

"Man gör det bästa möjliga"

Olika perspektiv på UM i Västmanland

Rapport 2015:1



Susanne Holmsten
Utvecklings- och utredningsenheten

”Man gör det bästa möjliga”

Olika perspektiv på UM i Västmanland

Rapport 2015:1

Susanne Holmsten
Utvecklings- och utredningsenheten

”Man gör det bästa möjliga” © Författaren och Västmanlands Kommuner och Landsting

FÖRFATTARE

Susanne Holmsten

KOPIERINGSFÖRBUD

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Kopiering är förbjuden utöver vad som avtalats mellan upphovsrättsorganisationer och högskolor enligt avtalslicensen i 13 § upphovsrättslagen.

Tack!

Stort tack till er fyra unga som delade med er av synpunkter, kunskaper och erfarenheter! Många UM och UM-intresserade kan ha glädje av synpunkterna! Synpunkterna kan bidra till att utveckla UM-verksamheten ytterligare.

Stort tack till alla intervjuade barnmorskor, kuratorer och chefer för att ni delade med er av synpunkter, kunskaper och erfarenheter!

Stort tack till Timmy Leijen, FSUM:s ordförande, för intervjun och snabba svar på mejlfrågor.

Med förhoppning om att de olika perspektiv som redovisas i rapporten berikar den fortsatta diskussionen och med förhoppning om att rapportens slutsatser kommer till användning i ett fortsatt länsgemensamt utvecklingsarbete,

Västmanlands Kommuner och Landsting den 28 september 2015

Susanne Holmsten

Sammanfattning

”Man gör det bästa möjliga” – Olika perspektiv på ungdoms-mottagningar i

Västmanland

Föreliggande utredning är gjord på uppdrag av Västmanlands Kommuner och Landstings (VKL:s) styrelse. Av utredningens bakgrundskapitel framgår ungdomsmottagningarnas (UM:s) mål och uppgift liksom tidigare arbete på regional nivå. En undersökning gjord av Socialstyrelsen (2009) refereras. Av undersökningen framgår att de flesta av landets ungdomsmottagningar uppger att de arbetar för att förebygga psykisk ohälsa. Socialstyrelsen skriver emellertid att de uppgifter som ungdomsmottagningarna lämnat, samtidigt ger intryck av att ungdomsmottagningarnas verksamhet till stor del handlar om prevention på indikerad nivå, det vill säga svårare problem. I denna utrednings inledande del nämns att det i Västmanland finns nio ungdomsmottagningar. Dessa är belägna i Västerås, Fagersta, Sala, Hallstahammar, Köping, Surahammar, Arboga, Kungsör och Kolbäck. Mottagningen i Fagersta drivs i samverkan mellan landstinget Västmanland och kommunerna; Fagersta, Norberg och Skinnskatteberg (FNS).

Utredningen bygger på intervjuer med fyra unga som har kontakt med ungdomsmottagningen i Västerås, intervjuer med ansvariga chefer och intervjuer med barnmorskor och kuratorer i Västmanland. En intervju med ordföranden i FSUM (Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar) ingår också. Utredningens resultatdel utgår från följande teman: *Fyra ungas perspektiv på UM, Önskvärd kompetens hos barnmorskor och kuratorer på UM, UM:s tillgänglighet, Organisation och huvudmannaskap, Avtal och huvudmannaskap* och slutligen *Kuratorers dokumentation*.

I utredningens inledande resultatdel konstateras att samtliga UM i Västmanland finansieras av landstinget Västmanland och de olika kommunerna i länet. Västerås, FNS, Sala och Hallstahammars UM är länets ”större mottagningar”. UM i Västerås är den enda av länets UM som har en egen chef som tillika är gemensam chef för hela verksamheten. Länets näst största mottagningar är FNS och Sala. Hallstahammars UM är den minsta av ”de större mottagningarna”. Till samtliga dessa fyra UM kommer läkare och gör läkarundersökningar i UM:s lokaler. Dessa fyra ”större mottagningar” uppfyller FSUM:s krav om samlokalisering. De uppfyller också kraven om att den psykosociala delen och den medicinska ska ha förutsättningar för samarbete och utvecklingsarbete. De uppfyller FSUM:s krav om fristående lokaler. FNS, Sala och Hallstahammars UM uppfyller också FSUM:s rekommendationer om tillräckliga resurser

De övriga fem mottagningarna är länets ”mindre mottagningar”. Av dessa är fyra (Köping, Kungsör, Surahammar, Kolbäck) belägna på vårdcentral. Den femte (Arbogas UM) finns i fristående lokaler (med öppethållande en kväll i veckan), men där görs inga läkarundersökningar. Tre av dessa fem ”mindre mottagningar” drivs av privat vårdgivare i samverkan med kommunerna (Arboga, Kungsör, Surahammar). Kolbäckens UM drivs också av privat vårdgivare, men utan samverkan med kommunen. UM i Kolbäck består av endast en liten del av en barnmorsketjänst. Köping har precis som den ”större mottagningen” i Sala en hel tjänst som barnmorska, men kuratorsresursen utgör bara 0,13 tjänst, vilket utgör ett hinder för utvecklingsarbete.

I kommunerna Västerås, Sala, Fagersta, Hallstahammar, Norberg, Skinnskatteberg och Köping är det socialtjänstens individ- och familjeomsorg som bekostar kuratorsdelen. I kommunerna Surahammar och Kungsör är det barn- och utbildningsförvaltningen som ansvarar för kuratorsresursen. I Surahammar utgörs kuratorsresursen av en del av skolkuratorstjänst. I Kungsör är kuratorstjänsten en del av det förebyggande sociala arbetet bland ungdomar. På samtliga mottagningar arbetar kuratorerna enligt socialtjänstlagen¹. I Kolbäck (Hallstahammars kommun) där UM bara består av en del av en barnmorsketjänst hänvisar barnmorskan till UM i Hallstahammar om ungdomarna behöver kontakt med kurator eller läkare.

¹ Möjligen med undantag av Västerås UM där uppgifterna om vilken lagstiftning som styr kuratorernas arbete varierar. I avtalet mellan huvudmännen nämns SoL.

Av intervjuerna med de fyra unga framgår att det är av grundläggande betydelse att verksamheten är lättillgänglig. Det är viktigt att det erbjuds olika möjligheter att beställa tid; att ringa, att komma direkt till verksamheten för att tala med en anställd eller att beställa tid genom internet på ett lätt sätt. En av de fyra unga betonar den stora vikten av att få tala med en människa direkt man ringer och inte behöva vänta på att bli uppringd. Det är också viktigt att det är lätt att komma in i lokalerna. Att mötas av en låst port och vara tvungen att använda porttelefon är försvärande. Det geografiska läget, som i Västerås är både centralt och avskilt, uppskattas liksom den välkomnande miljön på UM. Av intervjuerna med de fyra unga framgår att de lägger stor vikt vid de anställdas kompetens. De betonar vikten av att de professionella *inte lägger några värderingar* på det de säger.

De talar om vikten av att barnmorskan är *snäll, trevlig, medkännande* och *stabil*. En barnmorska behöver veta *hur man möter ungdomar* och *kunna dämpa oro*. Det handlar både om *vad* hon säger och *hur* hon säger det. En barnmorska behöver *ta sig tid* och *vara genuint intresserad* av de unga hon möter. Hon ska vara *en person som man vågar öppna sig för*. Utöver detta ska barnmorskan ha goda kunskaper i *psykologi* och om *hur psykologiska faktorer påverkar* människor. Barnmorskan behöver också ha mycket goda kunskaper om *preventivmedel* och *könssjukdomar* och hur de påverkar. *Det är a och o att de verkligen vet vad de talar om*, säger en intervjuad. En annan intervjuad framhåller att det är mycket viktigt att barnmorskan har *mycket goda kunskaper om kroppen, olika kön, olika sexuella läggningar och olika könsidentiteter*. Samma person fortsätter och säger att det är väldigt bra om *de som inte vet vad de vill identifiera sig som*, kan få hjälp på UM.

De egenskaper och kunskaper som en barnmorska behöver ha, behöver också en kurator ha, menar de intervjuade. De tillägger att kuratorn behöver kunna ännu *mer psykologi*. Kuratorn behöver vara *positiv* och *se saker från den ljusa sidan*. Kuratorn behöver vara *lyssnande och omhändertagande*. Förutom kunskaper i psykologi behöver kuratorn ha en del juridiska kunskaper om vad som gäller då barn och unga blir illa behandlade eller inte får sina behov tillgodosedda av sina föräldrar, säger en intervjuad. När en av de intervjuade jämför en UM-kurator med en skolkurator utfaller jämförelsen till UM-kuratorns fördel. Att besöka en skolkurator är ofta något *påtvingat*.

Samma intervjuade understryker att *det är jätteviktigt* att kuratorn på UM utstrålar: *Du får gärna komma hit om du vill. Jag vill gärna hjälpa dig. Det ska inte vara något påtvingat*. Det är också viktigt att kuratorn har kunskaper om *vart man* som ung *kan vända sig om man behöver mer hjälp*. Ytterligare en viktig sak är att man ska kunna prata med kuratorn om man har *frågor om kroppen och sin könsidentitet*.

De unga uppskattar att man kan komma med alla typer av problem till UM. När de jämför med annan hjälp säger de att de inte känner till någon annan motsvarande hjälp eller att övriga verksamheter inte är lika bra.

När de intervjuade föreslår förbättringar så handlar förbättringarna om att slippa den låsta porten och att ge alla elever möjlighet att besöka UM tillsammans med sin skolklass. *Det är stor skillnad att få besöka ett ställe och se med egna ögon* (mot att bara höra talas om det), framhåller en intervjuad. Behovet av ett *smidigare bokningssystem*, framhålls av en annan intervjuad. En intervjuad föreslår en undersökning om huruvida UM i Västerås har tillräckliga resurser eller om den långa väntetiden som den intervjuade drabbades av var tillfällig. Samma intervjuade framhåller behovet av en verksamhet som kan ge unga vuxna stöd genom terapi när de har en svårare problematik än vad UM kan ge hjälp för.

FSUM:s (Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningars) ordförande, Timmy Leijen, betonar, precis som de unga, vikten av att UM är lättillgänglig för alla ungdomar. Verksamheten behöver bygga på *ett salutogent synsätt*. Med begreppen *gratis och sekretess* sammanfattar Timmy Leijen ytterligare ett par grundbultar för verksamheten.

Huvudmannaskap

Av utredningen framgår att landstingets verksamhetschefer önskar att landstinget ska vara huvudman för verksamheten. Kuratorerna på två av åtta mottagningar anser det vore bättre med en huvudman än två. Några av barnmorskorna anser att det bästa vore om landstinget blev ensam huvudman för verksamheten. Av de kommunala cheferna anser de flesta att ett delat huvudmannaskap är att föredra. Det

är inte klarlagt om de som förespråkar att landstinget ska bli ensam huvudman, menar att detta skulle ske utan att kommunerna finansierar kuratorstjänsterna.

Flera intervjuade betraktar dock organiserandet av Västerås UM som en bra modell. Det är därför rimligt att tro att de avser den modell som Västerås stad och landstinget Västmanland kommit överens om. I vilket fall som helst behöver frågan diskuteras. I utredningen redovisas tre olika organisationsmodeller. Modellerna är ett försök att, utifrån vad som framkommit i intervjuerna och utifrån lagstiftningen, renodla och förtydliga vilka problem man löser, vilka som kvarstår och vilka som tillkommer med olika organisationsmodeller. De tre modellerna är: *UM med landstinget som enda huvudman*, *UM med delat huvudmannaskap*, och *Västerås stad och landstinget Västmanlands modell* där landstinget svarar för chefskapet för hela arbetsgruppen, medan kommunen finansierar kuratorstjänsterna och en del av chefstjänsten.

Sammanfattande slutsatser och diskussion

Utredningen visar att skillnaderna mellan olika UM i Västmanland är mycket stora. Det gäller inom samtliga områden som undersökts. Utredningen visar också att åsikterna och argumenten varierar stort. Argumentationen bedrivs utifrån olika perspektiv. Att samma begrepp används för ibland helt motsatta ståndpunkter förvirrar. De olika argument som framförs är, trots att de i flera fall är helt motsatta, ofta välgrundade. Utredningen visar att det inte finns några enkla lösningar. De olika perspektiven behöver tas tillvara i fördjupade samtal om UM:s verksamhet. För att undvika onödig förvirring behöver samtalen starta med att de som deltar talar om hur de definierar begrepp som exempelvis *tillgänglighet* och *geografisk närhet*. Samtalen behöver föras i olika forum och på olika nivåer.

UM spelar en unik roll genom att ungdomar och unga vuxna ofta kommer till verksamheten på eget initiativ. De som arbetar där är intresserade av ungdomars utveckling och av att ge ungdomar det stöd de behöver. De har god kompetens. UM spelar också en unik roll genom att de unga som kommer dit inte behöver ha svårigheter eller behöver kunna erkänna sina svårigheter. UM har därmed unika möjligheter att erbjuda hjälp, att ge råd och att fånga upp. En sådan verksamhet är viktig att värna.

Samtalen behöver handla om:

- UM:s mål och uppdrag, och utifrån målet och uppdraget om:
 - a. barnmorskors, kurators och läkares uppgifter på UM
 - b. huruvida kuratorsresursen behöver vara lika stor som barnmorskeresursen
- Utifrån samtalen om kuratorns uppgifter behövs en diskussion om:
 - a. behovet av att kuratorn dokumenterar eller inte dokumenterar sitt arbete
 - b. om att dokumentera eller inte dokumentera, är förenligt med lagstiftningen
 - c. vilka andra verksamheter som behövs för ungdomar och som idag saknas

En diskussion behövs också om:

- vilket huvudmannaskap som är önskvärt. Är det bäst om landstinget driver verksamheten på egen hand? Är det bäst med ett delat huvudmannaskap? Är Västerås stad och landstinget Västmanlands organisation av UM en önskvärd modell?
- om det är bäst med ett delat huvudmannaskap, är det då bäst att kommunernas barn- och utbildningsförvaltning eller socialförvaltning (eller motsvarande) ansvarar för kuratorernas arbete?
- hur det stora behovet av en god tillgänglighet och hög kompetens bäst kan tillgodoses.
- hur behovet av en verksamhet med hög kompetens kan förenas med behovet av geografisk närhet.
- behovet av en köns- och åldersuppdelad statistik.
- huruvida det bästa är stora lokala olikheter eller om det är önskvärt att komma överens om ett länsövergripande avtal.

Innehåll

”Man gör det bästa möjliga” – Olika perspektiv på ungdoms-mottagningar i Västmanland	17
Inledning och disposition	17
1. Bakgrund	19
Vad är en ungdomsmottagning	19
<i>UMO om Ungdomsmottagningar</i>	19
<i>Socialstyrelsen om ungdomsmottagningar</i>	19
Förebyggande eller behandlande – Socialstyrelsen har inventerat UM:s metoder	19
FSUM – En intresseorganisation för landets ungdomsmottagningar	21
<i>FSUM:s medlemmar och deras huvudmannaskap</i>	21
<i>FSUM:s kriterier för att få kallas ungdomsmottagning</i>	21
UM uppskattas av sina besökare	21
Underlag för en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	21
<i>Vision för den nationella SRHR-strategin</i>	21
<i>UM nämns som en central arena</i>	22
Krav och rekommendationer för länets UM 2015 – Regelboken för Västmanland	22
<i>Målgrupp</i>	22
<i>Uppdrag</i>	22
<i>Ungdomsmottagningen ska vara bemannad med:</i>	23
<i>Samarbete</i>	23
<i>Lokaler</i>	23
<i>Landstingsperspektivet dominerar</i>	23
Hälso- och sjukvårdens mål: en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen	23
Socialtjänstens mål: främjande av trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och ett aktivt deltagande i samhällslivet	24
Om kuratorers möjligheter och skyldigheter att dokumentera	24
<i>FSUM menar att arbetets innehåll ska avgöra</i>	24
<i>En rättslig bedömning av dokumentationsskyldighet vid samverkan mellan kommuner och landsting</i>	24
<i>Verksamheter utan dokumentationsskyldighet</i>	25
<i>Reglerna för dokumentation och journalföring försvårar samlokalisering och integrering av verksamheter</i>	25
Uppdraget	25
Tidigare arbete med frågan om UM:s likvärdighet – på regional nivå	26
<i>Översyn</i>	26
<i>Förslag till styrdokument för länets ungdomsmottagningar</i>	26
<i>Behövs ett gemensamt styrdokument för länets ungdomsmottagningar?</i>	27
Angränsande arbete på regional nivå	28
<i>Liv och Hälsa Ung</i>	28
<i>Länstrategi för folkhälsoarbetet i Västmanland</i>	28
<i>Kunskapsunderlag om hälsoläget för barn och unga</i>	28
<i>Psykisk hälsa hos barn och unga</i>	28
<i>Utredning om skolhälsovården</i>	28
2. Metod	31
<i>Gruppintervjuer med ledningen</i>	31
<i>Gruppintervjuer med de professionella</i>	31
<i>Bortfall</i>	32
<i>Genomförande</i>	32

3. Resultat 33

Ungdomsmottagningar i Västmanland 33

Barnmorskorna om målgruppen 33

Kuratorerna om målgruppen 34

Behöver UM erbjuda samtalsbehandling 34

”Tryggt, välkomnande och mysigt” – Fyra ungas perspektiv på UM 35

Fyra unga har blivit intervjuade 35

Vad man kan få hjälp med på UM 35

Första besöket 36

Tillgänglighet 36

”Fick veta om UM på olika sätt” 36

Vissa svårigheter förknippade med att beställa tid 37

Ibland lång väntetid 37

UM är inte välkänt av alla 38

Önskvärda åldersgränser 38

Kön och genus 38

Läget är bra 39

Svårt att komma in 39

En välkomnande miljö 40

Kompetens 40

Genuint intresse och medkänsla 41

Goda fackkunskaper behövs 41

”Du får gärna komma hit om du vill” 42

Organisation 43

UM är bästa alternativet 43

Vad ungdomarna avslutningsvis lyfter fram som bra med UM 43

Kontinuitet och att man kan komma med alla typer av problem 43

Bra lokaler, trevlig och kunnig personal. Viktigt att de som är här verkligen vill vara här (på UM) 43

Väldigt bra att UM finns, att de tänker på ungdomarna och deras sexliv och att det finns lättillgänglig information 43

Bra med ett ställe där man inte blir dömd. Bra med UM för att de är specialister på fysiska, psykiska och sexuella problem hos ungdomar och unga vuxna 44

Förslag till förbättringar 44

Fyra ungas perspektiv i punktform 45

”Man gör det bästa möjliga” – Barnmorskor, kuratorer och chefers perspektiv – Önskvärd kompetens på UM 47

Inledning 47

Vad är god kompetens för barnmorskor på UM 48

Legitimerade barnmorskor med förskrivningsrätt 48

Utbildning i sexologi 48

Utbildning i motiverande samtal (MI) 48

Övriga utbildningar som nämns 49

Vikten av lyhörddhet och av att hjälpa ungdomen till en kuratorskontakt 50

Avslutande sammanfattning om barnmorskornas kompetens 50

Vad är god kompetens för kuratorer på UM 50

Grundutbildning 50

Psykoterapiutbildning 51

<i>En av de kommunala cheferna menar att frågan om kuratorernas utbildning inte låter sig lätt besvaras</i>	52
<i>Motiverande samtal</i>	52
<i>Utbildning i sexologi</i>	53
<i>Tidigare yrkeserfarenhet och personlig lämplighet</i>	53
<i>Finns det en önskvärd ålder för den som är kurator på UM</i>	54
<i>Kuratorn behöver kunna stå upp för det psykosociala kunnandet</i>	54
Önskvärd kompetens för läkare på UM	54
<i>Läkarresursen</i>	54
<i>En läkare med särskilt intresse och kunskap om ungdomar</i>	55
<i>Specialistkompetens</i>	55
<i>Om att hänvisa till läkare från de minsta ungdomsmottagningarna</i>	56
<i>Kuratorernas syn på läkarnas specialistkompetens</i>	56
<i>Tillgång till psykiatriker vore bra</i>	57
<i>Bedömning av psykisk ohälsa exempelvis depression</i>	57
Några mottagningar är HBT-certifierade	57
Den årliga UM-konferensen innebär möjligheter – cheferna gör olika ställningstaganden	58
Har de ”större” mottagningarna mer välutbildad personal?	58
<i>Vad som talar mot att ”större” mottagningar har mer välutbildad personal</i>	58
<i>Vad som talar för att större mottagningar har mer välutbildad personal</i>	58
<i>Vad som varken talar för eller mot att större mottagningar har mer välutbildad personal</i>	58
Sammanfattning, önskvärd kompetens, i punktform	59
Resurser ur chefers och professionellas perspektiv	60
FSUM:s rekommendationer	60
<i>Hur har FSUM kommit fram till sina rekommendationer?</i>	60
<i>Tre viktiga professioner</i>	60
Resurser på UM i Västmanlands län	61
<i>En relativt liten kuratorsresurs</i>	62
<i>Oklart varför de medicinska resurserna varierar</i>	62
<i>Landstingets chefer och de kommunala cheferna har olika uppfattningar</i>	62
<i>Barnmorskorna resonerar kring vad det innebär när kuratorsresursen är liten</i>	63
<i>Landstingets verksamhetschefer reflekterar över olikheterna i den medicinska delen</i>	63
<i>Resurser och väntetider</i>	64
<i>Kan annan verksamhet ersätta UM:s kurativa del</i>	64
Sammanfattning, resurser, i punktform	65
Tillgänglighet ur chefers och professionellas perspektiv	67
Att verksamheten är lättillgänglig är av grundläggande betydelse	67
<i>Reception</i>	67
<i>Åldersgränser</i>	68
<i>Öppethållande under sommaren</i>	68
<i>Kvällsmottagning och öppen mottagning</i>	68
<i>Möjlighet att ta emot akuta besök</i>	68
<i>FSUM: Utåtriktat arbete är lika viktigt som det individuella</i>	69
<i>Utåtriktat arbete i Västmanland</i>	69
<i>Näs ungdomar med olika etnisk bakgrund</i>	69
<i>Genus</i>	70
<i>Könsuppdelad statistik</i>	72
<i>Vore det bra med anställda av båda könen</i>	73
<i>Information som syftar till att nå fler</i>	74

<i>Nås ungdomar med fysiska funktionsnedsättningar</i>	74
<i>En barnmorska och en kurator problematiserar frågan</i>	74
Sammanfattning, tillgänglighet, i punktform	74
Organisation och huvudmannaskap ur chefers och professionellas perspektiv	75
Dagens organisation och huvudmannaskap	75
Synpunkter på huvudmannaskap	75
UM i Västerås – en organisation med många fördelar	76
Med delat huvudmannaskap	77
<i>När det fungerar bra</i>	77
<i>När det inte fungerar lika bra</i>	77
De ”mindre” organisationerna innebär både fördelar och nackdelar	78
En av de ”mindre” organisationerna har tre samverkande huvudmän	78
Organisationens roll för tillgängligheten	79
<i>Större verksamhet ger möjligheter till ökat öppethållande</i>	79
Geografisk närhet kontra ökat öppethållande och specialisering	79
<i>Geografisk närhet – inget entydigt begrepp</i>	79
<i>Argument för en centraliserad och specialiserad verksamhet</i>	80
<i>Argument för geografisk närhet</i>	81
<i>Bra att organisera på olika sätt</i>	83
Delade tjänster	83
Ensamarbete	83
Samverkan	84
<i>Två helt olika system som ska samverka</i>	84
<i>Vad som väcker irritation</i>	84
<i>När det fungerar som bäst ur UM-synpunkt</i>	84
Sammanfattning, organisation, i punktform	85
Avtal och huvudmannaskap	87
Avtal om samverkan	87
Fyra skriftliga avtal och en skrivelse	87
<i>Västerås stad – landstinget Västmanland (avtal 2012)</i>	87
<i>Fagersta kommun – landstinget Västmanland (avtal 2000)</i>	87
<i>Sala kommun – landstinget Västmanland (avtal 2007)</i>	87
<i>Hallstahammars kommun – landstinget Västmanland (avtal 2000)</i>	88
<i>Köpings kommun har beskrivit omfattningen av sitt åtagande (2002)</i>	88
Kuratorers dokumentation	89
<i>Dokumentation på UM i Västmanland fram till 2015</i>	89
<i>Dokumentation från och med 2015</i>	90
<i>Service eller bistånd</i>	90
<i>Minnesanteckningar i förhållande till journalskrivning</i>	91
<i>Sekretess</i>	91
Åsikterna är delade, men de flesta framhåller vikten av dokumentation	91
De kommunala cheferna gör olika ställningstaganden	92
Kuratorernas uppfattningar hänger samman med deras organisationstillhörighet	92
Om sekretess mot andra verksamheter	93
Dokumentation behövs inte	93
Barnmorskorna om behovet av dokumentation	94
Övriga synpunkter på dokumentation	94

Kuratorerna om de förändrade förutsättningarna för dokumentationen	94
Sammanfattning i punktform	94
Juridiska frågetecken och frågor	95
Etiska frågor	95
4. Sammanfattande slutsatser och diskussion	96
UM:s mål och uppdrag	96
Uppdragets genomförande	96
Behöver kuratorsresursen vara lika stor som barnmorskeresursen	97
Kuratorers dokumentation – Juridiska frågetecken och frågor	97
Kuratorers dokumentation – Etiska frågor	98
Behandlande verksamheter som behövs och som idag saknas	98
Huvudmannaskap	98
Med landstinget som enda huvudman	99
Med delat huvudmannaskap och delat ansvar för driften	99
<i>Delat huvudmannaskap med kommunernas barn- och utbildningsförvaltning eller socialförvaltning</i>	99
En tredje modell – med finansiering av båda huvudmännen – landstinget har ansvaret för driften	100
Hur kan behoven av en god tillgänglighet och hög kompetens tillgodoses?	100
Hur kan behovet av en verksamhet med hög kompetens förenas med behovet av geografisk närhet?	101
Behövs statistik?	101
Fördelar och nackdelar med ett länsövergripande avtal	102
Fördjupade samtal utifrån de olika perspektiven	102
Sammanfattning i punktform	102
<i>Bilaga 1 Resurser i absoluta tal</i>	103
<i>Bilaga 2 Begrepp för förebyggande arbete och tidiga insatser</i>	104
<i>Bilaga 3 Intervju med FSUM:s ordförande Timmy Leijen</i>	105
<i>Bilaga 4 Landstingets verksamhetschefer om UM</i>	110
Referenser	115

”Man gör det bästa möjliga” – Olika perspektiv på ungdomsmottagningar i Västmanland

Inledning och disposition

I Västmanland finns nio olika ungdomsmottagningar (UM). Dessa är belägna i Västerås, Fagersta, Sala, Hallstahammar, Köping, Surahammar, Arboga, Kungsör och Kolbäck. Mottagningen i Fagersta drivs i samverkan mellan Landstinget Västmanland och kommunerna Fagersta, Norberg och Skinnskatteberg. Ungdomsmottagningarna är sinsemellan mycket olika, vilket beskrivs närmare i utredningen.

Utredningen inleds med en beskrivning av UM, baserad på information som är utarbetad på nationell nivå. UM:s uppdrag och skillnaden mellan uppdraget och praktiken framgår av en inventering gjord av Socialstyrelsen. De övergripande målen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten redovisas därefter. Anledningen är att UM i Västmanland drivs av hälso- och sjukvården i samverkan med kommunerna. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) är en viktig aktör inom UM-området på nationell nivå och beskrivs därför. Om kuratorerna på UM är skyldiga, eller har möjlighet, att dokumentera eller inte är en svår fråga. FSUM:s juridiska bedömning liksom en bedömning gjord av en av Västerås stads tidigare jurister (specialist på socialrätt) redovisas. (Ytterligare fakta om möjligheter och skyldigheter att dokumentera redovisas i resultatdelens avsnitt: *Kuratorers dokumentation*.)

Utredningsuppdraget, tidigare arbeten om UM och UM:s likvärdighet på regional nivå och även angränsande arbeten på regional nivå, redovisas därefter. Under rubriken: *Metod*, redovisas hur utredningen är gjord. I den efterföljande delen: *Resultat*, redovisas inledningsvis: *Fyra ungas perspektiv på UM*. De ungas synpunkter baseras på fyra individuella intervjuer med ungdomar som har kontakt med länets största UM. De ungas synpunkter kan användas också av andra UM i deras utvecklingsarbete. Sedan följer en sammanställning av de uppfattningar som de intervjuade barnmorskorna, kuratorerna, verksamhetscheferna och de kommunala cheferna gett uttryck för i de olika gruppintervjuerna. De regionala befattningshavarnas uppfattningar jämförs ibland med FSUM:s ordförandes uppfattning. Både intervjuerna och sammanställningen är gjorda utifrån följande teman: *Önskvärd kompetens, Resurser, Tillgänglighet, Organisation och huvudmannaskap, Avtal och huvudmannaskap* och slutligen *Kuratorers dokumentation*. Temarubrikerna utgår från de frågor som ställs i direktiven för utredningen och speglar också de frågor som är aktuella inom UM-verksamheten. Varje temaavsnitt förutom de två sista sammanfattas i punktform. Det näst sista temaavsnittet (*Avtal och huvudmannaskap*) är mycket kort och sammanfattas därför inte. Det allra sista temaavsnittet (*Kuratorers dokumentation*) avslutas med några sammanfattande juridiska och etiska frågeställningar och frågor. Hela utredningen avslutas med avsnittet: *Sammanfattande slutsatser* och *Diskussion av resultaten*.

I bilaga finns intervjun med FSUM:s ordförande i sin helhet. Intervjun ger en bild av UM:s verksamhet på generell nivå och också av vilka frågor som är aktuella inom UM-området. I en annan bilaga finns gruppintervjun med fyra av de fem av landstingets verksamhetschefer som intervjuats i utredningen.

1. Bakgrund

Vad är en ungdomsmottagning

När ungdomsmottagningar beskrivs görs det på lite olika sätt. Ungdomsmottagningen på nätet: UMO.se, som vänder sig direkt till ungdomarna, beskriver verksamheten på ett aktuellt, konkret och lättillgängligt sätt. UMO.se har tilldelats utmärkelser för sin hemsida.

UMO om Ungdomsmottagningar

”Ungdomsmottagningar finns till för unga tjejer och killar. Dit kan man gå om man till exempel har frågor om kroppen, om sex eller om man behöver prata med någon.

Till ungdomsmottagningen kan man gå från att man är 12 eller 13 år tills man är mellan 20 och 25 år, det är olika på olika mottagningar.

Man bestämmer alltid själv om man vill gå till en ungdomsmottagning. Man kan gå dit för att få svar på frågor och få hjälp med många olika saker. Till exempel om man:

- behöver någon att prata med
- har frågor om sex
- har frågor om relationer
- är orolig för något eller känner sig deppig eller stressad
- har problem med mat och ätande
- vill få hjälp med skydd mot könssjukdomar
- vill få hjälp med skydd mot graviditet
- vill testa sig för könssjukdomar
- vill göra ett graviditetstest
- behöver akut-p-piller
- undrar något om kroppen.

På de flesta ungdomsmottagningar kan man också få kondomer. På många mottagningar är de gratis och på andra får man betala, men det brukar vara billigare än om man köper dem någon annanstans.” (UMO.se 2014)

Socialstyrelsen om ungdomsmottagningar

Socialstyrelsen beskriver verksamheten på ungdomsmottagningar med följande ord: ”Ungdomsmottagningar tar emot alla ungdomar som vill ha hjälp relaterad till sexuell, psykisk och fysisk hälsa. Det är ett frivilligt åtagande för kommuner och landsting och tillgången till mottagningar i landet varierar. Även mottagningarnas uppdrag kan se olika ut. Det kan finnas lokala riktlinjer, men mottagningar kan också sakna formellt uppdrag från huvudmannen. Ungdomsmottagningarna vänder sig huvudsakligen till ungdomar mellan 13 och 20 år, men både den nedre och övre åldersgränsen kan variera mellan mottagningar” (Socialstyrelsen 2009). I senare skrifter (utgivna av andra än Socialstyrelsen) anges den övre åldersgränsen oftast som högre.

Förebyggande eller behandlande – Socialstyrelsen har inventerat UM:s metoder

Ungdomsmottagningar beskrivs ofta som en verksamhet som arbetar förebyggande och med tidiga insatser. I januari 2008 påbörjade Socialstyrelsen, inom ramen för ett regeringsuppdrag, en inventering av vilka metoder som används av kommuner och landsting på UM för upptäckt och tidiga insatser mot psykisk ohälsa. Inventeringen gjordes i form av en enkät. I en rapport (Socialstyrelsen 2009) redovisas resultatet av inventeringen. Syftet med inventeringen var att få en uppfattning om vilka metoder som används för att upptäcka och förebygga psykisk ohälsa och vilka metoder eller arbetssätt som används för tidiga insatser riktade till ungdomar som lider av psykisk ohälsa eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Frågor om samverkan och kunskapsbehov ställdes också i enkäten. Enkäterna skickades till mot-

tagningar anslutna till intresseföreningen; Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM). Svarefrekvensen var 58 procent.² Enligt delrapporten måste resultatet tolkas med försiktighet på grund av den låga svarefrekvensen. Underlaget anses inte tillräckligt för säkra slutsatser om ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk ohälsa, men anses visa på områden där en fördjupad diskussion behövs.

De flesta av mottagningarna uppger att de arbetar för att förebygga psykisk ohälsa. Enligt svaren består det vanligaste förebyggande arbetet av individuella samtal. Samtalen har olika teoretisk grund. Motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi är vanligast bland de metoder som nämns. Motiverande samtal uppges som en vanlig metod också i det förebyggande arbetet. Betydligt färre mottagningar uppger att de arbetar med samtalsstöd i grupp.

Depression in Swedish Adolescents (DISA), en metod med syftet att förebygga depressiva symtom hos tonårsflickor, används för gruppverksamhet av några mottagningar. Det förekommer också andra gruppverksamheter för olika målgrupper och med olika inriktningar, exempelvis pojk- respektive flickgrupper med fokus på att förbättra ungdomarnas självkänsla. Några mottagningar har utarbetat egna modeller för gruppverksamhet exempelvis för överviktiga ungdomar eller för flickor som har haft sex mot sin vilja. Ungefär en tredjedel av mottagningarna ger samtalsstöd till föräldrar. Samtalsstödet består av strukturerade föräldrastödsprogram, annat samtalsstöd, rådgivning eller familjeterapi.

Kunskapsstöd för att utveckla arbetet med psykisk ohälsa efterfrågas i stor utsträckning av ungdomsmottagningarna. Vanligast är att mottagningarna efterfrågar kunskapsstöd om självskadebeteende, ätstörningar, nedstämdhet, depression och ångest. Den metod som efterfrågas är framför allt kognitiv beteendeterapi eller kognitiv metod. Betydligt färre, knappt hälften av mottagningarna, efterfrågar rekommendationer för sitt arbete med psykisk ohälsa. Inventeringen visar att samstämmigheten i metodval för upptäckt av psykisk ohälsa är låg. Flera av metoderna eller arbetssätten som rapporteras för upptäckt av psykisk ohälsa saknar vetenskapligt stöd.

Socialstyrelsen (2009) konstaterar att svaren väcker frågan om de använda metoderna och arbetssätten ger tillräckligt underlag för att identifiera och bedöma psykisk ohälsa. Vilket beslutsstöd har personalen för att avgöra när problemen är så allvarliga att ungdomar behöver slussas vidare till mer specialiserad hjälp som till exempel barn- och ungdomspsykiatri? I det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa rapporteras metoder för universell, selektiv och indikerad prevention³. Flera av metoderna är dock främst avsedda för behandling av identifierade problem.

Socialstyrelsen (2009) skriver vidare att rapporteringen ger intryck av att ungdomsmottagningarnas verksamhet till stor del handlar om prevention på indikerad nivå. När det gäller det individuella samtalsstödet förekommer stor variation både i metodval och inom vilken teoretisk ram olika interventioner ges. Vissa behandlingsmetoder eller terapier som rapporteras kräver omfattande resurser i form av personalens tid vilket reser frågan om ungdomsmottagningarnas uppdrag vad gäller psykisk ohälsa. Majoriteten av de svarande vill ha kunskapsstöd för att utveckla sitt arbete kring psykisk ohälsa, men det är få mottagningar som efterfrågar kunskapsstöd för förebyggande insatser.

Resultatet ger anledning att fundera över hur ungdomsmottagningarnas uppdrag vad gäller psykisk ohälsa formulerats och hur deras resurser och kunskap ser ut. Ungdomsmottagningar beskrivs ofta som en verksamhet som vänder sig till alla ungdomar, har en helhetssyn på ungdomar och vars målsättning är att främja sexuell, fysisk och psykisk hälsa. Enligt den beskrivningen kan ungdomsmottagningar sägas vara en verksamhet på primär nivå med ett universellt och selektivt preventivt uppdrag. Merparten av de rapporterade insatserna är dock på indikerad nivå, det vill säga behandling.

Enligt Socialstyrelsen behöver personalen ha relevant kunskap och tillgång till metoder för tidig upptäckt, och metoder för att kunna identifiera vilken typ av psykisk ohälsa det handlar om och hur allvarlig den är. Personalen behöver också kunna identifiera risk- och skyddsfaktorer i den unges närhet. De anställda behöver rutiner för att remittera till specialistnivå när behov av detta finns och ha tillgång till evidensbaserade metoder för det egna arbetet.

² Sammanlagt 128 mottagningar var vid denna tid anslutna till FSUM

³ Förklaring av begreppen för förebyggande arbete och tidiga insatser finns i bilaga 1

Socialstyrelsen (2009) menar, sammanfattningsvis, att:

- det finns behov av att formulera ungdomsmottagningarnas preventiva uppdrag när det gäller psykisk ohälsa och utifrån det diskutera valet av metoder
- det finns behov av att utvärdera flera av de metoder ungdomsmottagningarna använder
- det finns behov av ett nationellt stöd för valet av metoder och behov av nationella insatser för utbildning i och implementering av metoder.

FSUM – En intresseorganisation för landets ungdomsmottagningar

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, FSUM, är en intresseorganisation för landets ungdomsmottagningar. Organisationen bildades år 1988. FSUM verkar för att kommuner och landsting ska starta ungdomsmottagningar. FSUM verkar också för att ungdomsmottagningarna ska få sådana resurser att de kan vara lättillgängliga för ungdomarna och dessutom bedriva ett arbete av hög kvalitet.

FSUM:s medlemmar och deras huvudmannaskap

FSUM:s medlemmar är 219 mottagningar spridda över hela landet. Av dessa mottagningar uppger 12 procent kommunen som huvudman, 45 procent uppger landstinget som huvudman, 33 procent uppger både landstinget och kommunen som huvudman och 10 procent uppger annan huvudman.

FSUM:s kriterier för att få kallas ungdomsmottagning

FSUM anser att personalen på UM ska bestå av minst barnmorska, läkare och kurator eller psykolog, för att få kallas UM. Personalen ska ha särskilt avsatt arbetstid för ungdomsmottagningen och vara delaktiga i verksamhetens utveckling. En ungdomsmottagning ska inte enbart bestå av personal som konsulteras vid behov. UM-verksamheten ska ha egna lokaler och vara samlokaliserad. Majoriteten av de mottagningar som är medlemmar i FSUM uppfyller kraven. En mindre del av de mottagningar som är medlemmar uppfyller inte kraven.

UM uppskattas av sina besökare

I en enkätundersökning om bemötande och tillgänglighet som FSUM genomförde under åren 2012 och 2013 uppgav 99,9 procent av besökarna att de kunde rekommendera UM till andra. Enkätundersökningen omfattade 10000 besökare.

Underlag för en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Vision för den nationella SRHR-strategin

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten⁴ publicerade i oktober 2014 ett underlag för en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Underlaget har arbetats fram på uppdrag av regeringen. Den nationella strategins vision ska vara: ”Bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa – på lika villkor för hela befolkningen och med uppfyllande av allas sexuella och reproduktiva rättigheter.”

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår att SRHR-området ska genomsyras av ett rättighetsperspektiv och ett normkritiskt perspektiv.

Enligt förslaget ska det hälsofrämjande arbetet inom SRHR-området utvecklas och förstärkas.

Vikten av att uppmärksamma sårbara grupper bland unga nämns särskilt. Som exempel på sårbara grupper nämns unga som lever i ekonomisk utsatthet, ensamkommande barn och unga och unga HBT-personer.

Kommuner, landsting och regioner nämns som viktiga aktörer för det fortsatta arbetet med att samordna och integrera SRHR-frågorna.

⁴ Folkhälsomyndigheten övertog den 1 januari 2014 Smittskyddsinstitutets och Statens folkhälsoinstituts ansvarsområden och uppgifter

UM nämns som en central arena

Ungdomsmottagningar nämns som en central arena för det arbete med sexualitet och hälsa som riktas till unga. Ungdomsmottagningarna beskrivs i huvudsak ”arbeta med att stärka ungdomars psykiska och fysiska hälsa, deras identitet och sexualitet” (underlaget för en SRHR-strategi s 23).

Krav och rekommendationer för länets UM 2015– Regelboken för Västmanland

I det primärvårdsprogram som landstinget Västmanlands vårdvalsenhet har utarbetat, finns krav och rekommendationer för länets UM 2015 i en särskild regelbok (Regelbok 5.10)⁵. Regelboken innehåller konkreta beskrivningar av UM:s målgrupp, uppdrag, resurser, personal och kompetens. Regelbokens rekommendationer om resurser överensstämmer med FSUM:s rekommendationer. I regelboken finns också krav och rekommendationer för personalens utbildning, krav på lokalernas läge och utformning, krav och rekommendationer för tillgänglighet, krav på vad som ska följas upp och uppgifter om vad som berättigar till ersättning. Samverkan förutsätts. Kraven och rekommendationerna omfattar både hälso- och sjukvårdens delar och de kommunala delarna. Vad som ska följas upp är i princip avgränsat till hälso- och sjukvårdens delar, men kan också omfatta medverkan från den kommunala delen. Uppgifter om vad som berättigar till ersättning berör hälso- och sjukvårdens delar.

Enligt regelboken har *Vårdval Västmanland* och *Resultatområde primärvård* träffat en överenskommelse om en samordningsfunktion för ungdomsmottagningarna i länet. Samordningsfunktionen omfattar barnmorska 20 procent och läkarkonsult ca 50 timmar/ år. Den barnmorska som har en samordningsfunktion för ungdomsmottagningarna kallas i den fortsatta texten för UM-samordnare.

Målgrupp

Enligt regelboken är målgruppen för UM i Västmanland ungdomar mellan 13 och 23 år som söker sig till UM av fri vilja då ”frivillighet är en bärande princip” i verksamheten.

Uppdrag

Enligt regelboken är UM:s uppdrag att främja ”en god hälsa” och ”en säker sexuell hälsa” bland ungdomar. UM:s uppdrag är också att ”stärka identitets- och personlighetsutvecklingen och förebygga och tidigt upptäcka psykisk ohälsa och sociala problem. Uppdraget omfattar även ett utåtriktat hälsofrämjande arbete.”

UM:s uppdrag är att bedriva både mottagningsverksamhet och utåtriktat hälsofrämjande arbete. I uppdraget ingår också att erbjuda information, rådgivande och stödjande samtal likväl som undersökning, förskrivning eller behandling när det gäller:

- reproduktiv hälsa
- preventivmedel
- sexuellt överförbara infektioner
- gynekologiska och andrologiska problem

Ungdomsmottagningen ska också erbjuda information, rådgivning och stödjande samtal kring:

- sexologiska frågor och problem
- identitets- och könsutveckling
- könsroller och attityder
- relationer till familj, partner, vänner och omgivning
- pubertets- och kroppsutveckling
- livsstilsfrågor och levnadsvanor

⁵ Kraven och rekommendationerna ska följas av den vårdgivare som driver verksamheten. Regelboken publicerades den 10 oktober 2014.

Ungdomsmottagningen ska vara bemannad med:

- Leg. barnmorska med förskrivningsrätt, vilket regleras i Socialstyrelsens författning SOSFS 1996:21 och LVFS 2009:13. Rekommendation: en heltidsarbetande barnmorska per 3500 ungdomar (i befolkningen).
- Legitimerad läkare; gynekolog alternativt specialist allmänmedicin. Rekommendation: 10 timmar/vecka per 3500 ungdomar (i befolkningen).
- Socionom eller annan personal med kompletterande utbildning i psykoterapi (steg 1) gärna med erfarenhet av kognitiv beteendeterapi (KBT). Rekommendation: en heltidsarbetande socionom per 3500 ungdomar (i befolkningen)

Enligt regelboken ska personalen ha adekvat utbildning och erbjudas kontinuerlig kompetensutveckling och handledning. De ska ha ett genuint intresse och engagemang för ungdomar och deras liv.

Enligt regelboken ska barnmorska eller socionom ge råd vid oönskade graviditeter och utföra smittspårning vid STI⁶ som omfattas av smittskyddslagen. Det förebyggande samt utåtriktade arbetet ska utformas och utföras av personalen på mottagningen. Mottagningen med dess olika professioner ska medverka i utvecklingsarbete inom ramen för sitt uppdrag.

Samarbete

I regelboken talas om ”en bred personalsammansättning där både medicinska och psykosociala kompetenser samverkar i team”. Samtliga professioner ska i sitt arbete beakta ungdomarnas levnadsvanor, exempelvis när det gäller tobak, alkohol, droger, kost, motion och sömn. Samtliga professioner ska förebygga och upptäcka psykisk ohälsa hos ungdomar som söker ungdomsmottagningen.

Utifrån lokala förutsättningar och behov förutsätts ungdomsmottagningarna samarbeta med andra verksamheter för att skapa lokala nätverk. Skolor, socialtjänst, kvinnoklinik, vårdcentraler, venereolog, smittskyddsenhet, barn- och ungdomshälsa, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, polis och fritidsgårdar, nämns som samarbetspartners.

Lokaler

Enligt regelboken ska ungdomsmottagningarna ha egna lokaler, fristående från annan verksamhet. Lokalerna ska vara funktionella, lättillgängliga och centralt belägna.

Landstingsperspektivet dominerar

Mottagningarna kallas ”landstingets mottagningar” respektive ”privata mottagningar”. I regelboken talas alltså inte om ”landstingets och kommunernas mottagningar” respektive ”privata och kommunala mottagningar” eller ”mottagning som drivs av landstinget Västmanland i samverkan med kommunerna” respektive ”privata mottagningar som drivs i samverkan med kommunerna”.

I regelboken beskrivs utbildningskraven och rekommenderad storlek på kuratorsresursen samtidigt som man skriver att kuratorsresursen är ett primärkommunalt ansvar. Ingenstans i texten står det att landstinget och kommunerna diskuterat frågan eller kommit överens om detta.

Hälso- och sjukvårdens mål: en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen

I hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) första paragraf definieras begreppet hälso- och sjukvård som ”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador”. Målen för hälso- och sjukvården anges i paragraf två. Målen är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.” Lag (1997:142).

⁶ STI (Sexually transmitted infections) sexuellt överförbara sjukdomar exempelvis Klamydia och HIV

Socialtjänstens mål: främjande av trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och ett aktivt deltagande i samhällslivet

I socialtjänstlagens första paragraf fastslås socialtjänstens mål. Målen är att ”på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.”

I andra kapitlets första paragraf fastslås kommunens yttersta ansvar för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Samtidigt påpekas att detta inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

I Socialstyrelsens skrift: *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten* (2015), under rubriken: *Gränsdragningen mot hälso- och sjukvård* (s 62) tas upp att vård och behandling av barn och unga är ett kommunalt ansvar. Hälso- och sjukvård är dock sjukvårdshuvudmannens ansvar.

Om kuratorers möjligheter och skyldigheter att dokumentera

FSUM menar att arbetets innehåll ska avgöra

En arbetsgrupp inom FSUM, bestående av tre kuratorer⁷ presenterade i april 2004 en genomgång av vilka lagar som reglerar dokumentationsskyldigheten för kuratorns arbete på ungdomsmottagningarna. Arbetsgruppen drar slutsatsen att *innehållet i arbetet eller definitionen av det arbete som utförs bestämmer hur och när kuratorn skall dokumentera*. Arbetsgruppen menar att juridiken inom området har halkat efter verkligheten. De skriver att ungdomsmottagningarna verkar i en juridisk gråzon och att detta inte är acceptabelt när verksamheten vuxit och blivit omfattande. De efterlyser en reglering av verksamheten. Detta har fortfarande, efter 11 år, inte hörtsammats.

En rättslig bedömning av dokumentationsskyldighet vid samverkan mellan kommuner och landsting

En av Västerås stads tidigare jurister, som är expert på socialrätt, har på uppdrag av VKL gjort en rättslig bedömning av dokumentationsskyldigheten vid samverkan mellan kommuner och landsting. Han har enbart blivit ombedd att yttra sig om dokumentationsskyldigheten, men har i sitt svar kommit in på angränsande frågor. Här redovisas ett utdrag ur svaret:

Enligt socialtjänstlagen är det kommunerna som ansvarar för verksamheter som bedrivs med stöd av SoL. Ett landsting kan inte bedriva verksamhet enligt socialtjänstlagen.

Kommunens socialtjänstansvar innehåller ansvar för uppsökande verksamhet för barn och ungdomar, att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden i kommunen för barn och ungdomar och att ge råd och stöd till enskilda som behöver det.

Landstingets hälso- och sjukvårdsansvar rör bland annat förskrivning av preventivmedel, smittskyddsverksamhet och att förebygga och behandla psykisk ohälsa.

Om arbetet sker gemensamt vid en ungdomsmottagning ska kommunen och landstinget i avtal redogöra för vilka insatser/delar av verksamheten som sker utifrån landstingets hälso- och sjukvårdsansvar och vad som sker utifrån det kommunala ansvaret, vilket också blir grunden för finansiering av ungdomsmottagningarnas verksamhet. Detta innebär att kommunen och landstinget var för sig svarar för sina angelägenheter utifrån gällande lagstiftning.

Enligt vilken lagstiftning och inom vems ansvarsområde arbetsuppgifterna utförs avgör dokumentationsskyldigheten.

⁷ De tre kuratorerna var Markus Erosson, Maj Britt Franzén, Ismini Wikström

Om en kurator/socionom utför arbetsuppgifter inom ramen för landstingets allmänna hälso- och sjukvårdsansvar torde det föreligga skyldighet för en kurator vid en ungdomsmottagning att i enlighet med reglerna i patientdatalagen föra patientjournal.

På motsvarande sätt finns ingen dokumentationsskyldighet för socionomer/kuratorer som vid en ungdomsmottagning utför arbetsuppgifter inom ramen för kommunernas ansvar för råd och stöd enligt SoL. Inom ramen för det kommunala ansvaret är det endast i mycket begränsad omfattning ens möjligt att dokumentera på individnivå om det inte rör sig om verkställighet av ett biståndsbeslut enligt SoL. (Västerås stad, enligt VKL 2012)

Verksamheter utan dokumentationsskyldighet

Under rubriken: *Verksamheter som tillhandahåller råd och stöd utan något beslut*, i Socialstyrelsens skrift: *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten* (Socialstyrelsen 2015 s 485), ger Socialstyrelsen exempel på verksamheter utan dokumentationsskyldighet. (UM-verksamhet tas inte upp). Texten stödjer den rättsliga bedömning som redovisas ovan.

Exemplet består av verksamheter som sysslar med information och rådgivning till enskilda eller grupper. Familjerådgivning och alkoholrådgivning ("i traditionell bemärkelse") nämns. Att dessa verksamheter är undantagna från dokumentationsskyldigheten hänger samman med att det anses föreligga en risk för att människor inte skulle vända sig dit om de inte får vara anonyma. Som exempel på andra verksamheter som inte är skyldiga att dokumentera nämns rådgivning i hushållsekonomiska frågor och samtalsgrupper för anhöriga till äldre och personer med funktionsnedsättning eller missbruksproblem. "I de fall rådgivningen övergår till någon form av behandling inom socialtjänsten ska det fattas beslut om detta. Såväl beslutet som den utredning som föregått beslutet ska dokumenteras."

Reglerna för dokumentation och journalföring försvårar samlokalisering och integrering av verksamheter

Reglerna för dokumentation och journalföring kan försvåra för huvudmännen att samlokalisera eller integrera sina verksamheter, skriver Nationell psykiatrisamordning i sitt slutbetänkande (2006). "Ofta upplever personalen i integrerade verksamheter att reglerna om journalföring i hälso- och sjukvården och dokumentation enligt socialtjänstlagen är svåra att hantera samtidigt." Slutbetänkandet handlar om samhällets insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar (Vid denna tid: "psykiska sjukdomar och funktionshinder"). Det innebär en skillnad mot ett kommunalt äldreboende där det inte råder sekretess mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården eftersom dessa inte bedöms vara självständiga verksamhetsgrenar.

Nationell psykiatrisamordning föreslog att regeringen skulle tillsätta en särskild utredning eller ge Socialstyrelsen i uppdrag att belysa frågan och lämna förslag till förändringar. Detta förverkligades aldrig.

På UM råder sekretess mellan landstingets och kommunens anställda.

Uppdraget

Västmanlands Kommuner och Landstings (VKL:s) Vård- och omsorgsberedning beslutade den 19 april 2013 att, under förutsättning av styrelsens beslut, uppdra åt VKL:s Utvecklings- och utredningsenhet att genomföra en utredning där likheter och skillnader mellan länets ungdomsmottagningar redovisades liksom de anställdas erfarenheter och upplevelser när det gällde uppdrag, huvudmannaskap och journalföring. Enligt beslutet ska utredningen belysa:

- fördelar och nackdelar med länsgemensamma ställningstaganden om resursnivå, journal
- föring och huvudmannaskap.
- vilken lagstiftning som ska tillämpas i olika delar
- olika alternativ för fortsatt arbete med frågan.

Vid samma tillfälle beslutades

- att resultatet ska redovisas för Vård- och omsorgsberedningen, Chefsforum och VKL:s styrelse i början av år 2014.

Styrelsen fattade beslut i frågan den 5 juni 2013. Styrelsen beslutade, i enlighet med VOB:s förslag. Enligt protokollet från mötet ska utredningen göras med utgångspunkt från:

- tillgänglighet
- kompetens
- genusperspektiv
- likvärdighet.

Styrelsen beslutade också att VOB ska ansvara för utredningen om länets ungdomsmottagningar och att arbetet ska:

- samordnas med barn- och ungdomsberedningens uppdrag att utreda länets skolhälsovård utifrån tillgänglighet och likvärdighet och att
- båda utredningarna ska göras i samverkan med VKL:s arbete för ”utsatta barn och ungdomar” och arbetet med länets folkhälsost strategi.

Tidigare arbete med frågan om UM:s likvärdighet - på regional nivå

Frågan om likvärdighet för länets ungdomsmottagningar har sedan flera år tillbaka diskuterats i Västmanland efter det att de stora skillnaderna mellan länets ungdomsmottagningar uppmärksammats av förtroendevalda och tjänstemän inom landstinget Västmanland.

Översyn

Redan i december 2009 uppdrog Landstingsstyrelsen åt landstingsdirektören att genomföra en översyn av ungdomsmottagningarna i länet. Målsättningen var att skapa en större likhet mellan de olika mottagningarna. En arbetsgrupp bildades med representanter för kommunerna⁸ i länet och Landstinget Västmanland. Arbetsgruppen konstaterade snart att det varken var möjligt att uppfylla målsättningen eller göra översynen, på det sätt det fanns behov av, under den begränsade tid som stod till arbetsgruppens förfogande. Arbetsgruppen menade att en översyn behövde förtydliga ungdomsmottagningarnas uppdrag genom att ange vad en ungdomsmottagning i Västmanland ska arbeta med, vilka uppgifter som ska prioriteras, vilka kvalitetsmål som ska finnas, vad som ska följas upp, hur uppföljningar ska göras och av vem. Arbetsgruppen presenterade sitt arbete våren 2010. Utifrån Landstingsstyrelsens tidigare uppdrag och utifrån arbetsgruppens redovisning gav Landstingsstyrelsen 2010-06-02 (§123) landstingsdirektören i uppdrag att utarbeta ett styrdokument för länets UM.⁹

Förslag till styrdokument för länets ungdomsmottagningar

Landstinget Västmanland (Eva Thors-Adolfsson) har med hjälp av en arbetsgrupp¹⁰ utarbetat ett förslag till styrdokument för länets ungdomsmottagningar. Det slutliga förslaget presenterades i september 2009. De som medverkade i arbetet var positiva till förslaget och hoppades att det skulle antas av både kommunernas och landstingets politiska ledning. Ansvarig för arbetet var en styrgrupp¹¹ med olika representanter för Landstinget Västmanland. Till styrgruppens två avslutande möten (maj och september) inbjöds Västmanlands Kommuner och Landsting (VKL)¹². Förslaget betraktades då av styrgruppen

⁸ Oklart vilka personer som representerade kommunerna eller vilka funktioner dessa hade.

⁹ Landstingets och arbetsgruppens förslag till styrdokument version 9. Författare: Eva Thors-Adolfsson

¹⁰ Arbetsgruppen har bestått av 10-12 personer, varav ett par kuratorer. En överväldigande majoritet av deltagarna var landstingsanställda.

¹¹ I styrgruppen har ingått: Lena Höök, Vårdval Västmanland, Ewa Göransson, familjeläkarverksamheten, Ann-Sophie Hansson, kompetenscentrum för hälsa, Jan Smedjegård, smittskydds enheten, Anna Berglund kvinnokliniken och Phillip Eskridge, barn- och ungdomspsykiatri. Susanne Holmsten Västmanlands Kommuner och Landsting har medverkat vid de två sista mötena i styrgruppen. Vid dessa tillfällen har ett par av de andra styrgruppsmedlemmarna saknats.

¹² Genom Susanne Holmsten som av IFO-chefsgruppen, redan i början av år 2011, utsågs att vara kommunernas representant. Su-

som i det närmaste klart. Ansvariga chefer inom kommunerna hade inte deltagit i arbetet. Av den anledningen erbjöd sig den utvecklare inom VKL, som av IFO-cheferna utsetts att representera kommunerna i styrgruppen, att under hösten 2011 samla in och sammanställa kommunernas synpunkter och ställningstaganden. VKL:s Vård- och omsorgsberedningen (VOB) ställde sig (2011-08-26) positiv till detta. Vård- och omsorgsberedningen har därefter fortlöpande informerats¹³ om arbetet med frågan. Synpunkter som uttryckts i VOB är att frågan är viktig och att ett styrdokument är önskvärt.

Länets IFO-chefer informerades muntligen (2011-09-09) om förslaget till styrdokument och sa sig, vid samma tillfälle, vara beredda att samla in kommunernas synpunkter och ställningstaganden och skicka dessa till VKL för sammanställning. Ansvarig socialchef gav dem mandat att göra detta. Som underlag för arbetet fick IFO-cheferna förslaget till styrdokument för länets ungdomsmottagningar och en enkät utarbetad av den utvecklare på VKL som var ansvarig för arbetet.

Vid en muntlig presentation för länets socialchefer den 13 januari 2012 framfördes synpunkten att det hade varit önskvärt att frågan om ett styrdokument redan från början hade tagits upp i tjänstemannaberedningen. Önskemål om ett skriftligt underlag från VKL, med kommunernas synpunkter och ståndpunkter, för ställningstaganden om huruvida arbetet med förslaget till styrdokument för länets ungdomsmottagningar skulle fortsätta eller avslutas, framfördes också.

Behövs ett gemensamt styrdokument för länets ungdomsmottagningar?

I underlaget: *Behövs ett gemensamt styrdokument för länets ungdomsmottagningar?* (VKL 2012 s 12), sammanfattas kommunernas synpunkter och ståndpunkter i följande punkter:

- Samtliga kommuner uttalar att de är positiva till ett styrdokument
- Flera kommuner framhåller samtidigt rätten och möjligheten till lokala anpassningar
- De flesta anser att definitionen¹⁴ av verksamheten och syftet¹⁵ för verksamheten i huvudsak är bra beskrivna.
- Olika uppfattning finns i flera viktiga och grundläggande frågor, som:
 - om och hur socionomen ska dokumentera
 - om det är bäst att landstinget är huvudman eller om det är bäst med ett delat huvudmannaskap
 - målgruppens ålder
 - om huruvida det skulle innebära en mer jämlik vård att sammanföra verksamheten i fyra till fem huvudmottagningar eller om den geografiska närheten är viktigast för jämlikheten
- Olika uppfattning finns också i frågor, som:
 - om det är önskvärt och möjligt med samverkan och gemensam planering vid längre semesterperioder
 - vilken utbildning som är lämpligast för det arbete som bedrivs enligt socialtjänstlagen
- Vid ett efterföljande möte med dem som besvarat enkäten framförde deltagarna att innan ett eventuellt ställningstagande om att anta ett styrdokument för länets UM, behöver det utredas i vilka delar UM bör vara kommunernas ansvar och i vilka delar UM bör vara landstingets ansvar.
- Förslaget till styrdokument har i vissa delar en landstingsprägel vilket kan ha inbjudit till ifrågasättande utifrån kommunal synvinkel

sanne erbjöd sig att kommunicera styrgruppens arbete med kommunerna.

13 Den 14 oktober och den 2 december 2011 samt den 27 januari 2012 har frågan behandlats i VOB.

14 Under rubriken: Definition, i förslaget till styrdokument beskrivs en ungdomsmottagning på följande sätt:

En mottagning exklusivt för unga upp till 23 år.

Ska ha följande kompetenser:

a) barnmorska

b) socionom

c) läkare

Är avskild från övriga sjukvårdsinrättningar. Om lokalerna finns på en familjeläkarmottagning/sjukhus ska mottagningen ha en separat ingång.

Ska bedriva utåtriktad verksamhet.”

15 ”Det övergripande syftet för UM är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner.”

Angränsande arbete på regional nivå

Liv och Hälsa Ung¹⁶

Undersökningen ”Liv och Hälsa Ung Västmanland” genomfördes senast i januari och februari 2014 och planerades bli presenterad under våren 2015. Undersökningen visar att en övervägande majoritet av unga i Västmanland mår bra eller mycket bra och trivs i skolan. Det är dock färre flickor som mår bra 2014 än 2012. Elevernas upplevelser av klassrumsmiljön följer en positiv utveckling sedan 2004. Skolkvet fortsätter att minska. Faktorer som påverkar elevernas mående är stress, vardagssömn, synen på framtiden, familjereaktioner och kön. Stressen och vardagssömnen har inte försämrats (på länsnivå) sedan 2012. Det sociala klimatet har dock hårdnat, både inom familjen och mellan eleverna. En högre andel elever svarar att det förekommer uppslitande gräl mellan föräldrarna. Mobbning av olika slag har blivit vanligare, särskilt bland flickor i årskurs nio.

Länsstrategi för folkhälsoarbetet i Västmanland

I den länsstrategi för folkhälsoarbetet i Västmanland som antogs 2009 lyfts det nationella målet: ”Att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”, fram. Det nationella målet är vägledande för det regionala arbetet. Vikten av samverkan genomsyrar länsstrategin. Den regionala strategin har utformats av en samverkansgrupp med en tillhörande beredningsgrupp. Grupperna innehåller representanter för landstinget Västmanland, länets kommuner, länsstyrelsen i Västmanland och Västmanlands Kommuner och Landsting.

Till länsstrategin hör utvecklingsplaner med prioriterade samverkansområden för den tidsperiod planen gäller. I utvecklingsplanen för 2015-2018 prioriteras:

- Kunskapsunderlag om hälsoläget för barn och unga
- Psykisk hälsa hos barn och unga

Kunskapsunderlag om hälsoläget för barn och unga

Enligt länsstrategins utvecklingsplan för 2015-2018 ska kunskapsunderlag om hälsoläget för barn och unga kunna användas av de samverkande parterna för tolkningar, analyser, planering och uppföljning av insatser. En tvärssektoriell grupp med representanter för kommuner, landsting och andra aktörer som arbetar med barn och unga ska bildas för att utveckla ett analysstöd till olika kunskapsunderlag om hälsoläget. Ansvarig för länsgruppen är VKL i samverkan med landstingets Kompetenscentrum för hälsa.

Psykisk hälsa hos barn och unga

Enligt utvecklingsplanen ska arbetet med att förbättra den psykiska hälsan hos barn och unga fokusera på universella hälsofrämjande insatser. Insatserna riktar sig därmed till samtliga barn och unga och ska förebygga psykisk ohälsa och sjukdom. Bland de insatser som nämns för åren 2015-2018 finns daglig fysisk aktivitet i skolan, satsningar på utbildning om psykisk hälsa för personal och erbjudande om stöd till föräldrar.

Utredning om skolhälsovården

Enligt direktiven från VKL:s styrelse, i juni 2013, ska utredningen om ungdomsmottagningar samordnas med barn- och ungdomsberedningens uppdrag att utreda länets skolhälsovård utifrån verksamheternas tillgänglighet och likvärdighet. Vård- och omsorgsberedningen fick i uppdrag att svara för utredningen om länets ungdomsmottagningar.

¹⁶ ”Liv och Hälsa Ung Västmanland” är en undersökning som omfattar så gott som samtliga skolelever i årskurs 7 och 9 i grundskolan samt årskurs 2 på gymnasiet. Årets undersökning är den nionde i ordningen. Syftet med undersökningen är att beskriva skolungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa samt att följa utvecklingen över tid. Resultaten analyseras för att ge kunskap om ungdomars hälsa. De analyserade resultaten används i folkhälsoarbetet. De kan också användas av beslutsfattare som underlag för styrning på både regional och lokal nivå.

Inom ramen för utredningen om skolhälsovården har en enkät till skolsköterskorna utformats. Svarsfrekvensen var 57 procent. Resultaten från undersökningen visar att variationerna i länet är stora när det gäller antalet elever per (heltid) skolsköterska. Enkäten visar att det finns skolsköterskor som upplever att det är svårt att hinna hålla sig à jour med nya rön och förordningar och uppfattar att det finns behov av ett systematiskt kvalitetsarbete, behov av en gemensam metodbok för länet, behov av handledning och en bättre kommunikation med landstingets specialistverksamheter.

Utredningen om skolhälsovården utmynnar i konstaterandet att det är ***en omöjlighet att fastställa en norm för länets skolhälsovård vad gäller likvärdighet och tillgänglighet***. Konstaterandet grundar sig i att skollagen inte fastställer några kvantitativa mått för skolhälsovården. Utredningen konstaterar samtidigt att formuleringarna om huvudmännens ansvar för skolhälsovården och elevhälsan att tillhandahålla rätt stöd har skärpts. Utredningen utmynnar i ett förslag om att inrätta en tjänst som samordnande skolsköterska för skolhälsovården i Västmanland. Samordningsfunktionen föreslås bli samfinansierad av de deltagande skolhuvudmännen. Uppdraget föreslås bli konkretiserat i ett avtal. Erbjudande om att delta ska ges både kommunala skolhuvudmän och enskilda skolhuvudmän. Enligt förslaget ska tjänsten inrättas inom Västerås stads skolverksamheter.

2. Metod

I föreliggande utredning har telefonintervjuer genomförts med:

- samtliga de fem verksamhetschefer inom landstinget som ansvarar för UM-verksamhet
- två av de fyra verksamhetschefer som är anställda av privata vårdgivare och som ansvarar för UM-verksamhet

Gruppintervjuer har genomförts med:

- fyra av de fem av landstingets verksamhetschefer som ansvarar för UM-verksamhet (en intervju)
- cheferna för den kommunala delen av UM (intervjuer vid två tillfällen med olika deltagare vid de två tillfällena)
- kuratorer (intervjuer vid två tillfällen med olika deltagare vid de två tillfällena)
- barnmorskor (intervjuer vid två tillfällen med olika deltagare vid de två tillfällena)

Att intervjuerna med de kommunala cheferna, kuratorerna och barnmorskorna genomfördes vid två tillfällen med olika deltagare vid de två tillfällena berodde på att alla inte hade möjlighet att komma vid samma tillfälle.

Skriftliga frågor har skickats till de kommunala chefer och barnmorskor som ej hade möjlighet att delta i gruppintervjuerna, men som var positiva till att besvara frågorna vid annat tillfälle.

Enskilda intervjuer har gjorts med fyra ungdomar som har kontakt med länets största mottagning.

Utredningen utgår från de centrala begrepp som angivits i direktiven. Dessa begrepp används också som huvudrubriker i resultatdelen.

Arbetet med föreliggande utredning inleddes 2013 och avslutas 2015. Arbetet försenades inledningsvis på grund av hög arbetsbelastning och senare på grund av utredarens sjukdom (2014).

Gruppintervjuer med ledningen

I gruppintervjun med verksamhetschefer deltog verksamhetscheferna i Västerås, Fagersta, Köping och Hallstahammar.

I gruppintervjun med de kommunala cheferna deltog en representant för Västerås stad och de kommunala cheferna i Hallstahammar, Arboga och Kungsör. Den kommunala chefen i Köping intervjuades separat. De kommunala cheferna i Sala, Fagersta och Surahammar har lämnat skriftliga svar. De kommunala cheferna i Norberg och Skinnskatteberg har tillfrågats om huruvida de är nöjda med verksamheten och dess organisation. Det innebär att samtliga kommuners ledningsnivå i länet kommer till tals i utredningen. De intervjuade cheferna är i samtliga fall, utom ett, kuratorns närmaste chef. Undantaget är Västerås stad som har överlämnat chefskapet till landstinget. I gruppintervjun representerades Västerås stad av sociala nämndernas stab, det vill säga beställarfunktionen och därmed uppdragsgivaren för UM:s kurativa del. De intervjuade cheferna arbetar inom olika förvaltningar och representerar olika chefsnivåer. Anledningen är att kommunerna valt att organisera sin medverkan i UM-verksamheten på olika sätt.

Gruppintervjuer med de professionella

Gruppintervjuer med barnmorskor genomfördes vid två tillfällen under mars 2014. I den första gruppintervjun deltog barnmorskor från UM i Västerås. I den andra gruppintervjun deltog barnmorskor från Köping, Fagersta (med Norberg och Skinnskatteberg) och Surahammar. Barnmorskor i Arboga, Sala och Kolbäck har låtit sig intervjuas enskilt eller skickat in skriftliga svar. Det innebär att barnmorskor från samtliga UM i länet, utom från Kungsör och Hallstahammar, kommer till tals i utredningen.

Gruppintervjuer med kuratorer genomfördes också vid två tillfällen under mars 2014. I den första gruppintervjun deltog kuratorer från Hallstahammar, Kungsör Västerås och Surahammar. I den andra gruppintervjun deltog kuratorer från Sala, Köping, Arboga och Fagersta (FNS). Det innebär att kuratorer från samtliga länets UM deltagit i gruppintervjuer.

Bortfall

Några av de berörda har inte nåtts eller inte svarat på om de kan ställa upp på att bli intervjuade. Det gäller förutom barnmorskorna som nämns ovan (på UM i Hallstahammar respektive Kungsör) också verksamhetschefen på UM i Kungsör och en av två verksamhetschefer i Arboga.

Genomförande

Intervjuerna har spelats in och skrivits ut innan bearbetningen gjorts.

3. Resultat

Ungdomsmottagningar i Västmanland

I utredningens inledning togs upp att det i Västmanland finns nio ungdomsmottagningar. Dessa är belägna i Västerås, Fagersta, Sala, Hallstahammar, Köping, Surahammar, Arboga, Kungsör och Kolbäck. Mottagningen i Fagersta drivs i samverkan mellan landstinget Västmanland och kommunerna; Fagersta, Norberg och Skinnskatteberg (FNS). Samtliga UM i Västmanland finansieras av landstinget Västmanland och de olika kommunerna i länet.

Västerås, FNS, Sala och Hallstahammars UM är länets ”större mottagningar”. Västerås har länets största mottagning.¹⁷ UM i Västerås är den enda av länets UM som har en chef med ett chefskap avgränsat till UM. UM i Västerås är också den enda mottagningen som har en gemensam chef för den medicinska och den psykosociala delen. Länets näst största mottagningar är FNS¹⁸ och Sala.¹⁹ Hallstahammars UM är den minsta av de större²⁰ mottagningarna. Till samtliga dessa fyra UM kommer läkare och gör läkarundersökningar i UM:s lokaler. Dessa fyra större mottagningar uppfyller FSUM:s krav om samlokalisering. De uppfyller också kraven om att den psykosociala delen och den medicinska ska ha förutsättningar för samarbete och deltagande i utvecklingsarbete. De uppfyller FSUM:s krav om fristående lokaler då samtliga ”större mottagningar” har egna lokaler fristående från annan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. FNS, Sala och Hallstahammars UM uppfyller FSUM:s rekommendationer om tillräckliga resurser

Av de övriga fem mottagningarna är fyra (Köping, Kungsör, Surahammar, Kolbäck) belägna på vårdcentral. Den femte, Arbogas UM, finns i fristående lokaler (med öppethållande en kväll i veckan), men där görs inga läkarundersökningar. Tre av dessa fem UM drivs av privat vårdgivare i samverkan med kommunerna (Arboga, Kungsör, Surahammar). Kolbäck's UM drivs också av privat vårdgivare, men utan samverkan med kommunen, UM i Kolbäck består av endast en barnmorska. Köping har precis som den ”större mottagningen” i Sala en hel tjänst som barnmorska, men kuratorsresursen utgör bara 0,13 tjänst, vilket utgör ett hinder för utvecklingsarbete.

I kommunerna Västerås, Sala, Fagersta, Hallstahammar, Norberg, Skinnskatteberg och Köping är det socialtjänstens individ- och familjeomsorg som bekostar kuratorsdelen. I kommunerna Surahammar och Kungsör är det barn- och utbildningsförvaltningen som ansvarar för kuratorsresursen. I Surahammar utgörs kuratorsresursen av en del av en skolkuratorstjänst. I Kungsör är kuratorstjänsten en del av det förebyggande sociala arbetet bland ungdomar. På samtliga mottagningar arbetar kuratorerna enligt socialtjänstlagen. Möjligen med undantag av Västerås UM där uppgifterna om vilken lagstiftning som styr kuratorernas arbete varierar. I Kolbäck (Hallstahammars kommun) där UM består av enbart en del av en barnmorsketjänst hänvisas ungdomarna till UM i Hallstahammar om de behöver kontakt med kurator eller läkare.

Barnmorskorna om målgruppen

När barnmorskorna berättar om anledningarna till att ungdomar kommer till UM säger de att flickor ofta söker UM för preventivmedelsrådgivning eller mensproblem. Pojkar söker ofta UM för att få kondomer eller genomgå klamydiatest. Ungdomarna kan också söka UM för besvär med svamp. Relationsproblem är vanliga bland de ungdomar som söker sig till UM. En socioekonomisk utsatthet är inte ovanlig. Några har debuterat tidigt sexuellt, vilket kan tyda på svåra sociala omständigheter. Psykisk ohälsa, exempelvis depressioner, eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är inte ovanliga hos de ungdomar som söker hjälp. Ett par barnmorskor säger att *flera av de ungdomar som söker UM har en tung problematik, och tillägger: BUP eller vuxenpsyki tar inte emot dem.*

¹⁷ 4,5 tjänst barnmorska och 2,25 tjänst kurator. Dessutom finns undersköterska/receptionist 0,92 tjänst och sjuksköterska på killmottagningen en kväll i veckan.

¹⁸ 1,25 tjänst barnmorska och 0,75 tjänst kurator

¹⁹ 1 tjänst barnmorska och 1 tjänst kurator.

²⁰ 0,5 tjänst barnmorska och 0,5 tjänst kurator

Kuratorerna om målgruppen

När kuratorerna beskriver de ungdomar som kommer till dem för samtal så görs beskrivningarna dels i allmänna ordalag som ”det är vanliga ungdomar” eller ”det är unga vuxna som mår dåligt av olika skäl”. En kurator beskriver de unga som ”lite vilsna”. En annan kurator säger att ungdomarnas svårigheter kan handla om att ”ta sig ut i samhället” efter avslutat gymnasium. Kuratorerna talar också om mer specifika svårigheter, som ångest och lättare depressioner. En kurator talar om en del ungdomars svårigheter att upprätthålla de egna gränserna. Hon säger att *man möter dem som har relationsbekymmer och lever utöver sina gränser vad gäller relationer och sexualitet.*

Behöver UM erbjuda samtalsbehandling

Inom FSUM pågår en diskussion om huruvida UM behöver kunna erbjuda inte bara en kortvarig stödjande kontakt utan också en längre kontakt av mer behandlande (terapeutisk) karaktär. Gränsen mellan stöd och behandling är inte glasklar. Bedömningen av var gränsen går varierar mellan olika situationer och personer. Det förekommer att UM arbetar med terapi under kortare eller längre tid. Många UM arbetar med KBT-behandling men också annan typ av behandling förekommer. Omfattningen kan vara åtta till tio samtal, men behandlingen kan också sträcka sig så länge som till några år. Unga vuxna kan annars ha svårt att få den hjälp de behöver. De som är 18 år och äldre kan inte få hjälp av Barn- och ungdomspsykiatri. Många får inte heller den hjälp de behöver av vuxenpsykiatri. Den unga person som behöver kontakt med psykiatri får dessutom ofta vänta mycket länge på att få hjälp, säger FSUM:s ordförande Timmy Leijen.

På ungdomsmottagningarna i Västmanland finns olika uppfattningar om huruvida kuratorer behöver erbjuda samtal inte bara i stödjande utan också i behandlande syfte. Frågan behandlas på flera ställen i den fortsatta texten.

”Tryggt, välkomnande och mysigt” – Fyra ungas perspektiv på UM

Fyra unga har blivit intervjuade

Fyra unga har blivit intervjuade. De är i åldern 16–22 år. Tre av dem är på UM för att besöka barnmorska. En av de tre har även haft kontakt med kurator. Den fjärde är på UM för att besöka kurator. För anonymitetens och enkelhetens skull kallas den intervjuade flickan och unga kvinnan för ”tjejer” och de intervjuade unga männen för ”killar”. Att kalla de ungdomar och unga vuxna som besöker UM för ”tjejer” och ”killar” är också vanligt bland dem som arbetar på UM.

De fyra ungas perspektiv redovisas också i en egen fristående rapport: Rapporten ”*Tryggt, välkomnande och mysigt*” - *Fyra ungas perspektiv på UM* (Västmanlands Kommuner och Landsting, Rapport 2015:2).

Tjej 16, går i gymnasiet, men har drabbats av svårigheter och inte kunnat gå i skolan den senaste terminen. Hon har besökt barnmorskor på UM vid fyra eller fem tillfällen. Besöken har i första hand handlat om att pröva ut p-piller. Hon uppskattar möjligheten att få ”prata ur sig”, utan att barnmorskorna ”lägger några värderingar på det” hon säger. Första gången hon var på UM skulle hon strax fylla 15.

Tjej 18, har just slutat gymnasiet. Hon har besökt barnmorskor på UM vid fem eller sex tillfällen. Första gången hon kom till UM var det för att få en spruta Gardasil.²¹ Sedan har hon fått p-piller utskrivna mot sin mensvärk. Hon uppskattar att all personal på UM är vänlig och kunnig. Hon tycker det är trevligt att mötas av en vänlig röst från receptionen när hon kommer till UM.

Kille 21, har slutat gymnasiet. Han har besökt UM vid fyra eller fem tillfällen. Han nämner den personal han träffat vid namn. (Ett av namnen är namnet på en barnmorska och det andra är namnet på en kurator). Det är ”inte lätt att veta vad de är”, konstaterar han, efter att jag frågat om han, förutom barnmorska, också har träffat kurator. Han lyfter fram att det är positivt och viktigt att det finns en verksamhet som UM, att de som arbetar där är trevliga och vänliga och att det går så bra att ställa frågor till dem om sådant som kan oroa.

Kille 22, studerar på högskolan. Han är nyinflyttad i Västerås. Han är på UM för att besöka kurator. Han sökte sig till UM för att ”få hjälp med sig själv”. Han har besökt UM vid sju tillfällen. På UM har han träffat en anställd som är både psykoterapeut och kurator, berättar han. Förhoppningsvis har han inte så många samtal kvar, säger han. Han tycker att UM är en bra verksamhet och han uppskattar den välkomnande miljön.

Vad man kan få hjälp med på UM

Av samtliga intervjuer framgår att de intervjuade ser UM som en viktig verksamhet där den hjälp som erbjuds spänner över ett vitt fält. När de beskriver vad man kan få hjälp med på UM använder de uttryck som det mesta, det är stort, det är spritt. Tre av de intervjuade tar därefter upp att UM erbjuder hjälp inom området sex och samlevnad, möjligheter att få preventivmedel, möjligheten att kunna testa sig för olika könssjukdomar och möjligheter att få svar på frågor om sådant som oroar. En av de intervjuade beskriver hjälpen på följande sätt:

– Det är stort. Det är sexuella relationer. Att man kan få komma hit och prata med dom om man är orolig. Sen kan man få testa sig i fall man känner sig orolig för nån sjukdom. Så det är bra att komma hit. Man får även gratis kondomer. Det är mycket bra. De kostar (så mycket som) 50–60 spänn (annars).

När ungdomarna beskriver det stöd UM erbjuder, utöver stöd i frågor om sexualitet och preventivmedel, talar de om sådant som professionella skulle kunna sammanfatta i begreppet psykosocialt stöd.

²¹ Gardasil skyddar mot livmoderhalscancer som orsakas av HPV-virus, världens vanligaste sexuellt överförbara virus (Stockholms läns landsting (uppdaterat 2015-06-09): Vårdguiden 1177 (hämtat 2015-06-27). Landstinget Västmanland erbjuder alla flickor, som är födda åren 1993 till och med 1998, att vaccinera sig gratis med Gardasil. Vaccinationerna görs hos familjeläkare eller ungdomsmottagning. Vid en del skolor görs vaccinationerna hos skolsköterskan. HPV står för – humant papillom virus. (Västmanlands läns landsting, Vårdguiden 1177, uppdaterat 2014-12-08, hämtat 2015-06-27).

Ingen av de intervjuade använder dock det begreppet. De använder i stället mer närliggande begrepp. En av dem säger: *Man kan prata om "livet och sånt", om man har frågor eller så.* En annan intervjuad säger: *Jag vet andra som har varit här för att de haft frågor om allt möjligt. På sista tiden har jag varit här och pratat ur mig för det har hänt en massa saker i mitt liv som varit jobbiga.* En av de intervjuade för ett resonemang kring frågan om vilket stöd kuratorn på UM kan erbjuda:

– *Det är väl rätt spritt, men handlar ofta om hur du själv mår. Kanske hur du ska behandla olika situationer. Reda ut saker. Det kan handla om relationer. Det kan handla om hur du ser på dig själv. Det skulle kunna handla om hur du ser på studier. Det kan handla om relationer till föräldrar och släktingar. Det är spritt, men generellt handlar det om att du inte mår toppen.*

Det känns tryggt att ha ett ställe att gå till om man inte vill prata om allt med sina föräldrar, säger en intervjuad. Tre av de intervjuade framhåller att det är viktigt att de professionella har tystnadsplikt. *Att kunna säga vad som helst och veta att det stannar här.*

En av de intervjuade som har kontakt med barnmorska har också erbjudits kontakt med kurator men tackat nej, då hon redan har en terapeutisk kontakt.

Första besöket

Det kan vara lite nervöst vid första besöket, berättar två av de intervjuade. Man kan exempelvis undra *åt vilket håll man ska gå* när man kommer in genom porten, men, det är *bra skyltat*, säger en av de intervjuade.

En av de intervjuade kom första gången med sin mamma. En annan följde med sin kompis. En tredje kom på egen hand. I den fjärde intervjun berördes inte frågan.

Tillgänglighet

"Fick veta om UM på olika sätt"

De intervjuade fick veta att UM finns, på olika sätt. En intervjuad berättar att det var i samband med att hon *skulle ta Gardasil. Jag tog den första sprutan i skolan, men sen stängde skolan för sommarlov och då blev jag skickad hit* (till UM).

En intervjuad lyfter fram sina vänners betydelse. Han säger:

– *Genom mina vänner först och främst...*

En annan intervjuad kommer från en större stad. Han lyfter fram att UM (som begrepp) är välkänt. Han summerar:

– *UM är väl rätt lika, i verksamhet och vilka åldrar man vänder sig till... Sexualupplysning, stöd, kuratorer, barnmorskor. Det är väl ungefär samma överallt. Även om det finns saker som skiljer, så är väl målgrupp och tjänster rätt likt.*

En tredje intervjuad lyfter fram besöket med sin skolklass på UM. Hon säger:

– *Vi var här med skolan och kollade.*

De övriga intervjuade har inte nåtts av UM:s information till skolklasser, men nämner ändå att någon typ av information givits i skolan. De lyfter dock inte fram det som avgörande viktigt, som den som varit på besök på UM med sin skolklass gör.

En intervjuad säger att information har getts *genom skola, skolsköterska, sexualkunskap*. En annan av de intervjuade säger:

– *Skolsyster på min högstadieskola hade ett informationsblad som vi fick. Hon gick ut i klasserna och berättade om UM.*

Den tredje intervjuade, berättar att han har fått information från någon organisation (på besök i skolan). Han säger:

– *I ettan och i trean (i gymnasiet) fick vi information. Det var en tjej som berättade om UM.*

Av det de intervjuade flickorna berättar framgår att deras mammors positiva inställning till UM har haft betydelse för dem när de tagit kontakt med UM.

Vissa svårigheter förknippade med att beställa tid

Frågan om det är lätt eller svårt att beställa eller få tid ställs i tre av intervjuerna. Samtliga tre som får frågan anser det förknippat med vissa svårigheter. För två av dem var svårigheterna förknippade med den första kontakten. En av dem säger:

– *Första gången, tror jag att jag ringde hit. Det gick sådär ... jag fick lämna en massa uppgifter. Vi kanske missförstod varandra.*

En annan intervjuad möttes av beskedet att det inte fanns någon ledig tid just då på grund av personalbyte. Väntetiden blev så lång som tre veckor.

Den tredje intervjuade, anser det viktigt att påtala att när man ringer UM så kan man mötas av en datorröst som ger besked om när man ska bli uppringd. Det kan handla om så lång tid som en eller två dagar innan uppringningen sker. När hon själv blev uppringd befann hon sig i en mycket svår situation samtidigt som hon hade akut behov av en tid. Hon säger:

– *Det är det jag tycker är svårt. Man får ringa och så blir man uppringd. Det vore skönare att få prata med någon direkt och boka tid.*

Hon var på besök hos en döende släkting när hon blev uppringd. *Det var stressande... Det hade varit skönt att få prata med någon redan omedelbart då hon ringde.* Den intervjuade påpekar att när man ringer för att man har akuta problem vill man prata med någon genast. Inte vänta på att bli uppringd. När man blir uppringd kan det ha gått så lång tid att det känns jobbigt att prata om det som tidigare var akut. *Det vore bra att direkt få prata med någon eller direkt få boka en tid, inte få lov att vänta en eller två dagar.* Som tur var, säger den intervjuade löste det sig för henne genom att UM då de ringde upp direkt erbjöd en tid. Den intervjuade tycker dock att denna svårighet är viktig att påtala eftersom andra kanske inte har samma tur.

En av de intervjuade anser att webbokningen kunde göras mer tilltalande genom ”en steg-för-steg-instruktion”. En annan intervjuad har prövat webbokningen för första gången och har positiv erfarenhet av detta.

Av intervjuerna framgår att det är viktigt att det finns olika möjligheter att boka tid. Den som ansåg att det var svårt att kommunicera i telefonen, framhåller receptionens betydelse. Hon säger att när det blev svårt att kommunicera genom telefonen *då gick jag hit. Jag tycker det är smidigare när man kan gå till en plats och prata. De är supertrevliga i receptionen. Så det är inga problem.*

Den som anser att webbokningen inte var användarvänlig, framhåller möjligheten att ringa som viktig och säger:

– *Jag vet att de har något system för online-bokning men det är lättare att ringa... Online-bokning kräver någon inloggning...*

Ibland lång väntetid

Av det en av de intervjuade berättar, framgår att väntan på kuratorssamtal var lång. När han fick frågan om det var ”bråttom”, jämförde han, i sina tankar, den egna situationen med hur situationen kan vara för en ung människa när det finns risk för självmord och kom fram till att det var ärligast att svara att det inte var bråttom.

UM är inte välkänt av alla

Av det en intervjuad berättar framgår att UM inte är välkänt bland alla. Han säger att han fick veta att UM finns av vänner. Ytterligare en intervjuad (som tycker att åldersgränsen nedåt bör vara flexibel) tar upp att UM kanske inte är välkänt bland dem som är i 11–12-årsåldern. Ofta dröjer det till 13–14-årsåldern innan man börjar prata med varandra om kroppen och om UM. De två övriga intervjuade menar att UM är välkänt. En av dem säger:

– *Ja, UM är känt i Västerås och överhuvudtaget. Alla mina kompisar vet. Vi är öppna med att vi ska till UM. Det är bra att så många vet om det och att det är normalt, så att man kan vara öppen med det.*

Önskvärda åldersgränser

På frågan om vilken ålder de tycker att UM ska vara till för svarar de intervjuade lite olika. Ett par av dem inleder med att de *inte vet*, men lämnar sedan ändå en synpunkt på åldersgränserna. En anser att den nedre gränsen bör vara 13 år. Ytterligare en säger 13–14. Den tredje och fjärde intervjuade förespråkar en nedre gräns som är flexibel. En av dem tillägger att det inte är bra om någon som behöver hjälp nekats denna för att hon eller han är för ung. En utgångspunkt för en åldersgräns skulle kunna vara att ungdomen är *tillräckligt gammal för att ta beslutet* (att besöka UM) eftersom det är något man ofta gör på eget initiativ, säger han. Den andra som anser att åldersgränsen bör vara flexibel tänker på att flickor får sin första mens vid olika ålder. Hon säger att när hon fick sin första mens *visste* hon *inte vad det var*. *Jag trodde det var nåt fel*. Men eftersom hon har *väldigt bra kontakt med sin mamma* kunde hon prata med henne och också få förklarat vad det var. *Men om man inte har den kontakten med sin mamma är det viktigt att det finns nån annan*, säger hon.

När det gäller den övre åldersgränsen, säger en av de intervjuade att det är bra att få gå till UM *så länge man är ung*. *Man kan ha viktiga frågor att ställa* under hela den tid man är ung. En annan svarar att *upp till 23–24 är rimligt*, med tillägget att *de flesta som har fyllt 23 år har flyttat hemifrån och är tillräckligt mogna för att kunna be om hjälp någon annanstans*. En tredje intervjuad anser att *upp till 25–27 vore bra*. Den fjärde tycker att den övre gränsen, liksom den undre, ska vara flexibel.

Kön och genus

I en av intervjuerna tillfrågades den intervjuade om vad han tycker om att en del UM har olika åldersgränser för kvinnor och män. Den intervjuade mannen uttrycker förståelse för detta. Han kan se flera förklaringar till att det förhåller sig så, exempelvis att *kvinnor mognar tidigare sexuellt och kan behöva komma tidigare*. Att det på vissa UM finns en högre åldersgräns för män skulle också kunna bero på *att kvinnor har större möjligheter att få annat stöd av samhället framför allt när det gäller psykiska besvär*. *Jag tror det är mer accepterat att kvinnor mår dåligt än att män gör det*. *Därmed blir det lättare för kvinnor att söka hjälp*. *Det kan bidra till att man har olika åldersgränser för flickor och pojkar*.

Han fortsätter:

– *Det är ju av den anledningen man har killkvällar på ungdomsmottagningar. Det kan jag tycka är bra. På samma sätt som jag tycker det är bra med tjejkvällar. Men jag tror inte tjejkvällar behövs i samma utsträckning. De har generellt sett fler polare som de vågar dela med sig till.*

I två intervjuer ställs frågan: *Tror du det spelar någon roll om man är flicka/kvinna, pojke/man eller har annan könsidentitet²² när man kommer till UM?*

²² Könsidentitet och könsuttryck

Vilket kön man själv känner sig som brukar kallas för könsidentitet. Den som trivs med det kön man upplever att man har kan kallas cisperson. Om man istället känner att något inte känns rätt, eller att man inte trivs med det kön andra säger att man har kan det innebära att man är transperson

Att känna att allt som handlar om ens kön stämmer kallas att vara en cisperson. Att vara en transperson innebär att man på något sätt känner att det kön man uppfattas som inte stämmer.

Vad är kön?

Vilket kön man själv känner sig som brukar kallas för könsidentitet. Det är inte kopplat till vilken kropp man har utan vilket kön man känner att man tillhör.

En av de intervjuade utgår i sitt svar från de egna observationerna och säger:

– *Jag vet inte riktigt hur det är. Men det jag har sett är ju att det är mest förmodade tjejer, kvinnor. Killar kanske inte bryr sig lika mycket. Jag tycker inte man ska göra skillnad, människa som människa. Det känns tråkigt att det är svårare för vissa att ta sig hit.*

Den andra svarar utifrån hur han upplever att ungdomarna som kommer till UM blir bemötta och säger:

– *Nej alla behandlas lika. Vare sig du är kille eller tjej så är du människa. Så funkar det här.*

Läget är bra

Samtliga intervjuade anser att det geografiska läget för UM i Västerås är bra. En av dem säger:

– *Bra att det ligger mitt i stan. Verkligen!*

De tre övriga framhåller både det centrala läget och att läget är lite undanskymt. En av dem säger:

– *Bra. Det är inget att klaga på. Det är ju centrum, fast precis bakom, så det är väl jättebra. Det är lätt att ta sig hit och lätt att ta sig härifrån.*

En annan säger:

– *Det är såhär lite hemligt ställe. Det är inte mitt i stan, fast ändå centralt. Det är bra att inte träffa så många innan eller efter du kom hit.*

Den tredje som framhåller både det centrala läget och att läget är lite undanskymt förklarar varför det är så bra. Hon säger:

– *Det är skönt att det inte är mitt i stan. Det är lätt att ta sig, men ändå undangömt. Det känns skönt. Även om jag inte tror att nån bryr sig så är det skönt för en själv att kunna gå hit utan att alla ser att man går hit. Det är ”smidigt, utan att hela stan får reda på det.” Om man kommer hit för personliga saker kanske man inte vill att alla ska se. Eller det kanske finns nån man inte vill ska se.*

I en av intervjuerna ställs frågan om det skulle vara möjligt att ha UM på en vårdcentral. Den intervjuade svarar att i så fall är det *viktigt att ha separata väntrum Att ha samma väntrum skulle kunna vara jobbigt för de yngsta och leda till att de skiter i att gå. Det vore också bra med separata ingångar.* Den intervjuade tillägger:

– *Men jag skulle inte ha något emot att de finns i samma byggnad med en gemensam administration.*

Svårt att komma in

Samtliga intervjuade anser att det skulle vara skönt att slippa den låsta porten. Till skillnad mot UM:s inre ombonade och välkomnande miljö signalerar den ”kontor eller kommun”. Porttelefonen som man behöver använda för att komma in genom porten kan vara svår att förstå sig på. Det kan också vara jobbigt att tvingas vänta på svar och jobbigt att riskera att bli iakttagen under tiden.

Ibland används kön bara som ett annat ord för könsorgan. Medan det i andra sammanhang med kön menas vad man känner sig som, en kvinna, man eller något annat. Då kan könet delas in i olika delar.

Kroppen (biologiskt kön).

Könet man själv känner sig som (könsidentitet).

Kläder och annat som har med utseende att göra (könsuttryck).

Könet man har enligt pass och andra myndighetsdokument (juridiskt kön).

Alla barn som föds registreras som män eller kvinnor, det går att se i de fyra sista siffrorna i ens personnummer. Om den nästa sista siffran är jämn är ens juridiska kön kvinna, och har man en ojämn siffra är ens juridiska kön man. Det finns idag ingen möjlighet att ha ett annat kön än man eller kvinna som juridiskt kön. I ens pass står det också en bokstav för ens juridiska kön. (1177, 2015)

Flera könsidentiteter på facebook. Nu kan man välja mellan 70 olika alternativ för att beskriva sitt kön (eller skriva in ett eget alternativ). Man kan också välja att omnämnas som hen i stället för han eller hon. Redan 2014 infördes detta på engelskspråkiga FB. (Hanna Fahl Dagens Nyheter 28 juli 2015)

En intervjuad säger:

– *Det är ganska jobbigt där nere; att plinga på och vänta. Det skulle vara bättre om man bara kunde gå in. Nu känns det lite som kontor eller kommun.*

En annan intervjuad blir lättad och glad om porten står öppen. Hon säger:

– *Det är svårt med porttelefonen. Jag har haft tur; dörren har varit öppen. Jag skulle öppna med den en gång, men det krånglade för mig. Så den kanske man skulle kunna göra bättre. Jag vet inte ens vilka knappar man ska trycka på. Och så sitter det ju två under varandra. Och så trycker man på den ena och inget svar: Nähä då trycker jag på den härnere... Jag blir alltid lika glad när dörren står öppen.*

En tredje intervjuad säger att han själv inte är på UM i något jättehemligt syfte, men han kan tänka sig att när porten är låst och man måste använda porttelefonen kan det innebära problem för dem som inte vill att någon ser dem... Det hade varit bättre med en öppen dörr och kunna gå direkt in i väntrummet...

När samma person i slutet av intervjun får frågan om vad som kan göras bättre blir svaret:

– *Jag förstår inte varför den inte är öppen under arbetstid. Jag förstår att den kan behöva vara låst kvällstid, men inte under dagtid. Det skulle kunna göras bättre.*

Även den fjärde intervjuade anser att porttelefonen är besvärlig.

En välkomnande miljö

När en av de intervjuade svarar på frågan om vad hon tycker om lokalerna säger hon:

– *De är rätt så bra. Inget är dåligt som jag kommer på.*

De övriga intervjuade använder ord som *mysigt*, *trevligt* och *tryggt*. En av dem säger:

– *Det är trevligt. Det är många fina tavlor. Det är tryggt.*

När samma person förklarar vikten av trygghet, säger han:

– *Det är viktigt att det är tryggt då kan man prata om sånt man inte kan prata med vänner om... Man känner sig trygg och får ut allt.*

De övriga två beskriver UM som *en välkomnande miljö*. En av de intervjuade utvecklar svaret till att också gälla dem som arbetar i lokalerna. Hon säger:

– *Lokalerna är mysiga. Det är mysigt när man kommer in och den i receptionen säger: Hej, hej! Har du bokat tid? Ja. Då kan du sätta dig ner och så sitter man och väntar. Och det finns lite att bläddra, i alla fall sist jag var här, och sen kommer de och alltid med ett glatt leende och säger; Hej! Och det är ett mysigt rum man sitter i. Jag tycker det är bra.*

Den andra av de två gör en jämförelse med sjukhus och vårdcentraler. Jämförelsen utfaller till UM:s fördel. Det finns mycket som övrig sjukvård kan lära av UM, menar han. Han säger:

– *Jag tycker det är intressant hur mycket UM-miljöer skiljer sig från sjukhusmiljöer. UM är alltid rätt mysiga. De har inte större budget för att göra det, men lyckas med att göra det mysigt. Det lyckas inte sjukhus och vårdcentraler med. De har ändå samma krav på sig vad gäller hygien och så. Där skulle sjukhus kunna lära av UM. UM skapar välkomnande miljöer. Du **vill** ju komma hit. Det gör inget att komma fem minuter för tidigt. Men du går ju inte till vårdcentralen fem minuter för tidigt för att sitta i väntrummet.*

Kompetens

Tre intervjuade framhåller som viktigt att de professionella inte lägger några värderingar på det de säger.

*Det är skönt att bara komma hit och prata. Ingen lägger några värderingar. Man får kasta ur sig. Även om de inte kan hjälpa mig utan det är saker jag måste ta itu med själv så är det skönt att bara få slänga ur sig. En intervjuad liknar de professionella vid storasyskon som vill en väl, är vänliga och inte alls främmande. När en av de intervjuade jämför hur det är att prata med kurator med hur det är att prata med barnmorska, konstaterar den intervjuade att *båda är trevliga. Det är roligt att prata med dom.* Den ena är *lite mer personlig* och den andra mer inriktad på själva ärendet. Den som är *lite mer personlig* är också *lite mer pratsam och frågar mer* även om hon också är inriktad på själva ärendet.*

Genuint intresse och medkänsla

När ungdomarna beskriver hur de önskar att en barnmorska på UM ska vara, talar de om vikten av att kunna *känna sig trygg* och av att *kunna lita på barnmorskan*. Barnmorskan ska vara *snäll, trevlig, medkännande* och *stabil*. Hon ska *veta hur man möter ungdomar*. Hon ska *kunna dämpa oro*. Hon ska *ta sig tid*. Hon ska vara *genuint intresserad* av de unga som *individer*. Det behövs *för att man ska kunna öppna sig* för henne. En intervjuad som lyfter fram vikten av att kunna känna sig trygg och lita på den barnmorska hon möter, tillägger att *många kommer hit med ganska tunga saker*. Då är det viktigt att barnmorskorna på UM har medkänsla och samtidigt är stabila som personer. Hon säger:

– *Viktigt ... att de känner med en, men ändå är stabila. Om man kommer hit och berättar vill man ... inte att det är någon som sitter och störtböljar själv...*

En annan intervjuad lyfter fram vikten av *engagemang*, att *se varje ung person som en individ*, att *vara genuint intresserad, snäll* och att *ta sig tid*. Hon säger:

– *Jag tycker hon ska vara engagerad, verkligen gå in för varje person hon träffar. Det tycker jag dom gör... De tar sig tid, det tycker jag är bra. Man ska bry sig. Genuint liksom, och snäll.* Hon tillägger:

– *Det ska ju vara en person som man vågar öppna upp sig för. Det är olika för olika personer. Men det är viktigt!*

En tredje intervjuad säger att en barnmorska på UM ska *veta hur man betar sig mot ungdomar*.

– *Det är inte himla lätt. Det är svårt.* Han tillägger: *De ska vara trevliga och det är de. De är jättestrevliga.*

Ytterligare en sak som den intervjuade lyfter fram är att en barnmorska som arbetar på UM behöver kunna dämpa den oro man kan känna som ung. Han säger:

– *... och sen ska man försöka ifall man är orolig för nånting så ska de kunna dämpa oroligheten på något sätt.*

Att dämpa oro handlar dels om kunskap, säger han, men också om *hur, på vilket sätt*, man talar. *En barnmorska som talar bra, pratar snällt och är trevlig. Att bemöta en kund eller en person på ett bra sätt. Då är man en bra barnmorska.*

Goda fackkunskaper behövs

När de intervjuade talar om vad barnmorskorna behöver för fackkunskaper framhåller de att det är viktigt att de har kunskaper i *psykologi* eller hur psykologiska faktorer påverkar människor. De behöver också ha mycket goda kunskaper om *preventivmedel* och *könssjukdomar* och hur de påverkar människor. *Det är superviktigt. Det är a och o*, att de verkligen vet vad de talar om, säger en intervjuad. En annan intervjuad framhåller att det är mycket viktigt att barnmorskorna har *mycket goda kunskaper om kroppen, olika kön, olika sexuella läggningar och olika könsidentiteter*. Samma person fortsätter och säger att det är väldigt bra om *de som inte vet vad de vill identifiera sig som* kan få hjälp på UM.

Av båda intervjuerna med de unga männen framgår att det är en främmande tanke att de som män

skulle ha kontakt med barnmorska för egen del. En av dem tänker så, trots att han haft kontakt med en av barnmorskorna. Han uppskattar kontakten, men har inte tänkt på eller vetat om att det är just en barnmorska han haft kontakt med. Han funderar på om det skulle kunna vara bra om arbetsuppgifterna vore mer uppdelade mellan olika yrkesgrupper. Den andre intervjuade mannen tänker att det kan finnas situationer då en pojke/man besöker barnmorska, men det är i situationer då en pojke/man följer med sin flickvän.

”Du får gärna komma hit om du vill”

Av intervjuerna framgår att de egenskaper som de intervjuade beskriver att en barnmorska behöver ha också gäller en kurator.

En av dem säger:

– *Jag ser faktiskt ingen skillnad.*

En annan intervjuad säger att kuratorerna precis som barnmorskorna behöver vara *stabila* som personer. Det ska vara tryggt att prata med dem och man ska kunna känna tillit. En av de intervjuade jämför ett besök hos kurator på UM med besök hos en skolkurator. Jämförelsen utfaller till UM-kurators fördel. *Skolkuratorer brukar inte vara jättepopulära att söka hjälp hos.* Det brukar vara så att *nånting har hänt; man har bråkat med nån i skolan och då ska man träffa skolkurator. Det är nåt man måste och inte nåt man vill eller väljer själv. När man går till en skolkurator; det känns ganska påtvingat.*

Samma intervjuade fortsätter med att understryka att det är jätteviktigt att kuratorn på UM utstrålar: *Du får gärna komma hit om du vill. Jag vill gärna hjälpa dig. Det ska inte vara något påtvingat.* Det är också viktigt att kuratorn har kunskaper om *vart man* som ung *kan vända sig om man behöver mer hjälp.* Ytterligare en viktig sak är att man ska kunna prata med kuratorn om man har *frågor om kroppen och sin könsidentitet.*

En annan intervjuad säger att kuratorn behöver kunna *lite mer psykologi.* Hon säger att det är viktigt att det finns flera kuratorer för *det är inte säkert man klickar med den första.* Det är viktigt att få en bra relation. Det innebär att den som söker hjälp inte ska *bli stämplad* som en person med ett visst problem utan betraktas som en hel person som det kan vara intressant att prata med också om annat. Den intervjuade säger att det är viktigt *att man connectar på ett annat plan än det man tycker är jobbigt.* Hon berättar om sina erfarenheter av skolkuratorer:

– *En kurator kan ta upp saker på olika sätt. Alla öppnar inte upp sig via samma kanaler eller hur man ska säga. Det är viktigt att det finns olika kuratorer för det är inte säkert att man klickar med den första. Då kan det vara viktigt att få en annan... Det gäller att få en bra kontakt. Det tycker jag verkligen!*

När hon beskriver den skolkurator som var bra, säger hon:

– *Den kurator som var bra var spontan. Det kanske inte är rätt ord, men hon var glad mot alla. Hon sa: Hej, hej, hur är det idag? Hon satt inte bara på sitt rum... Jag gillar sociala människor som frågar andra saker inte bara om det som är mitt problem. Att man får en fin relation och kan prata om allt. Inte den här stämpeln: Du har ett problem det är därför du går till mig.*

Den fjärde intervjuade lyfter också fram att kuratorn behöver *vara positiv* och *se saker från den ljusa sidan hela tiden för du kommer inte att få de roligaste samtalen.* Han lyfter också fram att kuratorn behöver vara *lyssnande och omhändertagande.* Hon behöver fråga om hon uppfattat rätt *för det är väldigt mycket tolkning hela tiden.* Han tänker att kuratorn för att klara detta *nog måste kunna lämna jobbet på jobbet och sen vara sig själv hemma.* När han beskriver vad det innebär att kuratorn hela tiden ser saker från den ljusa sidan, säger han:

– *OK det här gick dåligt, men vad har du lärt dig under tiden? OK den här relationen är inget bra, hur kan vi göra den bättre? OK du vill inte träffa den här människan vad kan vi göra åt det?*

Den intervjuade tillägger att kuratorn behöver vara *speciell* som person, men också ha en utbildning som psykologutbildning då mycket av arbetet förmodligen handlar om psykiska problem. Förutom detta behövs en del juridiska kunskaper om vad som gäller exempelvis då barn och unga blir illa behandlade eller inte får sina behov tillgodosedda av sina föräldrar.

Organisation

UM är bästa alternativet

En intervjuad menar att vårdcentralen kan ersätta en stor del av den hjälp som ges av UM till UM:s lite äldre besökare. Han framhåller dock UM:s fördelar vad gäller både kompetens och lokaler. Han är osäker på om vårdcentralerna erbjuder psykologisk hjälp.

– *Nej, faktiskt inte*, svarar en annan intervjuad, på frågan: *Känner du till andra verksamheter eller personer som kan ge ungdomar samma hjälp som UM?* Ytterligare två säger att de *inte vet*. En av dem tillägger att *kvinnomottagningen* kanske är möjlig, i alla fall om man är lite äldre. Den andra tillägger *familjeläkare- kanske? eller skolsyster?* Innan det slår henne att hon inte längre går i skolan. Hon framhåller att det i vilket fall som helst är bättre att gå till UM. Hon förklarar:

... skolan, det är så internt liksom även om hon (skolsköterskan) också har tystnadsplikt så kan det kännas – det är ett litet rum på skolan och vem som helst kan råka höra. Här är det bättre.

Vad ungdomarna avslutningsvis lyfter fram som bra med UM

Kontinuitet och att man kan komma med alla typer av problem

En intervjuad lyfter fram att det går bra att komma till UM vad man än har för problem. Hon tillägger att det är skönt att det (UM) finns. Hon lyfter fram vikten av kontinuitet genom att säga:

– *Bra att det går att ordna så att man får träffa samma barnmorska vid flera tillfällen. Man vill inte berätta allt om igen för en ny. Även om de inte kommer ihåg allt så vet de på ett ungefär. Det tror jag är viktigt. Och om man får förtroende för en så är det viktigt att komma till samma igen.*

Bra lokaler, trevlig och kunnig personal. Viktigt att de som är här verkligen vill vara här (på UM)

En annan intervjuad lyfter fram att *lokalerna är bra och att de anställda är trevliga*. Det är *superviktigt*, säger hon. Den som arbetar i receptionen känner hon igen sedan tidigare. Men några av de andra anställda är nya. *Det kanske måste vara viss ruljängs*, säger hon eftersom *det är viktigt att de som är här verkligen vill vara här...* Hon för sedan ett resonemang kring när det är viktigt med kontinuitet: *Om man connectar med nån och den slutar är det förstås inte så bra. Jag går här ganska sällan, med långa mellanrum, då gör det inget att det är olika barnmorskor. Jag skulle ändå inte connecta. Så för mig spelar det ingen roll, och alla är lika trevliga. De frågar: Vad gör du? Jag har just tagit studenten: Åh vad trevligt! Från vad då? Det är jättebra!* Den intervjuade avslutar med att anknyta till vad hon har sagt tidigare om att hon uppskattar att de anställda är kunniga. Hon säger:

– *Och så upplever jag att de kan vad de säger, som vi var inne på tidigare.*

Väldigt bra att UM finns, att de tänker på ungdomarna och deras sexliv och att det finns lättillgänglig information

En tredje intervjuad lyfter fram att det är viktigt och bra att det finns en verksamhet som har fokus på ungdomar och deras sexliv. Han säger:

– *Det är väldigt bra att de tänker på ungdomarna och deras sexliv, vilket är väldigt, väldigt viktigt, och tar hand om det. De har även böcker och små broschyrer... De är väldigt bra skrivna. De ser ut som faktaböcker, men är roliga att läsa... De skriver exempelvis "kukfakta" och "fittafakta".*

Det gör att ungdomar läser. Det är mycket roligare än en faktabok i skolan. Det är bra att de gör så, och det är viktigt att få information om sjukdomar.

Bra med ett ställe där man inte blir dömd. Bra med UM för att de är specialister på fysiska, psykiska och sexuella problem hos ungdomar och unga vuxna

Den fjärde intervjuade säger att *det är bra att kunna gå till ett ställe där du inte blir dömd*. Anonymiteten är bättre på UM än på en vårdcentral. *Man pratar exempelvis inte med okända i ett väntrum på (UM), vilket kan hända på en vårdcentral.*

De som arbetar på UM är också *vana vid det mesta som rör din ålder (sen kanske de inte är jättebra på sånt som inte är så vanligt) men de är specialister på fysiska, psykiska och sexuella problem i din ålder. De har ju hört det mesta förut.*

Han tillägger:

– Jag tror att Sverige skulle må bättre om fler gick till ungdomsmottagningar.

Den intervjuade anser det inte alls konstigt att det inte är fler som kommer till UM. *Det är svårt att få hit folk eftersom det är unga människor det är frågan om. Du är här för att du mår dåligt eller så är du här för att du funderar på att skydda dig mot graviditet eller sexuellt överförbara sjukdomar eller så är du här för att du tror att du har en STD²³ och inget av de fallen är ju ”jippi”.*

Att vara ung och att behöva testa sig är *nog mera nervöst på en UM än på andra liknande mottagningar (mottagningar för vuxna)*, tror han, eftersom den som gör det på UM förmodligen oftare gör det för första gången.

Den intervjuade tar också upp hur snabbt en ungdoms negativa erfarenheter sprids. Om en enda ungdom uppfattar kontakten med UM som negativ kan detta lätt spridas bland en stor mängd ungdomar eftersom ungdomars kontaktnät kan omfatta ett par hundra personer, vilket är många gånger större än föräldragenerationens. Om de andra ungdomarna inte har egna erfarenheter så kan en enda ungdoms negativa erfarenheter få fäste bland en stor grupp. Den intervjuade är noga med att klargöra att han själv inte har någon sådan erfarenhet från UM. *Generellt är dom rätt bra på UM i Västerås*, avslutar han.

Förslag till förbättringar

När de intervjuade får frågan om *vad som inte är bra eller vad som kan göras bättre* tar en av dem upp att man kan råka möta människor man inte vill möta i väntrummet och att det därför vore bra om det fanns möjlighet att vänta i avskildhet. Att få prata med någon direkt när man är i akut behov av kontakt är viktigt, framhåller den intervjuade som påtalat vikten av detta en gång tidigare, under intervjun. Att slippa den låsta porten och porttelefonen är viktigt framhåller ett par av de intervjuade ytterligare en gång. *Mer reklam* behöver göras för verksamheten, säger en intervjuad, exempelvis är det mycket viktigt att samtliga elever får tillfälle att besöka UM. *Det är stor skillnad att få besöka ett ställe och se med egna ögon och höra om det* (i jämförelse med att bara höra om det), framhåller den intervjuade.

Smidigare bokningssystem behövs, bland annat förbättrad information om hur man bokar genom exempelvis en steg-för-stegguide.

En undersökning om huruvida UM har för små resurser behöver göras. *De var rätt belastade i våras*, säger en intervjuad och fortsätter:

– Det är väl en sak som bör kollas på. Det är ju tråkigt om det finns en massa personal och inget jobb att utföra. Å andra sidan är det tråkigt om det finns en massa människor som söker hjälp och ingen som tar emot dem.

Samma intervjuade tar upp att det finns behov av möjligheter för unga i Västerås att få tillgång till terapi för tyngre problem. Idag saknas den möjligheten.

²³ Könssjukdomar kallas också för STI eller STD. STI och STD står för ”Sexually Transmitted Infections/Diseases” och betyder sexuellt överförbara infektioner eller sjukdomar. UMO.se hämtat 2015-07-06

Fyra ungas perspektiv i punktform

Om UM:s verksamhet

- UM uppskattas av de intervjuade ungdomarna
- UM kan ge hjälp inom ett brett område
- UM kan erbjuda hjälp med preventivmedel, testning och frågor kring sex
- UM kan ge stöd när man har svårigheter av olika slag

Första besöket

- Till första besöket kom de unga på egen hand, hade sällskap med sin mamma eller var själva med som sällskap till en vän.

Tillgänglighet

- Kännedom om UM har de unga fått på olika sätt, genom skolans hänvisning (för att få en spruta Gardasil), genom UM:s information till skolklasser, genom vänner eller genom att UM är ett välkänt begrepp
- UM är välkänt bland många, men inte bland alla
- Den nedre åldersgränsen bör vara 13, 13-14 eller flexibel
- Den övre åldersgränsen bör vara 23-24, 25-27 eller vara flexibel
- Det är förståeligt att vissa UM har en högre åldersgräns för män
- UM:s läge är väldigt bra i Västerås; både centralt och lite undanskymt
- Lokalerna är trevliga, mysiga och trygga.
- Miljön är välkomnande - så välkomnande att man verkligen vill komma till UM
- Att beställa tid första gången innebar svårigheter av olika slag
- Man behöver få tala med någon direkt man ringer
- Webbbokningen skulle behöva göras mer användarvänlig
- Den låsta porten och porttelefonen skulle vara skönt att slippa

Kompetens

- De professionella lägger inga värderingar på det ungdomarna säger, vilket uppskattas mycket
- Barnmorskor och kuratorer ska vara så att man kan lita på dem och känna sig trygg
- De ska ha medkänsla och vara stabila
- De ska veta hur man möter ungdomar
- De ska kunna dämpa oro, vilket handlar både om vad de säger och på vilket sätt de säger det
- De ska vara engagerade och genuint intresserade
- De ska se varje ungdom som en individ
- De ska vara trevliga och snälla
- De ska ta sig tid
- När en av de intervjuade jämför en UM-kurator med en skolkurator utfaller jämförelsen till UM-kuratorns fördel. Att besöka en skolkurator är ofta något *påtvingat*.
- En UM-kurator behöver utstråla: *Du får komma hit om du vill. Jag vill gärna hjälpa dig.*
- En av de intervjuade framhåller att det är viktigt att kunna få en god kontakt med kuratorn
- Samma intervjuade framhåller att det är viktigt att det finns flera kuratorer om man inte connectar med den första man möter
- Barnmorskor och kuratorer behöver kunskaper i psykologi, kuratorn ännu mer än barnmorskan
- Barnmorskorna behöver ha mycket goda kunskaper om kroppen, olika kön, olika könsidentiteter
- Det är viktigt att kunna prata med kuratorn om kroppen och om sin könsidentitet
- Kuratorer behöver juridiska kunskaper om vad som gäller när barn och unga blir illa behandlade eller inte får sina behov tillgodosedda av sina föräldrar

- Kuratorer behöver se saker från den ljusa sidan, se sådant som inträffar som lärdomar, inte som negativa händelser och öppna för samtal om vad man kan göra för att förbättra situationen
- Kuratorer behöver ha goda kunskaper om var man kan söka hjälp om man behöver mer hjälp än vad som kan ges på UM

Organisation

- UM spelar en unik roll. Det är svårt att få samma hjälp inom andra verksamheter

Vad de unga avslutningsvis lyfter fram som bra med UM (varje uttalande representerar en person)

- Att det finns möjligheter till kontinuitet (träffa samma barnmorska) och att man kan komma till UM med alla typer av problem
- Att det är bra lokaler, trevlig och kunnig personal och att de som arbetar där verkligen vill det
- Att det är viktigt och bra med en verksamhet som har fokus på ungdomar och deras sexliv och att UM erbjuder lättillgänglig information
- Att det är bra med ett ställe där man inte blir dömd, att det är bra med UM som är specialiserat på fysiska, psykiska och sexuella problem hos unga människor

Förslag till förbättringar

- Möjligheter att kunna vänta i avskildhet
- Att få prata med en människa direkt när man ringer
- Att slippa den låsta porten och porttelefonen
- Mer reklam för verksamheten
- Samtliga elever ges tillfälle att besöka UM
- Smidigare bokningssystem
- Se över om resurserna stämmer överens med behoven

”Man gör det bästa möjliga” – Barnmorskor, kuratorer och chefers perspektiv – Önskvärd kompetens på UM

Inledning

Så gott som samtliga intervjuade, bland både anställda och chefer, är överens om att *barnmorskornas och kuratorernas arbete utgör basen för ungdomsmottagningarnas arbete*. En av barnmorskorna och en av kuratorerna *talat om barnmorskornas arbete som basen*. Anledningarna är att det finns mottagningar som bara har en barnmorska anställd och att barnmorskorna är de som tar emot de flesta besöken. Den kurator som säger att barnmorskornas arbete är basen tillägger att kuratorernas arbete är lika viktigt.

Barnmorskorna står för den medicinska sakkunskapen och kuratorerna för den psykosociala sakkunskapen i vardagsarbetet. Enstaka landstingets verksamhetschefer, kommunala chefer och barnmorskor tar upp att det är önskvärt att ungdomarna, förutom samtal med en kurator, ska kunna få samtal med en psykolog vid behov. En av landstingets verksamhetschefer säger att det gäller i de fall ungdomarna har en svår psykisk problematik. En psykolog på mottagningen skulle kunna vara en tillgång också för barnmorskor och kuratorer genom att utgöra ”bollplank” i det dagliga arbetet, menar hon. En barnmorska säger att det inte måste vara just en kurator som erbjuder samtalskontakt. Det skulle i stället kunna vara en psykolog som står för samtalen.

Tillgång till läkare är nödvändig i UM:s verksamhet, menar både chefer och anställda.

Både barnmorskor och kuratorer behöver ha kunskaper om sexualitet och preventivmedel. Högskolekurs i sexologi framhålls av både chefer och anställda som en bra kurs. Bland cheferna (landstingets och de kommunala) finns de som anser att kunskaperna kan förvärfvas på annat sätt än genom högskolekurser. De barnmorskor och den kurator som har genomgått sexologiutbildning anser att de har stor nytta av utbildningen. Både bland barnmorskorna och kuratorerna finns de som inte har genomgått kursen, men som vill göra det. Varken barnmorskor eller kuratorer hävdar att motsvarande kunskaper kan fås på annat sätt. Men några av dem säger att de lärt sig mycket genom sitt arbete på UM och genom tidigare arbete inom mödravård respektive socialtjänst.

FSUM:s ordförande Timmy Leijen, menar att *de som arbetar på UM behöver ha specifika kunskaper; som kunskaper om ungdomar och ungdomars villkor. Dessutom behövs kompetens för att ingå i ett tvärprofessionellt team*. Han berättar att Malmö högskola planerar en skraddarsydd distanskurs *för ungdomsmottagare*.²⁴

Utbildningar i sexologi anordnas av högskolor och universitet på olika platser i Sverige. Malmö högskola ger utbildning i sexologi på flera nivåer, från grundnivå till avancerad nivå.²⁵ I intervjuerna har inte frågan om vid vilket lärosäte de intervjuade har studerat sexologi, ställts. När namnet på lärosätet nämns spontant är det Ersta-Sköndal högskola (i Stockholm) som nämns.²⁶

När det gäller övriga utbildningar ser behoven olika ut för barnmorskor och kuratorer. Detta beskrivs närmare nedan.

24 Kursen startade våren 2015. Enligt Malmö högskolas hemsida vänder sig kursen till ”ungdomsmottagningspersonal som vill utveckla kunskap och färdigheter i klinisk sexologi. Under kursens gång diskuteras sexologiska frågeställningar, samt aktuella teoretiska och praktiska modeller för sexologiskt utrednings- och behandlingsarbete på ungdomsmottagningar. Arbetsformerna är varierande med föreläsningar, reflektionsövningar, pedagogiska rollspel och grupphandledningsmoment. Kursen ges delvis på distans med tre tillfällen à två dagar knutna till kursorten, däremellan kommer inspelade föreläsningar att visas på internet.” Hämtat den 31 maj 2015. Kursen ges som uppdragsutbildning.

25 Kurserna omfattar mellan 10 och 15 högskolepoäng. Malmö högskola erbjuder också en masterutbildning som omfattar 120 högskolepoäng.

26 ”Kursen ger fördjupad kunskap om olika sexuella problem hos individer och i parrelationer. Den tar bland annat upp sexualfysiologi, sexuella avvikelser såsom tvångsmässig sexualitet, övergreppsproblematik, det vill säga följdverkningar för offer och drivkrafter bakom brotten. Kursen syftar till att fördjupa såväl kliniska som terapeutiska kunskaper i sexologi ur ett psykodynamiskt perspektiv. Målgruppen är läkare, barnmorskor, psykologer, socionomer eller motsvarande.” Kursen ges i samarbete med Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU).

Vad är god kompetens för barnmorskor på UM

Legitimerade barnmorskor med förskrivningsrätt

Samtliga barnmorskor på ungdomsmottagningarna är legitimerade barnmorskor med förskrivningsrätt. Att barnmorskorna har förskrivningsrätt²⁷ och därmed kan skriva ut recept på preventivmedel är ”ett måste” i verksamheten, säger landstingets verksamhetschefer.

Flera av barnmorskorna säger att barnmorskeutbildning inte är en tillräcklig grund för arbete på UM. Det beror på att barnmorskeutbildningen till största delen är inriktad på förlossningar och förlossningsvård.

Utbildning i sexologi

Minst fem av åtta²⁸ UM i länet har barnmorskor som har genomgått kurs i sexologi. De barnmorskor som gått kursen i sexologi tycker att den är till mycket stor nytta i arbetet. Flera av dem menar att den är ”ett måste”. En av dem säger:

– *Sexologin ger en trygghet och lite mer redskap ... hur man ska ställa frågor och den ger fördjupade kunskaper om sexuell problematik. Man blir tryggare av utbildningen i sexologi. Jag tycker den ... är en förutsättning för arbetet.*

En barnmorska som har gått kursen tillsammans med kuratorn i samma verksamhet uppskattar inte bara utbildningen utan också att hon och kuratorn hade bra diskussioner på vägen hem från de olika utbildningstillfällena. De diskuterade det de lärde utifrån sina olika perspektiv; hälso- och sjukvårdsperspektivet respektive socialtjänstperspektivet.

En av de intervjuade barnmorskorna framhåller att utbildningen är bra, men inte tillräcklig. Hon säger:

– *Man skulle behöva mycket, mycket mer inom området.*

På en av de tre mottagningar där barnmorskorna saknar utbildning i sexologi säger barnmorskorna att de gärna vill gå utbildningen.

Sammanfattningsvis: På fem av åtta mottagningar finns barnmorskor som har genomgått högskoleutbildning i sexologi. De anser att de har mycket stor nytta av utbildningen i sitt arbete på UM. Barnmorskorna på ytterligare en mottagning säger att de gärna vill gå utbildningen.

Utbildning i motiverande samtal (MI)²⁹

Landstinget Västmanland (Lärcentrum) erbjuder ”Motiverande samtal - en basutbildning-utifrån ett hälsofrämjande perspektiv”.³⁰ Anställda hos landstinget, privat vårdgivare och kommunerna är välkomna att delta. Flera av barnmorskorna framhåller sin utbildning i Motiverande samtal.

27 Legitimerad barnmorska får behörighet att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte under förutsättning att:

1. barnmorskan har barnmorskeexamen efter den 1 januari 1974 eller har genomgått fastställd fortbildning i preventivmedelsrådgivning samt att

2. barnmorskan har genomgått adekvat inskolning under minst 30 timmar i preventivmedelsrådgivning inom offentlig eller enskild verksamhet på mödravårdscentral, ungdomsmottagning, gynekologisk mottagningsavdelning, mottagning för preventivmedelsrådgivning eller annan särskild mottagning såsom RFSU-klinik. (Socialstyrelsen)

28 På en av länets UM är verksamhetschefen osäker och barnmorskan har inte deltagit i någon intervju. På ytterligare en UM tror verksamhetschefen att barnmorskan har utbildning i sexologi, men barnmorskan själv har ej uppgivit detta. På en tredje UM har både barnmorskor och verksamhetschef uppgivit att barnmorskorna ej har utbildning i sexologi.

29 Motiverande samtal (motivational interviewing, MI) är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. MI utvecklades under 1980–1990-talen av psykologerna William F. Miller och Stephen Rollnick. Syftet är att främja motivation och beteendeförändring. Målgruppen är personer som får rådgivning och behandling för exempelvis problem med alkohol, tobak eller kost och för att främja motion. MI vid olika tillstånd av missbruk och beroende ingår i Socialstyrelsens preliminära, nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. (Socialstyrelsen)

30 MI-utbildningen är kostnadsfri för landstingets personal och primärvårdens privata vårdgivare för övriga innebär den en kurskostnad. (Landstinget, Lärcentrum)

De upplever att den är till stor nytta i arbetet på UM. När de beskriver vad som är bra med utbildningen säger några av dem att *man lär sig ställa öppna frågor, vilket gör det lättare för ungdomarna att börja reflektera själva och att prata*. Det blir tydligt för både ungdomen och barnmorskan att *det är ungdomarnas ansvar hur de gör*. Samtalet blir därmed *ett mer jämlikt samtal* än om barnmorskan skulle fråga: *Varför röker du så mycket?* Eller om barnmorskan skulle fråga: *Varför har du sex med så många?* Ett par av barnmorskorna konstaterar att som barnmorska är man väldigt van vid att *man ska ge information* därför att *information anses som så viktig*. *Man har lärt sig att man* (exempelvis) *måste upplysa om att det inte är hälsosamt att röka*.

Trots utbildningen är det inte alltid så lätt i praktiken att inte ge för mycket information säger en av barnmorskorna. Hon säger också att hon har *lite svårt* för en av de frågor de fick lära sig att ställa under utbildningen. Frågan lyder: *Är det OK om jag berättar för dig vad jag vet?* Just den frågan kan kännas *lite klyschig*. En annan fråga som de fick lära sig, lyder: *Hur känns det här för dig?* Den frågan upplever hon som bra.

En av de andra barnmorskorna konstaterar att *om man som barnmorska informerar för mycket och inte lyssnar på patienten så har man ingen chans att få veta hur patienten upplever informationen*.

Ytterligare en barnmorska understryker vikten av att man som professionell *inte bara pådyvlar människor saker*.

En av barnmorskorna utvecklar resonemanget ytterligare genom att beskriva vad det öppna samtalet leder till. Hon säger:

– *Det är så viktigt ... Det kan stå (i tidboken) att de kommer för p-piller men det är inte det som är deras tanke egentligen för det ligger så mycket (annat) bakom... När man låter det vara öppet då kommer frågorna och funderingarna (om sådant som är svårt och viktigt).*

Sammanfattningsvis: Flera av barnmorskorna framhåller att de har gått utbildning i Motiverande samtal och att de har stor nytta av utbildningen i arbetet. Som barnmorskor är de vana att ge information. De uppskattar att de i utbildningen har lärt sig att ställa öppna frågor. Det underlättar för ungdomarna att berätta om de egna funderingarna och att ställa de frågor de behöver ställa.

Övriga utbildningar som nämns

Utbildning i andrologi³¹, tar en barnmorska upp som viktig. *Den har varit bra eftersom tanken är att vi ska nå fler killar. Vi ska snart gå fortsättningskurs och det är också jättebra*, fortsätter hon.

En barnmorska som tidigare arbetat på UM i ett annat län berättar att man där diskuterade en specifik utbildning för dem som arbetar på UM. En viktig del av utbildningen skulle vara ”att samtala”.

Minst två av barnmorskorna³² har utbildning i psykoterapi steg 1³³. En av dem har utbildning med både KBT-inriktning och psykodynamisk inriktning. Den andra har utbildning med KBT-inriktning. Båda barnmorskorna tar emot ett par ungdomar i regelbundna samtal. *Man har stor glädje av utbildningen*, säger en av dem. *Både kurator och barnmorska behöver psykoterapiutbildning steg 1* (för arbete på UM). Den andra anser inte att utbildningen ska vara ett krav för barnmorskor på UM: *Man har nytta av utbildningen, men man kan inte fullt ut använda den*, säger hon. *Den ska inte vara krav för (barnmorskans) arbete på UM*.

31 Andrologi är läran om mannen och hans sexuella och reproduktiva hälsa, enligt varden.se HIV-STI-kunskapsnätverket i mellan-Sverige, där Västmanland ingår, anordnar utbildningen

32 Barnmorskorna på UM i Kungsör och Hallstahammar har ej deltagit i någon intervju

33 ”Grundläggande psykoterapiutbildning

I psykologutbildningen enligt 1982 års studieordning eller senare bestämmelser och för läkare medspecialistutbildning i psykiatri alternativt i barn- och ungdomspsykiatri ingår momentet grundläggande psykoterapiutbildning. För övriga gäller den tidigare statliga steg-1-utbildningen eller därmed jämförbar utbildning, det vill säga en sammanhållen utbildning med såväl teoretiskt som praktiskt innehåll. Till de praktiska momenten räknas patient/klientarbete under handledning samt egenterapi. För närvarande finns ingen statlig myndighet eller annan instans som har ett övergripande ansvar för grundläggande psykoterapiutbildning vad gäller granskning och bedömning samt tillsyn. Det finns därför inte heller någon samlad förteckning över samtliga grundläggande psykoterapiutbildningar. Grundläggande psykoterapiutbildning finns vid en del universitet. En del landsting och kommuner anordnar också sådan utbildning. Flertalet av grundläggande psykoterapiutbildningar sker dock i privat regi...” (Socialstyrelsen)

Vikten av lyhördhet och av att hjälpa ungdomen till en kuratorskontakt

En av barnmorskorna lyfter fram som en trygghet att det finns kuratorer på UM. Det innebär goda förutsättningar för att hjälpa en ungdom till en kuratorskontakt. Hon säger:

– *Jag tycker det är jättebra om det finns kuratorer eller psykologer. Många ungdomar kommer (till UM) med psykisk ohälsa och för oss barnmorskor är det tryggt att veta att vi kan bolla över till, eller remittera till, kuratorerna.*

En annan barnmorska instämmer och tillägger att det faktum att det finns kuratorer på den UM hon arbetar på, och som hon därmed har en egen relation till, underlättar för henne att ställa frågor till ungdomarna om sådant som är svårt. Det innebär, i sin tur, att det blir möjligt för henne att ”göra ett bra jobb”. Hon säger:

– *Om man har den kompetensen (kurator) på UM så innebär det att man törs ställa frågor för man vet att man kan hänvisa vidare och man vet var de hamnar. Jag tycker att det är en förutsättning för att vi ska kunna göra ett bra jobb, att kuratorerna finns.*

När chefer och kuratorer talar om att barnmorskorna behöver kunna hjälpa ungdomarna till en kuratorskontakt är det i samband med att de beskriver den önskvärda kompetensen hos barnmorskorna. Landstingets verksamhetschefer framhåller att det är viktigt att barnmorskorna inser när det är dags ”att bolla vidare” till kuratorn på UM. Det är mycket vanligt att ungdomarna söker kontakt med barnmorskan på UM för preventivmedelsrådgivning. I samtalet om preventivmedel kan det framkomma att ungdomarna ”mår dåligt”. I den situationen är det viktigt att barnmorskan hjälper ungdomen vidare till kuratorn, menar landstingets verksamhetschefer. Både i intervjun med kuratorerna och landstingets verksamhetschefer framkom synpunkten att utbildning i Motiverande samtal kan hjälpa barnmorskorna att göra detta. De kommunala cheferna framhåller att det är viktigt att barnmorskan förutom sina fackkunskaper också är *lyhörd* och kan föreslå den ungdom som så behöver kontakt med kurator. *Det är särskilt viktigt eftersom barnmorskan ofta är första steget in i verksamheten*, säger en av de intervjuade kommunala cheferna.

Avslutande sammanfattning om barnmorskornas kompetens

Samstämmigheten är stor (men inte fullständig) när det gäller behovet av högskoleutbildning i sexologi för barnmorskorna på UM.

Samstämmigheten är också stor när det gäller behovet av att barnmorskorna får utbildning i att ställa öppna frågor och inte ensidigt informera. Något de själva och landstingets verksamhetschefer upplever att de får stöd i genom utbildning i Motiverande samtal. (En av kuratorerna nämner också detta)

Landstingets verksamhetschefer, de kommunala cheferna och kuratorerna talar om vikten av att barnmorskorna kan hjälpa de ungdomar som så behöver vidare till en kuratorskontakt. När ett par av barnmorskorna talar om detta görs det utifrån perspektivet om vilka förutsättningar som behövs för att barnmorskor ska kunna hjälpa en ungdom till kontakt med kurator. De menar att en förutsättning för barnmorskornas arbete är att det finns kuratorer i samma lokaler. Kuratorer som barnmorskorna därmed har en egen relation till.

Enstaka barnmorskor framhåller att de också har nytta av sin utbildning i andrologi eller psykoterapi.

En barnmorska berättar om diskussioner om en särskild kurs för dem som arbetar på UM (på ett UM hon tidigare arbetat på). En sådan särskild kurs för ”ungdomsmottagare” talar också FSUM:s ordförande om. Kursen som startade våren 2015 presenteras på Malmö högskolas hemsida (se fotnot 24).

Vad är god kompetens för kuratorer på UM

Grundutbildning

På samtliga fyra ”större” UM (Sala, FNS, Västerås, Hallstahammar), som uppfyller FSUM:s krav är kuratorerna socionomer. På de övriga fyra, som har kurator, varierar det om kuratorn är socionom eller inte.

Samtliga kommunala chefer menar att socionomutbildningen är en bra grund för arbete på ungdomsmottagning. Hälften av dem anser samtidigt att en beteendevetenskaplig utbildning kan vara ett alternativ. Ett par av de sistnämnda kan tänka sig att det också kan finnas andra lämpliga grundutbildningar. Landstingets verksamhetschefer nämner inte specifikt socionomutbildningen, men utgår från att den som söker arbete på UM ofta har arbetat inom socialtjänsten (där de flesta som arbetar är sociionomer). De kuratorer som uttalar sig om detta anser att socionomutbildningen är en god grund för arbete som kurator på UM. Två av de mindre kommunernas och ungdomsmottagningarnas kuratorer anser inte att socionomutbildning ska vara ett absolut krav för anställning som kurator på UM. *Man kan få sin kompetens på olika sätt*, säger de. En kurator på en större UM, invänder genom att säga att en socionomexamen innebär en ”säkerhet” för arbetsgivaren och verksamheten. *Du vet vad du får*. Flera av kuratorerna säger ingenting om detta.

Psykioterapiutbildning

Grundläggande psykioterapiutbildning, steg 1, har fyra kuratorer på tre olika ungdomsmottagningar. En av länets kuratorer har också steg 2 i psykioterapiutbildningen³⁴.

Landstingets verksamhetschefer framhåller att kuratorerna, förutom sin grundutbildning, behöver ha grundläggande utbildning i psykioterapi (steg 1). Några av de kommunala cheferna anser detsamma, medan andra anser att socionomutbildning är tillräcklig för arbete som kurator på UM, det vill säga psykioterapiutbildning ska inte vara ett krav. En av dem för ett resonemang kring frågan och säger: *Man behöver göra en bedömning av hela personens kompetens. Ställer man för höga krav då rör inte en liten kommun det hela i land. Grundkompetens måste finnas hos kuratorn och förmågan att lotsa vidare. Den personliga lämpligheten är avgörande. Det måste vara rätt person och då måste man kanske göra avkall på vissa andra delar. Om kuratorn inte har steg 1-utbildning, men om resten är bra då räcker det för mig*. Samma chef menar att tillgång till psykolog kan vara ett alternativ.

Att landstingets verksamhetschefer anser att kuratorerna behöver ha grundläggande psykioterapiutbildning ser de inte som motstridigt till att UM ska utgöra första linjens vård. De uppger olika skäl för att psykioterapiutbildning behövs och formulerar detta som att ”det gäller att kunna möta ungdomarna där de är” eller de menar att psykioterapiutbildning behövs även när kontakten omfattar bara några få tillfällen eftersom allvarliga svårigheter kan framkomma också under en kortare kontakt. En av landstingets verksamhetschefer framhåller att när ungdomar önskar samtala om sådant som exempelvis könsbyte så är det viktigt att kuratorn har genomgått egen terapi (vilket tidigare har varit ett krav i steg 1 utbildningen³⁵) för att kunna möta ungdomen utan förutfattade meningar. Några av de kommunala cheferna anser att en högre psykioterapiutbildning (steg 2) kan försvåra arbetet. Den anledning som nämns är att det är naturligt att vilja använda sig av den kompetens man förvärvat och om man har genomgått en högre psykioterapiutbildning ligger det nära till hands att man vill bedriva en avancerad samtalsbehandling. Detta ses inte som förenligt med UM:s verksamhet som ska utgöra första linjens vård. En av de intervjuade cheferna säger att hon observerat, i andra verksamheter, hur anställda som har en högre psykioterapiutbildning gärna använder sig av utbildningen för terapeutiskt arbete. Hon tillägger att hon inte tycker att terapeutiskt arbete ingår i det kommunala uppdraget. Ytterligare en av de intervjuade cheferna säger att hon inte vet med säkerhet, men kanske har kuratorns höga kompetens ibland medfört att kuratorn inte hänvisat eller remitterat vidare.

Två av de fyra kuratorer som har psykioterapiutbildning steg 1 menar att den behövs för arbete på UM. De övriga två säger att den behövs om man ska arbeta med *behandling*. Den kurator som har psykioterapiutbildning steg 2, är en av dem som tidigare har deltagit i flera arbetsgrupper om UM:s arbete. Han suckar åt frågan huruvida kuratorerna på en ungdomsmottagning behöver psykioterapiutbildning steg 1.

³⁴ Detta gällde när intervjuerna gjordes. Sedan dess har en kurator utan psykioterapiutbildning ersatts med en steg 2-utbildad. Det innebär att det finns två UM med steg 2-utbildade kuratorer.

³⁵ Kravet är borttaget hos flera utbildningsanordnare när det gäller grundläggande psykioterapiutbildning, det vill säga utbildning motsvarande steg 1.

Han säger:

– Vad ska socionomerna göra på UM? Det är den **eviga frågan!** Steg 1 behövs om man ska ge enklare behandlingar. Ska man ge råd och stöd? Då kanske det är överkvalificerat med steg 1.

En av de två som säger att utbildningen behövs, har psykoterapiutbildning steg 1 med KBT-inriktning. Hon säger:

– Jag är glad för min psykoterapiutbildning. Många kommer till kuratorn på UM med nedstämdhet och ångest och bara att jag kan säga att jag har den utbildningen medför lite mer hopp och tilltro. KBT ligger i tiden.

Lite senare i intervjun konstaterar samma kurator:

– Den (utbildningen) är en trygghet för en själva och det ger ett större lugn.

Den andra kuratorn som har psykoterapiutbildning och också tycker att den behövs säger:

– Jag har en steg 1-utbildning som jag uppskattar otroligt mycket och som har gjort att kvaliteten i samtalen har höjts. Men, tillägger hon, yrkeserfarenheten är också viktig.

En kurator som saknar psykoterapiutbildning och som arbetar på en liten mottagning, framhåller att olika sorters kunskap kommer till nytta i arbetet. Kuratorn säger:

– Arbetet är så brett att alla kunskaper är bra. Exempelvis kunskaper om alkohol, droger och familjer.

På frågan om det är viktigt med psykoterapiutbildning svarar samma kurator i allmänna ordalag genom att säga:

– Psykoterapiutbildning är en fördel. Ju fler strängar man har på sin lyra desto bättre.

Sammanfattningsvis: Fyra av de totalt nio intervjuade kuratorerna har psykoterapiutbildning. Två av dem som har psykoterapiutbildning säger att utbildningen behövs för arbete på UM. De övriga två menar att det beror på arbetsuppgifterna. Om arbetet innebär behandling då behövs psykoterapiutbildning.

En av de kommunala cheferna menar att frågan om kuratorernas utbildning inte låter sig lätt besvaras

En av de kommunala cheferna, säger att kuratorerna behöver både grundutbildning på högskolenivå och påbyggnadsutbildning. Samtidigt anser hon inte att det kan anses givet vilken grundutbildning eller vilken påbyggnadsutbildning som passar bäst för arbetet på UM. Hon menar att frågan kan behöva utredas ytterligare. Hon har egen erfarenhet av att ha kuratorer med olika grundutbildningar och påbyggnadsutbildningar anställda. Hon menar att man behöver ”titta på” vad den specifika utbildningen innehåller då man anställer. En beteendevetenskaplig utbildning, exempelvis, kan ha olika innehåll. Hon har gett ”sina” anställda kuratorer möjlighet att, inom ramen för sina tjänster, få påbyggnadsutbildning i ACT (Acceptance and Commitment Therapy)³⁶. *ACT eller något liknande behövs bl. a för att kunna stödja de många stressade flickor som söker sig till verksamheten*, säger hon.

Motiverande samtal

De flesta av kuratorerna anser inte att kuratorer behöver utbildning i Motiverande samtal för arbete på UM. En kurator konstaterar att hon *inte vet* eftersom hon *inte har den utbildningen*. Flera kuratorer framhåller att ungdomarna som kommer till UM redan är motiverade. *De vill prata* om särskilda saker. *De vill ha hjälp. De har inte samma motstånd som ungdomar som missbrukar* kan ha.

Några av kuratorerna uttalar sig ändå positivt om Motiverande samtal. De tycker att ”andan” i modellen är bra.

³⁶ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en utveckling av Kognitiv Beteende Terapi. Svenska psykologinstitutet har utvecklat ACT genom att utarbeta och utvärdera behandlingar för smärta, stress, depression, ångest, ätstörningar, övervikt, epilepsi och aspergers syndrom. ACT har vetenskapligt stöd. (källa: Svenska psykologinstitutet, 14-11-24)

En av dem säger:

– *Det är alltid så med människor att de inte vill att jag ska komma och berätta hur de ska leva sina liv. Motiverande samtal skadar inte, men det är inte livsviktigt att ha sådan utbildning på en UM.*

En av kuratorerna säger att för den kurator som arbetar med smittspårning kan Motiverande samtal vara bra. I det arbetet är det särskilt viktigt att inte vara dömande för att *någon inte skyddat sig utan i stället vara utforskande.*

Utbildning i sexologi

Både landstingets verksamhetschefer och de kommunala cheferna säger att kuratorerna behöver ha kunskaper om *preventivmedel och sexualundervisning* genom exempelvis utbildning i sexologi. Några chefer uttrycker att det kan vara lika bra om kunskaperna förvärvats på annat sätt än genom högskolekurs i sexologi. Den kurator som har genomgått utbildning i sexologi, anser att utbildningen är ”ett måste” för arbete på UM. Ytterligare två kuratorer vill gärna gå utbildningen.

Tidigare yrkeserfarenhet och personlig lämplighet

Landstingets verksamhetschefer menar att kuratorerna behöver ha en vana att samtala med ungdomar om svåra saker. Den vanan kan bygga på erfarenheter av att tala om droger eller om sexuell problematik. *Det räcker inte med att komma direkt från socialtjänsten*, framhåller en av verksamhetscheferna.

De kommunala cheferna för ett längre resonemang kring kuratorns kompetens. Flera av de kommunala cheferna framhåller att kuratorn behöver ha både en personlig lämplighet och tidigare yrkeserfarenhet. En av de intervjuade kommunala cheferna utvecklar sitt resonemang kring vilka personliga färdigheter och egenskaper kuratorn behöver ha. Hon säger att kuratorn behöver *känna sig bekväm med att prata om sex och samlevnad, vara lyhörd och hyfsat insatt i ungdomsvärlden*. Hon eller han *behöver kunna kommunicera med såväl ungdomar som föräldrar*. Kuratorn behöver också ha *kunskaper som gör att hon eller han kan slussa vidare då det behövs*. Som person behöver kuratorn vara *mogen, modig och orädd*.

Medan landstingets verksamhetschefer betonar att det inte räcker med socialtjänsterfarenhet, framhåller flera av de kommunala cheferna, liksom barnmorskorna och kuratorerna, att socialtjänsterfarenhet är en god grund för kuratorsarbetet.

De kommunala cheferna motiverar vikten av att kuratorerna har socialtjänsterfarenhet med att arbete inom socialtjänsten ger en kunskap och förståelse för människors skilda levnadsvillkor. Arbete inom socialtjänsten ger också erfarenheter av att möta människor i svåra livssituationer. Ytterligare en viktig anledning är att socialtjänsterfarenhet ger kunskaper som gör det möjligt att hänvisa ungdomarna och deras familjer till rätt instans då de behöver annan hjälp än stöd på UM. En fråga som då och då blir aktuell i arbetet på UM är om det finns risk att en ung person far illa och om anmälningsskyldigheten³⁷ därmed är aktuell. En kurator på UM behöver därför ha kunskap om anmälningsförfarandet. Den kunskapen får man genom arbete inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård.

En av kuratorerna säger:

Socialtjänsten är en bra grund för arbete på UM. På socialtjänsten lär man sig socialt arbete på alla bredder. Man lär sig anmälningsförfarandet och vad som händer efter en anmälan. Man lär sig vilka resurser som finns inom socialtjänsten. Då vet man vad man kan förvänta sig att de ska göra. Det hjälper en att se vad vi kan göra på UM och vad vi kan få hjälp med.

När barnmorskorna betonar vikten av att kuratorn på UM har kunskaper om socialtjänstlagen och socialtjänstens arbete, lägger de till att det är viktigt att kuratorerna har en uppbyggd och god kontakt med socialtjänsten. Åsikterna bygger på de egna erfarenheterna av hur det är när så inte är fallet respek-

³⁷ I lagen står det att **anmälningsskyldiga** är skyldiga att **genast** anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet **får kännedom om eller misstänker** att ett barn far illa. Anmälningsskyldighetengäller bland andra personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den gäller också personal som arbetar med barn och unga i yrkesmässigt bedrivna enskildverksamhet eller i annan sådan verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens område. Anmälningsskyldigheten regleras i socialtjänstlagens 14 kapitel 1 §.

tive erfarenheterna av hur det är när så är fallet och därmed fungerar optimalt. Barnmorskorna på en av länets ungdomsmottagningar berättar att de har fått utstå kritik av socialtjänsten. Socialtjänsten menade att de borde ha lämnat en orosanmälan, enligt socialtjänstlagen, tidigare än de gjorde. Om kuratorn hade haft en uppbyggd kontakt med socialtjänsten hade detta kanske kunnat förhindras. På en annan mottagning har barnmorskorna goda erfarenheter av att kuratorn ringer och rådgör med socialtjänsten i liknande situationer.

En av kuratorerna säger att hon inte tycker att det är nödvändigt med socialtjänsterfarenhet.

Sammanfattningsvis: De kommunala cheferna, flera av barnmorskorna och kuratorerna anser det viktigt att kuratorerna har erfarenhet av arbete inom socialtjänsten (den sociala barn- och ungdomsvården). Ett par av barnmorskorna ger konkreta exempel på vikten av detta. Landstingets verksamhetschefer menar att det inte räcker med socialtjänsterfarenhet.

Finns det en önskvärd ålder för den som är kurator på UM

Kuratorerna diskuterar den önskvärda åldern för den som arbetar som kurator på UM. De har olika uppfattningar. Flera kuratorer anser det viktigt med livserfarenhet hos både barnmorskor och kuratorer. En kurator säger att *man måste ha livserfarenhet och inte vara för ung. Man kan inte vara i samma ålder som de unga som kommer till UM.* En annan kurator arbetar på en mottagning med unga barnmorskor och anser att det går väldigt bra. Hon menar att det skulle kunna fungera bra med en ung kurator också. De egna livserfarenheterna är mer avgörande än åldern. Den kurator som anser att man inte kan vara alltför ung utvecklar då sitt resonemang och säger att den egna erfarenheten, som till stor del baserar sig på arbetet med familjer, är att arbetet blir bättre med stigande ålder. *Erfarenhet får man med åren.* Att arbetet på UM ofta är *ett ensamt arbete* gör ålder och erfarenhet så mycket viktigare.

Kuratorn behöver kunna stå upp för det psykosociala kunnandet

Den som är kurator på UM behöver kunna stå upp för det psykosociala kunnandet, menar de kommunala cheferna. *Kuratorn behöver kunna hävda den sociala professionen i förhållande till den medicinska. Det gäller att vara både kunskapsbärare och att kunna utveckla den psykosociala delen av verksamheten,* säger en av dem. Kuratorn är helt ensam i sin yrkesroll eller ingår i en liten arbetsgrupp. En av de kommunala cheferna säger: *Det är inte säkert att man som kurator på UM ingår i en arbetsgrupp, överhuvudtaget.* Av uttalandena framgår att de kommunala cheferna uppfattar att det kan vara en svårighet att hävda det psykosociala kunnandet mot det medicinska. Landstingets verksamhetschefer säger ingenting som kan tyda på att de ser detta som en svårighet. Bara UM i Västerås har fler än en kurator anställd. Flera av kuratorerna ingår ändå i någon typ av arbetsgrupp med psykosocial kompetens, men de övriga i gruppen har då andra arbetsuppgifter.

Av det kuratorerna berättar framgår att de medicinska frågorna många gånger dominerar UM-verksamheten. Detta betraktas till stor del som naturligt. Några kuratorer säger att det ställer höga krav på dem som kuratorer. Andra verkar mest bara acceptera att det förhåller sig så. En kurator säger exempelvis om barnmorskorna att *de bestämmer ganska mycket.*

Önskvärd kompetens för läkare på UM

Läkarresursen

Läkarresursen är alltid betydligt mindre än barnmorske- och kuratorsresursen på ungdomsmottagningarna. FSUM:s rekommendationer är läkare 10 timmar i veckan för en befolkning bestående av 3500 ungdomar. Enligt FSUM:s ”krav” ska läkarundersökningarna göras på UM.

På vilket sätt ungdomsmottagningarna har tillgång till läkare varierar mellan de olika mottagningarna. Det är antingen genom att en eller flera bestämda läkare är direkt knutna till UM och också gör

läkarundersökningarna där, vilket gäller de mottagningar som drivs i samverkan mellan landstinget och kommunerna (Västerås, Köping, Sala, FNS och Hallstahammar) eller det är genom familjeläkare som kan konsulteras av barnmorskorna (och ibland av kuratorerna) och som ungdomen kan få tid hos vid behov, vilket gäller de ”mindre” mottagningar som drivs av privat vårdgivare i samverkan med kommunerna (Kungsör, Arboga, Surahammar).

Det vanligaste på de ”större” mottagningarna (de som uppfyller FSUM:s krav) är att UM:s läkare är gynekologer. Det vanligaste på de ”mindre” mottagningarna är att läkarna är specialister i allmänmedicin. Det finns dock i båda fallen undantag till detta. På en eller två av de ”större” mottagningarna finns två olika läkare; både en gynekolog och en specialist i allmänmedicin. Det förekommer att den läkare som är specialist i allmänmedicin också är specialist inom något annat medicinskt område. Det förekommer också att specialisten i allmänmedicin har studerat andrologi.

I första hand är det barnmorskorna som samarbetar med läkarna, säger både barnmorskor och kuratorer. Hur mycket kontakt kuratorerna har med läkarna varierar mellan mottagningarna. Det förekommer att kuratorer inte har någon kontakt alls med UM:s läkare. Det finns också kuratorer som framhåller hur viktigt det är för dem att ha möjligheten att ”samarbeta” med UM:s läkare. När kuratorer och barnmorskor ger konkreta exempel på ”samarbete” med läkarna handlar det dock inte om samarbete i egentlig mening. Samtliga exempel är i stället avgränsade till möjligheten att ställa frågor till läkarna i deras funktion av medicinska experter. Några av barnmorskorna talar om behovet av mer läkarkontakt för egen del. Ibland är läkarnas arbete avgränsat till kontakten med ungdomarna. Det kan gälla också på en ”större mottagning”.

En läkare med särskilt intresse och kunskap om ungdomar

Flera av barnmorskorna framhåller att UM-läkaren behöver vara en läkare med särskilt intresse och kunskap om ungdomars utveckling och om UM-verksamhet. Det behöver vara en specifik läkare. Det är inte bra med uppsplittring på olika familjeläkare, som det är på de minsta och privat drivna mottagningarna i länet, säger en av barnmorskorna. En uppsplittring på olika familjeläkare kan innebära att barnmorskan behöver springa runt och jaga rätt på ungdomens familjeläkare. I stället för att bara gå in i bokningssystemet och boka en tid. Det blir svårjobb och ungdomen tvingas vänta på besked om tid. Några av barnmorskorna anser att intresse för UM:s verksamhet är så viktigt att det är överordnat vilken specialistkompetens läkarna har. En av dem säger:

– Det kan vara vilken specialitet som helst, men det behöver vara en doktor med specifikt intresse för UM.

FSUM:s ordförande talar också om vikten av att den läkare som arbetar på UM har ett särskilt intresse för ungdomar, ungdomars utveckling och UM:s verksamhet. Han uttrycker detta genom att säga att det är viktigt att läkarresursen är ”en ungdomsmottagare”.

Specialistkompetens

Det finns också barnmorskor som framhåller en viss specialistkompetens. Flera av dem framhåller att det är bra med den breda kompetens som en specialist i allmänmedicin har. En av dem tillägger att det är bra att allmänläkarna har ett fackområde som *depression* gemensamt med kuratorerna.

Barnmorskor på två av länets UM funderar över om det skulle vara bra att till viss del ersätta gynekologen med en specialist i allmänmedicin. På en av dessa UM finns idag bara tillgång till gynekolog. Gynekologen tar därför emot både flickor och pojkar på mottagningen. Den andra av de två barnmorskorna säger att väntetiden till mottagningens gynekolog är lång och att en del av de undersökningar som gynekologen gör skulle kunna göras av en specialist i allmänmedicin i stället. Det är exempelvis inte nödvändigt att en gynekolog tar emot ungdomar med svampbesvär eftersom det är något som också specialister i allmänmedicin behärskar väl.

Tillgång till gynekolog framhålls, av några intervjuade, som bra för de flickor som besöker UM. En av dem tillägger ”om det är något utanför det normala”. Det är också viktigt för barnmorskorna själva att ha möjligheten att rådfråga en läkare som är expert på gynekologi, säger flera av dem. Två barnmorskor menar att det vore bra med tillgång till flera olika specialister. En av dem nämner förutom *allmänläkare* också *hudläkare* och tillägger sedan att precis som det är bra för flickorna med en *gynekolog* så skulle det kunna vara bra med en *urolog* eller *venerolog* för pojkarna. Den andra barnmorskan nämner förutom gynekolog också androlog. En barnmorska invänder genom att säga att det allra viktigaste är att ha tillgång till allmänläkare och gynekolog. Hon tillägger att det inte är möjligt att ha tillgång till alla specialistkompetenser på själva UM. Ibland måste man hänvisa vidare. En annan barnmorska nämner vid ett annat tillfälle under intervjun att det finns undersökningar som inte kan göras på själva UM, exempelvis kan möjligheten att göra ultraljudsundersökningar saknas. Det innebär att det är oundvikligt att barnmorskorna på UM ibland behöver hänvisa eller remittera vidare. UM kan inte ha tillgång till alla specialistkompetenser eller till all teknisk apparatur.

Om att hänvisa till läkare från de minsta ungdomsmottagningarna

På den allra minsta mottagningen finns bara en barnmorska anställd. Hon hänvisar vidare till den större mottagningen i samma kommun om ungdomen har behov av att träffa kurator eller läkare på UM.

På ytterligare en av de minsta UM som finns i länet görs inga läkarundersökningar utan ungdomarna hänvisas alltid vidare oftast till en vårdcentral. Barnmorskan på mottagningen säger att *det vore bra om doktorn befann sig på UM ibland*. Kuratorn på samma mottagning säger att *det är klart det vore bra med en läkare som kom dit*. Hon menar dock att lokalerna utgör ett hinder för detta. Den intervjuade barnmorskan säger att det vore bra inte bara för ungdomarna utan också för henne själv om läkaren kom till UM. Hon skulle då *få tillfälle att bolla med doktorn*.

Kuratorerna på de övriga två minsta mottagningarna menar att det fungerar bra att ungdomarna som behöver kontakt med läkare går till sin familjeläkare eller annan läkare på vårdcentralen. En av dem tillägger dock att alla familjeläkare inte är så intresserade av UM-verksamhet.

Kuratorn på en större mottagning invänder mot att det skulle fungera bra att ungdomarna går till familjeläkarna på vårdcentralen. Hon inleder med att säga: *Ni har ju inte så mycket att jämföra med*. Hon fortsätter genom att berätta om fördelarna med läkare på själva UM. Hon säger:

– Vi har en läkare hos oss. Det är en stor fördel också för oss kuratorer. Vi träffar honom och kan ställa frågor till honom. Det är också lätt att säga till den ungdom som är på besök att kom så går vi över till det rummet (där läkaren är). Kvaliteten höjs om läkaren är på UM. Man får ett annat samarbete.

Kuratorn tillägger att det exempelvis är viktigt att kunna ställa frågor om hur antidepressiva mediciner påverkar ungdomarna.

Det är oklart vad barnmorskorna på två av de tre minsta mottagningarna anser. Barnmorskan på en av dessa mottagningar har inte ställt upp på att bli intervjuad. Barnmorskorna på den andra mottagningen, säger ingenting om detta. Vid ett annat tillfälle under intervjun konstaterar en av dem att *de olikheter som finns är en anpassning till lokala förhållanden, man gör det bästa möjliga* (under de förhållanden som råder).

På den minsta av de ”större” mottagningarna finns bara två deltidsanställda och en läkarresurs. Kuratorn där anser att det är en tillgång att kunna rådfråga och prata med den läkare som kommer dit. Det är även viktigt att ungdomarna har möjlighet att välja mellan två olika personer med medicinsk sakkunskap (det vill säga mellan läkaren eller barnmorskan), säger hon.

Kuratorernas syn på läkarnas specialistkompetens

Kuratorerna menar att läkarresursen kan bestå av gynekolog, barnläkare eller allmänspecialist. Fagerstas kurator och barnmorskor har goda erfarenheter av att ha en allmänspecialist anställd på UM³⁸. De berättar också att ”deras” läkare har ett stort intresse för ungdomar, ungdomars sexualitet och hälsa.

38 Efter att intervjun gjordes har den anlitade specialisten i allmänmedicin ersatts av en specialist i gynekologi

Tillgång till psykiatriker vore bra

En av kuratorerna har tidigare arbetat i ett team där också en psykiatriker ingick. Hon har mycket goda erfarenheter av detta. Hon säger att det skulle vara en stor tillgång att ha det så också på UM. *Det skulle vara till gagn för ungdomarna med en läkare med psykiatrisk kompetens.* En läkare som kunde rådfrågas och göra bedömningar av om ungdomarnas svårigheter är av den art att UM kan hjälpa dem eller om ungdomarna behöver remitteras vidare.

En av de övriga kuratorerna instämmer och säger att det vore väldigt bra med en läkare med goda kunskaper om psykisk ohälsa.

Bedömning av psykisk ohälsa exempelvis depression

Det varierar om UM:s läkare i sitt arbete på UM är inriktade på enbart den fysiska hälsan eller om deras arbete också omfattar psykisk ohälsa, som exempelvis bedömningar av graden av depression. När läkarresursen på UM utgörs av gynekolog görs ingen bedömning av om ungdomen är deprimerad, på själva UM. För de UM som har en läkarresurs som är specialist i allmänmedicin varierar det om läkaren gör bedömningar av om ungdomen är så deprimerad att hon eller han behöver hjälp av kurator på vårdcentral eller av psykiatrin eller om kontakten med kurator på UM är det bästa. På de UM där läkaren ej gör bedömningen, hänvisar kuratorn till familjeläkare på vårdcentral eller tar kontakt å ungdomens vägnar. Det kan ta flera veckor innan ungdomarna får besked av familjeläkaren om vilken bedömning som har gjorts. Under tiden kan ungdomarna hamna i ett vakuum. Innan bedömningen görs är det omöjligt att veta om ungdomen bedöms kunna få den hjälp som behövs av kuratorn på UM, av kurator på vårdcentralen eller få hjälp av psykiatrin. I väntan på bedömningen kan ungdomen gå i samtal hos kuratorn på UM. En relation börjar byggas, i väntan på bedömningen, som sedan kan bli nödvändig att avsluta om ungdomen bedöms behöva hjälp av annan. En av de kuratorer som arbetar på en UM där specialisten i allmänmedicin ej gör bedömningen, säger att familjeläkarna är så många att det är svårt eller omöjligt för UM att bygga upp ett samarbete med dem.

Kuratorn på en annan av de ”större” ungdomsmottagningarna, men i en mindre kommun tycker det fungerar bra att bedömningen görs av familjeläkare.

Sammanfattningsvis: Barnmorskor och kuratorer behöver finnas på UM. Tillgång till läkare behövs både för att ungdomarna behöver det och för att de professionella ska ha möjlighet att rådfråga dem. Vilken specialistkompetens läkarna behöver och om resurserna behöver vara samlokaliserade finns det olika uppfattningar om. I de fall läkarna är specialister inom andra områden än allmänmedicin kan de ej bedöma graden av psykisk ohälsa hos ungdomarna eller var ungdomen bäst kan få hjälp. I de fall läkarna är specialister i allmänmedicin varierar det om de gör bedömningar när det gäller graden av psykisk ohälsa exempelvis depression och var ungdomen bäst kan få hjälp. När detta inte görs av läkaren på UM hänvisas ungdomen till läkare på vårdcentralen. När det inte finns läkare på själva UM upplevs det i flera fall, men inte i alla, svårare eller omöjligt att rådfråga eller samråda med läkarna.

Några mottagningar är HBT-certifierade³⁹

UM i Sala, Västerås och Surahammar är HBT-certifierade. Västerås UM har regnbågsfärgade kuddar i en soffa i ett av väntrummen. Surahammars UM har målat en stolpe utanför mottagningen i regnbågens färger för att tydligt visa att de är certifierade, att de har kompetens inom området och att ungdomar som är homo-bi-eller transsexuella är mycket välkomna.

³⁹ RFSL - Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter skriver på sin hemsida: ”Sedan 2008 erbjuder RFSL hbt-certifiering, som innebär ett synliggörande av att en organisation arbetar strategiskt i syfte att erbjuda en god arbetsmiljö för anställda och ett respektfullt bemötande av patienter/klienter/brukare utifrån ett hbt-perspektiv”

Den årliga UM-konferensen innebär möjligheter – cheferna gör olika ställningstaganden

Till den årliga nationella UM-konferensen inbjuds landets UM. Att delta ger möjligheter att hålla sig à jour med forskning, aktuell debatt och få del av innovativa projekt inom UM-området. Konferensen innebär också möjligheter till informella kontakter med kollegor från hela landet; i mässhallen och vid gemensamma luncher och middagar.

Till konferensen 2014 åkte flera UM från länet. Från några UM deltog inte bara de anställda utan också deras chefer. De flesta anställda verkade uppfatta att det var upp till dem själva att besluta om deltagande det vill säga de beviljades deltagande av sina chefer om de önskade åka till konferensen.

Ett par kuratorer på mindre mottagningar beviljades inte deltagande av sina chefer. Ingen av dem beklagar sig utan förstår chefernas ställningstagande utifrån att kuratorsdelen är en så pass liten del av deras tjänster.

En annan kurator, också på en liten mottagning, konstaterar att det aldrig inträffat att chefen inte beviljat deltagande. Det är också helt otänkbart att det skulle kunna inträffa. Att vara kurator på UM är visserligen en liten del av tjänsten. Men en viktig del.

På en av de större mottagningarna beviljades anställda från båda huvudmännen deltagande i konferensen, men medan den kommunala chefen beviljade övernattnings på hotell för sin anställda gjorde inte landstingets verksamhetschef det för sin anställda.

För konferensen 2015 berättar anställda om sämre förutsättningar. Det finns de som önskar, men inte får åka till konferensen. De orsaker som anges är ekonomiska.

Har de "större" mottagningarna mer välutbildad personal?

Vad som talar mot att "större" mottagningar har mer välutbildad personal

Av de två barnmorskor som har genomgått utbildning i psykoterapi arbetar en på en "större" mottagning (som uppfyller FSUM:s krav och rekommendationer) och den andra arbetar på en "mindre" mottagning.

De kuratorer som har psykoterapiutbildning arbetar på både "mindre" och "större" mottagningar. (De flesta eller alla som har genomgått psykoterapiutbildning har gjort det när de arbetat inom andra verksamheter.)

Vad som talar för att större mottagningar har mer välutbildad personal

Den mottagning som har både psykoterapiutbildade kuratorer och barnmorskor med utbildning i sexologi är länets största mottagning (Västerås).

En av de två näst största, mottagningarna, FNS, har både kurator och barnmorska med utbildning i sexologi.

Vad som varken talar för eller mot att större mottagningar har mer välutbildad personal

De flesta av länets UM har barnmorskor med utbildning i sexologi. De arbetar på både "mindre" och "större" mottagningar. De som arbetar på "mindre" mottagningar har direkt nytta av utbildningen också i den andra delen av sitt jobb.

Sammanfattning och slutsatser: Det är vanligt att barnmorskorna har utbildning i sexologi. De har stor nytta av utbildningen i sitt arbete, anser de. De flesta av de barnmorskor som inte har utbildningen anser det önskvärt att genomgå den. En av kuratorerna har utbildning i sexologi. Hon anser att utbildningen är *ett måste* för arbetet på UM. Barnmorskor på två av länets UM och kuratorer på tre av länets UM har utbildning i psykoterapi. De kuratorer som anser att kuratorer på UM ska arbeta behandlande anser att utbildning i psykoterapi behövs. Barnmorskorna anser sig ha stor nytta av MI. Det gör inte kuratorerna; de anser att ungdomarna som kommer till kurator på UM redan är motiverade. En av dem framhåller

ändå att andan i MI är bra och att MI kan vara bra för barnmorskor för att de exempelvis ska kunna motivera till kuratorskontakt och för de kuratorer som arbetar med smittspårning.

Både de större mottagningarna som uppfyller FSUM:s krav och de mindre mottagningarna som inte uppfyller FSUM:s krav kan ha välutbildad personal. Det är rimligt att anta att för dem som har delade tjänster spelar det stor roll vad de gör på den andra delen av sin tjänst. Den barnmorska som arbetar på både en UM och en barnmorskemottagning kan ha god nytta av utbildning i sexologi i båda delarna av sin tjänst.

Den kurator som, förutom arbete på UM, arbetar med familjebehandling eller familjerådgivning kan ha god nytta av en utbildning i psykoterapi och kanske också sexologi. En skolkurator eller fältarbetare som arbetar några timmar i veckan på en UM har förmodligen större behov av andra utbildningar än sexologi och psykoterapi. Andra viktiga faktorer som påverkar det uttryckta behovet av utbildning är individens egen motivation och vilket stöd den berörda chefen är beredd att ge.

För deltagande i konferenser som den årliga UM-konferensen verkar de ekonomiska förutsättningarna och de enskilda chefernas inställning ha stor betydelse.

Sammanfattning, önskvärd kompetens, i punktform

- På fem av åtta mottagningar finns barnmorskor som har genomgått högskolekurs i sexologi
- På en mottagning finns en kurator som har genomgått högskolekurs i sexologi
- De som har genomgått högskolekurs i sexologi har stor nytta av den i sitt arbete UM
- Kurser i sexologi ges av högskolor och universitet på några olika platser i Sverige
- Kurserna har olika innehåll och är av olika omfattning
- Malmö högskola anordnar uppdragsutbildning i sexologi med särskild inriktning på ungdomsmottagningarnas verksamhet
- För barnmorskorna är också kurs i Motiverande samtal viktig
- Socialtjänsterfarenhet är en god grund för kuratorsarbete på UM
- Landstingets verksamhetschefer anser det viktigt att kuratorerna har psykoterapiutbildning steg 1
- Bland de kommunala cheferna och kuratorerna finns olika uppfattningar om hur viktig psykoterapiutbildning steg 1 är för kuratorerna
- Två kuratorer säger att psykoterapiutbildning steg 1 behövs om arbetet ska bestå av enklare behandling, men inte om arbetet ska avgränsas till råd och stöd
- Tre av länets mottagningar är hbt-certifierade
- Att delta i den årliga UM-konferensen ger möjligheter att hålla sig à jour med aktuell forskning, lagstiftning och få del av innovativa projekt och dessutom möjlighet att utbyta erfarenheter med kollegor från hela landet.
- Länets största UM har både kuratorer med psykoterapiutbildning steg 1 och barnmorskor som har genomgått högskolekurs i sexologi
- En av de två näst största ungdomsmottagningarna har både barnmorska och kurator med utbildning i sexologi.

Resurser ur chefers och professionellas perspektiv

FSUM:s rekommendationer

FSUM:s ordförande, Timmy Leijen, menar att en miniminivå för resurser på en ungdomsmottagning är barnmorska, kurator och en timanställd läkare. FSUM rekommenderar en heltid barnmorska och en heltid kurator för en befolkning bestående av 3500 ungdomar. Läkarsressursen för en befolkning om 3500 ungdomar rekommenderas vara 0,25 tjänst.

Hur har FSUM kommit fram till sina rekommendationer?

Rekommendationerna finns i FSUM:s policyprogram. Till grund för rekommendationerna ligger en omvärldsanalys, berättar Timmy Leijen. Analysen gjordes ursprungligen för det policyprogram som antogs för 13 år sedan. Verksamheten inom FSUM undersökte då hur mycket resurser som fanns i andra verksamheter som gav ungdomar stöd. De analyserade sedan resultatet utifrån behoven på UM och gjorde en rimlighetsbedömning. Rekommendationerna är desamma idag som för 13 år sedan.

Tre viktiga professioner

Både barnmorskor och kuratorer behöver delta i det hälsofrämjande utåtriktade arbetet där UM möter skolklasser för information och samtal om sex och samlevnad. För att den ungdom som vänder sig till UM ska kunna mötas utifrån sina individuella behov är det viktigt att det finns tillräckliga resurser både när det gäller barnmorska och kurator. Det är också viktigt att den ungdom som tar kontakt på grund av psykisk ohälsa snabbt kan få träffa en kurator. FSUM har dragit slutsatsen att det är viktigt att barnmorske- och kuratorsressursen är lika stora. Till kuratorn behöver ungdomar kunna komma med frågor och funderingar men också med en något djupare problematik, säger Timmy Leijen.

På frågan om det är bra att även en mottagning med enbart barnmorska kan kallas UM, svarar Timmy Leijen: *Nej*. Samtliga yrkeskategorier behöver verka i samma lokaler och ha möjligheter att delta i utvecklingsarbete.

Det är viktigt med en "egen doktor"; "en ungdomsmottagare". En "ungdomsmottagare" är en person som har ett starkt intresse för verksamheten och för att de som arbetar där ska utgöra ett team. Specialister som kommer till verksamheten enbart för att utföra en specialistinsats har svårt att bli en del av teamet.

Bristande resurser hos UM kan inte kompenseras med andra stödverksamheter för ungdomar, menar Timmy Leijen.

Resurser på UM i Västmanlands län

Tabell 1. Antalet ungdomar i åldern 13-23 år och andel tjänst i relation till 3 500 ungdomar i befolkningen år 2013

Kommun där UM är belägen (huvudmän)	Antalet ungdomar från 13 t o m 23 år	Barnmorsketjänst	Kurators-tjänst	Läkartjänst	Under-skötersketjänst
Kungsör (privat vårdgivare tillsammans med kommunen)	984	0,36 ¹	0,36	Familjeläkare eller annan läkare på vårdcentralen	
Arboga (privat vårdgivare tillsammans med kommunen)	1 847	0,38	0,19	Familjeläkare eller annan läkare på vårdcentralen	0
Surahammar (privat vårdgivare tillsammans med kommunen)	1 224	0,57	0,11	Familjeläkare eller annan läkare på vårdcentralen	0
Köping (landstinget tillsammans med kommunen)	3 264	1,07	0,13	0,10	0
Hallstahammar (landstinget tillsammans med kommunen)	2 083	0,84+Kolbäck ⁴¹	0,84	0,17	0
Sala (landstinget tillsammans med kommunen)	2 869	0,98 (1,22 ⁴²)	1,22	0,21	0,6
Fagersta, Norberg, Skinnskatteberg (landstinget tillsammans med kommunerna)	1663+710+505 = 2 878	1,5	0,94	0,12	0
Västerås	19528	0,81	0,40	0,05 ⁴³	0,17
Totalt antalet ungdomar 13–23 år i länet	34677				

På UM i Västerås finns också en manlig sjuksköterska som arbetar några timmar i veckan på ”killmottagningen”.

I Kolbäck finns en mottagning med enbart en liten del av en barnmorsketjänst.

Resurserna varierar starkt mellan länets olika mottagningar. Den UM som har mest barnmorskere-surs har fyra gånger så stor resurs som den som har minst. Även läkarresursen varierar.

Resurserna varierar allra mest när det gäller kuratorsresursen som är nio gånger större på den mottagning som satsar mest på kuratorsresursen jämfört med den kommun som satsar minst.

40 Uppgiften gäller juni 2015

41 1 timme i veckan privat vårdgivare, uppgiften gäller juni 2015

42 Det rena UM-uppdraget motsvarar 0,98 tjänst/3 500 ungdomar. I kurators uppdrag ingår också andra uppgifter av förebyggande karaktär som exempelvis deltagande i skolkuratorsmöten, enligt dåvarande enhetschefen (dec 2014).

43 0,045 avrundat till 0,05

En relativt liten kuratorsresurs

Kuratorsresursen i Surahammar, Kungsör, Arboga och Köping är betydligt mindre än i de övriga kommunerna. I tre av dessa fyra kommuner finns mottagningar som drivs av privat vårdgivare. Verksamhetscheferna på två av de fyra mottagningarna har ställt upp på en telefonintervju. Ingen av de två framför några kritiska synpunkter på kuratorsresursen storlek. På den mottagning (Köping) där verksamhetschefen är landstingsanställd säger däremot verksamhetschefen *att kommunen inte tar sitt ansvar fullt ut* och tillhandahåller den mängd kuratorsresurs som faktisk behövs för ungdomarna.

Några av de anställda på de minsta mottagningarna säger att behovet av UM-tjänsterna varierar och att de kan vara flexibla i hur mycket UM-arbete de bedriver.

Oklart varför de medicinska resurserna varierar

Varför de medicinska resurserna varierar framstår som oklart för de intervjuade.

Landstingets chefer och de kommunala cheferna har olika uppfattningar

Landstingets verksamhetschefer ifrågasätter huruvida samtliga kommuner i länet har UM i egentlig mening. De menar att det i några fall kan vara frågan om ”en UM bara på papperet”. En av de kommunala cheferna ifrågasätter också genom att säga att hon *inte tycker att en mottagning som saknar kurator är en ”riktig” mottagning*. Kuratorsresursen är på de flesta av länets UM mindre än barnmorskeresursen. Bara kommunerna Hallstahammar och Sala satsar lika mycket på kuratorsresursen som hälso- och sjukvården satsar på barnmorskeresursen.

Landstingets verksamhetschefer ansluter sig till FSUM:s ställningstaganden om att det måste finnas vissa specifika och tillräckliga resurser för att vara en UM. De uttrycker en förhoppning om att länets politiker nu (i samband med VKL:s utredningsuppdrag) är måna om att UM ska kunna bedriva en verksamhet som är bra för ungdomarna och förstå att detta kräver en viss mängd resurser.

De kommunala cheferna har olika uppfattningar. De som är ansvariga för en mindre kuratorsresurs än vad FSUM rekommenderar (Västerås, Köping, Arboga, Kungsör Surahammar) ifrågasätter FSUM:s ställningstagande om att det skulle behövas lika mycket kuratorsresurs som barnmorskeresurs.

Fem av länets UM har resurser som överensstämmer helt, eller nästan helt med FSUM:s rekommendationer, om en barnmorska för en befolkning om 3500 ungdomar. Det gäller mottagningarna i Köping, Hallstahammar, Sala, Fagersta och Västerås.

Tre av länets UM har kuratorsresurser som överensstämmer helt eller nästan helt med FSUM:s rekommendationer om en kurator per 3500 ungdomar. Det gäller mottagningarna i Hallstahammar, Sala och Fagersta med Skinnskatteberg och Norberg. För en av dessa mottagningar anser den som är chef över den kommunala delen att kuratorsresursen är för stor.

Att de flesta kommunala chefer ifrågasätter att kuratorsresursen skulle behöva vara lika stor som barnmorskeresursen och i enlighet med FSUM:s rekommendationer, en hel kuratorstjänst för en befolkning om 3500 ungdomar, bygger till stor del på att de kommunala cheferna anser att de egna kommunerna har andra resurser som tillgodoser samma målgrupps behov. Familjebehandling nämns av flera av de intervjuade som en sådan resurs som kan motsvara de behov en ungdom som söker sig till UM kan ha.

En kommunal chef nämner också skolkuratorer, socialtjänstens öppenvård och socialtjänstanställda som arbetar på skolorna och hos polisen. Hon menar att det är viktigt att avgränsa de olika verksamheterna från varandra.

Hon säger: *Det ska inte vara en klutt som gör samma sak.*

En annan av de intervjuade som anser att kommunen har andra resurser för ungdomar i behov av stöd, anser också att det är viktigt att kommunen avgränsar sitt uppdrag och inte börjar utföra landstingets uppgifter. Hon säger:

– *Det beror på vad man har för kringresurser. Det är viktigt att begränsa till råd och stöd (på UM) så man inte börjar utföra andras uppgifter... Vi gör mer än vi har skyldighet att göra som kommun, tycker jag, men det gör ju att den resursen (familjebehandling) finns när ungdomarna behöver samtala.*

En tredje person instämmer:

– *Håller med ... man måste se vad som är kärnan i UM-verksamheten och sedan ha kontaktytor så man kan gå vidare annars blir det inte så produktivt utan man kanske har en kuratorsresurs (på UM) som inte till fullo utnyttjas ...*

Barnmorskorna resonerar kring vad det innebär när kuratorsresursen är liten

När barnmorskorna, under gruppintervjun blir visade tabellen över de olika UM:ens resurser i relation till befolkningsunderlaget konstaterar några av dem att resurserna är väldigt ojämnt fördelade.

Barnmorskorna i Köping säger omedelbart att det inte är något problem att kuratorsresursen är relativt liten. En av anledningarna till att det inte är något problem är att kuratorn är flexibel. En annan anledning är att genomströmningen är god då kuratorssamtalen sträcker sig över relativt kort tid. En tredje anledning är att en av barnmorskorna har psykoterapiutbildning steg 1 och därmed har möjlighet att ha samtalskontakt med ett par ungdomar. (Fler är omöjligt då skulle det gå åt för mycket tid av barnmorsketjänsten). En av barnmorskorna i Köping sammanfattar:

– *Samtalstiden fungerar. Men, tillägger hon: Om vi ska jobba på annat sätt, mer utåtriktat eller tänka i andra banor, då behövs det mer kurator. Om man exempelvis vill utveckla samverkan med BUP då skulle ju kuratorn kunna spela en viktig roll.*

När samma barnmorska funderar vidare, säger hon att det också finns ett stort behov av stöd till de unga vuxna som mår dåligt och själva har tagit kontakt med psykiatrin, men tvingas vänta tre månader på en tid. *Det är svårt att få hjälp av vuxenpsykiatri, inflikar en annan barnmorska.*

En barnmorska ifrågasätter att ungdomar som är 18 år eller äldre skulle önska kontakt med en kurator på UM. Hon säger att hon inte tror att flickor i 18-20-årsåldern tänker att det på UM finns en kurator där det går att få hjälp. Hon tror att flickor i den åldern kommer till UM endast för preventivmedel.

Barnmorskan på en mottagning med större kuratorsresurs säger att det finns otroligt mycket kuratorn kan göra. Det gäller exempelvis *smittspårning* och *planering av allt utåtriktat arbete*.

Sammanfattningsvis: Om barnmorskorna ser kuratorns arbete som avgränsat till samtal med ungdomar under 18 år så anser de att det kan räcka med en mycket begränsad kuratorsresurs (ibland så lite som några timmar per vecka). I de fall kuratorns arbete ses som en viktig del för att stödja också unga vuxna och för att utveckla verksamheten behövs mer tid.

Landstingets verksamhetschefer reflekterar över olikheterna i den medicinska delen

Efter en fråga från intervjuaren reflekterar landstingets verksamhetschefer kring olikheterna som förekommer också i den medicinska delen: Kan de förklaras med socioekonomiska faktorer, att det inte ska förekomma ensamarbete, eller fördelas resurserna helt enkelt efter antalet besök. En av verksamhetscheferna säger att om den nuvarande situationen med fullbokade tidböcker håller i sig så måste hon aktualisera frågan om utökade resurser. Det gör hon, i så fall, med sin chef och med den chef som är ansvarig för den kommunala delen i verksamheten. *Det är en lång process när det gäller den kommunala delen* konstaterar hon. Ungdomsmottagningarnas verksamhet är väldigt beroende av de kommunala chefernas inställning.

I en av kommunerna antas behovet av UM minska framför allt på grund av nedläggningen av den kommunala gymnasieskolan. Att den teoretiska delen av undervisningen på ett riksgymnasium flyttas till Västerås påverkar också i viss mån.

– *Det behöver finnas en flexibilitet i verksamheten konstaterar en annan av landstingets verksamhetschefer. Behoven växlar över tid.*

Resurser och väntetider

För ett par barnmorskor är det uppenbart att resurstabellen stämmer överens med deras erfarenheter av långa väntetider i den egna verksamheten. De noterar skillnaderna mellan de olika ungdomsmottagningarna. De reflekterar kring detta. De tänker först att det kanske är ett tecken på ojämlikhet och därmed bäst för ungdomar att bo på de ställen i länet som har mest resurser. När de funderar vidare tänker de att kanske skillnaderna i stället beror på att behoven ser olika ut i olika delar av länet och att de som bäst behöver får mest.

Kuratorerna säger ingenting då de under intervjun blir visade resurstabellen. Senare under intervjun kommer dock kuratorsgruppen in på väntetider. De säger då att ibland kan ungdomarna tvingas vänta "länge" på att få en samtalstid hos kuratorn på UM. Vad som är länge varierar mellan olika UM. Det kan vara en dryg vecka. Men det kan också vara längre. Kuratorn på en mindre mottagning säger att ibland är det möjligt att träffa ungdomen redan dagen efter att ungdomen tagit kontakt, men det kan också hända att en ungdom får lov att vänta så lång tid som en dryg vecka. *När man har en delad tjänst måste man se till behoven och vara flexibel mot alla verksamheter*, säger kuratorn.

En kurator på en större UM säger att *vi kämpar för att klara... två veckor, det gör vi knappt. Vi är fullbokade upp till taknocken. Det är viktigt att kunna fortsätta kontakten efter förstabesöket. Inte ha ett första besök bara för att klara vårdgarantin och sedan låta ungdomen vänta flera veckor på nästa besök. När man påbörjat kontakten behöver man fortsätta annars tappar man ungdomen. Det handlar om seriositet och inte bara att följa regler.*

En barnmorska tar upp som en svårighet att väntetiden till mottagningens gynekolog kan bli så lång som fyra veckor. Den långa väntetiden är svår för ungdomarna och medför att flera ungdomar uteblir när det väl är dags för läkarbesök.

På tre mottagningar berättar de anställda att smittspårning ingår i kuratorernas arbetsuppgifter. På två av dessa framhåller kuratorerna det som positivt att de arbetar med detta. På den tredje mottagningen konstaterar en kurator att tiden för annat psykosocialt arbete blir lidande av detta.

Sammanfattningsvis: Resurser och väntetider varierar stort. Varför resurserna varierar verkar till stor del oklart för de intervjuade.

Kan annan verksamhet ersätta UM:s kurativa del

De kommunala cheferna framhåller att de egna kommunerna har andra resurser som tillgodoser samma målgrupps behov. Den uppfattningen delas inte av landstingets verksamhetschefer eller av kuratorerna. Kuratorerna menar att man inte möter samma ungdomar på UM som inom socialtjänsten eller inom skolan som skolkurator. När kuratorerna beskriver målgruppen handlar det om psykisk ohälsa och en vilshenhet. Ett par av barnmorskorna talar om socioekonomisk utsatthet.

– En viktig skillnad mellan de ungdomar som kommer till UM och de som kommer till socialtjänsten eller skolkuratorn är att kontakten med UM oftast tas av ungdomen på eget initiativ, säger en av kuratorerna. Samma kurator fortsätter: Så är det inte lika ofta med skolkurator då är det ju ett helt system. Vi är på något sätt fristående. Dit man kommer om man vill.

En viktig skillnad är att UM också riktar sig till ungdomar över gymnasieåldern och också till ungdomar som av andra skäl än åldersskäl inte går i gymnasiet.

Sammanfattningsvis: Landstingets verksamhetschefer och kuratorerna anser inte, som de kommunala cheferna, att annan verksamhet kan ersätta UM. Kuratorerna motiverar det med att andra verksamheter har andra målgrupper.

Sammanfattning, resurser, i punktform

- Resurserna varierar kraftigt mellan olika UM
- 1 tjänst som barnmorska, 1 tjänst som kurator och 0,25 tjänst som läkare för en befolkning om 3500 ungdomar är vad Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) rekommenderar
- Den UM, i Västmanland, som har mest barnmorskeresurs har fyra gånger så stor resurs som den som har minst.
- Den UM som har störst kuratorsresurs har nio gånger så stor resurs som den som har minst
- Läkarresursen varierar också mellan mottagningarna
- Landstingets verksamhetschefer ansluter sig till FSUM:s rekommendationer om att det måste finnas specifika och tillräckliga resurser för att vara en UM
- De flesta kommunala chefer ifrågasätter att kuratorsresursen skulle behöva vara lika stor som barnmorskeresursen och omfatta en hel tjänst för en befolkning om 3 500 ungdomar
- De kommunala cheferna menar att kommunerna har andra resurser som möter samma målgrupps behov, exempelvis familjebehandling.
- Kuratorerna delar inte de kommunala chefernas uppfattning. Kuratorerna menar att UM har en annan målgrupp än de andra verksamheterna.

Tillgänglighet ur chefers och professionellas perspektiv

Att verksamheten är lättillgänglig är av grundläggande betydelse

UM är en del av ”första linjens vård”⁴⁴. I intervjun med landstingets verksamhetschefer liksom i intervjuerna med de kommunala cheferna, barnmorskorna, kuratorerna och FSUM:s ordförande, framkommer att det är av grundläggande betydelse att det är lätt att vända sig till UM och att man inte ska behöva ha problem eller erkänna sina problem för att göra det. *Det behöver finnas utrymme i form av tid på ungdomsmottagningen och det behöver kännas för ungdomarna att det finns tid*, säger en av landstingets verksamhetschefer och menar att tid ofta är en bristvara i dagens samhälle.

Att ungdomar söker sig till verksamheten på eget initiativ är det allra vanligaste. Det är en mycket viktig del av tillgängligheten. Det förekommer också att föräldrar tar kontakt för sin ungdoms räkning.

Verksamheten behöver bygga på ett salutogent synsätt, säger FSUM:s ordförande Timmy Leijen. Med begreppen ”Gratis” och ”sekretess” sammanfattar han ytterligare ett par grundbultar för verksamheten.

Den utåtriktade verksamheten som riktar sig till grundskolans högstadium är en viktig del av UM-verksamheten och främjar tillgängligheten. Förhållanden och förändringar i omvärldens organisationer påverkar efterfrågan på UM. När andra verksamheter inte tar emot eller har lång väntetid ökar trycket på UM. När nya verksamheter etableras, som barn- och ungdomshälsan, kan det innebära både att möjligheterna för ungdomar att få hjälp ökar, vilket i sin tur innebär en avlastning för UM, men det kan också innebära att fler svårigheter upptäcks. *Behoven är stora*, konstaterar flera av kuratorerna.

Reception

FSUM:s ordförande Timmy Leijen menar att UM behöver egna fristående lokaler. Han säger också att på de lite större ungdomsmottagningarna behöver finnas en reception. Receptionen behöver fungera som en integrerad del av verksamheten. Det kan exempelvis ske genom att de olika yrkeskategorierna turas om att ansvara för arbetet i receptionen, säger han.

I Västmanland är det ungdomsmottagningarna i Västerås, Sala, Fagersta, Hallstahammar och Arboga som har egna fristående lokaler. De har löst frågan om reception på olika sätt. I Västerås finns en undersköterska anställd som bland sina arbetsuppgifter har att svara för receptionen. Hon beskrivs av verksamhetschefen *som spindeln i nätet*, förutom den viktiga uppgiften att ta emot besökare, deltar hon i informationen till skolklasser, håller i kondomutbildning och lägger ut information om UM på hemsidan. Hon arbetar nästan heltid (92 procent) på mottagningen.

I Sala finns en person som svarar i telefon då det ringer (hon är anställd för administrativa uppgifter och är inte receptionist) berättar verksamhetschefen.

På drop-in på UM i Fagersta tar kuratorn emot alla som kommer. Tanken är, förutom att alla ska känna sig välkomna, att avdramatisera kuratorfunktionen.

I Arboga är det oftast kuratorn som tar emot, men barnmorskan och hon hjälps åt, säger en av de två samverkande verksamhetscheferna (privat vårdgivare). I Hallstahammar hjälps barnmorskan och kuratorn åt säger verksamhetschefen (landstinget).

Frågan om reception löses alltså på olika sätt. Antingen genom att en särskild person har ansvaret för verksamheten eller genom att de anställda löser detta på egen hand utifrån vad de uppfattar som bäst i den enskilda verksamheten. Landstingets verksamhetschefer framställer detta som något oproblematiskt. En av de kommunala cheferna och en av de anställda ger dock exempel på att receptionsverksamheten inneburit skilda ställningstaganden hos de två samverkande huvudmännen kring finansiering eller kring vilken huvudman som ska ha ansvar för funktionen. (De skilda ställningstagandena gäller i ett fall landsting-kommun och i ett annat fall privat vårdgivare-kommun.)

⁴⁴ Sveriges Kommuner och Landsting beskriver en välfungerande första linje på följande sätt:

- erbjuda tidiga och lättillgängliga insatser och därmed förhindra utveckling av allvarlig problematik, samt
- avlasta specialistnivån och därmed ge förutsättningar för ökad tillgänglighet och utvecklad spetskompetens på denna nivå.

Åldersgränser⁴⁵

Den undre åldersgränsen är 13 år på samtliga ungdomsmottagningar i länet. Den övre åldersgränsen varierar mellan 23 och 25 år. På några av mottagningarna är åldersgränsen olika för flickor och pojkar. Det förekommer att yngre personer tas emot.

Åldersgränsen 13-23 för både flickor och pojkar har mottagningarna i Arboga, Surahammar, Kungsör och Hallstahammar.

Åldersgränsen 13-25 år för både flickor och pojkar har mottagningen i Fagersta (FNS).

Åldersgränsen 13-23 år för flickor och 13-25 år för pojkar har mottagningarna i Köping, Sala och Västerås. När landstingets verksamhetschefer talar om varför säger de att ”pojkar mognare senare än flickor”, att det är ”oklart varför” eller att unga män behöver ha möjlighet att få hjälp av UM eftersom de saknar den möjlighet att få den hjälp som kvinnor i åldern 24-25 år har möjlighet att få genom barnmorskemottagningen.

Den övre åldersgränsen på rikets UM är vanligen 23 år. Så många som 75 procent av landets UM har 23 år som övre gräns. Den undre åldersgränsen är flexibel och utgår från den enskilda ungdomens behov. Behovet av stöd från UM kan uppkomma redan i början av puberteten. FSUM anser att 25 år är en lämplig övre gräns eftersom ”vuxenblivandet” nu sträcker sig över en längre period än tidigare och behovet av UM därmed också sträcker sig över en längre tidsperiod. Åldersgränsen ska gälla oberoende av kön. Bäst är också om 25-årsgränsen gäller samtliga typer av stöd som UM erbjuder (både stöd i sex- och samlevnadsfrågor och psykosocialt samtalsstöd), anser FSUM:s ordförande Timmy Leijen. På UM i Fagersta har man goda erfarenheter av att den övre åldersgränsen är 25 år. Att unga över 23 år besöker UM är inte vanligt, men de anställda framhåller att just de som kommer har stort behov av UM.

Öppethållande under sommaren

Ungdomsmottagningen i Västerås är den enda av länets mottagningar som håller öppet hela sommaren. De övriga har semesterstängt från någon enstaka vecka upp till fyra veckor. Under den tiden hänvisas de ungdomar som söker UM till de barnmorskor som arbetar på vårdcentralen. En av landstingets verksamhetschefer framhåller att det inte är en bra lösning. *UM:s barnmorskor och vårdcentralens barnmorskor når inte samma målgrupp.*

Kvällsmottagning och öppen mottagning

Samtliga intervjuade verksamhetschefer svarar ja på frågan om ”deras” mottagning har ”öppen mottagning” varje vecka. Verksamhetschefen i Västerås tillägger att barnmorskorna och undersköterskan på ”hennes” UM erbjuder öppen mottagning varje eftermiddag.

Samtliga verksamhetschefer utom Surahammars uppger att deras UM erbjuder öppen mottagning kvällstid. Västerås, Hallstahammar, Sala och Köping erbjuder särskild killmottagning. Några av dem erbjuder också särskild tjejmottagning.

Kuratorerna är ofta men inte alltid med på den öppna mottagningen. Det gäller både ”mindre” och ”större” mottagningar.

Möjlighet att ta emot akuta besök

Västerås, FNS och Sala, har möjlighet att ta emot akutbesök, uppger verksamhetscheferna. Detta innebär att både barnmorskor och kuratorer försöker och oftast kan ta emot besök omedelbart om det behövs.

I ett par fall (Hallstahammar och Köping) svarar landstingets verksamhetschefer att barnmorskorna har möjlighet att ta emot akutbesök.

I Arboga och Surahammar kan akuta besök tas emot inom en vecka, säger de privata vårdgivarnas verksamhetschefer.

⁴⁵ Svaren är hämtade från enkäten som riktade sig till verksamhetscheferna utom för Kungsör där svaret är hämtat från hemsidan för ungdomsmottagningen för Kungsör.

FSUM: Utåtriktat arbete är lika viktigt som det individuella

Det utåtriktade arbetet i form av information, gruppsamtal och medverkan vid temadagar om sex och samlevnad är lika viktigt som arbetet med att ge enskilda ungdomar stöd och hjälp. Alla professioner behöver medverka i det utåtriktade arbetet eftersom det utåtriktade arbetet innebär möjligheter att göra både verksamheten och de enskilda befattningshavarna kända för ungdomarna. Det utåtriktade arbetet innebär kontakt med en stor mängd ungdomar och det ger omedelbara resultat i form av fler individuella besök av de ungdomar som har nåtts av det utåtriktade arbetet, berättar FSUM:s ordförande Timmy Leijen.

Utåtriktat arbete i Västmanland

Samtliga verksamhetschefer säger att deras UM tar emot studiebesök av skolklasser och också besöker skolorna för att ge information. Besöken görs ibland på högstadiet och ibland på gymnasiet. Ibland görs besök i både grundskola och på gymnasium. Dessutom förekommer medverkan vid temadagar som "HIV- eller Klamydiadagar". Detta gäller både för "större" och "mindre" ungdomsmottagningar. Kuratorn i Surahammar berättar om sin medverkan i en "Kärleksvecka". Köpings verksamhetschef säger att information också ges till SFI-elever. Västerås verksamhetschef säger att information ges till studenter på Mälardalens högskola.

Verksamhetschefen för Västerås UM understryker, precis som FSUM:s ordförande Timmy Leijen ovan, att det är väldigt viktigt med besöken på skolorna. De allra flesta eleverna i den klass som besöks är närvarande vid besöken och därmed är det möjligt att lägga en god grund för fortsatt kontakt. Vid besöket får ungdomarna veta att UM finns, vad de kan få hjälp med på UM och att UM har tystnadsplikt.

Några av de intervjuade kommunala cheferna liksom flera barnmorskor och kuratorer understryker också vikten av att *alla* elever nås genom UM:s utåtriktade verksamhet.

Kuratorerna berättar att det är vanligt att samtliga elever i årskurs 8 bjuds in till UM för information. I Västerås riktar sig informationen till årskurs 9. Ingen annan vuxen än UM:s anställda deltar. Tanken är att informationstillfällena ska vara fristående och inte blandas samman med lektionsverksamhet. Elevdeltagandet är högt. Vissa skolor har beslutat om obligatorisk närvaro. Det förekommer att UM:s anställda kontrollerar vilka som är där eller räknar hur många som kommer så att skolan har möjlighet att kontrollera i efterhand. Undantag från regeln om att inga andra vuxna får vara med kan förekomma. En kurator berättar att särskolans personal har varit med vid information till eleverna.

Samtliga UM-verksamheter (både "större" och "mindre") är relativt små. Detta medför att resursbrist, "för mycket att göra" eller vakanta tjänster kan medföra svårigheter för kuratorerna och ibland också barnmorskorna att medverka. Kuratorn i en "mindre" UM-verksamhet konstaterar att så gott som all kuratorstid går åt till information under den termin informationsinsatsen görs.

En av de anställda på länets största mottagning konstaterar:

– ... *vi* (barnmorskor och kuratorer) *möter inte alla, långt ifrån eller har resurser att göra det. Så det blir orättvist*⁴⁶.

Nås ungdomar med olika etnisk bakgrund

I vilken utsträckning ungdomar med annan etnisk bakgrund än svensk nås av UM-verksamheten varierar. Det finns ungdomsmottagningar som vänder sig direkt till de ungdomar som bor på boenden för ensamkommande. I Västerås kommer UM ofta i kontakt med hedersproblematik. I Fagersta nås många med annan etnisk bakgrund och verksamhetschefen konstaterar utifrån erfarenheterna på "hennes" UM att det är viktigt att anlita rätt tolk.

En av de tre verksamhetscheferna säger:

Vi träffar många med olika etnisk bakgrund och vi har bra kunskap, men det är inte en jättestor patientgrupp. Det förekommer att flickor med annan etnisk bakgrund än svensk kommer för ett "dagen efter piller", men ofta inte dagen efter utan senare.

⁴⁶ Verksamhetschefen berättar att samtliga årskurs 9 bjuds in, men att alla skolor eller årskurser inte tackar ja.

En fjärde verksamhetschef säger att *ungdomar med annan etnisk bakgrund än svensk nås genom SFI. I övrigt är det svårt att nå dem*. Samma chef framhåller att *ungdomarnas religion och kultur kan hindra dem från att ta kontakt*.

Verksamhetschefen på UM i Västerås berättar att av ungdomarna som kommer till den öppna ”killmottagningen” har en stor andel annan etnisk bakgrund än svensk. Hon berättar:

– *På killmottagningen (kvällstid) är nog 80 procent⁴⁷ av dem som kommer från en annan kultur än den svenska. De tar ofta med sig en yngre bror... Det har tagit tid att nå dit. Att det finns en manlig sjuksköterska underlättar för en del, men inte alla pojkar vill gå till en man. Det finns de som hellre går till en kvinnlig barnmorska.*

Bland de kommunala cheferna varierar svaren på frågan om ungdomar med olika etnisk bakgrund nås av UM:s verksamhet från att man *inte vet* (tre chefer) till att man ger konkreta exempel på vad UM gör för att nå ungdomar med annan etnisk bakgrund än svensk som att - *boendet för ensamkommande får egen tid för information med hjälp av tolk. Det är särskilt viktigt eftersom de inte har fått någon undervisning om sex och samlevnad tidigare*. Samma chef är så väl insatt att hon kan berätta att *verksamheten inte upplever att det skulle vara ett problem för flickorna att läkaren är manlig, däremot kan det vara svårt för flickorna att ”gå vidare” till en annan instans som exempelvis kvinnokliniken*. En annan kommunal chef uttrycker sig i allmänna ordalag och säger att *UM klarar det bra* att ta emot ungdomar med annan etnisk bakgrund än svensk.

Uppfattningarna bland barnmorskor och kuratorer om huruvida man når ungdomar med en annan etnisk bakgrund än svensk varierar mellan de olika ungdomsmottagningarna. På en av länets större UM, säger en kurator: *Vi talar hela tiden om detta med att nå ungdomar med olika etnisk bakgrund. Vi har det med oss hela tiden*. På andra mottagningar säger de anställda att de inte når alla eller att *det är svårt*. En barnmorska berättar att till ”deras” UM kommer ungdomar från Afrika och arabisktalande pojkar, men de når inte arabisktalande flickor. Hur ofta tolk anlitas varierar mellan de olika mottagningarna från ett par gånger i månaden till ett par gånger per år. Det är vanligare med tolk vid kurators- eller läkarbesök än vid barnmorskebesök.

En barnmorska på en av de mindre mottagningarna säger att de har svårt att nå ungdomar med annan etnisk bakgrund än svensk i UM-verksamheten. Hon jämför med verksamheten vid barnmorskemottagningen dit kommer fler ungdomar med annan etnisk bakgrund. De kommer i samband med att de ska bli föräldrar.

I Hallstahammar där UM ger information till de unga pojkarna på kommunens boende för ensamkommande, berättar kuratorn att pojkarna ställer frågor om hur man gör i Sverige när man bjuder ut en tjej och också ställer andra frågor om samspel mellan könen.

Generellt sett verkar frågan om att nå ungdomar med olika etnisk bakgrund mer uppmärksammas på de ”större” mottagningarna än på de ”mindre”.

Genus

På intervjuarens fråga om det utgör ett problem att det kommer betydligt fler flickor än pojkar till verksamheten, svarar verksamhetschefen i Västerås:

– *Det är naturligt utifrån att det finns fler preventivmedel för kvinnor. Men det vore bra att nå fler killar... för när de kommer visar det sig att de har otroligt många frågor och funderingar (precis som flickorna) som de behöver samtala om.*

En annan av landstingets verksamhetschefer nämner vid ett annat tillfälle under intervjun att *mensproblem är vanliga bland dem som söker UM*.

En tredje av landstingets verksamhetschefer säger att det ju egentligen inte är svårare för pojkar än för flickor att komma. Avgörande är deras egna föreställningar. Det vore dock bra om pojkar kom i

⁴⁷ En anställd uppskattar andelen besökare vid killmottagningen med annan kulturell bakgrund än svensk till 50 procent. I båda fallen är siffran hög.

större utsträckning. *Den lättåtkomliga porren ger en skev bild av verkligheten vilket orsakar svårigheter i det verkliga livet. Det är viktigt att erbjuda möjligheter att samtala om detta.*

Verksamhetschefen i Västerås berättar att det är vanligare att pojkar kommer till "drop in" än för tidsbokade besök. *Pojkarna är "här och nu". Det är viktigt att kunna möta dem då de dyker upp i dörren. Om man ska tänka på hur vi ska nå dem måste vi tänka på - på vilket sätt de vill komma och bli bemötta, framhåller hon.*

De kommunala chefer som uttrycker en synpunkt om detta, säger, precis som verksamhetschefen i Västerås, att det är viktigt att underlätta för pojkarna att komma. Flera av de kommunala cheferna framhåller att "deras" UM har en särskild mottagningstid för pojkar. En av cheferna säger att det är viktigt att underlätta inte bara för pojkar utan för alla ungdomar att komma. Hon tillägger att det är viktigt att väntrummen är utformade på ett sätt som passar både flickor och pojkar. En annan chef säger att det skulle kunna vara bra med separata väntrum. En tredje intervjuad chef säger: *Vi har ändrat verksamheten för att underlätta för killar att komma till UM genom att anställa en manlig läkare samt att ha specifika "dropin"-tider för enbart killar.* En fjärde av de intervjuade cheferna berättar att UM i den kommun hon arbetar i ("mindre" UM) bara har en enda öppen mottagningstid. Den öppna mottagningen riktar sig därför till alla. Hon har observerat att det kan vara svårt för pojkarna med det väntrum som finns. Hon tillägger att de håller på att se över hur UM-verksamheten kan utvecklas. Det framgår av det hon säger att hon anser att en annan fysisk miljö vore att föredra. Hon säger också att det skulle kunna vara bra med en egen öppen mottagning för pojkarna.

En femte av de intervjuade kommunala cheferna säger att hon inte vet, men att hon tror att UM i den kommun hon arbetar i har öppen mottagning som riktar sig särskilt till pojkar.

De två kommunala chefer som har män anställda som kuratorer, menar att detta kan underlätta för pojkar att komma.

Flera av barnmorskorna menar att det *inte* är ett problem, att fler flickor än pojkar nås av verksamheten. En av dem tillägger att hon *skulle vilja att det kom fler pojkar*. En annan barnmorska tillägger att det ändå är *viktigt att underlätta för pojkarna att komma*. Hon berättar att de arbetat hårt för att göra just det, på den mottagning hon arbetar på. Antalet pojkar har ökat. Hon säger att det ibland *kan vara fifty-fifty i väntrummet*. Pojkar kommer oftare i en liten grupp, exempelvis fyra varav två ska testa sig. När fler pojkar börjar komma blir det lättare för ännu fler att komma vilket leder till ytterligare en ökning. En tredje barnmorska säger:

– Det är inte ett problem att det kommer fler tjejer än killar men vi vill att de ska känna sig lika välkomna. UM är ju för alla ungdomar oavsett kön

En av barnmorskorna som arbetar på en mottagning där inga särskilda insatser har gjorts under senare tid, suckar och säger:

– Alla försöker (med exempelvis anpassade väntrum och manlig personal) men inte så mycket hjälper. Men, det är ändå viktigt att ha de ögonen och man måste ha ett helhetstänk.

En barnmorska påpekar att det vore konstigt om det kom fler pojkar än flickor:

– Det vore nästa konstigt om det kom fler killar än tjejer. Tjejer kommer för mens och preventivmedel. Killar har inte mens och vi har väldigt begränsat med preventivmedel för killar. Det är inte heller dom som blir gravida. Många gånger kommer killarna med sin partner och det är bra!

En annan barnmorska håller med:

– Det är naturligt att det kommer fler tjejer än killar

En barnmorska säger att det kan vara lättare för flickor än pojkar att ta kontakt. Det är inte så ovanligt att *flickorna har läst i "Julia" att så här ska det inte vara att ha mens*. En annan barnmorska säger att *tjejer har lättare att prata*. Problemen behöver inte vara så stora för att de ska komma.

En kurator tar upp att grunden för att alla ska uppleva sig välkomna läggs i den utåtriktade informationen. Ungdomarna informeras då om att verksamheten är till för alla kön.

En kurator som arbetar på en mottagning där särskilda insatser har gjorts för att nå pojkar säger att vid information till skolelever delas klassen ofta upp i en pojk- respektive flickgrupp. Informationen kan då anpassas till de olika elevgrupperna. Eleverna har sagt att de gärna vill ha det så.

Den kurator som sa att grunden läggs i den utåtriktade informationen ifrågasätter uppdelningen genom att säga att hon *undrar om det är "rätt", utifrån HBTQ-perspektiv, att dela upp i en flick- respektive pojkgrupp.*

En barnmorska säger att periodvis kommer det fler killar, ofta har de grunnat länge på sitt problem och skulle ha haft nytta och glädje av att komma tidigare.

En annan barnmorska funderar på om den utåtriktade informationen till årskurs 8 sker för tidigt för pojkarna.

Två kuratorer har fått intrycket att pojkar oftare än flickor önskar ha en kortare kontakt. De har oftare en specifik fråga de vill avhandla och när det är gjort avslutar de kontakten.

Att erbjuda särskilda öppna mottagningar för pojkar s.k. killmottagningar är vanligt. Några har mycket goda erfarenheter av detta. Men på en av mottagningarna funderar man på att sluta med killmottagning då den manliga läkaren har slutat och pojkarna i stor utsträckning har börjat komma till mottagningen vid andra tillfällen.

På de två "större" mottagningar som gjort särskilda insatser, utöver killmottagning, för att nå fler pojkar (exempelvis information på fritidsgårdar) berättar en av barnmorskorna att på "hennes" UM gjordes så många som 35 procent av besöken till kuratorn av pojkar. En kurator på den andra mottagningen som gjort särskilda insatser berättar att det under en period var så många som en tredjedel av dem som kom till henne för samtal som var pojkar.

Sammanfattningsvis: Av barnmorskornas och kuratorernas svar framgår att frågan om hur man når båda könen är långt ifrån ny för dem som arbetar på UM. På två "större" UM har särskilda insatser gjorts för att nå flera pojkar. Dessa insatser verkar ha gett goda resultat genom att fler pojkar kommit. Att flickor har mensproblem och att det finns fler preventivmedel för flickor än för pojkar är två viktiga anledningar till att det inte anses rimligt att sträva efter att det ska komma lika många pojkar som flickor.

Könsuppdelad statistik

Några av mottagningarna har könsuppdelad statistik. Andra har det inte. Mottagningen i FNS, exempelvis, har könsuppdelad statistik. Den bygger på ett krav från politikerna i de kommuner som samverkar i mottagningen och ett engagemang från dem som arbetar i verksamheten. De anställda presenterar varje år verksamheten för politikerna i de tre ansvariga nämnderna, med både fallbeskrivningar och statistik.

En av landstingets verksamhetschefer berättar att hon på olika sätt försökt få fram könsuppdelad statistik, men inte lyckats. En annan av landstingets verksamhetschefer har inte haft några problem med att få ut statistiken direkt ur journalsystemet (profdoc journal III).

De flesta av de kommunala cheferna anser att statistiken över antalet besök behöver vara könsuppdelad. Några kommuner säger att de inte har könsuppdelad statistik, men att detta behövs. En av dem säger:

– Det är ett viktigt krav. Vi har det ju i övriga verksamheter. Om det nu är så att UM når fler flickor än pojkar, så behöver man ju veta det för att kunna se om förändringar i verksamheten leder till att fler pojkar kommer. Det är viktigt att UM:s verksamhet når både pojkar och flickor.

Synpunkten att det är onödigt med könsuppdelad statistik förekommer också.

Bland barnmorskorna och kuratorerna finns några som säger att de aldrig har sett könsuppdelad statistik för UM i Västmanland. Någon tror att det går att ta fram. Någon säger att den statistik man får ut ur systemet är uppdelad på ålder och kön.

Både bland barnmorskorna och kuratorerna finns de som anser att könet alltid är ovidkommande och

att det innebär att man inte ska ha könsuppdelad statistik. I båda grupperna finns också de som anser att könsuppdelad statistik kan vara till nytta. En av kuratorerna säger att statistiken ger god information. Om exempelvis antalet pojkar är lågt kan man behöva göra vissa förändringar och med statistikens hjälp följa om förändringarna leder till önskat resultat.

Några verkar ta intryck under diskussionens gång och börjar tycka att man kan ha viss nytta av könsuppdelad statistik. Kategorierna han, hon och hen skulle kunna vara tänkbara, säger en av kuratorerna. Hen kan stå för människa och kan passa dem som inte anser sig ha ett specifikt kön.

En kurator säger att det vore ännu intressantare med en fråga om sexuell läggning. Då skulle man kunna få reda på om UM bara är en hon- och han mottagning eller om UM är för alla.

Sammanfattningsvis: De flesta men inte alla anser att det vore bra med könsuppdelad statistik för att kunna följa förändringar i könsfördelningen. Några anser att man kan få fram detta idag. Andra anser att det inte är möjligt.

Vore det bra med anställda av båda könen

Någon av landstingets verksamhetschefer säger att *visst vore det bra med anställda av båda könen*, men anser precis som övriga landstingets verksamhetschefer att det allra viktigaste är att de anställda har god kompetens och ett intresse för verksamheten. En av dem tillägger att *de killar som kommer på besök har ett stort förtroende för* (de kvinnliga) *barnmorskorna*.

Flera av de kommunala cheferna anser att det vore bra med anställda av båda könen. Men att detta är svårt att uppnå. En intervjuad tillägger att den personliga kompetensen är överordnad kön.

En kurator säger att det alltid är bra att ha båda könen anställda, men tillägger att det inte har någon betydelse i mötet med klienterna däremot har det betydelse för arbetsgruppen. En annan kurator säger att personlig lämplighet och kompetens är viktigast

En manlig kurator berättar att han upplever det som en fördel att barnmorskan och han har olika kön. Han har märkt att pojkarna ibland vänder blicken specifikt mot honom.

På frågan om det behövs anställda av olika kön svarar samma kurator i mer allmänna ordalag. Han säger att det vore en fördel precis som spridning i ålder. Men tillägger att *det är individuellt vad man önskar*.

Två barnmorskor för ett resonemang kring frågan. En av dem talar, precis som kuratorn ovan, om att det inte är så att man för att man är av ett visst kön önskar få kontakt med en professionell av samma kön. Hon har stöd, i sitt resonemang, av en studie, berättar hon. Hon har fått del av studien på den andrologiutbildning hon har genomgått. För 80 procent av killarna i studien spelade könet på den professionella ingen roll. När det gällde de resterande 20 procenten var det lika många som önskade kvinnlig personal som manlig. Hon säger att *det som framför allt behövs är kompetent personal*.

Samma barnmorska (eller möjligen hennes kollega på samma mottagning) berättar att de som arbetar under killmottagningen är av olika kön. Hon har aldrig varit med om att någon sagt till henne att de hellre vill gå till de manliga anställda. Hon säger att det kanske är så att de är vana sedan barnsben att prata med sin mamma om *det är något konstigt på snoppen* och därigenom uppfattar det som naturligt att prata med en kvinna.

Båda de två barnmorskorna har dock erfarenhet av att det kan vara viktigt för flickor med en kvinnlig gynekolog. En av dem har erfarenhet av att flickor med ursprung i andra länder än Sverige väljer bort den manliga gynekologen på UM och i stället väljer att besöka kvinnokliniken.

Hennes kollega inflikar att de kanske inte tillåts gå till en manlig gynekolog för sina föräldrar. Kultur och religion kan hindra. (Av de fem UM som har en eller flera fasta läkare har fyra en manlig läkare under killmottagningen. De flesta nämner dock inte detta i samtalet om genus.)

Sammanfattningsvis: Könet hos de anställda kan ha betydelse. Betydelsen är dock mindre än vad man ofta tror. En arbetsgrupp som består av både män och kvinnor är en fördel.

Information som syftar till att nå fler

Både barnmorskor och kuratorer berättar om informationsinsatser för att nå fler ungdomar. Det handlar om information på exempelvis särskolor, dagliga verksamheter och boenden för ensamkommande.

Nås ungdomar med fysiska funktionsnedsättningar

UM:s lokaler är i de flesta fall möjliga att besöka med rullstol. Det gäller dock inte lokalerna i Hallstahammar eller Arboga. I Västerås är det möjligt men innebär visst besvär.

Blindskrift och hörselslingor saknas ofta.

En barnmorska och en kurator problematiserar frågan

En barnmorska reflekterar över att man inte så ofta diskuterar hur man ska nå ungdomar med fysiska funktionsnedsättningar. Hon säger att just nu är det fokus på genus och hbt-certifiering. Det leder till att annat står tillbaka. *Man kan ju vara transperson och sitta i rullstol. Men det är som om vi bara har förmågan att se det ena...*

En kurator problematiserar frågan om huruvida alla nås av UM:s verksamhet genom att säga att även om man träffar ungdomar och informerar dem, så kan det vara svårt att veta om ungdomarna verkligen får ut något av informationen. Kuratorn säger:

– Jag tycker det är svårt att nå alla. I exempelvis en daglig verksamhet är det svårt att veta vilken nivå ungdomarna befinner sig på. Det är ett väldigt spann. Sekretessen gör det svårt att få information om ungdomarna. Frågan är om informationen gör nytta eller om ungdomarna kommer bara för att de måste... Det är möjligt för alla att komma, men får alla ut något i den gruppinriktade informationen?

Sammanfattningsvis varierar det i vilken omfattning man satsar på och lyckas nå ungdomar med olika etnisk bakgrund, ungdomar med kognitiva funktionsnedsättningar och ungdomar med olika fysiska funktionsnedsättningar. Det som redovisas ovan är uppfattningar och inte statistik. Det är rimligt att anta att olika UM har mycket att lära av varandra i dessa frågor.

I nästa resultatdel: *Organisation och huvudmannaskap*, diskuteras organisationens roll för tillgängligheten.

Sammanfattning, tillgänglighet, i punktform

- Att ungdomsmottagningarna är lättillgängliga är av grundläggande betydelse
- Den undre åldersgränsen är 13 år på samtliga UM. Den övre åldersgränsen varierar mellan 23 och 25 år
- UM i Västerås är den enda ungdomsmottagningen som håller öppet hela sommaren
- Det utåtriktade arbetet är mycket viktigt
- Det varierar mellan olika UM om man når ungdomar med olika etnisk bakgrund
- Frågan om hur man kan nå fler killar är inte ny för UM-verksamheten
- Flickors mensproblem och att det finns fler preventivmedel för flickor än för pojkar gör det naturligt att det kommer fler flickor än pojkar till UM
- Det är viktigt att försöka nå fler killar; när de kommer visar det sig ofta att de skulle ha haft glädje av att komma tidigare
- Det vore bra med könsuppdelad statistik för att kunna följa förändringar i könsfördelningen, anser de flesta, men inte alla
- En kurator säger att det vore ännu intressantare att ta reda på om UM bara är ”en hon- och han mottagning” eller om UM är för alla
- Det varierar mellan olika UM om man når ungdomar med olika funktionsnedsättningar

Organisation och huvudmannaskap ur chefers och professionellas perspektiv

Dagens organisation och huvudmannaskap

I Västmanland samverkar hälso- och sjukvården med kommunernas individ- och familjeomsorg (socialtjänst) eller kommunernas barn- och utbildningsförvaltning i UM. Hälso- och sjukvården finansieras av landstinget Västmanland. Kommunerna finansierar det psykosociala stödet. Totalt finns sex olika kombinationer av organiserande av UM i länet.

Västmanlands sex olika kombinationer:

- 1 Landstinget är huvudman för hälso- och sjukvårdsresursen. Kommunen uppdrar åt landstinget att för kommunens räkning driva den psykosociala delen av ungdomsmottagningen. Kommunens individ- och familjeomsorg (socialtjänst) finansierar kuratorstjänsterna. Verksamheten regleras genom avtal mellan huvudmännen (Västerås).
- 2 Landstinget är huvudman för hälso- och sjukvårdsresursen. En kommuns individ- och familjeomsorg är huvudman för och finansierar den psykosociala resursen (Köping, Hallstahammar, Sala). Verksamheten vid UM i Hallstahammar och Sala regleras genom avtal.
- 3 Landstinget är huvudman för hälso- och sjukvårdsresursen. Tre kommuner finansierar gemensamt och samverkar kring den psykosociala resursen. Verksamheten regleras genom avtal mellan den kommun som ansvarar för kuratorsresursen och hälso- och sjukvården. (Mottagningen är belägen i Fagersta och Fagersta kommuns individ- och familjeomsorg är ansvarig för kuratorsresursen. De tre samverkande kommunerna är Fagersta, Norberg, Skinnskatteberg)
- 4 Två olika privata vårdgivare är huvudmän för hälso- och sjukvårdsresursen. En kommuns individ- och familjeomsorg är huvudman för den psykosociala resursen (Arboga).
- 5 En privat vårdgivare är huvudman för hälso- och sjukvårdsresursen. En kommuns barn- och utbildningsförvaltning är huvudman för den psykosociala resursen (Surahammar, Kungsör).
- 6 En privat vårdgivare är huvudman för hälso- och sjukvårdsresursen. (Kolbäck i Hallstahammars kommun). För psykosocialt stöd hänvisas till Hallstahammars UM (som är belägen i centralorten).

Synpunkter på huvudmannaskap

De flesta är nöjda med den egna organisationen.

Vid ett möte med samtliga fem av landstingets, intervjuade, verksamhetschefer den 27 januari 2015 uttrycker dessa att det bästa vore om landstinget blev ensam huvudman för länets ungdomsmottagningar. Flera av dem framhöll redan under intervjutillfället (2014) Västerås UM:s organisation som ett föredöme. De menade att UM i Västerås genomgått *en väldigt förbättring med landstinget som enda huvudman. Nu går man hand i hand och man talar samma språk*, säger en av verksamhetscheferna.

Västerås stads representant i gruppintervjun med de kommunala cheferna anser också att det fungerar bra med UM:s organisation i Västerås. Västerås stad *beställer tjänster* av landstinget, säger hon, *landstinget är ansvarigt för verksamheten och Västerås stad betalar för den psykosociala resursen och en del av chefskapet. Verksamheten får mer lugn och ro med en chef.* (se också nedan, under rubriken: *Fördelarna med UM:s organisation i Västerås*)

En kommunal chef lyssnar med intresse på hur kuratorsresursen i en annan kommun organiseras som förebyggande arbete inom en barn- och utbildningsförvaltning. Det skulle kunna gå *lika bra som när en socialförvaltning har ansvaret*, säger hon. Men, det måste förstås finnas en koppling till socialtjänstens individ- och familjeomsorg, tillägger hon.

De allra flesta kuratorer värnar den kommunala tillhörigheten. De kommunala cheferna anses i de allra flesta fall vara intresserade av och förstå det psykosociala arbetet. Samtidigt uppfattas intresset hos landstingets (och privata vårdgivares) chefer som varierande. Kommunanställda kuratorer i två kommu-

ner har åsikter som skiljer sig från övrigas. De anser det problematiskt med ett delat huvudmannaskap. En av dem säger: *Det känns som om det kanske vore lättare om landstinget var huvudman.* Den andra säger att med en huvudman skulle *verksamhetsutveckling bli möjlig.* Något som hon menar saknas idag. (En av dessa två mottagningar är ”en större UM” som uppfyller FSUM:s krav). En av de två kuratorerna utvecklar sina tankar ytterligare och säger:

– *Kanske vore det bra med ett (enda) UM för (hela) Västmanland, där alla tillhör samma UM, men man var utlokaliserad till olika orter och kunde täcka upp för varandra.*

En av de två barnmorskor som inte hade möjlighet att delta i gruppintervjun men som har besvarat frågor i en telefonintervju nämner spontant att det vore bäst om landstinget drev verksamheten på egen hand. Hon motiverar det med att *en gemensam målsättning behövs* för UM och tillägger att kommunen inte tar ansvar för sin del av verksamheten, vilket drabbar ungdomarna.

UM i Västerås – en organisation med många fördelar

Västerås stads representant i gruppintervjun anser att UM-verksamheten får mer ”lugn och ro” med en enda chef som, genom att vara chef för både den psykosociala delen och den medicinska har sitt fokus på båda professionerna. När kuratorerna och barnmorskorna i Västerås beskriver fördelarna med den egna organisationen framhåller de den stora betydelsen av att chefen befinner sig i verksamheten och har ett chefskap som är avgränsat till UM, det vill säga deras chef är inte chef för en vårdcentral.

– *Om man har en chef som är vårdcentralschef så finns risken att UM blir en sidoverksamhet till barnmorskemottagningen.* Genom att ha en chef som befinner sig på UM har man en chef som kan föra frågor vidare och därmed kan bli *mer drivande än en chef på en vårdcentral.* Det är jättebra, säger en kurator.

En barnmorska säger:

– *Vi har samma riktning och samma chef som kan driva. Vi kan ha gemensamma mål. Hon håller i budgeten och bestämmer vad vi ska satsa på. Om det är två chefer kanske man satsar helt olika och har olika tänk... samarbetet fungerar bättre när man har samma huvudman.*

En av barnmorskorna konstaterar, senare under intervjun, att när en barnmorskemottagning och en ungdomsmottagning inte är separata verksamheter så prioriteras ofta barnmorskemottagningen före ungdomsmottagningen. Hon uppskattar att de, på UM i Västerås, har en egen chef, gemensam för både den medicinska och den psykosociala delen. En chef som har fokus på just UM-verksamheten och på medarbetarna där. När lämpliga utbildningar diskuteras, på UM i Västerås, är det utbildningar specifikt riktade till UM. Att ha en sådan chef: *Det är en styrka.* Hennes kollega instämmer: *Visst är det så. Jag kan bara hålla med. Absolut.*

Den som är chef för UM behöver ha en bred kompetens, genom att ha insikt i både de psykosociala och de medicinska delarna, menar barnmorskorna

När utredaren frågar kuratorerna på UM i Västerås om *det psykosociala perspektivet riskerar att komma i skymundan med en chef från landstinget*, svarar en av kuratorerna:

– *Man har olika glasögon beroende på varifrån man kommer och eftersom chefen är barnmorska är det förstäligt att barnmorskorna har möjlighet att få mer stöd än kuratorerna.*

Hon tillägger att deras chef har en *ödmjukhet* inför detta. Kuratorerna får ta ett stort ansvar för det psykosociala arbetet och att utveckla det.

Den andra kuratorn säger att verksamheten har stort fokus på frågor som hör samman med barnmorskornas arbete. När hon anger på vilket sätt, så är det hon säger till stor del kopplat till de resurser verksamheten har. Hon säger att barnmorskorna är fler och också har en större mängd besök. Det medför att det blir stort fokus på frågor som framför allt rör barnmorskornas arbete exempelvis p-pillersubventioner. Frågor som ofta *ligger en bit från det psykosociala arbetet.*

På frågan om hur den ideala ungdomsmottagningen ser ut svarar en av kuratorerna på UM i Västerås att hon tycker att deras mottagning *fungerar väldigt bra*. Om hon fick önska skulle hon önska *mer tid för omvärldsbevakning, mer tid för förebyggande arbete och mer tid för arbete med grupper*. (Hon ska snart starta en grupp för unga blivande föräldrar) Exempelvis arbete för att nå grupper av ungdomar med olika etnisk bakgrund. *Vår (UM-verksamhet) fungerar väldigt bra, men lite färre samtal, inte ha pressen att ha ett samtal i timmen. En psykiatriker i verksamheten – det behöver inte vara så många timmar- och mer tid skulle vara optimalt.*

En av kuratorerna önskar att kommunen, som bekostar kuratorstjänsterna, skulle visa *lite nyfikenhet för innehållet i kuratorernas arbete*, genom representanten i den styrgrupp som träffas regelbundet. Kuratorerna skulle gärna komma dit och berätta om sitt arbete.

Med delat huvudmannaskap

När det fungerar bra

På ungdomsmottagningen i Fagersta framhåller både barnmorskor och kuratorer den stora fördelen med ett delat huvudmannaskap. De upplever att det finns ett stort intresse för verksamheten både hos den kommunala ledningen och hos ledningen inom landstinget. Den kommunala chefen, chefen för kuratorsresursen, på samma mottagning menar att den ideala organisationen består av två olika huvudmän. Hon säger:

– Den ideala organisationen består av två olika huvudmän med förmågan att samverka. Den gynnar ungdomarna mest. Två olika synsätt landstingsverksamhet och kommunal verksamhet ger både bredd i verksamheten och närhet till samverkan med båda organisationernas övriga delar. Men det bygger på att samverkan är god.

Barnmorskorna framhåller kuratorns goda samarbete med socialtjänsten som innebär att hon kan ringa och diskutera med socialsekreterare i samtliga tre samverkande kommuner när det uppstår frågor om huruvida en ungdoms situation bör föranleda en anmälan till socialtjänsten. En barnmorska berättar uppskattande om när samtliga tre kommuners individ- och familjeomsorgschefer nyligen inbjöds till UM för information. Alla tre kom och var intresserade. Landstingets verksamhetschef har ändrat uppfattning sedan intervjun gjordes och förespråkar inte längre en verksamhet där huvudmännen samverkar.

Kuratorerna på två av de större mottagningarna framhåller som en stor fördel att vara kommunanställda. Det finns risk för att man skulle *tappa den sociala biten, kompetensen och samarbetspartners* om man befann sig *i landstingsvärlden*, säger de. *Det finns inte samma kopplingar till skolkuratorer och socialtjänst när det är landstinget som driver.*

När det inte fungerar lika bra

En kurator på en annan av de större mottagningarna anser det problematiskt med ett delat huvudmannaskap.

–Jag tycker det är problematiskt med två chefer. När den ena har tid med ett möte har inte den andra tid. Samma kurator fortsätter: – Cheferna diskuterar praktiska frågor, men inte så mycket om hur man driver verksamheten framåt. Det finns inget GO. Inget gemensamt driv. Det är synd... Gemensam verksamhetsutveckling det finns inte.

En annan svårighet som kuratorn upplever är att den kommunala chefen ibland ifrågasätter delar av det som kuratorn gör och säger att det är en landstingsfråga. Av praktiska och mänskliga skäl kan det vara viktigt att ge den ungdom som så behöver ett akut p-piller och ett samtal. I stället för att vänta på att barnmorskan ska bli tillgänglig. En kurator på en mindre mottagning säger: *Min chefsäger nej till det mesta och chefen på UM (chefen för landstingets del) är förbannad ...*

På en av de mindre mottagningarna där kuratorn anser det bra att vara kommunanställd har barnmorskan en annan uppfattning än kuratorn. Hon säger att det skulle underlätta med en gemensam chef. Hon tillägger att det behöver vara *en bra chef* som har kunskap om både kurators- och barnmorskearbete. Med två chefer skulle det krävas att båda cheferna är ”öppna” och ”flexibla” och exempelvis ger sina anställda samma möjligheter att delta i konferenser och utbildningar (underförstått så är det inte idag).

De ”mindre” organisationerna innebär både fördelar och nackdelar

I kommunerna Surahammar och Kungsör, där barn- och utbildningsförvaltningarna ansvarar för kuratorsresursen, är kuratorerna direkt underställda förvaltningschefen respektive biträdande förvaltningschefen. Båda kuratorerna framhåller den lilla kommunens fördelar, med närheten till de egna cheferna. De upplever också ett förtroende från sina chefer som gör det möjligt att styra sitt arbete och att ändra utifrån de behov som finns. En av dem framhåller också att kommunens storlek underlättar en god personkänedom: *Jag vet vilka personer det är frågan om som ungdomen ska ha kontakt med. Jag kan nämna dem vid namn. Jag vet hur det ser ut runt om i kommunen.* Samma kurator kan ändå sakna någon att bolla UM-frågor med. Den andra kuratorn nämner *ett nära samarbete* med barnmorskorna, men också att *de får styra rätt mycket.*

En barnmorska på en av dessa två mottagningar uppskattar kuratorns kompetens och erfarenhet, men anser att det vore bra för UM-verksamheten om kuratorn hade en mer naturlig kontakt med socialtjänsten. Synpunkten bottenar i att mottagningen fått utstå kritik av socialtjänsten.

De kommunala cheferna på dessa två mottagningar ser fördelarna med den egna organisationen. De lyfter fram som en fördel att kuratorn arbetar med förebyggande arbete även inom den andra delen av sin tjänst och därigenom är känd bland ungdomarna i kommunen. *Man bli van att prata med X (kuratorn) om sina bekymmer,* säger en av dem. Samma chef säger att organisationen inte spelar någon roll för den ungdom som behöver hjälp. I stället är det möjligheten att få en nära och snabb hjälp som står i fokus. Han säger:

– *Ungdomar som har bekymmer bryr sig inte om vilken huvudman eller organisation som erbjuder hjälp. De behöver hjälp här och nu. Man orkar inte ta sig och man orkar inte vänta.*

Samma chef säger att samarbetet med den privata vårdgivare som finns i kommunen fungerar smidigt och bra. *Vi kommer väldigt bra överens.*

Den andra av de två cheferna menar att där det finns familjeläkarmottagningar (vårdcentraler) bör det finnas UM. Han ser UM *som en verksamhet som drivs av familjeläkarna ... till vilken kommunen bidrar med socionomkompetens.*

Länets allra minsta UM, har bara en barnmorska anställd. Hon säger att mottagningen har fördelen av att den har funnits länge. Den är känd inte bara av ungdomarna utan också av deras föräldrar. När ungdomarna har behov av kontakt med läkare eller kurator hänvisar hon vidare till den större ungdomsmottagningen i samma kommun (Hallstahammar). Hon efterlyser riktlinjer för samarbete mellan privata och landstingsdrivna verksamheter.

En av de två kuratorer som anser att det vore bra med en enda huvudman för hela UM konstaterar att som kurator på en liten mottagning ”ska man kunna lika mycket som på en stor”, men i praktiken blir detta omöjligt eftersom man också har ett annat uppdrag. Kuratorn säger:

– *Det är för lite kuratorstid för att skaffa sig den kompetens man behöver på en liten UM... Man har ett annat jobb som man också ska skaffa sig kompetens inom och som konkurrerar om tiden.*

En av de ”mindre” organisationerna har tre samverkande huvudmän

I en ”mindre” UM samverkar två privata vårdgivare och kommunen. Både barnmorskan och kuratorn nämner sådant som de anser att den andra huvudmannen brister i.

Den kommunala chefen för den kurativa delen upplever att samarbetet är *bekymmersamt. Bara att få till en tid (att träffas) är knöligt.* Men varför det är bekymmersamt är ännu inte möjligt att uttala sig om, säger samma chef som är relativt ny på sin tjänst.

Sammanfattningsvis uttalar sig de flesta positivt om den egna organisationen. Två kommunanställda kuratorer anser dock att det vore bättre med en enda huvudman för UM-verksamheten. En av dem säger att det bästa vore om landstinget blev huvudman för verksamheten. En barnmorska tar upp att det vore bäst om landstinget drev verksamheten på egen hand. Hon säger att en gemensam målsättning behövs och att kommunen inte tar ansvar för sin del av verksamheten, vilket drabbar ungdomarna.

Organisationens roll för tillgängligheten

Större verksamhet ger möjligheter till ökat öppethållande

Barnmorskorna på länets största mottagning jämför tillgängligheten på ”sin” UM med tillgängligheten på en liten UM. UM i Västerås har öppet på eftermiddagstid och kan ta emot spontanbesök. En av barnmorskorna säger:

– Vi kan erbjuda många tider, hela dagarna och varje dag. Det finns också många olika sätt att boka på; komma upp, ringa eller boka via nätet. Det är bra att det finns olika möjligheter. En liten mottagning är mer sårbar än en stor mottagning...

Ungdomarna vill ofta komma på eftermiddagstid, säger både en kurator på UM i Västerås och en kurator på annan mottagning. Båda kuratorerna menar också att *ungdomarna behöver få prata med någon då de kommer spontant*. Den kurator som framhåller detta, och inte arbetar i Västerås, arbetar på en mottagning där den möjligheten inte finns mer än i ytterst begränsad omfattning eftersom de bara är två som arbetar där. När kuratorn har samtal med en ungdom och barnmorskan ej är där så kan det uppstå svårigheter bara genom att en ungdom kommer och ber om kondomer.

En av Västerås UM:s kuratorer fortsätter:

– Det ska vara lätt att komma till oss från skolan. Det ska vara lätt att komma in. Det ska vara lätt att få prata med någon, som vår receptionist. Det finns alltid nån där som kan möta upp dom. Det är viktigt! Det ska vara lätt. Kondomer och ”dagen efter piller” kan du alltid komma och få i Västerås. Och du kan boka en tid. Ibland kan du få ett samtal på direkten.

Kuratorn på en av de små mottagningarna lyssnar noga och konstaterar: *Det är nog en fördel att ha det så*. Samma kurator säger att en del ungdomar ”tappas nog” i den egna verksamheten eftersom tillgängligheten inte är lika hög på en liten mottagning som en stor.

Geografisk närhet kontra ökat öppethållande och specialisering

Geografisk närhet – inget entydigt begrepp

Samtliga intervjuade chefer säger att det är viktigt med geografisk närhet. De definierar dock geografisk närhet på helt olika sätt. Landstingets verksamhetschefer anser att en centraliserad verksamhet med fyra UM i länet innebär ”geografisk närhet”. Den intervjuade verksamhetschef som representerar en privat vårdgivare och de flesta av de intervjuade kommunala cheferna anser att en högre grad av geografisk närhet är nödvändig och menar då att UM i någon form bör finnas i de kommuner där verksamheten finns idag. De flesta kuratorer och flera av barnmorskorna värnar också en större geografisk närhet än den landstingets verksamhetschefer förespråkar. Geografisk närhet är något mycket relativt, vilket tydligt framgår också av två av barnmorskornas resonemang. De konstaterar att människor har mycket olika uppfattning om vad som är geografisk närhet beroende på var i landet de bor.

I landets norra delar betraktas det som naturligt att åka 15 mil för att få del av hälso- och sjukvård. I andra delar av landet betraktas 15 mil som en omöjlighet att åka. En av de två barnmorskorna berättar om sin erfarenhet av arbete på en UM dit vissa ungdomar var tvungna att resa upp till åtta mil utan att detta betraktades som ett problem. I Västmanland är avstånden mellan kommunerna betydligt kortare än vad som är fallet i norrlandslänen. Men även här kan uppfattningarna variera beroende på var i länet man är verksam. I norra länsdelarna illustreras detta av att de två ansvariga cheferna, de anställda

på UM och cheferna i de samverkande kommunerna anser att det är en mycket bra lösning att UM för Skinnskatteberg, Norberg och Fagersta är belägen i Fagersta. En relativt vanlig uppfattning bland barnmorskor och kuratorer är att för de ungdomar som går i gymnasiet passar det bra med UM på gymnasieorten. Detta gäller dock inte ungdomar som går i grundskolan eller ungdomar som, trots att de är i gymnasieålder, av olika skäl ändå inte går i gymnasiet. De riskerar att i stället lämnas utan hjälp om man centraliserar verksamheten. Flera intervjuade påpekar att detta skulle innebära att de ungdomar som behöver verksamheten allra mest skulle lämnas i sticket. Nedan redovisas de olika argument som framkommit i intervjuerna.

Argument för en centraliserad och specialiserad verksamhet

Vid ett möte med samtliga fem av landstingets intervjuade verksamhetschefer den 27 januari 2015 uttryckte dessa att UM bör centraliseras till länets gymnasieorter. Fyra av de fem verksamhetscheferna är redan idag chefer på mottagningar som är belägna på gymnasieorter. Argumenten handlar i första hand om att en större verksamhet har möjligheter till ökat öppethållande. Bara en av kuratorerna och en av barnmorskorna uttrycker tydligt att det också handlar om kompetens. Kuratorn som anser att det vore bra med en enda huvudman för hela UM konstaterar att som kurator på en liten mottagning ”ska man kunna lika mycket som på en stor”, men i praktiken blir detta omöjligt eftersom man också har ett annat uppdrag. Kuratorn menar att *det är för lite kuratorstid för att skaffa sig den kompetens man behöver på en liten UM*. Av vad barnmorskan säger kan man förstå att frågan om kompetens och UM:s storlek diskuteras i olika sammanhang även om detta inte tydligt framkommit i de övriga intervjuerna. Barnmorskan säger:

– *Om man har en tanke att man ska ta bort UM på småställen där man har öppet bara ett par timmar då kan jag ju tycka att man inte ska ta bort, utan i stället ha filialer, att man åker ut från den stora mottagningen till filialerna, inte ta bort UM för att man tycker att kompetensen är tillräckligt god. Med den lösningen (filialverksamhet) finns kompetensen...*

Landstingets verksamhetschefer som framhåller att UM behöver ha en viss storlek för att kunna vara en tillräckligt tillgänglig verksamhet menar att geografisk närhet uppnås om UM finns i de kommuner där det finns ”gymnasieskolor”. Samtliga landstingets verksamhetschefer, med undantag av Hallstammars verksamhetschef, är chefer för UM på gymnasieorter. Landstingets verksamhetschefer menar att UM bör centraliseras till ”gymnasieorterna” och lämpligen kompletteras med att de övriga kommunerna erbjuds möjligheten att få besök av UM. Eventuellt kan det vara bra med filialverksamheter. De av landstingets verksamhetschefer som nämner gymnasieorterna vid namn nämner kommunerna: Västerås, Köping, Fagersta och Sala (men inte Arboga). Det innebär att de anser att mottagningar som finns på gymnasieorter **och** som drivs av landstinget i samverkan med kommunerna ska erbjuda UM för hela länet. (Att de önskar att landstinget ska driva UM-verksamheten uttryckte de också direkt vid ett möte i januari 2015.)

Verksamhetschefen på UM i Västerås ser fördelarna med ”sin” verksamhets storlek. Hon säger att uppdraget kräver en viss storlek för att det ska vara möjligt att bedriva en utåtriktad verksamhet, upprätthålla ett kontaktnät med samverkanspartners och samtidigt hålla öppet för akuta besök. Ungdomarna har behov av att få komma akut när de exempelvis är i behov av akut-p-piller eller när situationen hemma eller i skolan ”helt brakar samman”. Bara om personalstyrkan består av en viss mängd personer blir detta möjligt. En av barnmorskorna på samma mottagning säger att *vi kan hjälpas åt på ett annat sätt* (än på en ”mindre” mottagning). Hon säger att de lär av varandra över yrkesgränserna. För den ungdom som kommer till UM i Västerås finns flera barnmorskor och kuratorer att välja mellan, *om inte personkemin stämmer* med den första. Risken är annars att ungdomarna inte fortsätter att komma. En av landstingets verksamhetschefer, som representerar en mindre mottagning, anser precis som övriga landstingets verksamhetschefer att UM bör centraliseras till fyra gymnasieorter, men menar att det är nödvändigt med en avvägning mellan geografisk närhet och öppettider. Den geografiska närheten kan vara viktigare än att verksamheten är ”stor”. Det viktigaste är att kunna hålla öppet eftermiddagar och kvällar. Det kan

jämföras med vad en av kuratorerna, säger: *Kanske vore bra med ett (enda) UM för Västmanland där alla tillhör samma UM men man var utlokaliserad till olika orter och kunde täcka upp för varandra.*

FSUM:s ordförande, Timmy Leijen, betonar att verksamheten inte kan vara alltför liten. För att ungdomarna ska ha möjlighet att få det stöd de behöver är det viktigt att UM består av tvärprofessionella team. Det är också viktigt med ”diskretion”, säger Timmy Leijen. Det innebär bland annat att verksamheten behöver hålla öppet också på eftermiddagarna när ungdomarna är på väg hem från skolan. Detta medför att verksamheten inte kan vara alltför liten. Det är samtidigt viktigt med ett nära samarbete mellan de olika professionerna. Det betyder att det inte heller är bra med en alltför stor verksamhet, säger FSUM:s ordförande. Idag finns det ett antal ”för små” verksamheter medan alltför stora verksamheter i praktiken inte förekommer. De flesta besök på UM görs av ungdomar i gymnasieålder. *Så om man måste välja mellan geografisk närhet och möjligheterna att ha ett tvärprofessionellt team så är det bäst att välja det tvärprofessionella teamet och förlägga ungdomsmottagningars verksamhet till gymnasieorter*, menar Timmy Leijen.

UM i Fagersta är till för ungdomar också från Norberg och Skinnskatteberg. Det innebär att ungdomar från Norberg och Skinnskatteberg får resa till en annan kommun för att komma till Fagersta. Fagersta är gymnasieort. Gymnasielever är den största målgruppen på UM i Fagersta. Kollektivtrafiken fungerar bra. Många har föräldrar som åker till Fagersta för att arbeta. Det är också vanligt att man åker till Fagersta för att shoppa. Det gör att det också är möjligt för yngre ungdomar tar sig till Fagersta, berättar en av barnmorskorna där.

Flera barnmorskor säger att för gymnasieelever fungerar det bra med UM på gymnasieorter.

Argument för geografisk närhet

De två privata vårdgivares verksamhetschefer som tidigare låtit sig telefonintervjuas i utredningen har genom mejl i juni 2015 erbjudits att lämna synpunkter på att landstingets verksamhetschefer anser att UM ska bedrivas av landstinget på fyra gymnasieorter. En av dem har lämnat synpunkter. Han skriver: *Vår bedömning är att UM fyller en viktig funktion i Surahammar. Lättillgängligheten och den personliga kontakten med våra välrenommerade barnmorskor uppskattas hos ungdomarna i Sura. För många blir det för stort att åka till en annan ort, kanske just den grupp som behöver UM bäst.*

De kommunala cheferna förespråkar, precis som den privata vårdgivarechefen, en högre grad av geografisk närhet och anser oftast att UM behöver finnas i den egna kommunen. Undantaget är Fagersta, Norberg och Skinnskatteberg som är nöjda med att verksamheten finns på gymnasieorten Fagersta. Detta innebär att samtliga kommunala chefer är nöjda med det sätt varpå man löst det i den egna kommunen. Det gäller oberoende av om verksamheten är relativt stor som i Västerås eller är lokaliserad till en ort (Fagersta) i samverkan med omkringliggande kommuner (Norberg, Skinnskatteberg) eller om verksamheten (som i flera av kommunerna) är relativt liten. De chefer som ansvarar för den kommunala delen i Kungsör, Hallstahammar, Arboga, Västerås, Sala och Surahammar anser alla att den geografiska närhet som erbjuds av ”deras” respektive verksamhet behövs.

Fyra kommunala chefer argumenterar för den geografiska närheten. En av dem säger:

–Den geografiska närheten är väldigt viktig då det måste vara lättillgängligt att, som ungdom, komma i kontakt med UM. Många ungdomar väljer att komma på ”drop-in”-tider vilket inte skulle vara möjligt om den geografiska närheten försvann.

Den andra och den tredje av de fyra kommunala cheferna uttrycker mycket tydligt att de sätter den geografiska närheten före öppethållandet. Den andra (av de fyra) säger:

–Jag tror den geografiska närheten är jätteviktig för ungdomar i den här åldern, annars kommer man inte. Det är viktigast, särskilt tills man är 18-19 år och har körkort. Man sätter sig inte på en buss för att ta sig till UM någon mil bort. Närheten är viktigast, viktigare än öppethållandet.

Den tredje som uttrycker att den geografiska närheten är viktigare än öppethållandet, säger samtidigt att det kommer ungdomar till den egna kommunen från andra kommuner:

– Jag tycker också, det har ju varit diskussioner om storUM, det kommer en del ungdomar från andra kommuner till vårt UM från ... Så man gillar ("vårt") UM. Jag tycker också att det viktigaste är att UM finns där ungdomarna bor. Det är viktigare än ett omfattande öppethållande.

Den fjärde (som argumenterar för geografisk närhet) håller med och avrundar diskussionen, genom att säga:

– Jag tror också att det ska vara lätt och nära. Man ska inte behöva fundera över hur man ska ta sig dit.

En av de kommunala cheferna framhåller att det inte vore bra att centralisera UM och att det bör finnas en koppling mellan familjeläkarverksamhet och UM. Denna chef säger:

– Jag tycker att det är viktigt att UM finns i (den egna kommunen). Jag tycker inte att UM ska centraliseras till exempelvis Västerås. På orter där det finns familjeläkarmottagning bör det finnas UM.

Den kommunala chefen i Fagersta, som har lämnat skriftliga synpunkter, menar att UM behöver vara både väldimensionerad och erbjuda geografisk närhet. Hon menar att FNS verksamhet är ett gott exempel på detta.

Bara en av de intervjuade kommunala cheferna, den ansvariga chefen i Köping, nämner att en utvecklad samverkan med de närbelägna kommunerna Arboga och Kungsör skulle kunna vara en möjlighet. Hon tillägger dock att en 13-åring behöver en större geografisk närhet och poängterar vikten av att verksamheten bedrivs flexibelt. I de kommuner som saknar UM skulle detta kunna ske genom filialverksamhet.

För Västerås stad har frågan om tillgänglighet en annan innebörd eftersom stadens storlek gör det naturligt med ett UM i Västerås. Representanten för Västerås stad, säger att det är bra att UM i Västerås är beläget "mitt i stan." Om det exempelvis vore beläget på sjukhusområdet så vore inte tillgängligheten lika god. Men tillgänglighet är också att kunna boka tid genom nätet och att inte behöva vänta för länge, understryker hon.

Samtliga chefer ser fördelarna med och värnar sina egna UM. En av landstingets verksamhetschefer och en kommunal chef kan tänka sig förändringar som gör att den egna verksamheten expanderar och vänder sig till flera kommuner. Bara Hallstahammars verksamhetschef ställer sig bakom ett förslag som innebär att hon förlorar chefskapet över "sin" UM-verksamhet.

En av barnmorskorna på en privat mottagning, menar att det är viktigt att bevara de små mottagningarna, men efterlyser tydliga riktlinjer för samarbete mellan privata mottagningar och mottagningar som drivs av landstinget i samarbete med en kommun. Samarbetet behöver fungera för att patienterna inte ska behöva vänta onödigt länge på den vård de behöver.

Flera barnmorskor säger att för gymnasieelever fungerar det bra med UM på gymnasieorter. Men det gäller inte elever i grundskolan. En av dem säger att det är *för dyrt* och *för svårt* att ordna och *då skippar man det*. *Många vill hellre gå till UM än till skolsköterskan. Om man koncentrerar verksamheten då riskerar man de yngre.*

En barnmorska på en stor mottagning konstaterar att det kommer ungdomar i gymnasieålder från andra kommuner till mottagningen. Grundskoleelever från andra kommuner kommer däremot inte dit.

En barnmorska tar upp att inte bara åldern och skolformen påverkar. *Vi har ju också dom som är "resurssvaga"*, säger hon. Hon konstaterar att *det är svårt att åka tåg när man inte vet hur man bär sig åt för att köpa en tågbiljett*. Hon berättar också om en flicka som på egen hand skulle ta sig till Västerås för en abort, men inte hittade fram.

Den barnmorska som, nämndes ovan och som berättade att det fungerade bra för ungdomarna att komma till mottagningen i Fagersta, tillägger att det för de yngre kan vara tillräckligt jobbigt att ta sig till Fagersta. Det skulle inte vara möjligt för dem att ta sig så långt som till Västerås för att komma till UM.

En allmän uppfattning är att ungdomarna ofta söker hjälp på den ort där de befinner sig under dagtid. Barnmorskorna i en liten kommun säger exempelvis, med anledning av de begränsade resurserna i den egna kommunen, att de äldre ungdomarna söker UM på den ort där de går i gymnasiet.

Detta innebär att mottagningarna på gymnasieorterna Västerås, Fagersta och Köping tar emot gymnasieungdomar från andra kommuner i länet. En kurator på en mindre mottagning konstaterar (utifrån att tiden inte räcker till):

– ... är skönt för mig att X (den större kommunen) finns, för där går våra ungdomar i gymnasiet.

I Fagersta för kuratorn statistik över hur många ungdomar som kommer från andra kommuner. Under 2014 var det frågan om åtta procent av besöken hos kuratorn. I Västerås har UM blivit ombedd av Västerås stad att under en månad 2014 mäta antalet besök från ungdomar från andra kommuner och kommit fram till att ca tolv procent av kuratorsbesöken under just den månaden gjordes av ungdomar från andra kommuner.

En kommunal chef säger att UM i hennes kommun uppskattas så mycket av ungdomarna att den får ta emot besök av ungdomar även från andra kommuner. Andra skäl som nämns för att söka annan mottagning än den i den egna kommunen är anonymitetsskäl.

Bra att organisera på olika sätt

De kommunala cheferna anser att det är bra om verksamheten i länet organiseras på olika sätt utifrån de olika kommunernas förutsättningar.

Flera av de kommunala cheferna säger att likvärdighet handlar om att erbjuda ungdomarna likvärdig hjälp, där spelar organisationen liten eller ingen roll, menar de.

Sammanfattningsvis: De kommunala cheferna, flera av barnmorskorna och de flesta av kuratorerna anser att den geografiska närheten är viktig för de ungdomar som är i grundskoleålder och de ungdomar som kan kallas ”resurssvaga”. För ungdomar i gymnasiet passar UM på gymnasieorter. En barnmorska på UM i Fagersta berättar att Fagersta är gymnasieort och att de flesta som kommer till UM är gymnasieungdomar. Goda kommunikationer och vana vid att åka till Fagersta gör att också yngre kan ta sig till Fagersta från Norberg och Skinnskatteberg. Men att resa längre än så skulle bli alltför jobbigt. En allmän uppfattning är att ungdomarna ofta söker hjälp på den ort där de befinner sig under dagtid. Detta innebär att mottagningarna på gymnasieorterna Västerås, Fagersta och Köping tar emot gymnasieungdomar från andra kommuner i länet. De kommunala cheferna anser det bra om UM-verksamheten i länet organiseras på olika sätt utifrån de olika kommunernas förutsättningar.

Delade tjänster

På de flesta av ungdomsmottagningarna i Västmanland är barnmorskornas och kuratorernas tjänster delade. Delade tjänster behöver inte innebära problem, menar FSUM:s ordförande Timmy Leijen. Ibland kan delade tjänster innebära fördelar då de olika verksamhetsområdena berikar varandra. Men delade tjänster innebär också krav på att kunna hålla isär rollerna. Det blir extra viktigt med ett professionellt förhållningssätt, säger Timmy Leijen.

När de intervjuade cheferna talar om delade tjänster gäller det kuratorstjänster. En (kommunal) chef för en kurator med delad tjänst menar att behovet av kuratorn är större inom den andra verksamheten.

En verksamhetschef (landstinget) ser samma fråga ur ett motsatt perspektiv när hon tar upp att det kan vara problematiskt med en kurator som har en tjänst som delas mellan UM och annan verksamhet. Verksamhetschefen har erfarenhet av att det kan innebära att UM-verksamheten bortprioriteras.

Ensamarbete

Flera av landstingets verksamhetschefer nämner att ensamarbete inte ska förekomma. När UM har egna lokaler vilket rekommenderas av FSUM och i landstingets regelbok, kan det uppstå situationer där endast en befattningshavare är i tjänst. Några av dessa mottagningar har bara en kurator och en barnmorska anställd. När någon av befattningshavarna blir sjuk eller av andra skäl inte kan vara på plats

i lokalerna uppstår därmed problem. De olika ungdomsmottagningarna löser detta på olika sätt. En mottagning stänger verksamheten. På en annan mottagning förekommer ensamarbete, vilket framgår av vad en av de anställda berättar.

Samverkan

Två helt olika system som ska samverka

Samverkan mellan huvudmännen är nödvändig för samtliga UM. Det gäller också för UM i Västerås då kommunen deltar i finansieringen av verksamheten.

Erfarenheterna av hur lång tid det tar för huvudmännen att komma överens i olika frågor varierar. Från att det går snabbt och tar väldigt lite tid till att det tar alltför mycket tid. En av de kommunala cheferna konstaterar:

– Det handlar ju om att få en förståelse för varandra. Landstinget och kommunen är två helt olika system ... Vi har olika kulturer.

Vad som väcker irritation

Det som väcker irritation i verksamheten är när en huvudman ensidigt bestämmer något som får konsekvenser för den andra huvudmannen. Exempelvis överskrider budgeten och förväntar sig att den andra huvudmannen ska vara med och betala, beviljar en anställd utbildning som leder till en omfattande frånvaro utan att sätta in vikarie och därmed ökar arbetsbördan för den andra huvudmannens anställda, fattar olika beslut för sina respektive anställda vad gäller deltagande eller villkor i samband med konferenser. En annan irritationsfaktor är när den andra huvudmannens anställda inte upplevs ha tillräcklig kompetens för sitt uppdrag eller den andra huvudmannen visar bristande intresse för verksamheten genom att avsätta en mycket liten resurs eller genom att lämna återbud eller korta ned gemensamma möten. Det finns också exempel på att en huvudmans anställda försöker bestämma vad den andra huvudmannens anställda ska ha för arbetsuppgifter. Ett exempel är barnmorskor som anser att kuratorn regelmässigt ska ställa frågor om tobaksvanor och sjukdomar. Det finns exempel på misstro som framstår som ogrundad. Det gäller exempelvis åsikten att en kommun satsat för lite resurser trots att satsningen är så stor som FSUM rekommenderar. Landstingets representanter ger fler exempel på sådant som irriterat dem än vad kommunernas representanter gör. Styrkan i irritationen kan dock vara stor hos båda huvudmännens representanter.

Det finns också ett par exempel på irritation som uppstår på grund av att det inte finns förutsättningar för utvecklingsarbete. I ett fall uppfattar en anställd att de båda cheferna inte driver ett gemensamt utvecklingsarbete utan bara diskuterar praktiska frågor. I det andra fallet finns irritation hos landstingets verksamhetschef eftersom kommunen bidrar med en så liten kuratorsresurs att verksamhetsutveckling hindras.

När det fungerar som bäst ur UM-synpunkt

När anställda och chefer uttalar sig som mest positivt om UM-verksamheten, finns ett ömsesidigt förtroende mellan barnmorskor och kuratorer. Både den medicinska och den psykosociala delen ses som oumbärliga. Den gemensamma chefen eller de olika cheferna och de anställda värdesätter både sin egen och andras kompetens. Samtidigt som de vill förbättra kompetensen.

Den gemensamma chefen eller de två cheferna har god kännedom om och stort förtroende för verksamheten, sina egna anställda och den andra huvudmannens anställda. De anställda har förtroende för sin egen chef och uppskattar att den andra huvudmannens chef visar stort intresse för verksamheten, exempelvis genom att prioritera gemensamma möten.

Samlokalisering underlättar för ungdomarna och gör det möjligt för barnmorskan att visa var kuratorn finns och om möjligt hälsa på henne. Kuratorn eller barnmorskan kan visa var läkaren finns och

om möjlighet hälsa på henne eller honom. De som har öppen mottagning där alla tre yrkeskategorierna är med uppskattar detta.

När anställda och chefer uppskattar UM-verksamheten som mest finns goda förutsättningar för att bibehålla och förbättra kompetensen. Det finns förutsättningar för att gemensamt utveckla verksamheten. Att uppnå detta tar tid, som en av de kommunala cheferna konstaterar: *När två huvudmän med olika kultur ska samverka kan det ta tid innan man uppnår en ömsesidig förståelse för varandra.*

Sammanfattning, organisation, i punktform

- I Västmanland samverkar hälso- och sjukvården med de enskilda kommunerna i UM-verksamheten
- Totalt finns sex olika kombinationer av organiserande av UM i länet
- De flesta är nöjda med den egna organisationen
- De flesta kuratorer värnar den kommunala tillhörigheten
- Två av kuratorerna anser att det vore bäst med enda huvudman för verksamheten
- UM i Västerås har en enda chef. Hon är chef för både den psykosociala och den medicinska delen. Västerås UM är en organisation med många fördelar.
- I Fagersta framhåller den kommunala chefen och de anställda fördelarna med delat huvudmannskap
- De två kuratorer som är anställda av barn- och utbildningsförvaltningar framhåller den mindre kommunens fördelar
- Barnmorskan på länets allra minsta UM efterlyser riktlinjer för samarbete mellan privata och landstingsdrivna verksamheter
- Begreppet geografisk närhet definieras på olika sätt
- Landstingets verksamhetschefer anser att verksamheten bör centraliseras till Fagersta, Sala, Västerås och Köping och eventuellt kompletteras med filialverksamhet
- De kommunala cheferna, den verksamhetschef som representerar privat vårdgivare i Surahammar och flera av barnmorskorna och kuratorerna värnar den geografiska närhet som innebär att UM finns i varje kommun
- En av de kommunala cheferna säger att det bör finnas en koppling mellan familjeläkarverksamhet och UM-verksamhet
- För unga som går i gymnasiet kan det passa bra med UM på gymnasieorter, anser flera
- För ungdomar som inte går i gymnasiet eller har en utsatt situation behövs en större geografisk närhet
- De kommunala cheferna anser att det är bra att de olika UM:en organiseras på olika sätt utifrån de lokala förutsättningarna
- Minst en av länets UM stänger verksamheten då det finns risk för ensamarbete
- Det som väcker irritation i verksamheten är när en huvudman ensidigt bestämmer något som får konsekvenser för den andra huvudmannen
- När UM fungerar som bäst finns ett ömsesidigt förtroende mellan de anställda, mellan cheferna och mellan de anställda och cheferna

Avtal och huvudmannaskap⁴⁸

Avtal om samverkan

Landstinget Västmanland och kommunerna har blivit ombedda att skicka kopior på sina avtal till utredaren. Totalt fyra avtal har inkommit. Dessa är avtalet mellan Västerås stad och landstinget Västmanland, avtalet mellan Fagersta kommun och landstinget Västmanland, avtalet mellan Sala kommun och landstinget Västmanland och slutligen avtalet mellan Hallstahammars kommun och landstinget Västmanland. Det innebär att de mottagningar som i utredningen kallas ”större” och som också uppfyller FSUM:s krav har skriftliga avtal mellan huvudmännen.

Vad gäller de övriga kommunerna så har Köpings kommun, skickat en kopia på ett brev (2002) till landstinget, i vilket kommunen redogjort för vad kommunen kan bidra med i UM-verksamheten.

Av de övriga fem kommunerna redovisar en kommun ett muntligt avtal. I en annan kommun uppger förvaltningschefen att han ”inte tror” att det finns ett skriftligt avtal. I två kommuner uppger cheferna (eller den chefen bett svara) att de inte hittar något avtal. För de chefer som själva varit med om att sluta muntliga avtal verkar inte detta uppfattas som ett problem. I de fall det är en tidigare chef som slutit avtalet med landstinget eller privat vårdgivare kan det dock uppstå osäkerhet om vad som gäller. De fyra avtal som finns har olika innehåll och olika omfattning. Utöver det som tas upp nedan gäller det exempelvis regler för uppsägning eller huruvida huvudmännen har skyldighet att genom vikarie ersätta den befattningshavare som på grund av sjukdom eller annat inte kan fullgöra sitt arbete. Avtalet mellan landstinget Västmanland och Västerås stad omfattar fem sidor, där beskrivs utförligt vilket som är kuratorernas uppdrag och den del av chefskapet som är kopplat till kuratorernas uppdrag. De övriga avtalen omfattar en till två sidor; där saknas uppgifter om kuratorernas uppdrag. Inget av avtalen behandlar hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Fyra skriftliga avtal och en skrivelse

Västerås stad – landstinget Västmanland (avtal 2012)

Enligt avtalet är Västerås stad uppdragsgivare/beställare av den psykosociala delen och landstinget Västmanland utförare av densamma. Enligt avtalet ska den psykosociala verksamheten bedrivas enligt bland annat socialtjänstlagen och sekretesslagen. Den psykosociala verksamheten ska uppfylla individ- och familjenämndens mål. Den psykosociala delen ingår i individ- och familjenämndens förebyggande och rådgivande uppgifter. I första hand ska kuratorsamtalen innebära rådgivning och stöd. Om kuratorsamtalen övergår i behandling ska de avgränsas till att omfatta fem till sju tillfällen. Kommunen ersätter verksamheten för 2,25 tjänst psykosocialt stöd, 33 procent av 0,88 receptionist, 30 procent av 0,5 tjänst som verksamhetschef och 33 procent av övriga kostnader utom vårdkostnader.

Fagersta kommun – landstinget Västmanland (avtal 2000)

Enligt avtalet delar Fagersta kommun och landstinget Västmanland på driftskostnaderna (exklusive läkemedel och laboratoriekostnader). Kommunen bekostar: kurator 75 procent. Landstinget bekostar: barnmorska 75 procent, läkare 2,5 timme/vecka och undersköterska 50 procent.

Sala kommun – landstinget Västmanland (avtal 2007)

Enligt avtalet bekostar Sala kommun: 37 procent av driften och 100 procent tjänst kurator. Landstinget bekostar: 63 procent av driften, 75 procent barnmorska, 1,5 timme/veckan läkare och 60 procent undersköterska.

⁴⁸ Huvudman är en myndighet eller organisation som (juridiskt och ekonomiskt) har ansvaret för viss verksamhet

Hallstahammars kommun – landstinget Västmanland (avtal 2000)

Enligt avtalet delar Hallstahammars kommun och landstinget Västmanland på driften Kommunen bekostar: kurator 50 procent tjänst. Landstinget bekostar: barnmorska 50 procent tjänst och läkare 1,5 timme/veckan.

Köpings kommun har beskrivit omfattningen av sitt åtagande (2002)

Köpings kommun har i en skrivelse 2002 förbundet sig att bidra med kurator 5 timmar i veckan och 50 procent av hyreskostnaden. Av skrivelsen framgår att BUP tidigare bidragit med 5 timmar kurator i veckan.

Kuratorers dokumentation

Det finns stora olikheter mellan länets olika UM när det gäller kuratorernas dokumentation. Det finns också juridiska felaktigheter eller frågetecken när det gäller dokumentationen. Dessa har minskat efter Cosmics införande på UM i början av år 2015. Fortfarande finns dock olikheter och juridiska felaktigheter eller frågetecken i verksamheten.

Samtliga av landstingets intervjuade verksamhetschefer anser det viktigt att kuratorn dokumenterar. De flesta av kuratorerna anser detsamma. Bland de kommunala cheferna varierar uppfattningarna. Bara två av åtta chefer förespråkar helt och fullt dokumentation. Fyra gör det inte. Två är osäkra på om deras kuratorer dokumenterar och uttalar inte någon bestämd uppfattning i frågan.

De barnmorskor som uttalar sig i frågan anser det naturligt och viktigt att kuratorerna dokumenterar. Barnmorskorna på en av länets UM har negativa erfarenheter av att kuratorn inte dokumenterar. Kuratorernas juridiska möjligheter att dokumentera är dock små. Kuratorerna är anställda av kommunerna och arbetar i samtliga fall⁴⁹ enligt socialtjänstlagen (SoL). Möjligheterna att dokumentera enligt socialtjänstlagen är kopplade till utredning och beslut om bistånd enligt SoL. Någon sådan utredning görs dock inte eftersom detta skulle kollidera med kraven på lättillgänglighet.

Av avgörande betydelse är enligt vilken myndighets ansvar och lagstiftning kuratorn arbetar (se Bakgrund). En kurator som inte arbetar enligt socialtjänstlagen, utan utför uppgifter inom ramen för landstingets hälso- och sjukvårdsansvar är skyldig att dokumentera i en journal.

Dokumentation på UM i Västmanland fram till 2015

Fram till februari 2015 gällde följande:

- På samtliga UM dokumenterade de hälso- och sjukvårdsanställda barnmorskorna och läkarna enligt patientdatalagen, i journal III i profdoc
- På fyra av länets UM dokumenterade också de kommunfinansierade kuratorerna i journal III i profdoc
- På fyra av länets UM dokumenterade inte de kommunanställda kuratorerna

Detta innebär att kuratorer på fyra av länets UM, vars tjänster finansieras av socialtjänsten i kommunerna, inte dokumenterade i den egna myndighetens, socialtjänstens, system utan i hälso- och sjukvårdens system.

På tre av de ”större mottagningarna” fanns kuratorer som arbetade med smittspårning enligt hälso- och sjukvårdslagen, trots att de är anställda av kommunen. Arbeta enligt hälso- och sjukvårdslagen måste dokumenteras. Ibland hade de olika befattningshavarna också tillgång till varandras dokumentation, trots att sekretess råder mellan huvudmännen. Det förekom att kuratorn hade tillgång till barnmorskornas journal, samtidigt som barnmorskorna inte hade tillgång till kuratorns. Motsatsen förekom också att barnmorskorna hade tillgång till kuratorns journal, samtidigt som kuratorn inte hade tillgång till barnmorskornas.

På en mottagning sammanfördes dokumentation från de samverkande huvudmännen i en pappersjournal för att man uppfattade att det var juridiskt möjligt att sammanföra i pappersform men inte i datorn. I lagstiftningen görs ingen sådan skillnad mellan om dokumentationen görs på papper eller i datorn.

En av de kommunala cheferna uppgav att kuratorn inte dokumenterade mer än minnesanteckningar samtidigt som det framkom av det kuratorn berättade att kuratorn dokumenterade i form av journalanteckningar.

De flesta intervjuade menade att journalerna var tillräckligt skyddade från insyn från verksamheter utanför UM. Det fanns dock kuratorer (på UM med egna lokaler) som ifrågasatte att journalerna var tillräckligt skyddade trots att ledningen hävdade att de var det. Det fanns också anställda på vissa UM, på vårdcentral, som ansåg att deras journaler inte var tillräckligt skyddade från insyn från övrig primärvård.

⁴⁹ Två av länets UM-kuratorer är anställda av barn- och utbildningsförvaltningar. De arbetar förebyggande enligt socialtjänstlagen. När det gäller Västerås finns olika uppfattningar. I avtalet mellan Västerås stad och landstinget Västmanland nämns dock socialtjänstlagen.

Dokumentation från och med 2015

År 2015 har inneburit en stor förändring när det gäller UM:s dokumentation i och med att landstinget har infört ett enhetligt dokumentationssystem för hela hälso- och sjukvården. Förändringarna har medfört att:

- De hälso- och sjukvårdsanställda, på samtliga UM dokumenterar enligt patientdatalagen, i Cosmic
- Ingen kommunanställd kurator får behörighet för att dokumentera i Cosmic
- Kuratorerna på UM i Västerås är de enda av länets kuratorer som dokumenterar i Cosmic
- På en av länets UM har den kommunala ledningen beslutat att köpa in ett eget dokumentationssystem för kuratorn.

Förändringarna har inneburit att vissa förhållanden som, ur juridisk synpunkt, varit felaktiga har rättats till. Kommunanställda kuratorer har inte längre behörighet att använda eller läsa i hälso- och sjukvårdens system.

Kuratorerna på UM i Västerås har dock getts behörighet av landstinget att dokumentera i Cosmic då de betraktas som anställda av landstinget Västmanland. Deras tjänster finansieras dock av Västerås stad. Enligt avtalet mellan Västerås stad och landstinget Västmanland ska kuratorerna arbeta enligt socialtjänstlagen och arbetet ska i första hand avgränsas till ”råd och stöd”. Om rådgivningen och stödet övergår i samtalsbehandling ska denna, enligt avtalet, vara strukturerad, målinriktad och avgränsad till fem till sju samtal. På ett annat ställe i avtalet står talat om att det arbete som utförs av kuratorerna är en del av individ- och familjenämndens förebyggande och rådgivande arbete. Detta skulle kunna innebära att tanken från början har varit att kuratorernas arbete skulle betraktas som ett förebyggande arbete och därmed inte dokumenteras. I avtalet finns dock även ett kort avsnitt om registrering, arkivering och gallring där det inte framgår om det är individärenden eller andra typer av ärenden som avses.

En av länets UM planerar att köpa in eller har redan köpt in ett eget separat dokumentationssystem för kuratorns dokumentation. Detta eftersom behoven av dokumentation anses stora, samtidigt som det anses uteslutet att dokumentera enligt socialtjänstlagen.

Service eller bistånd

Inom ramen för det kommunala ansvaret är det endast i mycket begränsad omfattning möjligt att dokumentera på individnivå om det inte rör sig om verkställighet av ett biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen. För att det ska röra sig om verkställighet av ett biståndsbeslut ska det finnas ett beslut om bistånd, vilket ska föregås av en utredning om den hjälpsökandes situation och behov av stöd. För att utredningen ska kunna leda fram till ett beslut om bistånd måste den visa att behovet finns och inte kan tillgodoses på annat sätt.

Inom socialtjänsten har under många år diskuterats vilka insatser som kan ges som service, utan biståndsbeslut, och vilka insatser som måste föregås av en utredning och beslut om insatser.

I en statlig offentlig utredning går att läsa: *En insats som ges som service är inte individanpassad utan lika för alla, det vill säga följer ett givet program, och bygger på att individer själva söker upp verksamheten, även om detta kan ske efter rekommendation* (SOU 2009:68 s 386) Familjerådgivning är exempel på en insats som ges utan utredning och biståndsbeslut. Familjerådgivningen ses som en informerande och rådgivande inte behandlande verksamhet (ordet ”stöd” används inte här). (Socialstyrelsen 2015)

Två domar hos förvaltningsrätten i Jönköping (2015) pekar på att möjligheterna för kommunerna att ge insatser som service, och inte som bistånd, är mycket begränsade. Dessa domar har vällat mycket diskussion i kommuner över hela landet. I rapporten: *Socialtjänst utan biståndsbedömning - en rapport om öppna sociala tjänster*, utgiven av STQM Management, Linköpings kommun, FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete i Linköping samt Centrum för kommunstrategiska studier (CKS) vid Linköpings universitet, redovisas en undersökning där 98 procent av kommunerna uppger att de erbjuder insatser utan utredning och biståndsbeslut. Drygt hälften av landets kommuner har besvarat den enkät i vilken frågan ingick.

På STQM Managements⁵⁰ hemsida kan följande läsas:

”Just nu pågår i Sveriges kommuner en stark utveckling för att göra sociala insatser mera tillgängliga för invånarna – socialtjänst blir service istället för behovsprövat bistånd. Det innebär att den enskilde kan vända sig direkt till den som utför sociala stödinsatser, till exempel en öppen mottagning för barnfamiljer eller en öppen missbruksmottagning. Denna utveckling bygger på tron att den enskilde själv kan bedöma sitt behov. Men utvecklingen är kontroversiell. Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anser att i princip alla sociala insatser som riktas till individen ska biståndsbedömas och beslutas i myndighetsutövning. Frågan prövas för närvarande i rättsprocesser mellan IVO och Linköpings kommun.”

Minnesanteckningar i förhållande till journalskrivning

Några kuratorer säger att de för minnesanteckningar. Minnesanteckningar är juridiskt sett ett mycket avgränsat fenomen. Det är alltså mycket stor skillnad mellan minnesanteckningar och journalanteckningar.

En tjänsteman kan behöva göra minnesanteckningar som stöd i det egna arbetet med ett pågående ärende. Det kan handla om att stolpa upp de viktigaste uppgifterna i ett stort utredningsmaterial eller att skriva ”att göra”-listor över åtgärder som måste vidtas i ärendet (se bland annat RÅ 1972 ref. 70) <http://www.allmanhandling.se/?p=2372>) skriver juristen och journalisten Per Hagström (2011).

Tidigare JO Tor Sverne och tidigare byråchef hos JO Carl Norström skriver med hänvisning till TF (tryckfrihetsförordningen):

”Med minnesanteckning förstås enligt TF promemoria eller annan uppteckning eller upptagning som har tillkommit endast för ett ärendes föredragning eller beredning av ett ärende”. (Norström o Sverne 1981 s 24). Till minnesanteckningar räknas inte upptecknande som tillför ett ärende nytt sakmaterial” (s 25).

Att det som ibland (slarvigt) kallas minnesanteckningar i själva verket är journalanteckningar framgår också av utdraget nedan:

Sekretess

Mellan olika myndigheter, som landstinget och kommunerna, råder sekretess (1 kap 3§ sekretesslagen, 8 kap 1- 2§§ i offentlighets- och sekretesslagen).

Sekretesslagen (1980) ersattes 2009 av en offentlighets- och sekretesslag. Den nya lagen har, i stort sett, samma innehåll men en ny struktur (Lagen nu 2009). I Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande (2006), *kapitlet om Sekretess, personuppgiftsbehandling och journalföring* (s 577), skriver psykiatrisamordningen att reglerna för dokumentation och journalföring kan försvåra för huvudmännen att samlokalisera eller integrera sina verksamheter. Nationell psykiatrisamordning föreslog regeringen att tillsätta en särskild utredning eller ge Socialstyrelsen i uppdrag att belysa frågan och lämna förslag till förändringar. Detta har ännu inte förverkligats.

Åsikterna är delade, men de flesta framhåller vikten av dokumentation

Intervjuerna med barnmorskor, kuratorer, verksamhetschefer och kommunala chefer gjordes innan Cosmic infördes. Nedan redovisas de olika gruppernas uppfattningar.

Att samtliga behöver dokumentera är en självklarhet för landstingets verksamhetschefer. En av dem säger:

– *Det är bäst för ungdomarna att alla dokumenterar! Dokumentationen är till för att vi ska kunna ta hand om ungdomarna på bästa sätt.*

De anledningar som nämns i övrigt är att kuratorerna själva vill dokumentera för att kunna se vad de har givit för råd och stöd och att det är viktigt att det finns dokumentation när en kurator slutar sin

⁵⁰ Ett konsultföretag med erfarna konsulter. Företaget arbetar med verksamhetsutveckling.

tjänst och ersätts av en ny. Ytterligare argument som nämns är att om ungdomen som ung vuxen söker vård på vårdcentral kan vårdpersonalen fråga om de får läsa ungdomens UMjournal för att få en bättre bild av ungdomens svårigheter och vilken hjälp som har givits tidigare.

Ett par av verksamhetscheferna argumenterar för att de olika yrkeskategorierna ska få del av varandras journaler. Argumenten handlar om att det är viktigt för barnmorskan och läkaren att kunna se kuratorns dokumentation och därigenom också få förståelse för ungdomens psykosociala situation och de psykosociala åtgärderna. Det kan vara särskilt viktigt om en ungdom inte kommer till UM som avtalat. En av verksamhetscheferna säger:

– *Många går ju mellan barnmorska och kurator och då är det ju jätteviktigt att man kan följa upp om de inte kommer, att man får ta del av varandras dokumentation, det tycker jag är självklart.*

De kommunala cheferna gör olika ställningstaganden

Fyra av de åtta kommunala cheferna anser att en UM-kurator inte ska dokumentera. De säger att ”deras” kuratorer inte dokumenterar. (En av dem gör dock detta visar det sig i intervjun med kuratorerna.) Två av de kommunala cheferna är osäkra på om ”deras” kurator dokumenterar. Två kommunala chefer känner till att ”deras” kuratorer dokumenterar och tycker att det är viktigt att de gör det.

I de två kommuner där kuratorn är anställd av en barn- och utbildningsförvaltning är det självklart att kuratorn inte dokumenterar. *Vi hanterar det på samma sätt som för en skolkurator*, säger en av de två cheferna. I en av de två kommuner där kuratorn är anställd inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg och inte dokumenterar är det lika självklart att kuratorn inte dokumenterar eftersom hon inte bedriver ”behandlingsarbete”, säger den ansvariga chefen.

De två kommunala chefer som anser det viktigt att kuratorerna dokumenterar, säger att det är viktigt att dokumentera samtalskontakterna och att det är viktigt för samarbetet att samtliga yrkeskategorier dokumenterar så att de olika yrkesgrupperna *inte blir små öar*. En av de två kommunala chefer som är osäker på om kuratorn dokumenterar framhåller ändå vikten av att dokumentera sådant som de anmälningar som görs till socialtjänsten. Samma kommunala chef säger också: *Om en ungdom gör något så allvarligt som att ta livet av sig eller slå ihjäl någon är det viktigt att det finns dokumenterat vilket stöd som givits*. En chef i en kommun där kuratorn inte dokumenterar invänder genom att säga att om ungdomen har så stora svårigheter så ska han eller hon få hjälp av en annan verksamhet, en behandlande verksamhet, och då görs journalföringen där.

Frågan om dokumentation är intimt förknippade med innehållet i kuratorns arbete. Efter samtal om de juridiska hindren för kuratorernas dokumentation säger en av de två kommunala chefer som var osäker på om kuratorn dokumenterar:

– *Det (juridiken) hjälper oss egentligen att säga att UM ska vara den här begränsade insatsen som den ska vara. Förut upplevde jag att det fanns önskemål bland UM om att utveckla terapideleken då väljer man en annan väg, då blir det inte den tidigt uppfångande.*

Kuratorernas uppfattningar hänger samman med deras organisationstillhörighet

Som nämnts ovan har kuratorerna vid fyra av länets UM dokumenterat i landstingets journalsystem fram till 2015, då landstinget införde ett enhetligt dokumentationssystem, Cosmic, för hela hälso- och sjukvården. Ingen av kuratorerna på de fyra UM där kuratorerna dokumenterade år 2014 (då intervjuerna gjordes) ansåg att detta var onödigt. En av dem som inte dokumenterade ansåg i stället att det skulle vara naturligt att göra det. En kurator som var relativt ny på sin tjänst uttalade inte någon uppfattning i frågan. Bara för två kuratorer var det självklart att inte dokumentera. Det gäller de två kuratorer som är anställda av barn- och utbildningsförvaltningarna. Enligt deras chefer arbetar de förebyggande enligt SoL.

De kuratorer som anser dokumentation viktig framförde följande argument:

– *För att komma ihåg när ungdomen och jag träffades och hur ungdomen mådde då*

- För att nästa kurator ska kunna läsa om jag slutar
- Det blir inte rättssäkert annars
- Vi behöver kunna lämna underlag till domstolen eller vittna om ungdomar har berättat för oss att de har blivit utsatta för misshandel eller sexuella övergrepp
- Anmälningar till socialtjänsten och det som ledde fram till anmälan till socialtjänsten behöver dokumenteras
- Remisser behöver dokumenteras
- Intyg till försäkringskassan behöver dokumenteras
- När jag uppmanar någon att kontakta en familjeläkare vill jag att det finns nedskrivet

En kurator som inte dokumenterar för ett resonemang kring frågan. Hon landar i att det är viktigt med dokumentation för att kunna hjälpa ungdomen på bästa sätt. Hon säger:

– ... Jag kan tycka att det är märkligt att inte skriva upp vilka som har varit på UM, att det inte finns någon form av registrering och statistik. Jag tycker det är lite, jag vet inte, konstigt. Jag har inget behov av att redogöra. Men att det inte står: Samtal med kurator. Jag kan ju träffa ungdomar som inte läkaren eller barnmorskan känner till, då visar det sig aldrig. Och jag vet inte vilka som har varit aktuella tidigare. Jag tycker det ska finnas en markering att de har varit (på UM). Om jag slutar då är det ingen som vet. De (barnmorska eller läkare) kanske skriver in, men det blir ju deras ord, inte mina, inte mitt perspektiv. Jag tycker att man ska skriva journalanteckningar. Om man kommer som 14–15-åring och sedan kommer tillbaka som 16-åring i en ny livsfas. Jag tycker det är viktigt att det finns dokumentation. Jag har ju inte alls så många samtal, men oavsett, tycker jag det är viktigt. Det ligger ju i ungdomens intresse. Det är ju för att man ska kunna hjälpa på bästa sätt. Det är värdefullt att man kan gå tillbaka och titta, så det tycker jag nog.

Om sekretess mot andra verksamheter

Flera kuratorer trycker på att sekretessen mot övrig hälso- och sjukvård måste vara mycket sträng. Det får inte vara tekniskt möjligt för någon utanför UM att gå in i journalen. Det innebär att det inte är tillräckligt att kunna se i efterhand att någon obehörig läst journalen.

Dokumentation behövs inte

För de två kuratorer som är anställda av barn- och utbildningsförvaltningar är det naturligt att inte dokumentera. En av dem säger:

– Jag har aldrig haft behov av det. Jag har ju så mycket med barnmorskan att göra. Det kan stå i deras journal: Kontakt med kurator och lite anteckningar. Det fungerar bra.

Den andra säger:

– Jag har krav på mig att skriva om det är tjej eller kille och hur många de är. Statistik för jag och minnesanteckningar.

En tredje kurator säger att dokumentation eller inte beror på innehållet i arbetet:

– Om du behandlar ska du dokumentera, om det är stödsamtal så ska du inte.

Barnmorskorna om behovet av dokumentation

Samtliga barnmorskor som uttalar en åsikt, anser att det är naturligt att dokumentera och att det finns ett behov av att också kuratorer gör detta.

Ett par barnmorskor berättar om sina negativa erfarenheter av att kuratorn inte dokumenterar. När de fick kritik av socialtjänsten för att de (enligt socialtjänstens uppfattning) hade lämnat en anmälan om oro för en ungdom på ett för sent stadium, hade det varit ett gott stöd om kuratorn också hade dokumenterat sina ställningstaganden och grunden för dessa. Barnmorskorna och kuratorn hade gjort noggranna överväganden och var överens om när de tyckte det var dags att anmäla.

En barnmorska, säger att frågan om dokumentation ofta inte är något som helst bekymmer för ungdomarna. Hon berättar att hon mött ungdomar som tar för givet att deras besök på andra UM finns registrerade eller att det finns nationella sjukdomsregister med namn på dem som är drabbade.

Övriga synpunkter på dokumentation

En av barnmorskorna framhåller att det också är viktigt för barnmorskorna att det går att läsa vad gynekologen gjort för bedömning för att se om den överensstämmer med den egna. Det gör också att det blir möjligt att svara på frågor från ungdomen och blir samtidigt också ett sätt för barnmorskan att lära av läkarens bedömning.

Kuratorerna om de förändrade förutsättningarna för dokumentationen

Införandet av Cosmic har påverkat den kurativa verksamheten vid tre av länets UM. Kuratorerna vid dessa tre UM har tillfrågats (av utredaren) om *hur* ändringarna påverkar deras arbete. En av de tre skriver att *det är för tidigt att veta*. Ändringarna medför, inte bara ändrade förutsättningar för dokumentation, utan också att det är omöjligt för kuratorerna att komma in i tidsbokningssystemet. Det sistnämnda har vållat stora problem, men dessa verkar vara på väg att lösas, skriver två av kuratorerna. En av dem berättar att deras respektive kommun håller på att undersöka om de med bibehållen sträng sekretess kan föra minnesanteckningar respektive dokumentera i kommunernas system. Den kurator som skriver om minnesanteckningar påpekar att kuratorerna ju inte ska dokumentera annat än genom minnesanteckningar. Den andra kuratorn skriver att det är viktigt att kunna dokumentera då ungdomarna som kommer till UM kan ha allvarliga problem som *självordstankar* och *allvarliga ätstörningar*. Kuratorn skriver att när ungdomen är under 18 år finns möjligheten att kontakta föräldrarna. När ungdomen är över 18 år saknas den möjligheten.

Den tredje kuratorn skriver att förändringen vållar mycket stora problem på UM. Den hindrar möjligheterna att samarbeta och hjälpas åt. Detta försvårar mycket påtagligt i vardagen eftersom UM-verksamheter är av den storleken att samarbete är en förutsättning för att de ska fungera optimalt. Förändringen *kommer att drabba patienterna hårt*. När kuratorn beskriver förändringarna tar hon upp att barnmorskorna inte längre kan boka en kuratorstid vilket de har kunnat tidigare. De kan inte heller lämna svar om ungdomarna vill veta när de har en kuratorstid. Kuratorn kan inte längre lämna besked om provsvar, som hon har gjort tidigare. Hon kan inte heller lämna svar till den ungdom som tittar in och frågar om exempelvis tider eller recept. Hon kommer inte att kunna läsa den dokumentation hon själv gjort tidigare.

Sammanfattning i punktform

- I de fall kuratorerna inte dokumenterar beror det på att kuratorns arbete betraktas som avgränsat till förebyggande arbete eller innebär råd och stöd, enligt socialtjänstlagen, men inte behandling.
- I de fall kuratorerna dokumenterar beror det på att ungdomarna kan befinna sig i mycket svåra situationer och att det då blir viktigt att se att kuratorn vidtagit de åtgärder som behövs, exempelvis anmält till socialtjänsten.
- Ytterligare en anledning som nämns är att det är naturligt att kuratorn gör som övriga yrkeskategorier och dokumenterar.
- I några fall vet inte den kommunala chefen om kuratorn dokumenterar.

Juridiska frågetecken och frågor

- Kuratorerna på UM i Västerås dokumenterar i Cosmic enligt patientdatalagen, samtidigt som deras tjänster finansieras av kommunen och de förväntas arbeta enligt socialtjänstlagen. (Ytterligare tre kuratorer har tidigare arbetat enligt SoL och dokumenterat i hälso- och sjukvårdens system)
- Är kuratorernas arbete att jämföra med familjerådgivningens? – I så fall ska de inte dokumentera.
- Är kuratorernas arbete ett förebyggande arbete? I så fall ska de inte dokumentera.
- Är arbetets karaktär behandling och måste dokumenteras?
- Är det möjligt för kuratorerna att göra en snabb formell utredning enligt 11:1⁵¹, fatta beslut om bistånd i form av samtal och sedan verkställa?
- Behöver inte vissa saker dokumenteras som anmälningar till socialtjänsten och berättelser om övergrepp?
- Är det juridiskt möjligt att låta kuratorn använda ett eget journalsystem?

Etiska frågor

- Är det möjligt att förena UM:s grundläggande idé om lättillgänglighet med krav på utredning och biståndsbeslut?
- Är skälen för att dokumentera så starka att de väger tyngre än lagstiftningen (och det enda rimliga är att kräva ändrad lagstiftning)?
- Är det bra att kuratorn använder ett eget journalsystem?
- Hur förhindra att minnesanteckningar blir journalanteckningar

⁵¹ 11 kap. Handläggning av ärenden 1 § Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Vad som har kommit fram vid utredning och som har betydelse för ett ärendes avgörande ska tillvaratas på ett betryggande sätt. Lag (2012:776).

4. Sammanfattande slutsatser och diskussion

Utredningen visar att skillnaderna mellan olika UM i Västmanland är mycket stora. Utredningen visar också att åsikterna och argumenten varierar stort. Argumentationen bedrivs utifrån olika perspektiv. Att samma begrepp används för ibland helt motsatta synpunkter förvirrar. De olika argument som framförs är, trots att de i flera fall är helt motsatta, ofta välgrundade. Utredningen visar att det inte finns några enkla lösningar. *De olika perspektiven behöver tas tillvara i fördjupade samtal och diskussioner om UM:s verksamhet.* För att undvika onödig förvirring behöver samtalen starta med att de som deltar berättar hur de definierar begrepp som exempelvis *tillgänglighet* och *geografisk närhet*. Samtalen behöver föras i olika forum och på olika nivåer. UM spelar en unik roll genom att ungdomar och unga vuxna ofta kommer till verksamheten på eget initiativ. De som arbetar där är intresserade av ungdomars utveckling och av att ge ungdomar det stöd de behöver. De har god kompetens. UM spelar också en unik roll genom att de unga som kommer dit inte behöver ha svårigheter eller behöver kunna erkänna sina svårigheter. UM har därmed unika möjligheter att erbjuda hjälp, att ge råd och att fånga upp. En sådan verksamhet är viktig att värna.

UM:s mål och uppdrag

UM:s mål och uppdrag, anges ofta både på ett övergripande allmänt plan och ett mer konkret plan, som i den regelbok som landstinget Västmanland utarbetat.⁵² De begrepp som används i regelboken verkar i flera fall valda med omsorg. Det gäller exempelvis begreppen: *information, rådgivning och stödjande samtal*, som UM ska erbjuda för exempelvis samtal om relationer och livsstil. När begreppet *behandling* används handlar det om medicinsk behandling. De intervjuade kuratorerna gör en distinktion mellan *råd och stöd* å ena sidan och *behandling* å andra sidan när det gäller det kurativa arbetet. En svårighet är dock att gränsen däremellan är oklar. ”Bedömningen av var gränsen går varierar mellan olika situationer och personer”, säger exempelvis FSUM:s ordförande. Fördjupade samtal om begreppen mellan chefer och mellan anställda och chefer skulle dock kunna vara ett hjälpmedel för att fylla begreppen med ett innehåll som kan komma till nytta i vardagens arbete. Samtalen behöver utgå från de behov som anställda uppmärksammar i vardagen.

Uppdragets genomförande

FSUM:s ordförande berättar att det förekommer att UM arbetar med terapi, det vill säga behandling, under kortare eller längre tid. Unga vuxna kan annars ha svårt att få den hjälp de behöver. Det finns kuratorer i Västmanland som också anser det viktigt att UM kan erbjuda stöd av behandlande karaktär. Av intervjuerna framgår att kuratorerna på tre av de fyra största mottagningarna arbetar med smittspårning, trots att smittspårning är en uppgift för landstingen och trots att kuratorernas tjänster i samtliga fall finansieras av kommunerna. En av kuratorerna hänvisar till en studie som visar att kuratorer, generellt sett, får vetskap om fler kontakter. I regelboken finns angivet att barnmorskor eller kuratorer ska arbeta med smittspårning enligt smittskyddslagen. Det framgår inte av regelboken eller intervjuerna om detta varit föremål för diskussion mellan huvudmännen.

⁵² UM:s uppdrag att främja ”en god hälsa” och ”en säker sexuell hälsa” bland ungdomar. UM:s uppdrag är också att ”stärka identitets- och personlighetsutvecklingen och förebygga och tidigt upptäcka psykisk ohälsa och sociala problem. Uppdraget omfattar även ett utåtriktat hälsofrämjande arbete.”

UM:s uppdrag är att bedriva både mottagningsverksamhet och utåtriktat hälsofrämjande arbete. I uppdraget ingår också att erbjuda information, rådgivande och stödjande samtal likväl som undersökning, förskrivning eller behandling när det gäller:

- reproduktiv hälsa
 - preventivmedel
 - sexuellt överförbara infektioner
 - gynekologiska och andrologiska problem
- Ungdomsmottagningen ska erbjuda information, rådgivning och stödjande samtal kring
- sexologiska frågor och problem
 - identitets- och könsutveckling
 - könsroller och attityder
 - relationer till familj, partner, vänner och omgivning
 - pubertets- och kroppsutveckling
 - livsstilsfrågor och levnadsvanor

Att barnmorskornas roll på UM är att vara experter på kroppen, preventivmedel och könssjukdomar verkar oomtvistat. Oklarheter som gäller yrkesrollen kan dock uppstå i förhållande till kuratorerna och i förhållande till ungdomarna. Att arbeta med smittspårning enligt smittskyddslagen är en landstingsuppgift. Ur juridisk synpunkt är det därför lämpligast att barnmorskan utför uppgiften. Landstingets verksamhetschefer menar att det är viktigt att barnmorskan kan hänvisa till kuratorn då det behövs. Att de tar upp detta som viktigt tyder på att det ibland kan vara svårt. I intervjun med de unga visade det sig att för båda de intervjuade unga männen var det en främmande tanke att de som män skulle ha kontakt med en barnmorska för egen del. En av dem har kontakt med barnmorska. Han uppskattar kontakten men har inte tänkt på eller vetat om att det är just en barnmorska han har haft kontakt med. Han funderar på om det skulle kunna vara bra om arbetsuppgifterna vore mer uppdelade mellan olika yrkesgrupper

När barnmorskor och kuratorer talar om läkarresursen framgår att det finns behov av mer kontakt med läkarna för egen del. De exempel som ges handlar om att få del av läkarnas kunskaper och få hjälp med bedömningar. Det framgår också av intervjuerna att det är viktigt att läkarna har ett särskilt intresse för och kunskap om ungdomars utveckling och om UM-verksamhet. En av kuratorerna har tidigare arbetat i ett team där också en psykiatriker ingick. Hon har mycket goda erfarenheter av detta. Hon säger att det skulle vara en stor tillgång att ha det så också på UM. *Det skulle vara till gagn för ungdomarna med en läkare med psykiatrisk kompetens.* En läkare som skulle kunna rådfrågas och göra bedömningar av om ungdomarnas svårigheter är av den art att UM kan hjälpa dem eller om ungdomarna behöver remitteras vidare.

Behöver kuratorsresursen vara lika stor som barnmorskeresursen

De kommunala cheferna anser att kommunerna har andra resurser som gör att kuratorsresursen inte behöver vara lika stor som barnmorskeresursen på UM. Bland dessa andra resurser nämns i första hand familjebehandling, men också skolkuratorer nämns. Verksamhetscheferna anser att resurserna behöver vara lika stora. Kuratorerna är inte överens med de egna (kommunala) cheferna om att andra verksamheter når samma målgrupp. Här skulle det kunna vara fruktbart att diskutera hur det påverkar verksamheten på UM med större eller mindre kuratorsresurs.

Om kuratorn ska ha möjligheter att delta i utvecklingsarbete, delta i det utåtriktade arbetet och bygga upp samarbete med verksamheter som exempelvis socialtjänst och skola då är det viktigt att resursen inte är alltför liten. Lika stor kuratorsresurs som barnmorskeresurs innebär också en tydlig signal om att det psykosociala arbetet ges samma dignitet som det medicinska.

I de fall kommunala chefer ser UM som en verksamhet driven av hälso- och sjukvården finns idag ingen anledning att bidra med större resurs. Den begränsade kuratorsresursen kan då liknas vid en konsult som anlitas för medverkan vid behov.

Kuratorers dokumentation – Juridiska frågetecken och frågor

- Kuratorerna på UM i Västerås dokumenterar i Cosmic enligt patientdatalagen, samtidigt som deras tjänster finansieras av kommunen och de förväntas arbeta enligt socialtjänstlagen. (Ytterligare tre kuratorer har tidigare arbetat enligt SoL och dokumenterat i hälso- och sjukvårdens system)
- Är kuratorernas arbete att jämföras med familjerådgivningens? – I så fall ska de inte dokumentera.
- Är kuratorernas arbete ett förebyggande arbete? I så fall ska de inte dokumentera.
- Är arbetets karaktär behandling och måste dokumenteras?
- Är det möjligt för kuratorerna att göra en snabb formell utredning enligt 11:1⁵³, fatta beslut om bistånd i form av samtal och sedan verkställa?

⁵³ 11 kap. Handläggning av ärenden 1 § Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Vad som har kommit fram vid utredning och som har betydelse för ett ärendes avgörande ska tillvaratas på ett betryggandesätt. Lag (2012:776).

- Behöver inte vissa saker dokumenteras som anmälningar till socialtjänsten och berättelser om övergrepp?
- Är det juridiskt möjligt att låta kuratorn använda ett eget journalsystem?

Kuratorers dokumentation – Etiska frågor

- Är det möjligt att förena UM:s grundläggande idé om lättillgänglighet med krav på utredning och biståndsbeslut?
- Är skälen för att dokumentera så starka att de väger tyngre än lagstiftningen (och det enda rimliga är att kräva ändrad lagstiftning)?
- Är det bra att kuratorn använder ett eget journalsystem?
- Hur förhindra att tänkta minnesanteckningar i praktiken – blir journalanteckningar?

Behandlande verksamheter som behövs och som idag saknas

När det inte finns behandlande verksamheter att hänvisa till riskerar UM att bli en verksamhet som tar emot ungdomar med en tyngre problematik än som är förenligt med UM:s uppdrag, eller ännu värre: att unga i svåra situationer lämnas utan hjälp. Flera intervjuade talar om svårigheter för unga vuxna att få hjälp. En av de två intervjuade unga männen påtalar att det finns behov av tillgång till terapi för *tyngre problem* för unga vuxna. Idag saknas den möjligheten. Två av kuratorerna på UM i Västerås framhåller att unga vuxna mellan 19-21 faller mellan stolarna. Medan unga upp till 18 år kan få hjälp av UM, BUP, barn- och ungdomshälsan och akutspsykiatri för barn, så kan unga vuxna bara få hjälp av UM, familjeläkarmottagningen eller vuxenpsykiatri. Att vårdcentralerna är många försvårar möjligheterna att bygga upp en samverkan mellan UM och vårdcentralerna. UM har vid flera tillfällen bett om samverkan med vuxenpsykiatri utan att få gehör för det. Familjeläkarna har ett brett arbetsområde och skiftande kompetens och erfarenhet. Om även familjeläkaren behöver hjälp med en akut bedömning så hänvisas ungdomen till akutspsykiatri för vuxna. Det kan resultera i ibland timplånga väntetider i en miljö som kan upplevas som *obehaglig* och en bedömning av en läkare som inte är specialiserad på unga. *Det innebär inte ett gott omhändertagande av unga vuxna.* De två kuratorerna som påtalar detta, menar att det vore önskvärt att landstinget följer kommunens exempel (gällande öppenvård barn- och familj) och utökar barn och ungdomspsykiatri till att omfatta unga vuxna upp till 21. Detta för att möta *sköra unga vuxna* på bästa möjliga sätt med ett tryggt omhändertagande. Inom BUP finns den expertis som är riktad mot ungdomars psykiska mående och som behövs för att säkerställa att rätt insatser sätts in så snabbt som möjligt och därmed förebygger försämrat mående. Om BUP:s verksamhet skulle omfatta unga upp t.o.m. 21 år finns goda förutsättningar för ett bra samarbete mellan de aktörer som möter ungdomarna.

Huvudmannaskap

De flesta av landets ungdomsmottagningar uppger att landstinget är ensam huvudman. Av FSUM:s medlemmar, 219 ungdomsmottagningar, uppger 45 procent landstinget som enda huvudman, 33 procent av landets UM uppger både landstinget och kommunen som huvudman.⁵⁴

Av utredningen framgår att landstingets verksamhetschefer önskar att landstinget ska vara huvudman för verksamheten. Kuratorer på två av åtta mottagningar anser det vore bättre med en huvudman än två. Några av barnmorskorna anser att det bästa vore om landstinget blev ensam huvudman för verksamheten. Av de kommunala cheferna anser de flesta att ett delat huvudmannaskap är att föredra. Det är inte klarlagt om de som förespråkar att landstinget skulle bli ensam huvudman, menar att detta skulle ske utan att kommunerna finansierar kuratorstjänsterna. Flera intervjuade betraktar dock organiserandet av Västerås UM som en bra modell. Det är därför rimligt att tro att de avser den modell som Västerås

⁵⁴ 12 procent har kommunen som huvudman och 11 procent har annan huvudman. Mottagningarna har själva definierat begreppet huvudmannaskap. Inga uppgifter finns om finansiering av verksamheten. Mottagningarna i region Skåne och i region Örebro finansieras helt och hållet av landstingen, som också är huvudmän för verksamheten, enligt FSUM:s ordförande, Timmy Leijen, (region Örebro) och enhetschefen Joakim Wallin (region Skåne) En UM i en annan region uppger kommunen som huvudman, men finansieras, enligt avtalet mellan stadsdelsnämnden och landstinget, till 85 procent av landstinget.

stad och landstinget Västmanland kommit överens om. I vilket fall som helst behöver frågan diskuteras. Nedan redovisas tre olika huvudmodeller. Redovisningen är ett försök att, utifrån vad som framkommit i intervjuerna och utifrån lagstiftningen, renodla och förtydliga vilka problem man löser, vilka som kvarstår och vilka som tillkommer med de olika huvudmodellerna. De tre huvudmodellerna är: *UM med landstinget som enda huvudman*, *UM med delat huvudmannaskap* och *Västerås stad och landstinget Västmanlands modell* där landstinget svarar för chefskapet för hela arbetsgruppen, men kommunen finansierar kuratorstjänsterna och en del av cheftjänsten.

Med landstinget som enda huvudman

Med landstinget som enda huvudman och finansiär av verksamheten skulle frågan om kuratorers dokumentation omedelbart vara löst. Kuratorerna skulle då liksom barnmorskor och läkare dokumentera i landstingets system, Cosmic. Det skulle vara naturligt att ha en gemensam chef för hela verksamheten. Det skulle vara praktiskt och juridiskt möjligt att fördela arbetsuppgifterna på ett mer flexibelt sätt. Kuratorerna skulle exempelvis utan problem kunna arbeta med smittspårning. En större enhetlighet för UM-verksamheten i länet skulle vara lättare att uppnå. Organisationen skulle kunna fungera mer effektivt, genom att mötena mellan huvudmännen skulle kunna minskas och beslutsvägarna kortas. Det skulle också bli möjligt med en länsorganisation för verksamheten som en av kuratorerna framhåller som önskvärt.

Tänkbara risker med landstinget som enda huvudman är att det medicinska perspektivet skulle bli än mer dominerande på bekostnad av det psykosociala. För de flesta kuratorer är det viktigt med en kommuntillhörighet. Det goda samarbetet som i flera fall finns mellan huvudmännen skulle kunna gå förlorat. Samarbetet med socialtjänsten skulle kunna försvåras. Socialtjänsten har, enligt lagstiftningen, ett stort ansvar för barn och unga och man kan hävda att kommunen skulle undandra sig det ansvaret om man inte medverkar i UM:s verksamhet.

Med delat huvudmannaskap och delat ansvar för driften

När hälso- och sjukvården (privat vårdgivare eller landstinget) samverkar med kommunen i verksamheten finns goda förutsättningar för att det psykosociala och medicinska perspektivet berikar varandra. Det finns en närhet till både hälso- och sjukvårdens organisation och till den kommunala organisationen. Den breda förankringen kan göra upplevelsen av att ”det är vår gemensamma verksamhet” möjlig.

Med ett delat huvudmannaskap blir antalet möten fler. Beslutsprocessen riskerar att bli längre. Två olika chefer kan innebära att dessa gör olika bedömningar till exempel när deras respektive anställda önskar gå utbildning eller åka på en konferens. Något som kan medföra missnöje hos de anställda.

Delat huvudmannaskap med kommunernas barn- och utbildningsförvaltning eller socialförvaltning

På två av åtta ungdomsmottagningar är kuratorerna anställda av barn- och utbildningsförvaltningar. De arbetar förebyggande enligt socialtjänstlagen. Tjänsterna är sinsemellan olika. I det ena fallet är UM-kuratorstjänsten en del av en skolkuratorstjänst. I det andra fallet är UM-kuratorstjänsten en del av en förebyggartjänst. Tjänsterna är direkt underställda förvaltningschefen respektive biträdande förvaltningschefen.

Båda kuratorerna framhåller närheten till de egna cheferna. De upplever ett förtroende från sina chefer som gör det möjligt för dem att styra sitt arbete och att ändra utifrån de behov som finns. En av dem framhåller också att den lilla kommunen innebär fördelar i form av att den möjliggör personkännedom:

– Jag vet vilka personer det är frågan om som ungdomen ska ha kontakt med. Jag kan nämna dem vid namn. Jag vet hur det ser ut runtom i kommunen.

Båda är genom sitt arbete välkända i de egna kommunerna. Detta betraktas av deras chefer som positivt. Ett par andra intervjuade har betänkligheter mot den typ av tjänster som innebär att kuratorerna

är välkända i en annan funktion. De menar att det kan medföra att ungdomar inte vill vända sig till en UM-kurator.

För båda de kuratorer som är anställda av barn- och utbildningsförvaltningar är det naturligt att inte dokumentera sitt arbete i en journal. De gör inte heller detta i den del som utgör huvuddelen av deras tjänst. Detta väcker frågan om innehållet i deras arbete skiljer sig från det som de kuratorer som förespråkar dokumentation utför.

På de flesta ungdomsmottagningar är kuratorerna anställda av socialförvaltningar eller motsvarande. Det underlättar arbetet i de situationer kuratorerna behöver diskutera om det finns anledning att anmäla oro till socialtjänsten. De har chefer som är väl insatta i socialt arbete.

En tredje modell – med finansiering av båda huvudmännen – landstinget har ansvaret för driften

Västerås stad och landstinget Västmanland står för en tredje modell. En modell där Västerås stad finansierar kuratorernas tjänster och del av verksamhetschefens tjänst. Verksamheten regleras i avtal mellan huvudmännen. Modellen har stöd av berörda chefer (och representant för beställarfunktion i Västerås stad) inom både kommunen och landstinget. Modellen har också stöd hos de anställda. Den framstår som ett föredöme för landstingets verksamhetschefer och några av de anställda på andra UM i länet. De anställda på UM i Västerås framhåller att lika viktigt som organisationsmodellen, eller ännu viktigare, är att chefen inte är chef över en eller flera vårdcentraler utan har sitt chefskap avgränsat till UM. Det är också mycket viktigt att chefen har sin arbetsplats på samma ställe som de anställda. En barnmorska säger:

– Vi har samma riktning och samma chef som kan driva. Vi kan ha gemensamma mål. Hon håller i budgeten och bestämmer vad vi ska satsa på. Om det är två chefer kanske man satsar helt olika och har olika tänk... samarbetet kan fungera bättre när man har samma huvudman.

Av intervjuerna framgår att det är viktigt att kommunens chefer visar fortsatt intresse för innehållet i det kurativa arbetet på UM även när ansvaret för driften har överlåtits till landstinget.

Utredningen visar också att det finns anledning att undersöka om modellen är juridiskt möjlig och i så fall hur ett avtal bör se ut för att uppfylla de juridiska kraven. En grundläggande fråga är enligt vilken lagstiftning kuratorerna arbetar. Är svaret enligt SoL blir frågan om det är juridiskt möjligt för landstinget att driva verksamhet enligt SoL. Är svaret HSL blir frågan om det är juridiskt möjligt för kommunen att bidra ekonomiskt till arbete enligt HSL när det gäller unga. Enligt avtalet mellan Västerås stad och landstinget Västmanland ska landstinget bedriva den kurativa delen enligt bland annat socialtjänstlagen och arbeta i enlighet med individ- och familjenämndens inriktnings- och effektmål. Samtidigt har åsikten att kuratorerna arbetar i enlighet med HSL eller att det är oklart enligt vilken lagstiftning kuratorerna arbetar, framkommit i samband med utredningen.

Hur kan behoven av en god tillgänglighet och hög kompetens tillgodoses?

De intervjuade unga understryker behovet av tillgänglighet och hög kompetens hos de anställda. Den intervjuade unge man som har erfarenhet av att ha fått vänta länge på kuratorstid understryker behovet av att ta reda på om detta var en tillfällighet eller om flera drabbas på motsvarande sätt. Att inte drabbas av alltför lång väntetid är en viktig del av tillgängligheten.

Trots att de fyra unga har kontakt med det UM i länet där både chefer och anställda anser tillgängligheten vara ovanligt god handlar deras synpunkter i första hand om att tillgängligheten behöver öka.

Hur tillgängligheten på olika UM kan öka behöver diskuteras ytterligare. Synpunkter från de fyra unga intervjuade kan utgöra ett av underlagen för en sådan diskussion.

De fyra unga värdesätter de anställdas kompetens. Att högskoleutbildning i sexologi är en stor tillgång framgår i intervjuerna med barnmorskor och kuratorer. Verksamhetscheferna och några av kuratorerna anser att grundläggande psykoterapiutbildning behövs för det psykosociala arbetet på UM. Det är

viktigt med en fortsatt diskussion om önskvärda påbyggnadsutbildningar för de anställda på UM. I avsnittet om önskvärd kompetens, beskrivs detta närmare.

Hur kan behovet av en verksamhet med hög kompetens förenas med behovet av geografisk närhet?

Både de ”större” mottagningarna som uppfyller FSUM:s krav och de ”mindre” mottagningarna som inte uppfyller FSUM:s krav kan ha välutbildad personal.

Det är rimligt att anta att för dem som har delade tjänster spelar det stor roll vad de gör på den andra delen av sin tjänst. En barnmorska som arbetar både på en UM och en barnmorskemottagning kan ha god nytta av utbildning i sexologi i båda delarna av sin tjänst.

En kurator som, förutom arbete på UM, arbetar med familjebehandling eller familjerådgivning kan ha nytta av en utbildning i psykoterapi och kanske också sexologi. En skolkurator eller förebyggare som arbetar några timmar i veckan på en UM har förmodligen större behov av andra utbildningar än av sexologi och psykoterapi. Faktorer som påverkar valet av utbildning är individens egen motivation och vilket stöd den berörda chefen är beredd att ge.

För deltagande i konferenser som den årliga UM-konferensen verkar de ekonomiska förutsättningarna och de enskilda chefernas inställning ha stor betydelse.

Den mottagning som har både psykoterapiutbildade kuratorer och barnmorskor med utbildning i sexologi är länets största mottagning (Västerås).

En av länets två näst största, mottagningar, FNS, har både kurator och barnmorska med utbildning i sexologi.

En av kuratorerna på en mindre mottagning konstaterar att det är omöjligt att hålla sig à jour och delta i utbildningar på samma sätt på en liten mottagning som på en stor.

De kommunala cheferna, liksom den privata verksamhetschef, som uttalat sig liksom flera av kuratorerna och barnmorskorna betonar vikten av den geografiska närheten. Den gynnar dem som har svårt att resa till en annan ort. Skälen till att ungdomar inte kan resa till annan ort kan vara flera, exempelvis att man inte har råd, att man inte vet hur man köper en tågbiljett, att det är svårt att hitta eller att det är läskigt eller krångligt. Allt detta kan göra att en ung person struntar i att uppsöka UM trots att behovet är stort. En vanlig uppfattning bland de anställda är att gymnasieungdomar i flera fall söker sig till UM på gymnasieorten medan grundskolelever eller de som av olika skäl inte går i gymnasiet inte gör det och därför skulle lämnas i sticket om de små mottagningarna inte fanns.

Landstingets verksamhetschefer menar att det bästa vore att centralisera UM till de fyra gymnasieorterna: Västerås, Köping, Fagersta och Sala. Att centralisera verksamheten innebär ökade möjligheter att bedriva en UM-verksamhet med god fackkompetens och god tillgänglighet i form av öppethållande. Enligt de flesta kommunala chefer, några barnmorskor och kuratorer vore detta att lämna de ungdomar som har allra störst behov av UM i sticket.

Denna fråga behöver bli föremål för fördjupad diskussion utifrån de olika perspektiven. Hur kan man tillgodose både geografisk närhet och specialiserad verksamhet. Är det möjligt att bibehålla dagens organisation med många små mottagningar över hela länet och samtidigt få del av den största mottagningens (eller de större mottagningarnas) kompetens. De små UM-mottagningarna kan spela en viktig roll för att fånga upp de ungdomar som behöver UM-kontakt och erbjuda hjälp för dem som behöver få hjälpen i den egna kommunen. Länet största UM skulle kunna spela en viktig roll för hela länet genom att handleda de mindre och också ta emot dem som är i störst behov av en specialiserad UM-verksamhet.

Behövs statistik?

Några av mottagningarna har könsuppdelad statistik. Andra säger att de inte har det. Här vore det bra med en länsgemensam diskussion. Om alla mottagningar mäter och redovisar antalet besök från flickor, pojkar och ungdomar med annan könstillhörighet till barnmorskor, kuratorer och läkare och om det dessutom är möjligt att mäta antalet besökare och deras ålder, finns ett intressant material att

använda för utvecklingsarbete inom den egna mottagningen. Statistiken skulle också göra det möjligt att se om mottagningarna i kommuner där det inte finns gymnasium har yngre besökare än UM på gymnasieorter.

Fördelar och nackdelar med ett länsövergripande avtal

I Sörmland och Jönköpings län har länsövergripande avtal för UM utarbetats. Ett avtal kan ge större enhetlighet. Det kan samtidigt försvåra eller förhindra den lokala friheten. En avgörande fråga är om huvudmännen vill större likhet och vill komma överens? I så fall finns anledning att diskutera vad man önskar bli överens om och därefter bilda en arbetsgrupp för att utforma ett länsövergripande avtal och sedan besluta hur förverkligandet och uppföljning av avtalet ska gå till.

Fördjupade samtal utifrån de olika perspektiven

Vare sig det finns intresse för ett länsövergripande avtal eller inte är det viktigt med möten om UM:s verksamhet där fördjupade samtal om UM kan föras mellan dem som arbetar i verksamheten. Det skapar möjligheter att ta del av varandras erfarenheter och olika perspektiv. De anställda har ett stort intresse för utvecklingsfrågor och träffas regelbundet. Det innebär att det finns en god grund för fortsatt utvecklingsarbete. Att landstinget inrättat en tjänst (20 procent) som UM-samordnare innebär förbättrade förutsättningar för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Utredningen visar att det i flera fall finns ett behov av att utveckla kommunikationen mellan cheferna inom hälso- och sjukvården och de kommunala cheferna. De huvudsakliga irritationsmomenten uppstår när kommunikationen dem emellan brister.

Sammanfattning i punktform

Samtalen och diskussionerna behöver handla om:

- UM:s mål och uppdrag, och utifrån målet och uppdraget om:
 - a. barnmorskors, kurators och läkares uppgifter på UM
 - b. huruvida kuratorsresursen behöver vara lika stor som barnmorskeresursen
- Utifrån samtalen om kuratorns uppgifter behövs en diskussion om:
 - a. behovet av att kuratorn dokumenterar eller inte dokumenterar sitt arbete
 - b. om att dokumentera eller inte dokumentera, är förenligt med lagstiftningen
 - c. vilka andra verksamheter som behövs för ungdomar och som idag saknas

En diskussion behövs också om:

- vilket huvudmannaskap som är önskvärt. Är det bäst om landstinget driver verksamheten på egen hand? Är det bäst med ett delat huvudmannaskap? Är Västerås stad och landstinget Västmanlands organisation av UM en önskvärd modell?
- om det är bäst med ett delat huvudmannaskap, är det då bäst att kommunernas barn- och utbildningsförvaltning eller socialförvaltning (eller motsvarande) ansvarar för kuratorernas arbete?
- hur det stora behovet av en god tillgänglighet och hög kompetens bäst kan tillgodoses.
- hur behovet av en verksamhet med hög kompetens kan förenas med behovet av geografisk närhet.
- behovet av en köns- och åldersuppdelad statistik.
- huruvida det bästa är stora lokala olikheter eller om det är önskvärt att komma överens om ett länsövergripande avtal.

Bilaga 1 Resurser i absoluta tal

Tabell 1 Antalet ungdomar och tjänster i absoluta tal år 2013

	Antalet ungdomar från 13 t o m 23 år	Barnmorska	Kurator	Doktor	Under-sköterska
Kungsör (privat vårdgivare tillsammans med kommunen)	984	4 timmar per vecka (just nu)	4 timmar per vecka	Familjeläkare eller annan läkare på vårdcentralen	
Arboga (2 privata vårdgivare tillsammans med kommunen)	1 847	8 timmar per vecka	4 timmar per vecka	Familjeläkare eller annan läkare på vårdcentralen	0
Surahammar (privat vårdgivare tillsammans med kommunen)	1 224	8 timmar per vecka	1,5 timme för öppen mottagning kan utökas vid behov	Familjeläkare eller annan läkare på vårdcentralen	0
Köping (landstinget tillsammans med kommunen)	3 264	1	5 timmar per vecka	4 timmar per vecka	0
Hallstahammar (landstinget tillsammans med kommunen) Kolbäck privat	2 083	0,5 1 timme drop in	0,5	4 timmar per vecka	0
Sala (landstinget tillsammans med kommunen)	2 869	1	1	3,5 timmar per vecka eller 2 timmar per vecka	0,5
Fagersta, Norberg, Skinnskatteberg (landstinget tillsammans med kommunerna)	1663+710+505 = 2 878	1,25	0,75	4 timmar per vecka	0
Västerås	19 528	4,5	2,25	0,25	0,92
Totalt antalet ungdomar 13–23 år i länet	34 677				

Bilaga 2 Begrepp för förebyggande arbete och tidiga insatser

Förebyggande arbete – preventivt arbete

Preventivt arbete klassificerades fram till mitten av 1990-talet som primär, sekundär eller tertiär prevention. Primär prevention avsåg insatser riktade till alla, sekundär prevention avsåg insatser riktade till individer och grupper som befinner sig i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa, och tertiär prevention avsåg insatser för barn med identifierade behov av insatser. En ny klassificering av preventivt arbete för psykisk hälsa har utvecklats i USA. De nya termerna universell, selektiv och indikerad prevention anses stämma bättre överens med dagens kunskap om psykisk hälsa samt om risk- och skyddsfaktorer.

Termerna definierats på följande sätt:

- *Universell prevention* är insatser på en generell nivå. Insatserna riktas till alla (eller alla som är intresserade). Ingen enskild individ eller grupp väljs ut.
- *Selektiv prevention* är insatser som riktas till grupper som bedöms vara utsatta för en eller flera riskfaktorer. Ett exempel på selektiv prevention kan vara gruppverksamhet för unga blivande mammor.
- *Indikerad prevention* är insatser som riktar sig till individer med identifierade problem.

Verksamheter med preventionsuppdrag som gäller psykisk ohälsa hos barn och unga kan beskrivas utifrån om de är till för alla barn eller unga och deras föräldrar (primär nivå) eller om de i huvudsak har ett specialiserat uppdrag och bara omfattar vissa barn eller unga (specialistnivå).

Tabell 2. Kategorisering av begrepp för förebyggande arbete och tidiga insatser

Målgrupp	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst	Skola/förskola	Nya begrepp
Alla barn	Primär prevention	Generellt förebyggande arbete	Främjande	Universiell prevention
Riskgrupper	Sekundär prevention	Riktade förebyggande insatser	Förebyggande	Selektiv prevention
Barn med identifierade behov	Tertiär prevention	Stöd- och behandlingsinsatser	Åtgärdande	Indikerad prevention

Bilaga 3 Intervju med FSUM:s ordförande Timmy Leijen

Tillgänglighet

UM ska vara lätt tillgänglig för alla ungdomar

UM:s verksamhet utgör första linjens vård. UM ska vara lätt tillgänglig för alla ungdomar. Verksamheten behöver bygga på ett salutogent synsätt. Med begreppen ”Gratis” och ”sekretess” sammanfattar Timmy Leijen ytterligare ett par grundbultar för verksamheten.

Om kön och ålder

UM:s målgrupp är ungdomar av alla kön. Den övre åldersgränsen är vanligen 23 år. Så många som 75 procent av landets UM har 23 år som övre gräns. Den undre åldersgränsen är flexibel och utgår från den enskilda ungdomens behov. Behovet av stöd från UM kan uppkomma redan i början av puberteten. FSUM anser att 25 år är en lämplig övre gräns eftersom ”vuxenblivandet” nu sträcker sig över en längre period än tidigare och behovet av UM därmed också sträcker sig över en längre tidsperiod. Åldersgränsen ska gälla oberoende av kön. Bäst är också om 25-årsgränsen gäller samtliga typer av stöd som UM erbjuder (både stöd i sex- och samlevnadsfrågor och psykosocialt samtalsstöd), anser FSUM:s ordförande Timmy Leijen.

UM uppskattas av sina besökare

I en enkätundersökning om bemötande och tillgänglighet som FSUM genomförde under åren 2012 och 2013 uppgav 99,9 procent av besökarna att de kunde rekommendera UM till andra. Enkätundersökningen omfattade 10000 besökare

Geografisk närhet kontra storlek på mottagning – vad är viktigast?

För att ungdomarna ska ha möjlighet att få det stöd de behöver är det viktigt att UM består av tvärprofessionella team. Det är också viktigt med ”diskretion”, säger Timmy Leijen, vilket bland annat innebär att verksamheten behöver hålla öppet också på eftermiddagarna när ungdomarna är på väg hem från skolan. Detta medför att verksamheten inte kan vara alltför liten. Det är samtidigt viktigt med ett nära samarbete mellan de olika professionerna. Det betyder att det inte heller är bra med en alltför stor verksamhet, säger FSUM:s ordförande. Idag finns det ett antal ”för små” verksamheter medan alltför stora verksamheter i praktiken inte förekommer.

De flesta besök på UM görs av ungdomar i gymnasieålder. *Så om man måste välja mellan geografisk närhet och möjligheterna att ha ett tvärprofessionellt team så är det bäst att välja det tvärprofessionella teamet och förlägga ungdomsmottagningars verksamhet till gymnasieorter*, menar Timmy Leijen.

Utåtriktat arbete är lika viktigt som det individuella

Det utåtriktade arbetet i form av information, gruppsamtal och medverkan vid temadagar om sex och samlevnad är lika viktigt som arbetet med att ge enskilda ungdomar stöd och hjälp. Alla professioner behöver medverka i det utåtriktade arbetet eftersom det utåtriktade arbetet innebär möjligheter att göra både verksamheten och de enskilda befattningshavarna kända för ungdomarna. Det utåtriktade arbetet innebär kontakt med en stor mängd ungdomar och det ger omedelbara resultat i form av fler individuella besök av de ungdomar som har nåtts av det utåtriktade arbetet.

Reception

På de lite större Ungdomsmottagningarna behöver finnas en reception. Receptionen behöver fungera som en integrerad del av verksamheten. Det kan exempelvis ske genom att de olika yrkeskategorierna turas om att ansvara för arbetet i receptionen.

Resurser

En miniminivå när det gäller resurser är barnmorska, kurator och en timanställd doktor. FSUM rekommenderar en heltid barnmorska och en heltid kurator för en befolkning som består av 3500 ungdomar. Läkarresursen för en befolkning om 3500 ungdomar rekommenderas vara 0,25 tjänst.

Både barnmorskor och kuratorer behöver delta i det hälsofrämjande utåtriktade arbetet där UM möter skolklasser för information och samtal om sex och samlevnad. För att den ungdom som vänder sig till

UM ska kunna mötas utifrån sina individuella behov är det viktigt att det finns tillräckliga resurser både när det gäller barnmorska och kurator. Det är också viktigt att den ungdom som tar kontakt på grund av psykisk ohälsa snabbt kan få träffa en kurator. FSUM har dragit slutsatsen att det är viktigt att barnmorske- och kuratorsresursen är lika stora. Till kuratorn behöver ungdomar kunna komma med frågor och funderingar men också med en något djupare problematik, säger Timmy Leijen.

Hur har FSUM kommit fram till sina rekommendationer?

Rekommendationerna finns sedan 13 år tillbaka i FSUM:s policyprogram. Till grund för rekommendationerna ligger en omvärldsanalys, berättar Timmy Leijen. Analysen gjordes ursprungligen för det policyprogram som antogs för 13 år sedan. Verksamheten inom FSUM undersökte då hur mycket resurser som fanns i andra verksamheter som gav ungdomar stöd. De analyserade sedan resultatet utifrån behoven på UM och gjorde en rimlighetsbedömning. Rekommendationerna är desamma idag som för 13 år sedan.

På frågan om det är bra att även en mottagning med enbart barnmorska kan kallas UM, svarar Timmy Leijen; nej. Samtliga yrkeskategorier behöver verka i samma lokaler och ha möjligheter att delta i utvecklingsarbete.

Det är viktigt med en ”egen doktor”; ”en ungdomsmottagare”. En ”ungdomsmottagare” är en person som har ett starkt intresse för verksamheten och för att de som arbetar där ska utgöra ett team. Specialister som kommer till verksamheten enbart för att utföra en specialistinsats har svårt att bli en del av teamet. Bristande resurser hos UM kan inte kompenseras med andra stödverksamheter för ungdomar, menar Timmy Leijen.

Organisation och huvudmannaskap

Timmy Leijen är införstådd med att det kan innebära svårigheter när UM drivs av två huvudmän. Samtidigt är verksamhetens karaktär sådan att det är rimligt att både kommunerna och landstinget bidrar till kostnaderna.

Delade tjänster?

Delade tjänster behöver inte innebära problem. Ibland kan delade tjänster innebära fördelar då de olika verksamhetsområdena kan berika varandra. Men delade tjänster innebär också krav på att kunna hålla isär rollerna. Det blir extra viktigt med ett professionellt förhållningssätt, säger Timmy Leijen.

Första linjens vård? Behandling?

Inom FSUM pågår en diskussion om huruvida UM behöver kunna erbjuda inte bara en kortvarig stödjande kontakt utan också en längre kontakt av en mer behandlande (terapeutisk) karaktär. Gränsen mellan stöd och behandling är inte glasklar. Bedömningen av var gränsen går varierar mellan olika situationer och personer. Det förekommer att UM arbetar med terapi under kortare eller längre tid. Många UM arbetar med KBT-behandling men också annan typ av behandling förekommer. Omfattningen kan vara 8-10 samtal, men behandlingen kan också sträcka sig så långt som till några år. Unga vuxna kan annars ha svårt att få den hjälp de behöver. De som är 18 år och äldre kan inte få hjälp av Barn- och ungdomspsykiatri. Många får inte heller den hjälp de behöver av vuxenpsykiatri. Den unga person som behöver kontakt med psykiatri får dessutom ofta vänta mycket länge på att få hjälp.

UM är en specialiserad verksamhet inom landstingets primärvård eller inom den kommunala verksamheten.

Kompetens

De som arbetar på UM behöver ha specifika kunskaper; som kunskaper om ungdomar och ungdomars villkor. Dessutom behövs kompetens för att ingå i ett tvärprofessionellt team. Malmö högskola planerar en skraddarsydd distanskurs för UM:are. Kursen startar våren 2015, berättar Timmy Leijen.

Att ungdomar ibland inte vill avsluta kontakten och i stället få hjälp i en specialiserad verksamhet kan bero på att behandlaren och ungdomen format en ”allians” som bygger på att ungdomen har ett förtroende för behandlaren. Ungdomar kan uttrycka detta som att de *inte vill* eller t o m att de *blir sjuka om de exempelvis tvingas till BUP för att få fortsatt hjälp*.

För bedömningen om huruvida UM är rätt vårdnivå eller om annan verksamhet behöver erbjuda stöd eller behandling är det viktigt att ha teoretisk kunskap och erfarenhet som möjliggör en bedömning av den unges behov. Det gäller exempelvis att kunna avgöra om en ungdom lider av depression. *På UM ställs oftast inte diagnoser. Synsättet är salutogent. Det är inte vanligt med farmakologisk behandling*, berättar Timmy Leijen.

Sekretess och dokumentation

Sekretessen är en viktig grund för verksamheten. Journalen får inte och ska inte läsas av någon som inte har en relation till ungdomen. Samtycke från den unga krävs för att ge flera yrkeskategorier på samma UM tillgång till ungdomens journal. På UM är sekretessen starkare än i andra verksamheter. Grundprincipen är att UM, precis som andra verksamheter, ska lämna ut ungdomens journal till föräldrar som så begär om ungdomen är under 18 år. På UM ska dock en menprövning göras om ungdomarna är mellan 15 och 17 år. Det innebär att om ungdomen lider men om föräldrarna får tillgång till journalen så ska den inte lämnas ut.

Det är viktigt att dokumentera kontakten med ungdomarna i en journal. Det är viktigt för ungdomarna och det är viktigt för rättssäkerheten. Det innebär inte att det är bra om dokumentationen blir alltför omfattande, säger Timmy Leijen.

Journalssystemet behöver ha den karaktären att ingen som är anställd i den övriga primärvården ska ha tekniska möjligheter gå in i journalen och läsa.

Vad behövs från nationellt håll för att stödja och underlätta för UM

UM skulle behöva vara en reglerad eller lagstadgad verksamhet, ett obligatorium för huvudmännen att tillhandahålla. På samma sätt som det finns lagstöd eller regelverk för elevhälsa, familjerådgivning och mödra- och barnavårdscentral. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vård ges på lika villkor. Detta är särskilt viktigt i en tid när den psykiska ohälsan bland ungdomar ökar, menar Timmy Leijen.

Synen på ungdomar behöver ändras i samhället. Ungdomar i allmänhet behöver uppmärksammas och prioriteras. Inte tvärtom. Det handlar om förändringar på kulturell och strukturell nivå, säger Timmy Leijen.

Det är önskvärt att p-medel för ungdomar är kostnadsfria i hela landet. Idag skiljer det sig mellan olika landsting.

FSUM utarbetar ”nationella riktlinjer”

FSUM:s policydokument kommer att ersättas med ”nationella riktlinjer”. Tanken är att poängtera vikten av att reglera UM:s verksamhet och att det inte finns någon annan aktör som driver UM-frågan på nationell nivå. Beslut om de ”nationella riktlinjerna” fattas i februari 2015 av FSUM:s styrelse. De ”nationella riktlinjerna” kommer att bestå av två separata delar. En del, den utåtriktade delen, riktar sig till den som inte är insatt i UM:s verksamhet. Den andra delen, den inåtriktade delen, är en handbok med salutogen grund. Den är till för dem som arbetar på UM.

Timmy Leijens, FSUM:s ordförande, synpunkter i korthet

UM:s verksamhet och målgrupp

- UM utgör första linjens vård
- UM ska vara lätt tillgänglig för alla ungdomar
- UM ska bygga på ett salutogent synsätt
- På UM ställs oftast inte diagnoser. Det är inte vanligt med farmakologisk behandling,
- Gratis och sekretess är ytterligare grundbultar
- 25 år är en lämplig övre åldersgräns då vuxenblivandet sträcker sig över en längre period än tidigare
- UM är en specialiserad verksamhet inom landstingets primärvård eller inom den kommunala verksamheten.

Kompetens

- För bedömningen om huruvida UM är rätt vårdnivå eller om annan verksamhet behöver erbjuda stöd eller behandling är det viktigt att ha teoretisk kunskap och erfarenhet som möjliggör en bedömning av den unges behov
- De som arbetar på UM behöver förutom relevant grundutbildning ha specifika kunskaper; som kunskaper om ungdomar och ungdomars villkor. Dessutom behövs kompetens för att ingå i ett tvärprofessionellt team.
- Malmö högskola planerar en skräddarsydd distanskurs för UM:are. Kursen startar våren 2015

Tillgänglighet

- UM behöver bestå av tvärprofessionella team för att ungdomarna ska kunna få det stöd de behöver
- ”Diskretion” är viktigt, vilket bl a innebär att verksamheten behöver hålla öppet också på eftermiddagarna när ungdomarna är på väg hem från skolan.
- Verksamheten kan inte vara alltför liten.
- Det är viktigt med ett nära samarbete mellan de olika professionerna.
- De flesta besök på UM görs av ungdomar i gymnasieålder. *Så om man måste välja mellan geografisk närhet och möjligheterna att ha ett tvärprofessionellt team så är det bäst att välja det tvärprofessionella teamet och förlägga ungdomsmottagningars verksamhet till gymnasieorter.*

Utåtriktat arbete

- Utåtriktat arbetet i form av information, gruppsamtal och medverkan vid temadagar om sex och samlevnad är lika viktigt som arbetet med att ge enskilda ungdomar stöd och hjälp.
- Alla professioner behöver medverka i det utåtriktade arbetet

Reception

- Receptionen behöver fungera som en integrerad del av verksamheten.

Resurser

- Både barnmorskor och kuratorer behöver delta i det hälsofrämjande utåtriktade arbetet
- Den ungdom som tar kontakt på grund av psykisk ohälsa behöver snabbt få träffa en kurator
- Samtliga yrkeskategorier behöver verka i samma lokaler och ha möjligheter att delta i utvecklingsarbete.
- En ”egen doktor”; ”en ungdomsmottagare”⁵⁵, är viktigt.
- Bristande resurser hos UM kan inte kompenseras med andra stödverksamheter för ungdomar

⁵⁵ Med en ”ungdomsmottagare” avses en person som har ett starkt intresse för verksamheten och för att de som arbetar där ska utgöra ett team. Specialister som kommer till verksamheten enbart för att utföra en specialistinsats har svårt att bli en del av teamet.

FSUM rekommenderar:

- 1 heltid barnmorska för en befolkning om 3 500 ungdomar
- 1 heltid kurator för en befolkning om 3 500 ungdomar.
- 0,25 tjänst som läkare för en befolkning om 3 500 ungdomar
- Till grund för FSUM:s rekommendationer ligger en omvärldsanalys
- Rekommendationerna finns i FSUM:s policyprogram sedan 13 år tillbaka

Huvudmannaskap

- UM-verksamhetens karaktär är sådan att det är rimligt att både kommunerna och landstinget bidrar till kostnaderna.
- Att ha två huvudmän kan innebära svårigheter

Sekretess och dokumentation

- Sekretessen är en viktig grund för verksamheten
- På UM är sekretessen stark
- Journalen får inte och ska inte läsas av någon som inte har en relation till ungdomen.
- Samtycke från den unga krävs för att ge flera yrkeskategorier på samma UM tillgång till ungdomens journal
- Det är viktigt att dokumentera kontakten med ungdomarna i en journal, för ungdomarna och rättssäkerheten
- Journalsystemet behöver ha den karaktären att ingen som är anställd i den övriga primärvården ska ha tekniska möjligheter gå in i journalen och läsa.

Första linjens vård eller behandling

- Inom FSUM pågår en diskussion om huruvida UM behöver kunna erbjuda inte bara en kortvarig stödjande kontakt utan också en längre kontakt av en mer behandlande (terapeutisk) karaktär.
- Det förekommer att UM arbetar med terapi under kortare eller längre tid.
- Många UM arbetar med KBT-behandling men också annan typ av behandling förekommer.
- Omfattningen kan vara 8-10 samtal, men behandlingen kan också sträcka sig så långt som till några år.
- Unga vuxna kan annars ha svårt att få den hjälp de behöver. De som är 18 år och äldre kan inte få hjälp av Barn- och ungdomspsykiatrin. Många får inte heller den hjälp de behöver av vuxenpsykiatrin. Den unga person som behöver kontakt med psykiatrin får dessutom ofta vänta mycket länge på att få hjälp.

UM uppskattas av sina besökare

- I en enkätundersökning om bemötande och tillgänglighet som FSUM genomförde under åren 2012 och 2013 uppgav 99,9 procent av besökarna att de kunde rekommendera UM till andra. Enkätundersökningen omfattade 10 000 besökare

Nationellt stöd behövs

- UM skulle behöva vara en reglerad eller lagstadgad verksamhet, ett obligatorium för huvudmännen att tillhandahålla.
- Det är önskvärt att p-medel för ungdomar är kostnadsfria i hela landet.

FSUM utarbetar nationella riktlinjer

- FSUM:s policydokument kommer att ersättas med ”nationella riktlinjer”.
- Tanken är att poängtera vikten av att reglera UM:s verksamhet och att det inte finns någon annan aktör som driver UM-frågan på nationell nivå.
- Beslut om de ”nationella riktlinjerna” fattas i februari 2015 av FSUM:s

Bilaga 4 Landstingets verksamhetschefer om UM

I gruppintervjun deltog fyra av landstingets fem verksamhetschefer. (Verksamhetscheferna i Västerås, Fagersta (med Norberg och Skinnskatteberg), Köping och Hallstahammar.

Vilka professioner behöver finnas på UM

Barnmorskornas och kuratorernas arbete utgör basen i ungdomsmottagningarnas verksamhet. Tillgång till läkares medicinska sakkunskap behövs, när det gäller mer avancerade bedömningar och när det finns behov av andra mediciner än dem som kan skrivas ut av barnmorska. Samtliga landstingsdrivna UM har tillgång till läkare på UM. Inom vilket område läkarna är specialiserade varierar dock mellan mottagningarna.

En av verksamhetscheferna framhåller att det också finns ett stort behov av psykolog i verksamheten. Det gäller i de fall ungdomarna har en svår psykisk problematik. En psykolog på mottagningen skulle kunna vara en tillgång också för barnmorskor och kuratorer genom att utgöra "bollplank" i det dagliga arbetet.

Vad är god kompetens på UM?

Barnmorskorna står för den medicinska sakkunskapen i basarbetet, säger verksamhetscheferna. De har goda kunskaper om sex och samlevnad och också om sjukdomar och mediciner relaterade till sex. De har kompetens för att ge preventivmedelsrådgivning som är en viktig del av verksamheten. Ingen annan yrkesgrupp har den kompetensen. Att barnmorskorna har förskrivningsrätt⁵⁶ och därmed kan skriva ut recept på preventivmedel är "ett måste" i verksamheten.

Verksamhetscheferna menar att barnmorskorna utöver sin barnmorskeutbildning behöver ha fördjupade kunskaper om preventivmedel och sexualundervisning genom exempelvis högskoleutbildning i sexologi. De behöver också ha grundläggande kunskaper om samtalsmetodik exempelvis genom kunskaper i Motiverande samtal (MI).

Det är viktigt att barnmorskorna inser när det är dags "att bolla vidare" till kuratorn på UM. Det är mycket vanligt att ungdomarna söker kontakt med barnmorskan på UM för att få preventivmedelsrådgivning. I samtalet om preventivmedel kan det framkomma att ungdomarna "mår dåligt". I den situationen är det viktigt att barnmorskan hjälper ungdomen vidare till kuratorn.

Kuratorerna behöver ha kunskaper om preventivmedel och sexualundervisning genom exempelvis utbildning i sexologi. De behöver ha en vana att samtala med ungdomar om svåra saker. Det kan exempelvis vara frågan om att tala om droger eller om sexuell problematik. *Det räcker inte med att komma direkt från socialtjänsten*, säger en av verksamhetscheferna. Kuratorerna behöver också förutom sin grundutbildning ha utbildning i psykoterapi steg 1.

UM är första linjens vård, men...

– *Det behöver finnas utrymme i form av tid på ungdomsmottagningen och det behöver kännas för ungdomarna att det finns tid*, säger en av verksamhetscheferna och menar att det ofta är en bristvara i dagens samhälle.

Samtliga verksamhetschefer ser UM som första linjens vård. Det är av grundläggande betydelse att det är "lätt att vända sig dit" och att man inte behöver ha problem eller erkänna sina problem för att göra det. När en av verksamhetscheferna säger att det är viktigt att ungdomsmottagningen har ett nära samarbete med skolsköterskorna, invänder en annan av cheferna och säger att visserligen är samarbete viktigt, men det är också viktigt att ungdomsmottagningen får vara "en fredad zon" där man kan få råd och stöd utan att detta blandas samman med den egna sociala situationen eller med skolsituationen.

⁵⁶ Legitimerad barnmorska får behörighet att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte under förutsättning att barnmorskan har barnmorskeexamen efter den 1 januari 1974 eller har genomgått fastställd fortbildning i preventivmedelsrådgivning samt att

barnmorskan har genomgått adekvat inskolning under minst 30 timmar i preventivmedelsrådgivning inom offentlig eller enskild verksamhet på mödravårdscentral, ungdomsmottagning, gynekologisk mottagningsavdelning, mottagning för preventivmedelsrådgivning eller annan särskild mottagning såsom RFSU-klinik. (Socialstyrelsen, odaterat hämtat den 14 oktober 2014)

Att verksamhetscheferna anser att kuratorerna behöver ha psykoterapiutbildning ser de inte som motstridigt till att UM ska utgöra första linjens vård. De uppger olika skäl för att psykoterapiutbildning behövs och formulerar detta som ”det gäller att kunna möta ungdomarna där de är” eller säger att psykoterapiutbildning behövs även när kontakten omfattar bara några få tillfällen eftersom allvarliga svårigheter kan framkomma också under en kortare kontakt.

Barn -och ungdomshälsan

Barn- och ungdomshälsan utgör precis som ungdomsmottagningarna första linjens vård. I Västerås har kuratorerna ett gott samarbete med barn- och ungdomshälsan. I länets övriga delar ser man med förväntan fram emot att barn- och ungdomshälsan ska starta. Verksamhetscheferna menar att barn- och ungdomshälsan kommer att innebära en avlastning för UM-verksamheten.

Resurser

Resurserna varierar starkt mellan länets olika mottagningar. Det gäller inte bara den del som bekostas av kommunerna utan gäller också de medicinska resurserna. Verksamhetscheferna ifrågasätter huruvida samtliga kommuner i länet har UM i egentlig mening. De menar att det i vissa fall kan vara frågan om ”en UM bara på papperet”. De ansluter sig till FSUM:s ställningstaganden om att det måste finnas vissa specifika och tillräckliga resurser för att vara en UM. De uttrycker en förhoppning om att länets politiker nu (i samband med VKL:s utredningsuppdrag) är måna om att UM ska kunna bedriva en verksamhet som är bra för ungdomarna och förstå att detta kräver en viss mängd resurser.

En verksamhetschef tar upp att det kan vara problematiskt när kuratorn har en tjänst som delas mellan UM och annan verksamhet. Verksamhetschefen har erfarenhet av att det kan innebära att UM-verksamheten bortprioriteras. (Det innebär att resurstabellen ska tolkas med försiktighet för vissa av kommunerna.)

I Hallstahammar är resurstilldelningen relativt god, men på grund av kommunens storlek kan ensamarbete förekomma då både barnmorskans och kuratorns tjänster är halvtidstjänster. Det räcker exempelvis med att en av dem blir sjuk för att det ska uppstå ensamarbete.

Efter en fråga från intervjuaren reflekterar verksamhetscheferna kring olikheterna som förekommer också i den medicinska delen: Kan de förklaras med socioekonomiska faktorer, att det inte ska förekomma ensamarbete, eller fördelas resurserna helt enkelt efter antalet besök. En av verksamhetscheferna säger att om den nuvarande situationen med fullbokade tidböcker håller i sig så måste hon aktualisera frågan om utökade resurser. Det gör hon, i så fall, med sin chef och med den chef som är ansvarig för den kommunala delen i verksamheten. *Det är en lång process när det gäller den kommunala delen* konstaterar hon. Ungdomsmottagningarnas verksamhet är väldigt beroende av de kommunala chefernas inställning.

I en av kommunerna antas behovet av UM minska framför allt på grund av nedläggningen av den kommunala gymnasieskolan. Att den teoretiska delen av undervisningen på ett riksgymnasium flyttas till Västerås påverkar också i viss mån. sexologi

– *Det behöver finnas en flexibilitet i verksamheten* konstaterar en annan av verksamhetscheferna. *Behoven växlar över tid.*

Tillgänglighet

Geografisk närhet eller en storlek som möjliggör ett omfattande öppethållande

Verksamhetscheferna anser att den geografiska närheten är viktig för ungdomarna. De flesta av verksamhetscheferna är chefer i kommuner med gymnasieskolor. De menar att geografisk närhet uppnås om UM finns i de kommuner där det finns gymnasieskolor. De kommuner som inte har gymnasieskola behöver ha möjligheten att få besök av UM. Eventuellt kan det vara bra med filialverksamheter. Ett par av verksamhetscheferna framhåller som viktigt för ungdomarna att det är möjligt att besöka UM under dagtid.

Verksamhetschefen på UM i Västerås ser fördelarna med ”sin” verksamhets storlek. Hon säger att uppdraget kräver en viss storlek för att det ska vara möjligt att bedriva en utåtriktad verksamhet, upprätthålla ett kontaktnät med samverkanspartners och samtidigt dessutom hålla öppet för akuta besök.

Ungdomarna har behov av att få komma akut när de exempelvis är i behov av akut-p-piller eller när situationen hemma eller i skolan helt ”brakar samman”. Bara om personalstyrkan består av en viss mängd personer blir detta möjligt.

Verksamhetschefen på en mindre mottagning menar att det är nödvändigt med en avvägning mellan geografisk närhet och öppettider. Den geografiska närheten kan vara viktigare än att verksamheten är ”stor”. Det viktigaste är att kunna hålla öppet eftermiddagar och kvällar.

Verksamhetschefen på UM i Västerås bemöter detta genom att berätta om ”sitt” UM där behovet av att kunna komma olika tider är stort och där besöken inte bara äger rum under eftermiddagar och kvällar utan också under morgnar och förmiddagar. (Man tar emot många akuta besök och det är ständigt är fullbokat).

Semesterstängt eller semesteröppet

Verksamhetscheferna anser det viktigt att ungdomarna kan få hjälp av UM också under personalens sommarsemester. De har olika förslag på lösningar för att erbjuda ungdomar hjälp under semesterperioden. Verksamhetschefen i Västerås anser att det bästa vore om länets olika UM kunde samarbeta och hjälpas åt. Hon säger:

– *Det är nödvändigt att det finns en ungdomsmottagning att vända sig till även under personalens semester. Länets olika UM kan hjälpas åt. Det är viktigt att det finns någonstans att söka hjälp även under sommaren.*

Hon förtydligar senare genom att säga att detta inte får innebära att man bara hänvisar till den mottagning som är öppen och därigenom i praktiken lastar över sitt ansvar på någon annan. Det behöver i stället vara ett samarbete som bygger på att alla bidrar och hjälps åt.

Verksamhetschefen i Köping framhåller att det fungerar bra att lösa frågan lokalt genom att samtliga barnmorskor på barnmorskemottagningen i Köping hjälps åt. Han säger:

I Köping är det öppet, genom att de fyra barnmorskor som arbetar där hjälps åt och turas om att ha semester. Han tillägger att det under sommaren inträffar att ungdomar från kommunerna Arboga och Kungsör söker sig till Köping, (när deras UM håller semesterstängt).

Verksamhetschefen i Hallstahammar framhåller också en lokal lösning. Hon säger:

– *I Hallstahammar har vi hänvisning till mödrahälsovården på sommaren och till vårdcentralen.*

Verksamhetschefen i Fagersta berättar att de tidigare har haft stängt, men att de nu söker andra lösningar. Hon säger:

– *I Fagersta har vi haft stängt under somrarna eftersom vi inte har mer än en kurator och inte någon vikarie för henne. Sommaren 2013 behövde vi inte ha lika mycket stängt, som tidigare. Då kunde den av barnmorskorna som inte bara arbetar på UM utan också är barnmorska i Norberg ta emot telefonsamtal. Vi har också pratat om att vara samlokaliserade med familjerådgivningen eftersom man inte får arbeta ensam på UM, men vi fick inte till det i somras (2013).*

Hon framhåller att modern teknik gör det fullt möjligt att svara i telefon åt varandra. En möjlighet som hon tycker vore bra att använda sig av.

Nås ungdomar med olika etnisk bakgrund

I vilken utsträckning ungdomar med annan etnisk bakgrund än svensk nås av verksamheten varierar. Det finns ungdomsmottagningar som vänder sig direkt till de ungdomar som bor på boenden för ensamkommande

I Västerås kommer UM ofta i kontakt med hedersproblematik.

En av verksamhetscheferna framhåller att ungdomarnas religion och kultur kan hindra dem från att ta kontakt.

Verksamhetschefen för Västerås UM understryker att det är väldigt viktigt med besöken på skolorna.

De allra flesta eleverna i den klass som besöks är närvarande vid besöken och därmed är det möjligt att lägga en god grund för fortsatt kontakt. Vid besöket får ungdomarna veta att UM finns, vad de kan få hjälp med på UM och att UM har tystnadsplikt. Av ungdomarna som kommer till den öppna "killmottagningen" har en stor andel en annan etnisk bakgrund än den svenska. Hon berättar:

– *På killmottagningen (kvällstid) är nog 80 procent av dem som kommer från en annan kultur än den svenska. De tar ofta med sig en yngre bror... Det har tagit tid att nå dit. Att det finns en manlig sjuksköterska underlättar för en del, men inte alla pojkar vill gå till en man. Det finns de som hellre går till en kvinnlig barnmorska.*

Genus

På intervjuarens fråga om det utgör ett problem att det kommer betydligt fler flickor än pojkar till verksamheten, svarar verksamhetschefen i Västerås:

– *Det är naturligt utifrån att det finns fler preventivmedel för kvinnor. Men det vore bra att nå fler killar... för när de kommer visar det sig att de har otroligt många frågor och funderingar (precis som flickorna) som de behöver samtala om.*

En annan av verksamhetscheferna nämner vid ett annat tillfälle under intervjun att mensproblem är vanliga bland dem som söker UM.

En av verksamhetscheferna säger att det ju egentligen inte är svårare för pojkar än för flickor att komma. Avgörande är deras egna föreställningar. Det vore dock bra om pojkar kom i större utsträckning.

– *Den lättåtkomliga porren ger en skev bild av verkligheten vilket orsakar svårigheter i det verkliga livet. Det är viktigt att erbjuda möjligheter att samtala om detta.*

Verksamhetschefen i Västerås berättar att det kommer fler pojkar när det är "drop in" än när det är tidsbokade besök.

– *Pojkarna är "här och nu". Det är viktigt att kunna möta dem då de dyker upp i dörren. Om man ska tänka på hur vi ska nå dem måste vi tänka på på vilket sätt de vill komma och bli bemötta, framhåller hon.*

Könsuppdelad statistik

Några av mottagningarna har könsuppdelad statistik. Andra har det inte. Mottagningen i FNS, exempelvis, har könsuppdelad statistik. Den bygger på ett krav från politikerna i de kommuner som samverkar i mottagningen och ett engagemang från dem som arbetar i verksamheten. De anställda presenterar varje år verksamheten för politikerna i de tre ansvariga nämnderna, med både fallbeskrivningar och statistik.

En verksamhetschef berättar att hon på olika sätt försökt få fram könsuppdelad statistik, men inte lyckats. En annan verksamhetschef har inte haft några problem med att få ut statistiken direkt ur journalsystemet, profdoc journal III.

Vore det bra med anställda av båda könen

Någon säger att *visst vore det bra med anställda av båda könen*, men verksamhetscheferna är alla överens om att det allra viktigaste är att de anställda har kompetens och ett intresse för verksamheten. En av dem tillägger att *de killar som kommer på besök har ett stort förtroende för (de kvinnliga) barnmorskorna.*

Organisation- Verksamhetschefernas synpunkter

Verksamhetschefen i Västerås och verksamhetschefen i FNS anser båda att deras olika organisationer är optimala. För verksamhetschefen i Köping framstår en verksamhet med en enda huvudman, såsom det är organiserat i Västerås, som idealet. En organisation som borde kunna appliceras på KAK-området, anser han. En sådan lösning skulle göra det möjligt att bygga upp en ännu bättre och större verksamhet för ungdomarna och göra det möjligt att exempelvis också anställa en psykolog. Ett par av verksamhetscheferna intygar att verksamheten i Västerås genomgått en väldig förbättring med landstinget som

enda huvudman. *Nu går man* (de olika personalgrupperna) *hand i hand och man pratar samma språk*, säger en av dem.

I Köping tar inte kommunen sitt ansvar fullt ut och tillhandahåller den mängd kuratorsresurs som faktisk behövs för ungdomarna, säger verksamhetschefen i Köping.

Ett par av landstingets verksamhetschefer säger att inte bara samverkan med kommunerna kan försvåra arbetet på UM, även samverkan med privata utförare kan innebära svårigheter. Ibland är de privata verksamheterna mycket små. I exempelvis Kungsör och Arboga har ungdomarna inte alls samma förutsättningar att komma i kontakt med UM som ungdomarna i Köping på grund av verksamheternas begränsade storlek. En av verksamhetscheferna säger att *det är fel att det ska hänga på de andra aktörerna om det ska fungera*.

Landstinget bör driva en centraliserad UM-verksamhet

Vid ett möte med landstingets verksamhetschefer den 27 januari 2015 uttryckte samtliga att det bästa vore om landstinget blev ensam huvudman för länets ungdomsmottagningar. De menade också att UM bör centraliseras till länets gymnasieorter. (Ett knappt år tidigare uttryckte verksamhetscheferna olika uppfattningar om detta.)

Referenser

- 1177: *könsidentitet och könsuttryck* <http://www.1177.se/Vastmanland/Tema/Sex-och-relationer/Sexuell-lagning--homo-bi-och-hetero/Konsidentitet-och-konsuttryck/#section-2> (hämtat den 30 juli 2015)
- Ersta Sköndal högskola, *metodkurs i klinisk sexologi*, <http://www.esh.se/utbildning/utbildningar/2015-01-16-metodkurs-i-klinisk-sexologi.html> (hämtat den 31 maj 2015)
- Fahl Hanna i Dagens Nyheter (2015-07-28): *Flera könsidentiteter på Facebook*
- FSUM: <http://www.fsum.org/> (Diverse material hämtat 2014-2015)
- FSUM: *FSUM:s medlemmar och deras huvudmannaskap* (hämtat 3 juni 2015)
- Hagström Per (2011), RÅ 1972 ref. 70) <http://www.allmanhandling.se/?p=2372> (hämtat 3 juni 2015)
- Landstinget Västmanland, Lärcentrum, *MI-basutbildning i motiverande samtal*. http://www.ltv.se/Forskning--utbildning/utbildning/kompetensutvecklingskatalog/MI-basutbildning_i_motiverande_samtal/ (hämtat 31 maj 2015)
- Landstinget Västmanland (2015), *Liv och Hälsa Ung Västmanland*, <http://www.ltv.se/lhu2014> hämtat 2015-03-03
- Landstinget Västmanland (2014), Regelbok 5.10, *Krav och rekommendationer för länets UM 2015*
- Landstinget Västmanland. (2011). *Styrdokument för ungdomsmottagningarna i Västmanland (2011-09-08)*. Författare: Eva Thors-Adolfsson.
- Landstinget Västmanland. (2011). Eva Thors-Adolfsson, *arbetsmaterial* i form av powerpointpresentationer som visar vilka som ingick i arbetsgruppen och styrgruppen.
- Landstinget Västmanland. (2010). *Översyn av Ungdomsmottagningar i Västmanlands län 2010*. Författare: Lena Höök.
- Malmö högskola, *uppdragsutbildning för ungdomsmottagningspersonal* <http://edu.mah.se/HS615U> hämtat den 31 maj 2015.
- Malmö högskola: *masterutbildning* <http://edu.mah.se/sv/Course/HS125A> hämtat den 31 maj 2015.
- Norström och Sverne (1981), *Offentlighet och sekretess i socialtjänsten*, Stockholm: Skeab förlag.
- RFSL – Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter hbt-certifiering, (<http://www.rfsl.se/?p=4960>)
- Socialstyrelsen (2015) *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*
- Socialstyrelsen, *Motiverande samtal* <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal> (hämtat den 31 maj 2015)
- Socialstyrelsen: *Grundläggande psykoterapiutbildning* <http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/legitimation/utbildadisverige/psykoterapeuterutbildningsgang> (hämtat 31 maj 2015)
- Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2014), *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* hämtat den 24 november 2014 på <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf>
- Socialstyrelsen: *om legitimerad barnmorskas behörighet att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte* (hämtat den 14 oktober 2014)
- Socialstyrelsen (2009), *Ungdomsmottagningarnas metoder för att förebygga psykisk ohälsa. En nationell inventering*.
- SOU 2009:68, *Lag om stöd och skydd för barn och unga* (LBU),

SOU 2006:100, *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*, slutbetänkande av nationell psykiatrisamordning.

UMO.se, *Ungdomsmottagningar (2014)* (hämtat 2014-11-11)

UMO.se, *Könssjukdomar* <http://www.umo.se/sex/konssjukdomar/> hämtat 2015-07-06

Svenska psykologinstitutet: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) <http://www.svenskapsykologiinstitutet.se/terapeuter/act/> (hämtat 14-11-24)

STQM Management, Linköpings kommun, FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete i Linköping samt Centrum för kommunstrategiska studier (CKS) vid Linköpings universitet,

Socialtjänst utan biståndsbedömning - en rapport om öppna sociala tjänster

STQM Managements hemsida, www.stqm.com

VKL (2013), *Direktiv för utredning om länets ungdomsmottagningar*

VKL (2012): *Behövs ett gemensamt styrdokument för länets ungdomsmottagningar?* Författare: Susanne Holmsten

Vården.se: *Centrum för andrologi och urologi* om begreppet andrologi hämtat den 29 augusti 2015-08-29.

Sveriges Kommuner och Landsting: *en välfungerande första linje* <http://www.psynk.se/forstalinjen/om-forstalinjen.1973.html>

Västerås stad. Ulf Broström (2011). *Arbetsmaterial. Rättslig bedömning av dokumentationskyldighet m.m. vid samverkan mellan kommuner och landsting i ungdomsmottagningsverksamhet (2011-10-10).*