vara på den säkra sidan. Men jag vet egentligen aldrig vad som händer. Om vi sover ihop. Kanske vill jag, kanske vill hon. Och så blir det. Alla gör så. Alla tjejer och alla killar, säger Axel.

*Varför har Axel oskyddat sex och vad kan ungdomsmottagningen göra?*

1. Läger ansvaret på flickan.
2. Har inte förstått konsekvenserna av sitt eget beteende.
3. Upprepade testningar kan problematiseras.
4. Informationen om riskerna anpassas till individen.

#### *Kommentarer*

1. I ungdomsmottagningarnas utåtriktade arbete nås i stort sett alla ungdomar, då det riktas till grundskolor och gymnasieskolor. Enligt statistik (29) som cirka hälften av landets ungdomsmottagningar redovisat, är fördelningen av journalförda besök totalt 10,7 procent pojkar och 89,3 procent tjejer. Av killarna söker 7,6 procent till barnmorska, 25,6 procent till läkare, 16 procent till kurator och 18,1 procent till psykolog. På en del mottagningar har man inrättat speciella killmottagningar med manlig personal. En strävan på många mottagningar har varit att ha både kvinnlig och manlig personal vid den utåtriktade verksamheten för att öka andelen killar.

Axel har en klar uppfattning att det är tjejen som ska skydda sig mot graviditet och sexuellt överförbara sjukdomar. Han har inget primärt ansvar för sitt sexuella samliv. I hans subjektiva föreställningsvärld är hans lustupplevelse det centrala. Hans strategier för att stärka sin handling att inte skydda sig själv är att han tänker att tjejen kan vara oskuld och då inte är smittad eller att ungdomar i hans egen ålder inte har hiv. Han kan tänkas avstå från sexuellt umgänge om han vet att tjejen varit smittad eller om hon har ”legat med halva stan”, som han uttrycker det. Axel lägger ansvaret för konsekvenserna av det sexuella samlivet på tjejen. Han ser inte sig själv som en aktivt deltagande person i risken för att bli smittad, föra smittan vidare eller medverka till en graviditet.

2. Axel har ingen förmåga att se sig själv som ansvarig och risktagande i det sexuella samlivet. När han i sin subjektiva föreställningsvärld har lagt allt ansvar på tjejen kan han fortsätta sitt eget risktagande och helt befria sig själv från ansvar. Alla lustupplevelser tillfaller honom. De olustbetonade konsekvenserna får tjejen ta. Denna uppdelning ger honom stundtals ångest. Han dämpar den genom att testa sig på en ungdomsmottagning. Med detta förhållningssätt kan han fortsätta med sitt riskbeteende. Om tjejen blir gravid kan han tänka sig att ta hand om barnet, men han anser att han är för ung för att skaffa barn. Detta tyder på att han inte är beredd att ta konsekvenserna av sitt sexuella samliv.

3. I den informationsverksamhet som ungdomsmottagningarna bedriver ingår att informera om sexuellt överförbara infektioner och möjligheter till att testa sig. Att bli testad för eventuella sjukdomar kan föranledas av att man har symtom eller att man haft oskyddat sex. När en kille eller tjej söker upp en ungdomsmottagning regelbundet för att testa sig och samtidigt inte avser att skydda sig, kan detta betraktas som ett omvänt perspektiv. När motivet till det beteendet är att det är tjejen som ska skydda sig, och att han själv inte har ansvar, kan ungdomsmottagningens agerande medverka till det destruktiva beteendet. Besöken på ungdomsmottagningen syftar till att befria Axel från den osäkerhet han har efter oskyddade samlag. Han använder ungdomsmottagningen till att återställa sin säkerhet för att kunna fortsätta ha oskyddade samlag. Vid slutet av intervjun ställer han sig frågan vad han sysslar med, men återgår snabbt till sin tidigare valda strategi.

Axel har som strategi att avlägsna sig från det problematiska området, det vill säga hur han kan handla för att minimera sin osäkerhet och maximera sin säkerhet för att inte vara smittad med sexuellt överförbara infektioner. Med avseende på att ungdomsmottagningarnas målsättning är att påverka ungdomar till att ta eget ansvar för sin sexuella hälsa visar Axel på det omvända perspektivet. Han har inte påverkats av informationen om att använda kondom för vare sig sin egen eller partnerns del. Han använder sig av ungdomsmottagningen för att faktiskt kunna fortsätta med sitt beteende med oskyddade samlag, vilket är ett destruktivt beteende.

Axels sökmönster – i detta fall återkommande testningar – ger möjlighet för personalen att upptäcka destruktiva och/eller mindre välfungerande strategier hos honom. Därigenom finns möjlighet att påverka, en möjlighet som ungdomsmottagningen här inte tagit vara på. Troligtvis är det både bemötande och information som behöver anpassas efter olika ungdomars olika förutsättningar. När personalen inte problematiserar sökmönstret, som består av återkommande testningar, kan resultatet i värsta fall vara att ungdomsmottagningen paradoxalt nog förstärker det destruktiva beteendet.

4. Axel hade fått information om ungdomsmottagningar genom skolan och säger att han inte kommer ihåg mycket av den. Det mesta har han lärt sig själv. Det kan vara så att den information som riktas allmänt till grupper inte kommer Axel till godo. Med den inställningen, att det är tjejen som ska skydda sig, har han liten möjlighet att ta till sig information där han själv ska vara ansvarig. För att anpassa informationen till Axel bör personal för det första förstå hans tankar och synsätt. För det andra är det också nödvändigt att både ifrågasätta hans förhållningssätt och vilja påverka det. Förutsättningen för att uppnå detta är att som personal skapa en tillitsfull kontakt och relation, vilket kräver flera möten över en tillräckligt lång tid.

#### *Att diskutera*

1. Har du varit med om en liknande situation?
2. Hur skulle du vilja möta och problematisera ungdomar med liknande attityd som Axel?
3. Hur tänker killar och hur tänker tjejer i allmänhet i liknande frågeställningar?
4. Hur kommer det sig att en del ungdomar inte ser sin egen del i ansvaret?

### *Bea - det destruktiva beteendet - styrkan att förändras*

Bea har fått information om ungdomsmottagningar av skolpersonal och sin förälder. Först sökte hon på en vårdcentral och därefter på en ungdomsmottagning. Hon har besökt flera ungdomsmottagningar ett flertal gånger eftersom hon bytt bostadsort.

Bea sökte första gången ungdomsmottagningen för att hon hade svåra menstruations-smärtor samt för att hon behövde preventivmedel, eftersom hon hade påbörjat ett sexuellt samliv. När Bea hade svåra menstruationssmärter kunde hon inte gå till skolan.

- Det var inte så bra för mig och jag kom efter i skolan. Jag var ledsen för hela grejen, själva mensvärken.

När Bea varit på vårdcentralen för sin mensvärk fick hon förslaget att ta värktabletter. På ungdomsmottagningen erbjöds hon p-piller, kompletterat med värktabletter.

Bea har haft flera olika könssjukdomar och började därför testa sig på en ungdomsmottagning för säkerhets skull, eftersom hon inte ville bli steril. Bea menar att både killen och tjejen får skylla sig själva när de inte skyddar sig.

- Först blir jag både rädd och arg på mig själv, men sedan så går liksom dom där känslorna över, säger Bea.

Dessutom har Bea sökt ungdomsmottagningen för att bryta ett destruktivt beteende. Hennes ena förälder initierade besöket på ungdomsmottagningen, eftersom Bea inte ville gå till skolhälsovården.

- Jag var helt tom och jag var ledsen. Jag var alltså deprimerad. Jag kände ingen smärta, jag bara satt och kollade på alltså, berättar Bea.

Det destruktiva beteendet handlade om att skära sig, göra allvarliga självmordsförsök, använda droger och låta sig misshandlas av pojkvännen.

Bea har besökt flera ungdomsmottagningar. På en mottagning bemöttes hon positivt och var nöjd med informationen hon fick. På den mottagningen var inte medicinen gratis utan hon fick betala den själv. På den andra mottagningen informerades hon om att medicinen var gratis, men att hon skulle tänka på vad den kostade.

- Jag blev förstås glad för att medicinen var gratis. Men det lät så himla konstigt. Du ska vara glad över att du får medicinen gratis. Jag tyckte det kändes som de menade: ”Du ska lära dig”.

Bea tyckte att det var obehagligt att uppge vem hon hade varit tillsammans med, men hon visste att vid ett sådant tillfälle måste man berätta.

- De var väldigt nyfikna på något sätt. Det var frågor om konstiga saker. Jag sa att jag inte ville svara. Visst ska de fråga om det sexuella, men inte gå in för mycket om mitt sexliv. Det tycker jag är fel, säger Bea.

Beas framtida förhållningssätt för att skydda sig mot sexuellt överförbara infektioner är att hon måste påminna sig själv att använda skydd vid samlag. Enligt hennes sätt att se är det destruktiva beteendet en konsekvens av den ena förälderns svek. Hon har bott hos den ena föräldern en kortare period under sin uppväxt.

- Jag tänker igenom saker och ting och jag ser bilder. Jag är en person som fantiserar. Då ser jag liksom hur jag blir sviken. Hur mitt liv är, berättar Bea.

Åtgärderna med att bryta det destruktiva beteendet samordnades genom flera olika åtgärder, i familjen, i skolan och på ungdomsmottagningen.

Enligt Bea var det föräldern som hon bor hos, tillsammans med skolpersonal, som initierade åtgärderna. Hon berättar att hon uteblev från skolan och när hon var i skolan kunde hon vara påverkad av droger. Åtgärderna blev aktiva då hon missbrukade droger, men inte då hon skar sig i armarna eller gjorde allvarliga självmordsförsök. Föräldern visste inte om självmordsförsöken, Bea hade bara berättat om dem för en kamrat. Motiveringen till detta var att hon och föräldern då hade mycket konflikter. Bea skar sig i armarna både då hon var ensam och tillsammans med andra och det skedde både hemma och i skolan.

Föräldern begärde en frivillig placering i fosterhem. Under placeringen i fosterhemmet missbrukade Bea droger.

Det som fick Bea att förändra sitt destruktiva beteende var att hon började fundera över förälderns roll.

- Jag började tänka på min familj. Jag såg att mina syskon var rädda. Sedan förstod jag att familjen ville hjälpa mig. Jag började sakna relationen med min förälder. Jag började skämmas. Jag ville inte riskera att förlora min förälder och mina syskon. Jag la helt enkelt ner drogerna. Då när jag höll på med droger pratade jag inte med familjen. Jag hade inte den relationen med föräldern som jag har i dag och jag tyckte inte att familjen hade med det att göra, berättar Bea.

Vid ett senare besök hos barnmorskan berättade Bea om det som hon varit med om och vad hon gjort.

- Är pojkvännen verkligen bra för dig och vad ger han dig? frågade barnmorskan.

Hon föreslog att Bea skulle besöka psykologen på mottagningen, vilket hon tackade ja till direkt.

Bea besökte psykologen två gånger och gick sedan inte dit fler gånger.

- Jag gick dit för att prata. Hon frågade hur jag mådde. Jag berättade att jag var misshandlad av min pojkvän. Jag tyckte samtalet var bra. Jag fick mig en tankeställare liksom. Vad sysslar jag med? Varför gör jag så här? Varför mår jag så här? Är det mitt fel eller någon annans fel? Vad ska jag göra för att sluta med det här? undrade Bea.



- Men är man i drogernas värld som jag var så skiter man i vuxna. Man lyssnar inte på vuxna, motiverar hon sitt avhopp från samtalen med psykologen.

Bea har fått hjälp med sin ursprungliga frågeställning att hantera menstruationsvärken och skydda sig mot graviditeter. Hennes destruktiva beteende har förändrats. Bea berättar:

- I dag stannar jag upp och tänker. Jag mådde inte bra tidigare. Snacka om skit alltså. Jag tog en massa droger. Jag måste varit helt koko och IQ-befriad som person. Andra skrattade åt mig. Vad har jag sysslat med egentligen?

Ungdomsmottagningen har hjälpt Bea väldigt mycket, anser hon.

- De tar alla på samma allvar. Pratar och tar emot med öppna armar. Så gjorde de med mig i alla fall. Barnmorskan var en positiv person och jag berättade om mitt problem ganska snabbt. Både psykologen och barnmorskan mötte mig väldigt bra faktiskt. Ingen behöver vara rädd och nervös för att gå till ungdomsmottagningen. Alla kan vara sig själva där. Jag kan komma dit och vara den jag är och behöver inte spela någon annan. Jag kan prata om mina problem. Och de kan hjälpa mig för de träffar många, anser Bea.

#### *Var fanns vändpunkterna för Bea?*

1. I samarbetet mellan förälder och olika instanser.
2. I samarbetet mellan personalen på ungdomsmottagningen.
3. I bemötandet på ungdomsmottagningen.
4. I den egna kompetensen hos Bea.

#### *Kommentarer*

1. Olika system, nämligen familjen, vårdcentralen, skolan, ungdomsmottagningen och sannolikt socialtjänsten, är involverade i Bea. När hon var placerad på fosterhem, även om det var en frivillig placering, bör någon form av insats från socialtjänsten ha funnits med även om hon inte nämner detta själv.

Bea uppehåller sig inte vid aktörerna från skolan eller socialtjänsten. Hon nämner en lärare vid namn, då föräldern hade kontakt med skolan, när hon uteblev från skolan och placerades i fosterhem.

Föräldern hon bodde hos medverkade till de första besöken på vårdcentralen och ungdomsmottagningen. Beas förälder har en central plats i hennes liv, både i kontakt-erna med det första besöket på ungdomsmottagningen, i skolan och vid placeringen i fosterhemmet.

Beas första frågeställning om menstruationssmärter och preventivmedel fick hon hjälp med på ett konventionellt sätt. Hennes självdestruktiva beteende, både att skära sig och att göra allvarliga självmordsförsök, uppmärksammades varken av de tidigare kontakt-erna hon hade på ungdomsmottagningen eller föräldern. När det självdestruktiva beteendet tog sig uttryck i ett drogmissbruk och när hon uteblev från skolan blev både skolans och föräldrarnas insatser aktiva. Då föräldern bedömde att Beas beteende var för

destruktivt, begärde föräldern en fosterhemsplacering för att Bea skulle komma ifrån sitt umgänge på hemorten. Bea missbrukade droger under den tiden.

Beas berättelse visar att åtgärden med fosterhemsplacering inte direkt inverkar på hennes drogmissbruk. Däremot fick placeringen en indirekt effekt. I Beas föreställning var föräldern rädd för henne och placerade därför henne i fosterhem. Föräldern ville inte ha dottern på den ort familjen bodde. Förändringen sker inom Bea på så sätt att hon börjar skämmas över sitt beteende och börjar längta efter föräldern. Då Bea själv börjar förstå den uppkomna situationen, att syskonen och föräldern är rädda för henne, blir hon mottaglig för hjälpinsatser. Åter hemma hos föräldern besöker hon också ungdomsmottagningen.

Skillnaden mellan skola, ungdomsmottagning och socialtjänst kan vara behovet av kontroll och myndighetsutövning. I system med myndighetsutövning har Bea större anledning att spela rollen av någon annan, eftersom det finns ett hot om att åtgärder sätts in som hon inte själv kan råda över. Samtalen hos psykologen och barnmorskan på ungdomsmottagningen har karaktären av frivillighet, vilket också visar sig i att Bea går två gånger till psykologen och förvaltar sin kunskap om sig själv från samtalen på ett konstruktivt sätt. Förändringen i hennes subjektiva förklaringsystem hänger samman med att hon definierar mötena med personalen på ungdomsmottagningen som professionella och utan hot om att kränkas i det hon är.

2. När Bea besökte ungdomsmottagningen och träffade barnmorskan berättade hon för henne vad hon varit med om. Det föranledde barnmorskan att initiera besök hos psykologen. Frågeställningarna kring sexuellt överförbara infektioner och det destruktiva beteendet hade sannolikt samband med varandra.

De frågor som psykologen ställde till Bea tycks ha aktiverat henne på så sätt att hon började reflektera över sin tillvaro.

– Jag fick en tankeställare – vad håller jag på med? undrade Bea.

Av Beas berättelse framgår att hon också vid besöken hos barnmorskan konfronterades med frågor om relationen till pojkvännen, som misshandlade henne. Barnmorskan undrade om pojkvännen verkligen var bra för Bea och vad relationen och misshandeln gav henne.

Barnmorskans och psykologens frågor tillsammans ger ett entydigt förhållningssätt till Beas frågor om sig själv och hennes relation till den misshandlande pojkvännen. Bea får sig en tankeställare och gör frågeställningen till sin egen. Hon börjar aktivt reflektera över sig själv och sitt beteende. När Bea förstår att syskonen var rädda för henne och hon börjar längta efter föräldern är det motiv till att åter flytta hem.

I Beas subjektiva förklaringsystem är föräldern och syskonen aktörer, som får henne att förändra sitt destruktiva beteende. Barnmorskan och psykologen på ungdomsmottagningen är andra aktörer, som även inverkar på Beas sätt att tänka. Psykologens anamnes får henne till att börja reflektera över sig själv och barnmorskans direkta frågor

om vad hon får ut av att vara kvar i relationen, där hon misshandlas, leder till att Bea får en vändpunkt i förhållandet till sig själv.

Samarbetet mellan barnmorskan och psykologen ger ett mervärde i avseendet att Beas bild av sig själv nyanseras och att hon också kan välja den nivå på behandling som passar henne just då. Dessutom är det ett mervärde för både barnmorskan och psykologen att samarbeta kring komplicerade frågeställningar.

3. Bea beskriver olika förhållningssätt från vuxenvärlden. Bemötandet på en ungdomsmottagning var direkt kränkande. Hon uppfattade att de moraliserade över hennes beteende. Då medicinen för sexuellt överförbara sjukdomar var gratis skulle hon vara tacksam för det och lära sig av sina misstag. Bemötandet på den andra ungdomsmottagningen var stödjande. De mötte henne med respekt. Beas upplevelse blev att hon kunde vara sig själv och inte spela en roll. Hon behövde inte vara rädd och nervös. Hon blev tagen på allvar och hon tillskrev personalen kapacitet och kompetens att hjälpa henne och ge henne stöd.

4. När Bea förstår att hennes destruktiva beteende skrämmer syskonen och att hon själv längtar efter sin ena förälder visar hon på en känslomässig mognad. Detta är motiv till att Bea påbörjar en förändring. När hon reflekterar över sig själv och sin situation blir också den frånvarande föräldern viktig genom det svek som Bea upplevt då föräldrarna skildes. I hennes subjektiva förklaringsystem är familjen en grundstomme.

Om man frågar ungdomar vart eller till vem de skulle vända sig om de hade frågor om sig själva, som personer eller om sina relationer, vänder sig en stor andel ungdomar i första hand till sitt sociala nätverk (7). Då man vänder sig till en instans, vänder man sig till en ungdomsmottagning eller till skolans elevvård. I undersökningen ”Den mångdimensionella hälsan” (9), där gymnasieungdomar tillfrågas om sin uppfattning om hälsa hos unga människor, riktas önskemål till familjereaktioner och vänner och inte till professionella vårdare och fostrare. Då de vänder sig till en hälsovårdare önskar de att den personen ska lyssna, vilket innebär att hon/han ska förstå, acceptera och inte överge.

När Bea kommer till ungdomsmottagningen efter det att hon lämnat fosterhemmet blir mötet med barnmorskan avgörande för en förändring hos Bea. Barnmorskan fångar upp Beas behov att möta en psykolog och konfronterar Bea med frågor om hennes destruktiva beteende och relationer. I mötet med barnmorskan, som är både respektfullt och tillitsfullt, främjas Beas förändring. Besöken hos psykologen, som bestod av två intervjutillfällen, använder hon till att förändra sitt subjektiva förklaringsystem. Hon börjar med att ställa frågorna till sig själv. Motivet till att hon inte fullföljde kontakten hos psykologen är, enligt Bea, att hon inte var mogen eftersom hon då fortfarande missbrukade. Den känslighet med vilken Bea reagerar på olika förhållningssätt från myndighetspersoner är också hennes kompetens att kunna nyansera och välja vem hon vill ta hjälp av.

*Att diskutera*

1. På vilket sätt känner du igen frågeställningarna?
2. Ska ungdomsmottagningarna arbeta med ungdomars destruktiva beteenden?
3. Hur påverkar personalens bemötande av ungdomar deras vilja att söka hjälp i framtiden?

*Eva - utagerande beteende - orsak - förändring*

Eva har fått information om ungdomsmottagningen genom att besöka den med klassen. Eva har besökt barnmorskan på ungdomsmottagningen för underlivsbesvär och mensvärk. Senare remitterade skolans psykolog Eva till en samtalskontakt på ungdomsmottagningen. Då träffade Eva mottagningens psykolog.

Evas mamma dog för ett par år sedan. Eva hade ofta huvudvärk och ont i ryggen när hon skulle ha idrott i skolan. Vuxna förklarade för henne att det var pubertetsbesvär och hade samband med att hon skulle få sin menstruation. Dessutom var hon utsatt för gruppträck, som Eva själv uttryckte det. Hon var med i ett gäng ungdomar som stal varor och rökte. Hon saknade sin mamma och det liv som familjen hade innan dödsfallet. Skolans psykolog bedömde att hon behövde samtalskontakt.

Hon hade vetat att hennes mamma skulle dö, eftersom det handlade om en svår sjukdom. Vid dödsfallet var det många som besökte familjen.

- Huset var alltid fullt av folk så att vi inte skulle känna oss ensamma, fast det gjorde vi ändå. Jag fick inte sörja, folk kom till oss hela tiden. Det satt kvar någonting där inne i mig som inte kunde komma ut, berättar Eva.

Hon menar att hon var chockad länge efter dödsfallet. Eva hade nära kontakt med sin mamma och betonar att hon fick mycket uppmärksamhet av henne. Hon känner sig numera ensam och övergiven och säger att hon inte syns så mycket i familjen. Pappan ägnar mer tid åt de andra syskonen.

Eva uppfattar att det var saknaden efter mamma samt att hon inte fick det önskade utrymme i familjen, som var orsaken till att hon stal och rökte.

- Jag gick mer till vänner och när jag var med dom började jag röka och snatta. Vi gick in till godisaffärer och stal och sen så blev det värre och vi tog kläder. Jag hatade känslan för jag skakade i hela kroppen och jag visste inte om dom skulle komma på oss, berättar Eva.

Klassläraren informerades av butiksägare, vilket ledde till att Eva och hennes kamrater avslöjades och snattandet upphörde. Pappan samarbetade med skolpersonalen.

När skolan informerade om snatterierna blev Evas pappa aktivt involverad i hennes destruktiva beteende. Samtalen i skolan ledde fram till att hon remitterades till en psykolog på ungdomsmottagningen. Eva berättar att när pappan fick reda på att hon stal och rökte slutade hon att snatta, men fortsatte att röka.

- Min pappa tog tag i det och pratade med mig varje dag och varje kväll, säger Eva.
- Det kändes aldrig rätt. Jag gjorde någonting som jag inte ville göra, för att alla ville att jag skulle göra det. Till slut var jag ärlig och sa att jag inte ville. Jag vill inte röka längre och jag vill inte snatta varje dag. Kompisarna sade ingenting. Jag som trodde att jag skulle bli utskälld. Det var därför jag inte vågade säga nej i början. Men jag fick mer respekt kändes det som. Jag tog mig faktiskt ur det, berättar Eva om grupptricket.

Hon är fortfarande kompis med en i gänget. Eva menar att sommarlovet det året gjorde att det blev ett naturligt uppehåll från kamratkretsen och att det hjälpte henne att komma ifrån grupptricket.

Vid Evas samtal med psykologen på ungdomsmottagningen talade de om hennes situation i kamratgruppen.

- Psykologen gjorde mig mer självsäker.

Hon förklarade att huvudvärk kan ha flera orsaker och bland annat bero på puberteten. Eva berättar vidare:

- Hon lyssnade på mig och det var något därinne i mig som fick komma ut. Jag kommer ihåg att jag fällde många tårar när jag berättade för henne. Jag saknade mitt gamla liv som jag haft tidigare. Jag saknade min mamma. Jag visste att psykologen lyssnade så det kändes bra att få ut det. Jag började inse att mamma var borta och började tänka utifrån det. Förut ville jag inte se på fotografier av min mamma. Jag började acceptera att hon var död och kunde åter titta på bilder. Nu kunde jag prata lite mer normalt om henne. När andra tidigare frågade gick jag bort och blev konstig. Nu kan jag säga att min mamma inte lever längre.

Eva tyckte inte om sig själv när hon började gå till ungdomsmottagningen, men samtalen med psykologen gjorde att hon fick ett bättre självförtroende. Eva förstod att hon var unik och att hon har många bra egenskaper.

- Det fick mig att bli lite gladare och jag klarar mig mycket bättre efter besöken hos psykologen, säger Eva.

Efter hand blev skolan roligare och Eva kunde vara med på idrotten. Hon tänkte inte längre på huvudvärken och hon kunde se att hon tidigare ville hitta en anledning att slippa idrotten.

- Jag ville ha migrän och då överdrev jag, säger hon.

Evas frågor om underlivsbesvär hanterades genom information om normala företeelser i samband med kroppsutveckling.

- Barnmorskan har tystnadsplikt och är trevlig och saker som jag själv tycker är konstiga säger hon och psykologen är normala. Det är jättebra och jag känner mig välkommen på ungdomsmottagningen. Det är inget att skämmas för att gå dit.

Eva berättar också om sina erfarenheter av personalen inom olika system. Hon går till skolans kurator om något händer eller när hon har många problem, ofta tillsammans med en kompis. Enligt Eva känner kuratorn till både dem och deras problem. Både skolans kurator och psykolog kan hjälpa till att boka tid på ungdomsmottagningen, men hon bokar också tid själv. Eva har en lärare, som hon kan prata med om sådant som rör henne som person, annars pratar man bara om skolan med lärare. När det gäller frågor om sexualitet väljer hon att prata med sin syster. Hon kan inte tänka sig att prata med pappan om detta.

*Hur kom det sig att Eva fick den hjälp hon behövde?*

1. Upptäckten av snatterierna.
2. Samarbetet mellan personalen inom skolan och föräldern.
3. Samarbetet mellan skolan och ungdomsmottagningen.
4. Att bli sedd och lyssnad på i ungdomsåren och i den speciella krisen.

*Kommentarer*

1. Det utagerande beteendet, att snatta och röka, som dessutom görs i grupp, kan ses som ett beteende som kan förekomma i ungdomsgrupper under en begränsad tid och därefter försvinna. Ungdomarna som deltar upplever sannolikt tillhörigheten i gruppen på mycket olika sätt. För en del är det ett gränsöverskridande beteende, vilket som helst, och lämnar inga större spår efter sig. Det kan vara ett sätt att manifesteras självständighet och makt. För andra kan det innebära stor olust och kvarvarande obehagskänslor. För ytterligare andra ungdomar kan det innebära att beteendet fortsätter och blir ingången till ett permanent avvikande beteende. För Eva fyllde grupp tillhörigheten en viktig funktion under en kortare period, nämligen att ge tillhörighet då omsorgerna i familjen sviktade, även om situationen samtidigt var mycket olustig för henne.

2. Frånvaro från skolan är en av de första signalerna på att något inte stämmer. På de flesta skolor leder frånvaron till samtal med både eleven och föräldrarna. På olika skolor finns olika problemlösningstraditioner. De första åtgärderna brukar handla om att man uppmanar eleven att åter gå på lektionerna. Om det inte fungerar eller om frånvaron ökar brukar ett arbetslag eller ett elevhälsoteam ta upp elevens beteende till diskussion. Samarbetet mellan elevhälsopersonal och lärare resulterar ofta i en kartläggning av elevens totala situation samt i åtgärder. I de flesta fall medverkar både eleven och föräldrarna i kartläggningen och åtgärderna. Frågeställningarna för Evas del aktualiserades genom frånvaro från gymnastik och problemfokusering till somatiska besvär. Sambandet mellan de somatiska besvären och de känslomässiga och psykologiska frågeställningarna visar på behovet av en allsidig bedömning av Evas hela livssituation. Som ett led i åtgärderna kan samarbete etableras med socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri samt ungdomsmottagningen.

Ungdomar kan också själva söka sig till barn- och ungdomspsykiatri likaväl som till socialtjänsten. På dessa instanser är föräldrarnas medverkan varierande beroende på frågeställningar. Myndighetsutövning är en del av socialtjänstens arbetsuppgifter, vilket präglar inträdesregler och arbetskultur.

På barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, där fokus ligger på familjen, blir föräldrars medverkan självskriven, även om ungdomar kan söka själva och presentera egen problematik utan att föräldrarna involveras. Eva hade kunnat hänvisas till barn- och ungdomspsykiatrin, men skolan valde ungdomsmottagningen. Samarbetet mellan föräldern, skolan och ungdomsmottagningen visar hur de olika instanserna kompletterade varandras insatser. Det är skolpersonal som upptäcker och lär om det asociala beteendet, som sannolikt har en grund i Evas familjesituation. Remitteringen till ungdomsmottagningen för individuell samtalskontakt visar att det var den Eva behövde mest. Skolan kunde inte tillgodose de behoven.

På en del ungdomsmottagningar finns tillgång till både kurator och psykolog, medan andra saknar dessa. Enligt FSUM:s besöksstatistik år 2003 är fördelningen av antal journalförda besök följande: 75 procent till barnmorska, 11,7 procent till kurator och 2,0 procent till psykolog.

Som ungdom kan man vända sig till både elevhälsopersonal på skolan och till psykolog och kurator på ungdomsmottagningen. Ungdomar kan söka upp skolans kurator eller psykolog för enskild rådgivning och ungdomsmottagningens psykolog för en bearbetning av psykologisk problematik. Olika system har olika fokus kring en och samma ungdom. Eva beskriver skillnaden mellan skolan och ungdomsmottagningen med att på skolan blir fler delaktiga i hennes frågor. På en ungdomsmottagning kan hon vara anonym och därför ta upp frågor av mer personlig karaktär. Föräldrarnas medverkan i skolan är systematiserad som vid till exempel utvecklingssamtal och de förväntas vara aktiva. Frågeställningar som aktualiseras på skolan innefattar ofta föräldrarnas medverkan.

Skolpersonalens iakttagelse leder till att kamratgängets destruktiva beteende uppdagas och avbryts. Insatser från familjen och ungdomsmottagningen leder till att Eva får perspektiv på sig själv och hennes svårigheter lindras. Skolans åtgärder hade med all sannolikhet kunnat avhjälpa det som Eva upplevde som gruppträck, medan detta hade varit svårt för en ungdomsmottagning. Då skolpsykologen remitterade vidare till ungdomsmottagningen kan man utgå ifrån att frågeställningen med bearbetning av sorg och förlust inte lämpade sig i skolsammanhanget. Det kan vara en svårighet att samtidigt hantera frågeställningar, som kräver repressiva åtgärder som vid stölder, och stödjande åtgärder som vid bearbetning av förluster och separationer. I detta sammanhang kan man se ungdomsmottagningens insatser som mervärde till andra insatser. Introduktionen i skolan av ungdomsmottagningen leder också till att hjälpinsatser från flera yrkesgrupper blir aktuella.

4. I ungdomsåren är separationen från föräldrarna en del i utvecklingen och relationen till föräldrarna förändras både i inre och yttre bemärkelse. I självständighetsutvecklingen ingår att lösgöra sig från beroendet till föräldrarna, vilket också är ett sorgearbete. Ungdomar förväntas bli självständiga i att välja livsstil, yrke och partner. Som ett led i att bli vuxen ingår att försonas eller att reparera brister och förluster. För Evas del blev separationsarbetet också förstärkt av en reell förlust i och med moderns dödsfall.

Förluster och separationer av närhetspersoner och anhöriga medför kriser. Krisbeteendet kan uttryckas på olika sätt. Barn och ungdom kan tidvis uttrycka detta genom

utagerande beteenden som stölder, bråkighet eller lögner. Barn och ungdomar kan inte verbalisera sorg och saknad, utan berättar ofta om detta via kroppsliga symtom eller förändrat beteende.

Eftersom skolan fokuserar på Evas somatiska symtom, exempelvis huvudvärken, leder det till åtgärder som inte är tillräckliga men väl initierar uppmärksamhet på henne. Åtgärden hade kunnat vara att bli befriad från gymnastiken utan att ytterligare utredning hade gjorts. När det sedan blev klart att det förekom utagerande beteende, som snatterier, var det nödvändigt att utreda ytterligare, vilket resulterade i samtalsbehandling. Samtalsbehandling för ungdomar kan läggas upp på olika sätt och med olika fokus. Då förlust- och sorgreaktioner ligger till grund för symtomen är det värdefullt att inte endast symtomen behandlas utan att behandlingen syftar till att bearbeta upplevelserna av förlusten, och därmed kan leda till en nyorientering i tillvaron.

Evas arbete med sorgen och förlusten av modern resulterade i att hon kunde tala om både moderns bortgång och saknaden och hitta ett nytt förhållningssätt till sig själv. Hon blev självsäker och fick bättre självförtroende.

Eva beskriver att hon fick allt mindre utrymme i familjen efter dödsfallet och att pappan inte hann ägna sig åt henne. Eva anser att hon försumrades och ger respons till vuxenvärlden att ungdom har behov av att bli sedda och bekräftade i kriser och i utvecklingen mot att bli vuxna. Den bristande omsorgen och den uteblivna bekräftelsen fick som effekt somatiska besvär och utagerande beteende. Detta medförde att skolpersonalen uppmärksammade Eva och att stödinsatserna ledde till att både relationen till pappan förbättrades och en professionell samtalskontakt etablerades.

#### *Att diskutera*

1. Har du stött på en liknande situation och vilka associationer får du?
2. Om Eva hade vänt sig först till en ungdomsmottagning, hur hade hon hanterats?
3. Hur kan samarbetet mellan olika instanser i lokalsamhället utformas?
4. Vilken kompetens är nödvändig på en ungdomsmottagning?

### *Filippa - söker den hjälp hon vill ha*

#### *Intervju med kurator*

Filippa hade tidigare gått i samtal i två år på en psykoterapimottagning som efter en tid ändrade inriktning, varför hon inte kunde gå kvar där. Dessförinnan hade hon varit på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning. Det psykoterapeutiska arbetet på den aktuella ungdomsmottagningen är i avslutningsfasen och kuratorn och Filippa har arbetat tillsammans i ett och ett halvt år.

Filippa sökte för tvångssyndrom. Det fanns ett stort lidande och känslor av ensamhet och en begränsning i hennes sociala liv. Kuratorn beskriver att Filippa tidigt i livet upplevt en svår separation. Kuratorn vill betona det Filippa har fått och det hon inte har fått av sina närhetspersoner. Vid början av kontakten bedömde kuratorn att Filippa var på en tonårings nivå, som ännu inte påbörjat separationen från föräldrarna, även om hon hade lämnat den åldersperioden. Det fanns ingen önskan om att bli stor, att skapa sitt



eget liv. Efter hand har Filippa fått tillräckligt med trygghet, vilket också resulterat i att hon har kunnat bli mer åldersadekvat i alla delarna av livet. Kuratorn förtydligar det med att hon nu kan forma sitt eget liv utan föräldrarna. Det visar sig också i att hon bekräftar sin egen sexualitet och har relationer till killar. Hon kan lita på sin egen kraft att leva livet utan att kompensera sin brist med att leva genom föräldrarna. Kuratorn betonar att hon också behöver en ganska lång avslutningsfas för att separera från sin behandlare, eftersom Filippa då hade gått i två år hos henne.

Enligt kuratorn var Filippa medveten om sitt behov av samtal och valde en ny samtalspartner när hon inte längre kunde vara kvar i den tidigare samtalskontakten. Hennes sårbarhet har minskat och hon är mindre rädd för att bli ensam och övergiven än hon var tidigare. Kuratorn betonar att Filippa har en stark drivkraft att söka hjälp och att den egna motivationen var en viktig del i hennes arbete med sig själv. Kuratorn avslutar beskrivningen av Filippa med att säga:

- Filippa behövde en spegel att spegla sig i. I dag har hon den spegeln bland människor ute i vardagslivet.

Kuratorn tror också att Filippa kommer att söka samtalshjälp senare i livet. Hon har en tilltro till samtal.

#### *Filippa - tvångssymtom - vuxenblivandet*

1. Vilken drivkraft finns det hos ungdomar att söka en samtalskontakt?
2. Hur kommer det sig att ungdomar söker på en ungdomsmottagning för tvångssyndrom?

#### *Kommentarer*

1. Att Filippa sökte sig till tre olika behandlingskontakter visar att hon är motiverad. En tidigare behandlingskontakt inom barn- och ungdomspsykiatri kan ha varit på föräldrarnas önskan och utan att Filippa själv var motiverad. Det kan också handla om att hon var för ung och inte hade kapacitet nog att arbeta med sin problematik.

Tvångssyndrom hos barn och ungdomar, till exempel att tvätta sig ofta, ställer också krav på övriga familjemedlemmar och blir därigenom ett problem för hela familjen. Den problematik Filippa hade var kanske mer lämpad för en bearbetning i ungdomsåren och på en ungdomsmottagning utan föräldrars medverkan.

Den samtalskontakt som fick avbrytas för att man ändrade inriktning, kan tillsammans med den separationsproblematik som fanns ha försvårat Filippas situation.

Separation och individuation är två processer som förlöper under hela barn- och ungdomsperioden. Separationen är den gradvisa inre varseblivningen av särart och sker genom att barnet skiljer ut, distanserar och bildar gränser gentemot närhetspersonerna och omvärlden. Individuationen är den process som leder till att man blir en unik person.

Inom den psykoanalytiska teoribildningen talar man om två individuationsprocesser. Den första inträder då barnet ska skilja ut sig från närhetspersonerna och uppnå en objektkonstans. Detta innebär att barnet inom sig har uppnått en integrering av negativa och positiva föräldrabilder. Objektkonstansen innebär också att barnet har uppnått en

kognitiv och perceptuell utveckling så att man i minnet kan återskapa till exempel mamman, även då hon inte är närvarande. Det är ett första steg i individuationen.

Den andra individuationen inträder under ungdomsåren, när ungdomarna ska frigöra sig från beroendet av primärfamiljen och inträda i vuxenlivet. I denna omfattande utvecklingsprocess ska ungdomar bland annat få en slutlig sexuell identitet, lösgöra sig från beroendet till föräldrarepresentanterna och forma det egna jaget.

Enligt självpsykologin utvecklar barnet det intersubjektiva självet vilket innebär att det kan uppleva delad uppmärksamhet, intentionalitet och känslor med känslomässigt viktiga personer. Speglingen och bekräftelsen av barnets behov utvecklar förmågan att vara i relation med andra.

Kuratorn bedömer att Filippas tvångssyndrom kan ha samband med den tidiga svåra separationen. Den blev starkt aktiverad i ungdomsåren då separationen från föräldrar också fick en realistisk prägel. Tvångssyndromen har haft funktionen att hantera den ångest och den rädsla för övergivenhet som funnits hos Filippa. Hon hade ingen önskan att bli stor.

Under behandlingskontakten utvecklade Filippa en större trygghet, vilket visade sig i att hon blev mer åldersadekvat. Hon kunde bryta isoleringen. Hon behövde bli speglad, vilket kan betyda att hon blev bekräftad i sina känslor, som person och i sina handlingar. Den bekräftelsen ledde till att hon också började bejaka sina egna behov avseende både kontakter och sexualitet.

Den starka drivkraften till att få arbeta med sig själv kan ha haft samband med det stora lidande som fanns. Hennes tidigare strategier att kontrollera sin övergivenhet med tvångssyndrom förvärrade tillvaron genom att hon isolerade sig. I ungdomsåren, då samvaron med vänner värderas högt, blev hennes sociala isolering ytterligare en drivkraft som ledde fram till en förändring.

2. Med uttalade tvångssyndrom hade det varit befogat att söka på en psykiatrisk mottagning. Filippa vände sig till en ungdomsmottagning och bereddes samtalskontakt i två års tid.

Kuratorn utgår ifrån att på en ungdomsmottagning arbetar man på uppdrag av ungdomar. Ungdomar söker sig till ungdomsmottagningen för att det är frivilligt och utan myndighetsutövning. Ungdomsmottagningen är ”ungdomens rum”, vilket innebär att det är något speciellt för ungdomarna. Samtalsrummet är ett symboliskt rum och den för ungdomar avsatta tiden grundpelaren på ungdomsmottagningen. Kuratorn anser att när ungdomsmottagningarna erbjuder samtalskontakter och ungdomarna själva får välja vem de vill gå till blir det god kvalitet på samhällets stödinsatser.

På den mottagning där Filippa går talar man inte om ungdomarnas problem i termer av diagnoser. Där har personalen ett förhållningssätt som medger att varje möte med ungdomar kan medföra fler frågeställningar än det de unga söker för. Det är inte primärt tvångssyndromet, som fokuseras, utan detta ses som ett symptom på något i den unga

människans livssituation. Det finns en vilja i arbetsgruppen att ge ungdomar en så bra kontakt som möjligt. Det är viktigt att ungdomar, som kommer med en allmän hopplöshetskänsla, får känna att de får finnas i sin känsla utan att ha krav på sig att prestera något. I det sammanhanget är tiden mycket betydelsefull, menar kuratorn. Ibland är det lätt att avgöra om det handlar om något som är specifikt och avgränsat eller om frågeställningen behöver en bearbetning på djupare nivå.

De ungdomar som är äldre, det vill säga mellan 18 och 23 år, har ofta tänkt länge att ”det är någonting inom mig som jag måste göra någonting åt”. Då besvaras frågan om vad som förorsakat symtomen ofta efter hand i arbetet tillsammans med psykoterapeuten på ungdomsmottagningen. För ungdomarnas del handlar det om motivationen att arbeta med sig själva. På mottagningen resonerar man inte om att ge tidsbegränsade samtalskontakter och därmed kunna erbjuda fler ungdomar samtal. Man resonerar mer om att det är god kvalitet att ge ungdomarna bra hjälp oavsett om det krävs kort eller lång behandlingstid.

#### *Att diskutera*

1. På vilket sätt har du mött frågeställningarna?
2. Hur kan man erbjuda ungdomar med tvångssyndrom hjälp?
3. Hur tänker unga människor då de ska välja den instans de ska söka behandling på?
4. Vilka skillnader och likheter finns i arbetskulturen på en ungdomsmottagning och en vuxenpsykiatrisk mottagning?

### *Diana - mobbningen ger djupa sår och visar sig i relationer*

#### *Intervju med sjuksköterska*

Diana sökte upp ungdomsmottagningen i samband med att hon hoppat av en utbildning. Hon hade också tidigare påbörjat en samtalskontakt på studieorten, men avbröt den eftersom den kostade pengar. Diana gick på samtal hos sjuksköterskan i drygt ett halvår. Hon kände sig värdelös, utstött och deprimerad. Under hela grundskoletiden var Diana mobbad och hon kände stort utanförskap även under gymnasietiden. Relationerna till andra människor fungerade dåligt. Speciellt relationerna till det motsatta könet var komplicerade. Diana isolerade sig alltmer när relationerna blev för påfrestande. Hon avbröt inledda kontakter när de blev kroppsnära.

Både Diana och sköterskan bedömde att de aktuella svårigheterna hade ett samband med de erfarenheter som funnits under mobbningen i grundskolan. Sköterskan ansåg att Diana inte hade möjlighet att utvecklas som människa och det fick konsekvenser i relationerna till andra. Symtom som ständigt fanns närvarande i hennes föreställningsvärld var att hon i sina relationer till andra kunde bli utskrattad och förlöjligad. När det blev för smärtsamt valde hon bort kontakterna med andra och efter hand började Diana se på sig själv som värdelös.

När Diana sökte upp ungdomsmottagningen var hon tveksam till att påbörja en ny samtalskontakt. De bestämde att de skulle upprätthålla kontakten med möjlighet till enstaka besök samt till telefonkontakt. Sköterskan betonar att avslutningen på kontakten var extra viktig för Diana, eftersom hon hade erfarenheter av kränkningar i relationer.

Kontakten med Diana avslutades när hon återupptog studierna på annan ort. Sköterskan rekommenderade Diana att söka en ny samtalskontakt.

*Vad behövde Diana för hjälp?*

1. Att få tillit till andra människor – våga knyta kontakter.
2. Att förändra förhållningssätt till andra.
3. Att förändra sin självbild.

*Kommentarer*

1. Forskning om mobbning i skolan visar att 100 000 barn mobbas i den svenska grundskolan. Undersökningar om förekomsten av mobbning visar på liknande resultat under 1980- och 1990-talen (30, 31).

På den tiden när det var tillåtet med skolaga visade vuxna för barn hur kränkningar utförs. Det skedde ofta inför andra elever i avskräckande uppfostringssyfte. Med ett förändrat synsätt på barn och barns behov har också synsättet på kränkningar förändrats. Skolagan förbjöds 1958.

Med införandet av Lpo-94 (Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet) har rektor ansvar för att ingen mobbas i skolan. Under 1990-talet skrev de flesta skolor handlingsplaner avseende mobbning och kränkande behandling.

De strukturella förändringarna i skolan, exempelvis att lärarna numera arbetar i arbetslag, och en värdegrund som vilar på grundläggande behov av tillit och frånvaro av kränkningar, är nödvändiga förutsättningar för att man ska kunna arbeta mot kränkningar i skolan.

Risken för mobbning och kränkande handlingar finns när människor möts, vilket innebär att personal inom skolan alltid behöver ha beredskap för att åtgärda mobbning. Både den som utför mobbningen och den som blir utsatt för den behöver ha vuxenvärldens stöd för att stoppa och bearbeta upplevelserna av mobbningen.

När barn och ungdomar blir mobbade under skolåren får det som konsekvens att de blir mycket sårbara i kontakterna med andra människor. Under barn- och ungdomsåren tränar de sig i att knyta kontakter och behålla relationer. När de blir mobbade kan de inte skapa kontakt eller behålla relationer på ett bra sätt. Dessutom blir deras framtida förhållningssätt till andra präglade av bristande tillit.

Mobbning under skoltiden kan pågå länge utan att någon vuxen uppmärksammar den. Det ger effekter på hur barnet eller ungdomarna kommer att se på sig själva och på sin omgivning. Mobbning medför förvärvade tillitsskador (32, 33).

Under en pågående mobbning lever de som mobbas under ständigt hot. De får lägga all energi på strategier för att undkomma och överleva. När de lämnar den situation, som mobbningen utfördes i, utvecklas olika symtom. Det kan vara depressioner, olika tvångssyndrom och fobier eller utagerande beteende. En undersökning om ungdomar, som gjort allvarliga självmordsförsök (28) visar att de flesta mobbats under skoltiden.

Diana påbörjade en samtalskontakt, men hon avbröt den eftersom den kostade pengar. Hon beskriver också en tveksamhet till kontakten med sköterskan på ungdomsmottagningen. Dianas försiktighet med att knyta kontakter, speciellt behandlingskontakter, kan bero på att hon har varit mobbad. Många barn och ungdomar, som varit mobbade under skoltiden, beskriver att de försökt berätta för vuxna om sin situation utan att ha blivit tagna på allvar eller fått den hjälp de behövt. Att under relativt kort tid söka upp två behandlare kan tyda på att Diana hade ett så stort behov av att få hjälp att hon vågade sig på nya kontakter.

2. I Dianas subjektiva förklaringsystem ingick att bli utskrattad och förlöjligad i de relationer hon hade med andra. Det medförde att relationerna blev komplicerade och känslomässigt laddade. Diana valde då att isolera sig, vilket också innebar att hon inte förbättrade sina relationer. Efter hand blev hon alltmer rädd. Hon utvecklade en social fobi, som sannolikt kan härledas ur de kränkningar hon utsatts för. Hon klarade inte heller av sina studier.

Samtalskontakten, som varade ett halvår, visade Diana att sköterskan var en person som uthärdade möten med henne och som dessutom var villig att förstå. Sköterskan var också väl medveten om det avslutande mötets betydelse i och med att Diana hade stora tillitssvårigheter.

Diana återupptog studierna, vilket med stor sannolikhet tyder på att samtalen haft effekt. Hon fick hopp om att kunna prestera och skapa bärande relationer. Sköterskan föreslog att Diana skulle söka en ny samtalskontakt på studieorten och föreslog även en fortsatt kontakt, då hon besökte hemorten. För Dianas del kanske det kan ha varit tillräckligt med en första samtalsomgång för att bryta isoleringen.

3. Mobbningens maktspel präglas av att plågarer har makt över offret och kan förnedra och kränka det. En enstaka kränkning kan barn, ungdomar och vuxna uthärda och omtolka i olika avseenden. Maktövertag och upprepade kränkningar över tid får konsekvenser. Bland annat förändras offrets bild av sig själv.

Dianas självbild präglades av att hon var värdelös och kunde bli förlöjligad och utskrattad. Oavsett hur Dianas självbild var innan mobbningen kan man se effekterna av mobbningen på den problembild hon presenterar. Isoleringstendenser, rädsla i kontakter med andra som uttrycks genom att hon tror att hon kan bli förlöjligad, och den depression hon uppvisar. Rädslan för kontakter blir än mer tydlig i relationer till motsatta könet och då kroppskontakt förväntas. Både Diana och sköterskan är övertygade om att mobbningen under skoltiden har haft effekt på hur Diana mår, hur hon ser på sig själv och hennes relationer till andra.

Diana sökte hjälp när hennes symtom inverkade på hennes studier och sociala liv. Det första steget i behandlingen var att skapa en tillitsfull relation där hon kunde få stöd att förstå sina symtom och bryta, den för henne, destruktiva utvecklingen av isolering. För

Dianas del återstår behandlingsarbete med att förändra sin syn på sig själv i det sociala samspelet.

*Att diskutera*

1. Känner du igen frågeställningen?
2. Är ungdomsmottagningen lämplig för bearbetning av upplevelserna av mobbning?
3. Vilka konsekvenser ger en långvarig mobbning under barn- och ungdomsåren för den enskilda individen?
4. Hur kan skolan och ungdomsmottagningen samarbeta med frågor om mobbning?

## Referenser

1. SFS 1974:595 Abortlag.
2. Jarlbro G. Verksamheten vid landets ungdomsmottagningar. Rapport 1998:17. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 1998.
3. Jarlbro G. Behöver vi ungdomsmottagningar? Rapport 1998:45. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 1998.
4. Bak M, Gunnarsson L, Ljungberg B. Att ta emot ungdomar – en utvärdering av ungdomsmottagningarna i Göteborg. Institutionen för pedagogik. Göteborg: Göteborgs universitet; 1993
5. Volkerts M. Har du tid att lyssna på mig? Stockholm stads; Utbildningsförvaltningens rapportserie 2003:10. Stockholm
6. Samuelsson L, Fors Z. Förslag till indikatorer för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten vid landets ungdomsmottagningar. [www.vgregion.se](http://www.vgregion.se)
7. Fors Z. Ungdomsmottagningens roll och verksamhet. Ungdomsperspektivet. Arbetsrapport 2005 E Mösseberg: Forskningsstation Mösseberg, 2005. [www.forskningsstation.se/publ.htm](http://www.forskningsstation.se/publ.htm) Arbetsrapport 2005:E
8. Samuelsson L. Indikatorer för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten vid landets ungdomsmottagningar. [www.vgregion.se](http://www.vgregion.se)
9. Lindholm L. Den unga människans hälsobild – en studie över gymnasieelevers uppfattning om hälsa. Høitotiede 1998;5(2) 93
10. Wrangsjö B. Ungdomsutveckling och ungdomspsykoterapi i ljuset av Daniel Sterns självteori. Sfphs monografiserie nr 36.
11. Broberg A, Nevenon L, Bonnerdal U. Ätstörning. I: Erling A, Hwang P, red. Ungdomspsykologi. Utveckling och livsvillkor. Stockholm: Natur och Kultur, Stockholm 2001.
12. Statistik 2002, hämtad från Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM), [www.fsum.org](http://www.fsum.org)
13. Tyden T. Sexual behaviour among students – use of contraceptives, STD-related attitudes and knowledge. Uppsala: Uppsala university; 1991.
14. Lewin B, red. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Uppsala: Uppsala universitets förlag; 1999.

15. Magnusson M. Life-course characteristics associated with early onset of sexual intercourse in females. In a context of relationships, self-perception, well-being and adjustment. Edsbruk: Dept. of Psychology. Stockholm University; 2001.
16. SFS 1974:595 ändring 1995:660 Abortlag.
17. SOSFS 1989:6.
18. Smittskyddsinstitutet 2004. Kommentarer till statistiken 2003.  
[www.smittskyddsinstitutet.se](http://www.smittskyddsinstitutet.se)
19. Havnsköld L, Risholm Motander P. Utvecklingspsykologi. Stockholm: Liber Utbildning; 1995.
20. Ambjörnsson F. I en klass för sig. Genus, klass och sexualitet bland gymnasieelever. Stockholm: Ordfront förlag; 2004.
21. Socialdepartementet. Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande från Barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Socialdepartementet; 1998.
22. Olsson G. Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress and social network, Uppsala: Uppsala universitet; 1998.
23. Socialdepartementet. Barns och ungdomars välfärd. Antologi från Kommitten Välfärdsbokslut. Stockholm: Socialdepartementet, 2001.
24. Ehrenlans B, Kullenberg U. (1996) Stopp för sexuella trakasserier. Stockholm: Stockholms skolors centralförvaltning; 1996:2.
25. Menckel E, Witkowska E. Allvar eller på skämt. En nationell studie av språkbruk och sexuellt beteende bland gymnasieelever. Rapport. Arbetslivsinstitutet; 2002.
26. Hägglund S. Perspektiv på mobbning. Göteborg: Institutionen för pedagogik, Göteborgs universitet; 1996.
27. Osbeck C, Holm A-S, Wernersson I. Kränkningar i skolan. Förekomst, former och sammanhang. Värdegrunden. Rapport 2003:5. Göteborg: Göteborgs universitet; 2003.
28. Ahlin-Åkerman B. Hur upptäcker vi sårbara elever. Rapport nr 2. NASP; 2002.
29. Statistik 2003, hämtad från Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM), [www.fsum.org](http://www.fsum.org)



30. Olweus D. Mobbning. Vad vi vet och vad vi kan göra. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1992.
31. Skolverket. Attityder till skolan 2000. Elevers, lärares, skolbarnsföräldrars och allmänhetens attityder till grundskola och gymnasium. Stockholm: Liber; 2001.
32. Fors Z. Obalans i makt. Fallstudier av barnmobbing. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet; 1993.
33. Fors Z. Makt, maktlöshet, mobbing. Stockholm: Liber Utbildning; 1995.