

Ungdoms- mottagningar – nätverk med helhetssyn på ungas problem



**MARIANNE WIKSTEN-
ALMSTRÖMER**, specialist i
obstetrik och gynekologi,

medicinskt ansvarig
på Stockholms skolors
ungdomsmottagning

Ungdomsmottagningarna är en del av det offentliga stödjande nätverket runt ungdomar. De arbetar med sexualitet och samlevnad på individ- och gruppnivå. Preventivmedel, önskade graviditeter, sexuellt överförda infektioner, kroppsutveckling och sexuella relationer är frågor som ungdomarna söker för. Ungdomsmottagningarna har idag även en väsentlig roll vid insatser för ungdomars psykiska och sociala hälsa genom samtalsbehandling och stöd vid familje- och relationsproblem. Idag finns ca 200 ungdomsmottagningar i Sverige. De besöks av ca 200 000 ungdomar per år. Nära 85 procent av besökarna är flickor.

Inrättades under 1970-talet

De två första mottagningarna startade 1970, i Borlänge av barnläkaren Gustaf Högberg och i Stockholm av skolöverläkaren Sven-Ivar Rollof. I Borlänge erbjöds ungdomarna ett brett utbud av tjänster från barnläkare, skolsköterska, kurator, psykolog, barnmorska och gynekolog. Fysiska, psykiska och sociala faktorer samt inte minst sex- och samlevnadsfrågor integrerades medvetet. I Stockholm var ungdomsmottagningen en del av skolhälsovården och till en början inriktad på att erbjuda endast preventivmedel och rådgivning i sex och samlevnad. Ungdomsmottagningarna startade vid en tidpunkt då tonåringen började uppmärksammas i samhället och öppenheten kring sexualitetens betydelse i tonåringens utveckling ökade. Vårdgivare på olika håll i landet insåg att ungdomars behov av omhändertagande skiljde sig från såväl barns som vuxnas behov. Under 1970-talet tillkom ytterligare några ungdomsmottagningar över landet, men först på 1980-talet ökade antalet kraftigt. Utbudet och storleken skiljer sig fortfarande åt mellan mottagningarna. Framför allt i större städer finns mottagningar med fler personalkategorier och längre öppettider. En rikstäckande sammanställning av ungdomsmottagningarnas utbud saknas. Det lokala samhället, ungdomarnas villkor, uppdragsgivarna och de personer som arbetar där sätter sin prägel på verksamheten.

Medicinsk och psykisk/social kompetens

Föreningen Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) bildades 1988. För ett fullvärdigt medlemskap i föreningen krävs att det

finns såväl medicinsk som psykisk/social kompetens på mottagningen. Yrkesmässigt betyder det: barnmorska och kurator eller psykolog samt läkare. Verksamheten skall bedrivas i särskilda lokaler som besöks endast av ungdomarna under den tid man har öppet. Besöken skall vara avgiftsfria. Åldersgränserna varierar mellan mottagningarna. Ofta finns en nedre gräns på 12–13 år, men mottagningarna tar ibland emot även yngre personer. En övre gräns ligger vanligen någonstans mellan 20 och 25 år. Andra gränser kan vara geografiska eller skoltillhörighet. Gränserna beror på uppdragsgivarna och ersättningssystemens utformning samt påverkas starkt även av köerna till de efterfrågade tjänsterna. Huvudman för en mottagning kan vara landstinget, kommunen eller annan vårdgivare. Antingen är huvudmannen ensam ansvarig, då ofta med avtal med annan part, eller så är huvudmannskapet delat.

Individuella besök

Ofta söker sig ungdomarna själva till ungdomsmottagningen. De kan även ha blivit hänvisade eller remitterade från skolan eller från andra vårdgivare. Ibland är det en förälder som tar kontakt. Ungdomsmottagningarnas arbetsmetoder innebär att vad ungdomar än söker för skall deras hela situation beaktas. Den helhetssynen innebär samarbete mellan olika professioner. Erfarenhetsutbyte och samarbete runt ungdomarna är ofta en nödvändighet för att kunna lösa problem och är väsentligt då ungdomarna kan ha svårt att presentera sina behov så exakt att de träffar rätt person eller rätt personalkategori redan vid första besöket (Fakta 1).

Utåtriktat arbete

I ungdomsmottagningarnas arbete ingår att informera om mottagningen till skolklasser, vanligen högstadiet. I det informationsarbetet kan mottagningen delta i skolans sex- och samlevnadsundervisning som konsult. Att vända sig till ungdomar på högstadiet bedömer många som optimalt. Detta för att nå ungdomarna med information om vart de kan vända sig för preventiv-

FAKTA 1

Utmärkande för ungdomsmottagningarnas arbetsmetoder är helhetssynen, samarbetet mellan medicinsk, psykologisk och social kompetens.

SAMMANFATTAT

Årligen besöker mer än 200 000 ungdomar i åldern 12 till 23 år Sveriges ca 200 ungdomsmottagningar. Helhetssynen vid omhändertagandet har präglat verksamheten sedan den första mottagningen startade 1970.

Fokus ligger på sex och samlevnad. Preventivmedelsrådgivning och oro för genitala infektioner är de vanligaste besöksorsakerna. Mottagningarna har kommit att spela en allt större roll även för ungdomar som önskar samtals-

kontakt vid sociala och/eller psykiska problem, och andelen komplicerade medicinska frågeställningar har ökat.

Ungdomsmottagningarna har under åren byggt upp en gedigen erfarenhet om ungdomars villkor och åtkommar specifika för åldersgruppen. Tillgången på såväl medicinsk som social och/eller psykologisk kompetens och framför allt ett väl fungerande samarbete mellan de olika professionerna lämpar sig väl för att ta sig an ungdomars problem.

medel och frågor om sexualitet innan de debuterar sexuellt. Då medianåldern för sexualdebuten ligger stabil på 16–17 år för ungdomarna i Sverige [1] får majoriteten, men långt ifrån alla, denna information innan de debuterar. Att informera skolklasserna i tidigare/yngre årsklasser är mindre effektivt, då man dåligt tar till sig dessa kunskaper om man inte är sexuellt aktiv [2]. Informationen behöver upprepas. Under senare år har en nedrustning skett inom skolans sex- och samlevnadsundervisning. Framför allt är detta påtagligt inom gymnasieskolan. I LpM94, läroplanen för de frivilliga skolformerna där gymnasieskolan ingår, finns angivet att rektor har ansvaret att se till att ämnesövergripande information i frågor om sex och samlevnad sker. Vid knappa resurser tenderar denna undervisning att minimeras till obefintlighet på vissa håll. I gymnasieåldrarna finns ett uttalat behov av att inte endast få kunskapsinformation utan även få diskutera relationer och etiska aspekter på sexuallivet. Ibland finns en övertro på gruppinsatser som en möjlighet att få knappa resurser att räcka till många ungdomar. Det finns sparsamt med utvärderingar av utåtriktat arbete i form av klassundervisning, men det hänvisas ofta till som exempel på bra förebyggande arbete [3]. Upprepade undersökningar visar i stället på att ungdomar med stort risktagande inom andra områden och med dåligt familjestöd tar risker även inom sexuallivet [4–6]. I gruppundervisning nås flera ungdomar samtidigt av faktainformation, och möjlighet finns att i diskussionsform utbyta värderingar. Ungdomarna önskar även individuella samtal och rådgivning när de har frågor om sig själva. Enbart god kunskap om preventivmedel och sexuellt överförda infektioner skyddar inte mot oönskade konsekvenser av sexuella handlingar [7, 8].

Organisation enligt regionala riktlinjer

Socialdepartementet gav 1998 Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå åtgärder för att bland annat stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvård. »Som en del av uppdraget skall Socialstyrelsen göra en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet. I sammanhanget skall särskilt pojkarnas möjlighet till stöd och råd uppmärksammas.« Utredningen om pojkarnas behov blev klar år 2000 [9]. När det gäller ungdomsmottagningarnas hela verksamhet visade sig lokala lösningar inte lämpade för enhetliga landsomfattande rekommendationer. I Stockholm har ett regionalt dokument tagits fram – »Riktlinjer för ungdomsmottagningarna i Stockholm«, som Stockholms läns landsting och Stockholms kommun gemensamt har antagit år 2001–2002. Innehållet beskriver en uppbyggnad av lokala mottagningar spridda över staden och ett par större »breddade« mottagningar med utökad kompetens. För de lokala mottagningarna anges nyckeltal för barnmorskor och kuratorer/psykologer och läkare räknat på antal ungdomar inom området. Det finns även förslag på ett ersättningssystem kopplat till detta dokument. Lösa strukturer och oklara uppdrag har inneburit en möjlighet att anpassa ungdomsmottagningarna efter ungdomarnas behov, vilket till viss del kommit ungdomarna till gagn. Oklart huvudmannaskap och svårigheter i samarbetet mellan landsting, kommun och andra vårdgivare har dock inneburit återkommande bekymmer med den ekonomiska ersättningen. Detta är något som har inverkat negativt på den långsiktiga planeringen av verksamheten.

Uppföljning av verksamheten

Besöksstatistik avseende ålder, kön, antal personer och antal besök uppdelad på personalkategorier skall årligen rapporteras till Föreningen Sveriges ungdomsmottagningar. Cirka 50 procent av mottagningarna lämnar fullständig statistik. Den lokala uppföljningen av verksamheten varierar avsevärt. Ett projekt för att mer långsiktigt utforma mottagningarnas verksamhet

FAKTA 2

Vanligaste medicinska besöksorsakerna på en multidisciplinär ungdomsmottagning under det senaste året:

- Preventivmedelsrådgivning
- Genitala infektioner
- Oro för graviditet
- Akut-p-piller
- Mensrubbingar
- Genitala förändringar
- Rådgivning vid oplanerad graviditet
- Smärttillstånd genitalt
- Menssmärtor
- Bröstproblem
- Sexologiska problem

har Västra Götalandsregionen i samarbete med Folkhälsoinstitutet och Forskningsstationen Mösseberg genomfört år 2002–2004. Arbetet utmynnade i »Förslag till indikatorer för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten vid landets ungdomsmottagningar«. I förslaget tydliggjordes mål och delmål för olika nivåer i verksamheten, såsom uppdragsgivare/politiker, uppdragsgivare/administratörer, utförare/ledning, utförare/ungdomsmottagning och brukare/ungdomar. Även försättningar och indikatorer samt förslag till uppföljning utarbetades för varje nivå. För ungdomsmottagningarna föreslogs uppföljningen, förutom den årliga besöksstatistiken, även bestå i att inom mottagningarna dokumentera ett systematiskt kvalitetsarbete och en kontinuerlig utveckling av teamarbetet mellan mottagningens olika professioner samt ett strukturerat samarbete med skolan i sex- och samlevnadsfrågor. Av betydelse för uppföljningen av ungdomsmottagningarnas verksamhet framhölls den nationella och regionala statistiken som finns för den aktuella åldersgruppen angående antalet förlossningar, aborter och könssjukdomar.

Alla ungdomar utgör målgruppen

Ungdomsmottagningarna har hela tiden arbetat för att nå alla ungdomar och inte riktat sig specifikt till ungdomar med problem. Den vanligaste besökaren på en ungdomsmottagning är en flicka i övre tonåren som träffar en barnmorska för recept på p-piller. Många ungdomar söker också annan hjälp, och lättillgängligheten tillsammans med helhetssynen gör att ungdomsmottagningarna även fångar upp många ungdomar med mer omfattande hjälpbehov. Det kan handla om stöd och behandling vid allvarliga psykiska och sociala problem, men även en betydande del komplicerade medicinska tillstånd uppmärksammas på ungdomsmottagningarna. I allt större utsträckning söker ungdomarna för hormonella, genitala och sexologiska problem av olika slag (Fakta 2). Det ställer stora krav på kompetens att göra en första bedömning och utredning, antingen den resulterar i en remiss eller i en åtgärd inom mottagningen. En verksamhet som är så pass lättillgänglig behöver med nödvändighet kunna hantera även komplicerade frågor.

Arbeter i gränsområdet mellan barn och vuxen

Ungdomsmottagningarna arbetar i gränsområden. Ungdomarna befinner sig på gränsen mellan barn och vuxna när det gäller såväl mental som kroppslig och social utveckling. En 14-årig

högstadiellev som bor hemma och en 22-årig yrkesarbetande med eget boende kan söka för samma problem. De befinner sig i helt olika stadier i utveckling, och deras sociala sammanhang ser olika ut. På ungdomsmottagningarna finns kunskap om detta och en möjlighet att utgå ifrån bådadas behov. Att dessa ungdomar dessutom har helt olika juridisk situation innebär att olika hänsyn behöver tas vad gäller information, sekretess och gränsdragning mot deras familjer. Ungdomsmottagningarnas hela verksamhet, förutsättningen för att lyckas med rådgivning och att förebygga ohälsa är att ungdomarna har förtroende för dem som arbetar där. Att vara rädd om det förtroendet utan att svika ungdomar som behöver mer hjälp är stundtals en svår balansgång. Förutom lagar om anmälningsplikt, som alla som arbetar med barn och ungdomar måste följa, finns andra lagar som styr verksamheten, vilka delvis står mot varandra. Exempelvis handlar Sekretesslagen om den enskildes rätt att bestämma medan Föräldrabalken ger föräldrarna rätt att ta del av den underåriges (<18 år) journaler [10]. Att kontakta socialtjänsten och/eller föräldrarna mot den unges vilja eller att avstå ställer stora krav på bedömning och erfarenhet.

Även pojkarnas behov måste tillgodoses

Redan då ungdomsmottagningarnas antal ökade på 1980-talet och visade sig vara en bra verksamhet för att ta hand om flickor, började man bekymra sig över att man inte nådde pojkarna. Man utgick ifrån att de borde ha samma behov av samtalskontakter och test för könssjukdomar som flickorna. Man frågade sig om miljön var alltför anpassad till flickorna. Personalen bestod vid den tiden nästan helt av kvinnor. På flera ställen inrättades speciella mottagningar för pojkarna, och manlig personal anställdes till dessa mottagningar. Förekomsten av män på mottagningen gjorde det mer självklart för pojkar att söka. Dock fanns det inte alltid ett önskemål från pojkarna att träffa just en manlig person [11]. Idag ligger pojkarnas besöksfrekvens på 10–20 procent av besöksantalet. Så länge mottagningarna ser ut som idag och flickorna vid hälften av besöken kommer för preventivmedelsrådgivning, kommer den procentuella andelen pojkar på ungdomsmottagningen inte att nå 50 procent. Andelen pojkar som söker samtalskontakt verkar öka. I den situation då flickvännen söker för graviditetsoro eller planerar en abort är det dock oftast svårt att nå pojken med information om att han också har en möjlighet till enskilt samtal om sina känslor och tankar [12]. Även pojkar har stort behov av stöd vid en abort [13]. En ökad risk finns dessutom att de åter hamnar i en abortsituation.

Ungdomar som inte besöker ungdomsmottagning

Cirka en tredjedel av landets ungdomar kommer till en ungdomsmottagning för ett enskilt besök. Hur dessa ungdomar skiljer sig från sina jämnåriga vet vi ganska lite om. Undersökningar handlar oftast om de ungdomar som redan sökt mottagningen. De ungdomar som inte kommer kanske inte har behov av ungdomsmottagningens tjänster, men det kan också bero på att deras kännedom om ungdomsmottagningar är bristfällig. Olika grupper av ungdomar kan behöva få information som är bättre anpassad till dem, och de som arbetar på mottagningen kan behöva utöka sin kompetens om dessa ungdomars speciella behov. Exempel på sådana grupper kan vara ungdomar med invandrarbakgrund, ungdomar med fysiska eller psykiska funktionshinder, ungdomar med kroniska sjukdomar och ungdomar med annan sexuell läggning än den heterosexuella. Lokalt finns ofta god kompetens i frågor som är vanliga för vissa grupper i närområdet, antingen det gäller invandrare från en viss kultur eller funktionshindrade ungdomar på ett gymnasium i närheten. Mer komplicerat kan det vara för ungdomar

FAKTA 3

Kvalificerad bedömning på ungdomsmottagningen förhindrar att ungdomarna blir utsatta för meningslösa utredningar.

med speciella behov och som bor spridda över ett större område med flera mottagningar.

Förändringar i samhället ökar ansvarsområdet

Förändringar i samhället påverkar ungdomsmottagningarnas verksamhet. En ökad psykisk ohälsa, framför allt av depressioner, bland ungdomar under senare år har inneburit en ökad efterfrågan på psykologisk kompetens. Efterfrågan stegrades ytterligare i Stockholms län då ungdomspsykiatri (BUP) sänkte sin övre åldersgräns från 20 till 18 år årsskiftet 1999/2000, utan att vuxenpsykiatri kunde ta hand om dessa ungdomar. När massmedier rapporterar om komplikationer av p-piller måste det mötas med information och stöd från barnmorskorna till oroliga ungdomar och deras föräldrar för att motverka att ungdomarna helt slutar med preventivmedel och blir oönskat gravida. Ungdomarna reser alltmer, och de möter kulturer med andra vanligt förekommande, sexuellt överförda smittämnen. Något att ta hänsyn till vid provtagning och vid den smittspridning som barnmorskan eller kuratorn har hand om på ungdomsmottagningen och som är en viktig del i det förebyggande arbetet [14]. Åtstörningar har ökat bland unga flickor och upptäcks vanligen på ungdomsmottagningarna eller i skolhälsovården. Tidiga insatser ger bäst resultat, men köerna är långa till specialklinikerna [15]. Övervikt är ett annat växande problem för ungdomar av båda könen. För flickorna innebär övervikt stora bekymmer när det gäller att finna ett lämpligt preventivmedel. Program för överviktiga finns inom primärvården och vid specialenheterna på sjukhusen, men de kommer inte att kunna ta hand om det starkt ökande antal överviktiga som är att vänta. Ungdomsmottagningarna kommer att få ansvar för allt fler överviktiga flickors sexuella och reproduktiva hälsa. För att kunna möta ungdomarnas behov i framtiden är det nödvändigt med en förstärkning av såväl den medicinska som den psykologiska specialistkompetensen inom ungdomsmottagningarna, och det finns behov av förstärkning även med andra yrkeskategorier, exempelvis dietist och sjukgymnast. En kvalificerad bedömning på ungdomsmottagningen förhindrar att ungdomar blir utsatta för meningslösa utredningar eller hamnar i långa köer till fel vårdinstans (Fakta 3).

Oviss framtid

Ungdomsmottagningens verksamhet påverkas i betydande grad av hur socialtjänst, BUP, psykiatri i övrigt, vårdcentraler och sjukvård i det närmaste samhället fungerar och hur samarbetsmöjligheterna ser ut. Att erhålla tillräckliga resurser för att bedriva en tvärprofessionell verksamhet med helhetssyn kan bli omöjligt i tider då knappa medel oftare satsas på snabba, enkla åtgärder. Det mer osynliga förebyggande arbetet prioriteras inte även om den politiska viljan finns till ett mer långsiktigt arbete med ungdomarna. Den kunskap som ungdomsmottagningarna under åren har byggt upp för att ta hand om ungdomarnas frågor saknas i det närmaste helt inom den traditionella sjukvården. Att ungdomsmottagningarna är bättre lämpade att ta sig an ungdomars frågor och problem beror på helhetssynen, erfarenhet av ungdomars speciella åkommor, kunskap om ungdomars villkor och tillgången på såväl medicinsk som soci-

al och/eller psykologisk kompetens, samt framför allt ett väl fungerande samarbete inom mottagningarna mellan de olika professionerna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Sex i Sverige. Stockholm: Folkhälsainstitutet; 1998.
2. Andersson-Ellström A, Milsom I. Knowledge about the prevention of sexually transmitted diseases: a longitudinal study of young women from 16-23 years of age. *Sex Transm Infect* 2002;78(5):339-41.
3. Ruusuvaara L. Adolescent sexuality: an educational and counseling challenge. *Ann N Y Acad Sci* 1997;816:411-3.
4. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-year old Swedish girls. *Sex Transm Infect* 2000;76(2):98-102.
5. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-year-old Swedish boys. *Acta Paediatr* 2002;91(9):985-91.
6. Andersson-Ellström A, Forssman L, Milsom I. Age of sexual debut related to life-style and reproductive health factors group of Swedish teenage girls. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75(5):484-9.
7. Tydén TB, Bergholm M, Hallén A, Odlin V, Olsson SE, Sjöden PO, Strand A, et al. Evaluation of an STD-prevention program for Swedish university students. *J Am Coll Health* 1998;47(2):70-5.
8. Persson E, Jarlbro G. Sexual behaviour among youth clinic visitors in Sweden: knowledge and experiences in an HIV perspective. *Genitourin Med* 1992;68(1):26-31.
9. Ungdomsmottagningarnas kontakter med pojkar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
10. Svea Rikes Lag. Socialtjänstlagen 14 kap 1§, Föräldrabalken 6 kap 11 §, SekrL 14 kap 4 § 2 st.
11. Gottlieb C, Christiansen I, von Segebaden C, Wiksten-Almströmer M. Lyckat försök med pojkmottagning. *Lakartidningen* 1998;95(32-33):3418-9.
12. Holmberg L, Berg-Kelly K. Health, health-compromising behaviour, sexuality and involvement in pregnancy among 18-year-old Swedish males: a cross-sectional survey. *Acta Paediatr* 2002;91(7):838-43.
13. Holmberg L, Wahlberg V. The process of decision-making on abortion: a grounded theory study of young men in Sweden. *J Adolesc Health* 2000;26(3):230-4.
14. Ramstedt K. An epidemiological approach to sexually transmitted diseases - with special reference to contact tracing and screening. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1991;157:1-45.
15. Ett liv av vikt, fem år senare. Stockholm: Folkhälsainstitutet; 1999. Rapport 1999:7.

Läkartidningen

Vi ökar vår upplaga till 40 000!

Nordens ledande medicinska tidskrift har blivit ännu större. Annonsera och nå 28 000 läkare varje vecka. Ring vår annonsavdelning, 08-790 35 30, och boka utrymme i nya Läkartidningen.

Starkare än någonsin.
I helt ny form.

Läkartidningen
– utmanande saklig