

Ungdomsmottagningen i första linjen för psykisk (o)hälsa

FSUM

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar -

2018-03-05

Eva Holmberg, leg. psykolog, Ungdomshälsan Umeå
Hans Landeström, leg. psykolog/psykoterapeut, Täby Ungdomsmottagning
på uppdrag av Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar

Utarbetat i samråd med styrgrupp bestående av representanter från olika ungdomsmottagningar, yrkesgrupper och delar av landet, samt representanter från FSUM:s styrelse:

Anette Gesang-Gottowt, kurator/leg. psykoterapeut, Stadsmissionens Ungdomsmottagning Stockholm
Anna Bystedt, verksamhetschef, Ungdomsmottagningen Region Örebro län
Anne-Charlotte Hansson, kurator, Trollhättans Ungdomsmottagning
Annelie Möller Backman, kurator, Upplands Väsby's Ungdomsmottagning
Barbro Kriström, psykiatrisjuksköterska, Ungdomshälsan Umeå
Camilla Hoffrén, kurator, Falköpings Ungdomsmottagning
Febe Zetterlund, barnmorska, Morskan på fjället/Sälen
Göran Källqvist, gynekolog, Halmstad regionen
Helena Tjerneng, enhetschef/leg psykoterapeut, Västra Götalandsregionen
Lena Bergens, kurator, Borlänge Ungdomsmottagning
Lena Öjehagen, leg. psykolog, Borlänge Ungdomsmottagning
Lilo Lindquist, barnmorska, Angereds ungdomsmottagning
Mats Lindén, kurator, Falkenbergs ungdomsmottagning
Susie Rasmussen, kurator/ leg. psykoterapeut, FSUM
Timmy Leijen, sjuksköterska/samtalsterapeut, FSUM
Ulrika Andersson, barnmorska, enhetschef, Borlänge Ungdomsmottagning
Zai Gordon White, kurator/gruppleddare, Huddinge Ungdomsmottagning

OBS! Vid kopiering från google-dokument till Word försvinner tyvärr ”fotnötterna” och sidhänvisningarna blir fel. Det åtgärdas i den slutgiltiga versionen.

2018-03-05 1

<u>Sammanfattning</u>	<u>5</u>
<u>Förord</u>	<u>6</u>
<u>Introduktion</u>	<u>7</u>
<u>Psyisk hälsa, ohälsa & psykiatriska tillstånd</u>	<u>9</u>
<u>Allmänt om UM i första linjen</u>	<u>11</u>
<u>Ungdomsmottagningskulturen - en tillgång</u>	<u>11</u>
<u>Ungdomen i fokus och på ungdomens uppdrag</u>	<u>12</u>
<u>Bemötande, tillit och allians</u>	<u>12</u>
<u>Lågtröskelverksamhet</u>	<u>13</u>
<u>Helhetsperspektiv</u>	<u>13</u>
<u>Tvärvetenskapligt</u>	<u>13</u>
<u>Utvecklingspsykologiskt perspektiv</u>	<u>14</u>
<u>Sexuell (o)hälsa</u>	<u>14</u>

<u>Normkreativt förhållningssätt</u>	<u>15</u>
<u>Tillgänglighet</u>	<u>15</u>
<u>Forskning om UMs ungdomsvänlighet</u>	<u>16</u>
<u>Olika modeller av första linjen på UM</u>	<u>17</u>
<u>Huvudmän</u>	<u>17</u>
<u>Hälsofrämjande/förebyggande arbete på UM</u>	<u>17</u>
<u>Hälsofrämjande arbete</u>	<u>17</u>
<u>Förebyggande arbete</u>	<u>18</u>
<u>UM:s främjande & förebyggande arbete</u>	<u>18</u>
<u>Främjande & förebyggande via internet</u>	<u>20</u>
<u>Ungdomar som kan vara utsatta för risk</u>	<u>21</u>
<u>Hedersrelaterat våld & förtryck</u>	<u>21</u>
<u>HBTQ</u>	<u>21</u>
<u>Kognitiv/intellektuell funktionsnedsättning</u>	<u>21</u>
<u>Ensamkommande flyktingbarn och nyanlända</u>	<u>22</u>
<u>Unga som anhöriga</u>	<u>22</u>
<u>Sexuellt risktagande</u>	<u>22</u>
<u>HälsUMs riktade gruppverksamhet</u>	<u>23</u>
<u>UM:s konsultativa roll till annan personal</u>	<u>24</u>
<u>Samverkan</u>	<u>25</u>
<u>Stödja & behandla på UM</u>	<u>26</u>
<u>Lista över omständigheter, problem och svårigheter</u>	<u>26</u>
<u>Typer av stöd- och behandlingsinsatser på UM</u>	<u>28</u>
<u>De första samtalen / Lära-känna-samtal</u>	<u>29</u>
<u>Mottagande</u>	<u>29</u>
<u>Ett ömsesidigt möte</u>	<u>30</u>
<u>“Kliva ner i den unges skor”</u>	<u>30</u>
<u>Berätta om ramarna</u>	<u>31</u>
<u>Kontaktorsak en given utgångspunkt</u>	<u>31</u>
<u>Aktivt lyssnande</u>	<u>31</u>
<u>Validera och stabilisera</u>	<u>32</u>
<u>Öppna frågor</u>	<u>32</u>
<u>Att kartlägga i lagom omfattning</u>	<u>32</u>
<u>Att ta upp känsliga ämnen</u>	<u>33</u>
<u>Fördjupad kartläggning</u>	<u>34</u>
<u>Formulär och checklistor</u>	<u>34</u>
<u>Suicidbedömning</u>	<u>35</u>
<u>Diagnostik</u>	<u>36</u>
<u>Analysera, återkoppla och ta ställning till stöd och behandling</u>	<u>37</u>
<u>Hänvisa och remittera</u>	<u>38</u>

<u>Snabbt lotsa vidare vid akuta eller svåra tillstånd</u>	<u>38</u>
<u>Samsyn och välfungerande rutiner</u>	<u>39</u>
<u>Undantag</u>	<u>39</u>
<u>Anmälningsskyldighet</u>	<u>39</u>
<u>Stöd/behandling utgående från evidensbaserad praktik (EBP)</u>	<u>40</u>
<u>Evidensbaserade behandlingar (EST)</u>	<u>40</u>
<u>EST och Socialstyrelsens rekommendationer</u>	<u>40</u>
<u>Vad säger andra experter?</u>	<u>41</u>
<u>Vad ska vi göra när bara cirka 50% av patienterna svarar på en behandling?</u>	<u>42</u>
<u>En bredare syn på evidens</u>	<u>42</u>
<u>Ungdomens (patientens) perspektiv</u>	<u>43</u>
<u>Behandlarens expertis</u>	<u>43</u>
<u>Vad är det som gör att en behandling fungerar?</u>	<u>44</u>
<u>Den verkliga relationen - första stigen</u>	<u>45</u>
<u>Förväntningar - den andra stigen</u>	<u>46</u>
<u>Specifika ingredienser - den tredje stigen</u>	<u>47</u>
<u>Avslutning</u>	<u>47</u>
<u>Behandlingslängd</u>	<u>48</u>
<u>Stödja & behandla via internet</u>	<u>48</u>
<u>Personalresurser</u>	<u>48</u>
<u>Konsekvenser av otillräcklig resurstilldelning</u>	<u>49</u>
<u>Kompetens för arbete med psykisk (o)hälsa på UM</u>	<u>49</u>
<u>Juridik</u>	<u>50</u>
<u>Dokumentation/journalföring</u>	<u>51</u>
<u>Patientsäkerhet</u>	<u>51</u>
<u>Utvärdering/kvalitetssäkring</u>	<u>51</u>
<u>Diskussion och slutsatser</u>	<u>51</u>
<u>Oro kring första linjeuppdraget</u>	<u>52</u>
<u>Ungdomsmottagningen, en unik verksamhet i första linjen</u>	<u>52</u>
<u>Kan och vill UM?</u>	<u>53</u>
<u>Referenser</u>	<u>54</u>
<u>Bilagor</u>	<u>58</u>
<u>Bilaga 1.</u>	<u>58</u>
<u>Bilaga 2.</u>	<u>59</u>
<u>Bilaga 3.</u>	<u>62</u>
<u>Bilaga 4.</u>	<u>63</u>
<u>Bilaga 5.</u>	<u>63</u>
<u>Bilaga 6.</u>	<u>65</u>

<u>Bilaga 8.</u>	<u>66</u>
<u>Bilaga 9.</u>	<u>70</u>
<u>Bilaga 10.</u>	<u>71</u> □

-
-

Sammanfattning

Ungdomsmottagningen (UM) har funnits sedan 1970 då den första mottagningen öppnade. Idag finns cirka 250 mottagningar i landet. Av dessa är det endast ett litet fåtal UM som varken har landsting eller kommun som huvudman. Ursprungsidén har inte ändrats - att erbjuda ett helhetsbemötande, med både medicinsk och psykosocial personal i uppdraget att hjälpa tonåringar och unga vuxna med frågor och problem kopplade till sexuell och psykisk (o)hälsa.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser gällande sexuell och psykisk (o)hälsa har alltid setts som en viktig del av UMs uppdrag. Dessa insatser ges till såväl enskilda personer som grupper och en vidare allmänhet. Beträffande arbetet med redan uppkommen psykisk ohälsa har socionomer, psykologer och psykoterapeuter på UM genom åren givit 1000-tals tonåringar och unga vuxna ett första bemötande, vari ingått bedömning av allvaret i problematiken och utifrån gjord bedömning antingen erbjudit stöd och behandling på UM eller hänvisat/remitterat till psykiatri (eller annan lämplig instans).

Förord

På nationell nivå finns ingen uppdragsbeskrivning om vad en ungdomsmottagning (UM) är. Vad kan ungdomar få hjälp med på en ungdomsmottagning?

Ingen myndighet har fått uppdraget att ta fram riktlinjer eller vägledande dokument för att säkerställa tjänster och tillgänglighet för UM i vårt land. Första ungdomsmottagningen startades 1970 i Borlänge. Sedan dess har verksamheter startats och utvecklats över tid. I dagsläget finns det ca 250 mottagningar i landet. Uppdrag och storlek på mottagningar varierar och det är upp till den enskilda huvudmannen att bestämma. UM ska vara en lågtröskelverksamhet med god tillgänglighet för alla oavsett kön, sexualitet, etnicitet och funktionsvariation.

FSUM – Föreningen Sveriges Ungdomsmottagningar har 2018 funnits i 30 år och startade som ett nätverk och övergick senare till en ideell förening. FSUM har flertalet gånger, i olika sammanhang, påpekat avsaknad av ett nationellt vägledande dokument och lagstiftning avseende ungdomsmottagningsverksamhet. FSUM har arbetat fram riktlinjer för hur vi vill att arbetet ska bedrivas på Sveriges ungdomsmottagningar. Dessa dokument har inte haft någon officiell status eller varit tvingande. Många huvudmän har dock följt dessa när de byggt och utvecklat sina verksamheter genom åren. Senast FSUM gjorde en större revidering och utveckling av dessa vägledande dokument var 2015, då utöver omarbetade riktlinjer även en

handbok framtogs. Dessa är dock redan inaktuella i vissa delar. Den största anledningen till detta är den stora förändring och försämring av ungdomars psykiska hälsa och mående i vårt land. Tillgången till hjälp har blivit mer komplex och svårtillgänglig av olika anledningar. Många ungdomsmottagningar märker detta genom att fler ungdomar med tyngre problematik hänvisas till UM från specialistnivå. Samtidigt som fler unga med svår problematik själva söker UM då de ej nått fram någon annanstans. Långa väntetider till många av landets UM uppstår pga detta i en verksamhet som ska vara lättillgänglig och helst inte ha väntetider.

De statliga medel som anslagits i statsbudgeten de senaste åren har haft som syfte att stärka arbetet kring psykisk hälsa bland annat på UM. Det har gått olika fort visar SKL kartläggning. UM är, som sagt, en oreglerad verksamhetsform, vilket avspeglas i resultatet av kartläggningen, som bland annat påvisar att det finns stora variationer mellan olika mottagningar. Anslagsgivaren är otålig och har framfört att det går för sakta med satsningen på psykisk hälsa. Frågan om ungdomsmottagningarna vill och kan ha första linjens uppdrag har ställts vid flertalet tillfällen vid olika arrangemang av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Ingen har riktigt mandatet att svara på denna fråga då det inte finns en sammanhållen organisation.

Det finns en viss oro på UM runt hela landet för vad första linje uppdraget kan innebära: Hotas grunduppdraget? Förlorar UM ungdomarnas tillit? Kommer väntetider och vårdtyngd att öka, kvalitén att sjunka och åldersgränser att förändras? Är det här slutet för UM:s unika arbete med ungdomar på ungdomars villkor? I botten på denna oro ligger förstås UM-personalens omsorg om våra ungdomar. UM vill helt enkelt fortsätta vara den verksamhet som ungdomar har förtroende för och själva väljer att gå till. Med detta sagt finns det också UM som med tillförsikt ser fram emot att äntligen få det psykosociala arbetet formaliserat.

Nu har frågan ställts till FSUM om UM vill och kan ha första linjens uppdrag från SKL. Denna skrift är ett svar på hur UM kan jobba med psykisk (o)hälsa på första linjen.

Timmy Leijen, FSUM:s ordförande

Introduktion

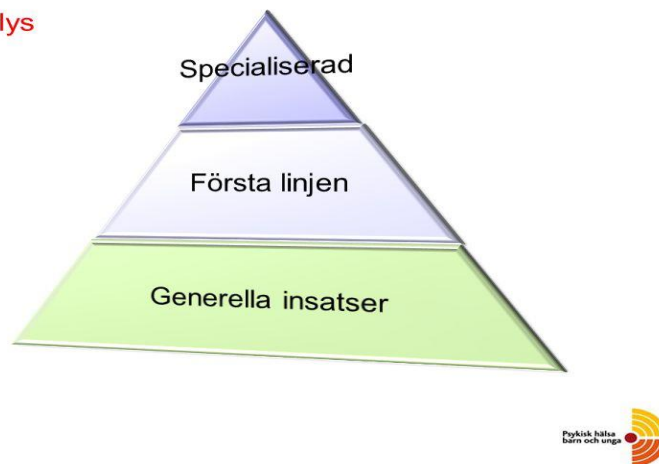
I internationella undersökningar av barns och ungas uppväxtvillkor rankas Sverige ofta högt vad gäller psykisk hälsa, även jämfört med många andra välfärdsländer. Samtidigt finns tecken på att den psykiska ohälsan hos barn och unga under en längre tid försämrats i vårt land. Att det finns för lite utrymme för tidiga insatser och bristande samverkan är exempel på kända utmaningar vad gäller insatser för barn och unga.

Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen har i flera år kommit överens om utvecklingsåtgärder för att stödja kommuner och landsting att förbättra sitt arbete för barns och ungas psykiska hälsa. I sin modell för hur den svenska välfärdsstaten ska organiseras för att motverka psykisk ohälsa bland barn och unga presenterar Uppdrag Psykisk Hälsa på SKL (fortsättningsvis benämnt SKL) en modell med tre nivåer (se bild 1). I basen, A, ligger hälsofrämjande samhällsinsatser som ges till alla unga. På mellannivån, B, ligger första linjen som erbjuder stöd och hjälp oberoende av om skälen är psykologiska, medicinska, sociala

eller pedagogiska. I toppen, C, finns specialiserade insatser för unga med omfattande och/eller allvarlig problematik.

(Bild in här på en pyramid i 3 delar, A, B och C-nivå)
Bild 1.

Aktörsanalys



Utifrån denna modell befinner sig UM redan idag i förstalinjeverksamheten, både när det gäller sexuell/reproduktiv och psykisk (o)hälsa, om än i varierande omfattning från mottagning till mottagning. Ett antal län/regioner har redan valt att ge sina mottagningar förstalinjeuppdraget, men det finns också län/regioner som valt att lägga första linjen på annan verksamhet, vilket innebär en del begreppsförvirring.

SKL har identifierat att UM kan spela en viktig roll i första linjen för ungdomar och unga vuxna även i framtiden. Även FSUM är av uppfattningen att UM är lämpade för att verka på första linjen för psykisk (o)hälsa framöver. Detta sagt i medvetenhet om att det finns varierande förutsättningar bland mottagningarna i hur stor roll de kan och vill vara verksamma inom denna del av första linjen. Oavsett dessa skillnader menar FSUM att varje Ungdomsmottagning har en unik plats i första linjen för psykisk ohälsa, eftersom det inte finns någon annan förstalinjeorganisation i landet som är så kunnig på att ta hand om psykisk ohälsa orsakad av sexuella problem och reproduktiv ohälsa (SRHR). UM-konceptet har skalats upp från *en* mottagning 1970 till ca 250 mottagningar sedan dess, vilket talar för att det är en verksamhet som svarar väl mot unga människors behov av helhetsbemötande. Stöd för detta har nyligen kommit från forskarvärlden:

“The way the Youth Clinics started (small scale) and the way they have continued to work – in a flexible, bottom up fashion, where a national organization integrated by the YCs themselves serves as guiding structure - has been successful in ensuring that a certain ‘style’ of services have become the rule.”

UM är lämpad att fungera som första linje för psykisk (o)hälsa för att det ofta är hit som ungdomen söker vård själv för första gången på eget initiativ. Brukarundersökningar visar också att UM åtnjuter ett högt förtroende bland sina besökare gällande faktorer som välkomnande, lyhördhet, respektfullhet, förståelse och kompetens. Härigenom har UM en bra möjlighet att främja hälsa, förebygga och behandla och vid behov remittera ungdomar som uppvisar psykisk ohälsa. Inte heller är arbetet med psykisk ohälsa något nytt inom UM. Tvärtom har det funnits kuratorer och psykologer alltsedan starten som haft uppdraget att jobba med unga människors psykiska problem.

Syftet med denna skrift är att beskriva hur FSUM tycker att UM kan jobba med psykisk (o)hälsa, med hjälp av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser på A och B nivå. Skriften tar sin utgångspunkt i SKL:s arbetsmaterial "Förstalinjeboken" och "Stödmaterial för Ungdomsmottagningars arbete med att upptäcka, kartlägga och agera mot psykisk ohälsa" varifrån vi refererar och hänvisar. Målsättningen är att beskriva hur ungdomsmottagningar i landet utifrån sina olika förutsättningar kan arbeta för att motverka psykisk ohälsa hos unga. Materialet ska ses som ett arbetsdokument som kommer att förändras över tid.

Det faktum att samhällets beslutfattare nu riktar sitt intresse mot UM gör att FSUM som organisation får chans att ta ställning till frågor gällande metodutveckling, kompetens och uppföljning. Vi hoppas att UMs behandlingsskultur därigenom får en starkare förankring i teori och forskning och att mottagningarna kommer kunna tillhandahålla en mer kvalitetssäkrad verksamhet till unga människor.

Psykisk hälsa, ohälsa & psykiatriska tillstånd

Psykisk hälsa innebär enligt WHO ett tillstånd av mentalt välbefinnande där individen kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hen lever i. FSUM ansluter sig till SKL:s definition där psykisk hälsa innebär att må okej de flesta dagar och ha en fungerande vardag med familj skola/arbete och vänner. Men i att må okej ingår också att uppleva toppar och dalar i sitt mående och att det ses som en naturlig del av livet. "Dalar" som känns och som får negativa konsekvenser, men som kan accepteras och hanteras, ingår i denna syn på psykisk hälsa.

Psykisk ohälsa är ett paraplybegrepp för både lindriga, måttliga och allvarliga psykiska ohälsotillstånd. Det kan således vara fråga om både mindre svåra psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos. Symtomen kan vara uttryck för en normal reaktion på en påfrestande livssituation eller tecken på en underliggande problematik av mer stadigvarande karaktär. De tillstånd av psykisk ohälsa som inte uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos kan ändå upplevas som besvärande och inskränkande av någon eller några aspekter av livet. Socialstyrelsen menar att psykisk ohälsa inträder när de psykiska symtomen är så kraftiga att de påverkar den unges känslomässiga välbefinnande och hindrar optimal utveckling och delaktighet i vardagsaktiviteter.

Psykisk hälsa hos unga hänger många gånger ihop med faktorer i omgivningen. Vanliga orsaker till att unga mår dåligt är till exempel bråk och våld i familjen, mobbning, problem med kompisar, stress relaterat till skolarbete, utanförskap till rådande normer om till exempel sexualitet och kön, en förälder med missbruk eller psykisk ohälsa eller ekonomisk eller social utsatthet i familjen. Psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättningar kan också medföra reaktioner från omgivningen som bidrar till eller förstärker den unges svårigheter. Bra relationer inom familjen gör mycket för ungas psykiska hälsa. Forskning visar att hur väl unga klarar skolan har stor betydelse för deras psykiska hälsa både på kort och lång sikt. Det är därför en mycket betydelsefull insats att stödja unga att klara skolan på ett bra sätt utifrån sina förutsättningar.

Störst risk för återkommande depression har personer med tidig debut av depression, där risken för återfall är 60–70 procent. Även ångestsyndrom i tonåren har visat hög återfallsrisk i vuxen ålder.

Vi har valt att tala om *psykisk (o)hälsa* när det inte talas specifikt om psykisk hälsa eller ohälsa, eftersom det är viktigt att beakta sådant som kan orsaka psykisk ohälsa hos välmående ungdomar (förebyggande arbete) och beakta sådant som ger upphov till hälsa hos de som har psykisk ohälsa (ett salutogent perspektiv vid psykisk ohälsa). Vi vill med detta understryka att det även i mötet med ungdomar som har psykisk ohälsa är viktigt att bekräfta och stärka det friska samtidigt som ohälsan behandlas.

“Psykiatriska tillstånd är en form av allvarlig psykisk ohälsa som tar sig i uttryck i ett syndrom som kan verifieras utifrån olika diagnostiska kriterier. I Sverige används officiellt WHO:s International Classification of Diseases (ICD) som innehåller ett 100-tal olika psykiatriska diagnoser till exempel depression, schizofreni och generaliserad ångest. För varje diagnos finns ett antal kriterier uppställda som avspeglar en samling symtom som ofta uppträder tillsammans och som har visat sig svara gynnsamt på viss behandling. Det finns inga specifika undersökningar man kan göra för att fastställa diagnoserna.

De vanligaste psykiatriska tillstånden hos barn är ADHD och depression (5–8 procent vardera) samt autismspektrumtillstånd (1–1,5 procent). Utifrån dessa uppgifter kan man förvänta sig att cirka 10 procent av barn och unga vid en given tidpunkt har ett psykiatriskt tillstånd. Det finns få tillförlitliga studier om utveckling över tid, och det är därför oklart om förekomsten har ökat i befolkningen. Det är däremot tydligt är att vårdkonsumtionen för psykiatriska tillstånd ökat kraftigt bland barn och ungdomar under många år.”

Allmänt om UM i första linjen

För de UM som får uppdraget att jobba inom ramen för första linjen är det viktigt fortsätta värna den ickepsykiatriska prägeln. Med första linjen avses verksamheter som personer med olika typer av problem börjar med att söka till. Därför är det viktigt att UM fortsätter vara en lågröskelverksamhet som unga känner sig hemma i och välkomna till.

FSUM håller med SKL i beskrivningen av att första linjeverksamheter på UM behöver besitta en multidisciplinär kompetens inom olika kunskapsområden, i UMs fall till exempel klinisk psykologi, psykosocialt arbete och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Mottagningarna behöver också förutsättningar att jobba i nära samarbete med sina vårdgrannar, sociala myndigheter, skolan och dess elevhälsa. Verksamheten på UM ska även utgå ifrån en helhetssyn på den unge där psykisk hälsa, SRHR (Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) och omgivningsfaktorer (såsom hem- och skolsituation) påverkar varandra och bildar en helhet. I den mån det är lämpligt menar SKL att arbetssättet ska involvera och dra nytta av ungdomens sociala nätverk hemma, i skolan och på fritiden. Det ska dessutom vara lätt att söka hjälp på UM.

Som en del av första linjen menar SKL att mottagningarna ska erbjuda sina besökare olika typer av insatser som – utifrån lokala förutsättningar - handlar om att främja och förebygga, ringa in och definiera problem, hänvisa och remittera, ge stöd och behandling enskilt och i grupp och vara ett konsultativt stöd för andra verksamheter.

Ungdomsmottagningskulturen - en tillgång

Trots alla olikheter och skiftande förutsättningar finns en ungdomsmottagningens ”själ” eller kultur som utmärker ungdomsmottagningarnas verksamhet och gör den unik. Till detta hör att personalen genuint välkomnar och vill att ungdomarna ska komma till UM, att de ska trivas, få ett så bra bemötande som möjligt och att de ska känna sig välkomna tillbaka. UM vill att ungdomarna inte väntar med att söka hjälp, utan kommer med sina frågor och behov till mottagningarna i ett tidigt skede. UM hjälper med det den kan och har i sitt uppdrag. I de fall det behövs hjälper UM ungdomen vidare till andra instanser.

Något som bidragit till att ungdomsmottagningsvärlden har en gemensam identitet är FSUM som har varit (och är) en sammanhållande länk, under sina 30 år med ett aktivt arbete som bland annat innefattat framtagande av Handboken för Sveriges Ungdomsmottagningar, samt Riktlinjer för Sveriges Ungdomsmottagningar och som (med)arrangör till den årliga UM-konferensen. FSUM har också spelat en viktig roll som bollplank till enskilda mottagningar och som representant för UM-mottagningarna utåt, i kontakt med departement, län, landsting, yrkesförbund, RFSU, etc.

Ungdomen i fokus och på ungdomens uppdrag

Arbetet på UM ska alltid baseras på de mänskliga rättigheterna och utgå från FNs barnkonvention. Detta gäller i det direkta mötet med ungdomarna men också i samverkan med andra verksamheter. UM är en del av det demokratiska samhället - oavsett huvudmannaskap arbetar ungdomsmottagningarnas personal på uppdrag av det allmänna.

FNs barnkonvention slår bland annat fast att barn inte är föräldrars eller andra vuxnas ägodelar. Unga har rätt till inflytande över sina liv och att göra egna val. De är individer med egna rättigheter och ett eget människovärde. Enligt konventionen ska barns bästa sättas i främsta rummet. Barn anses ha speciella behov av skydd och stöd. Barn har rätt att komma till tals och få sina åsikter beaktade, har rätt till hälso- och sjukvård, samt rätt till skydd för privatliv och personlig integritet. Därför har UM en viktig uppgift att värna unga människors integritet och rättighet att själv söka stöd, information och vård.

Ungdomsmottagningen ska alltid arbeta på uppdrag av den unge. Det innebär att vi alltid arbetar med frivillighet som grund och aldrig på en vuxens eller annan verksamhets uppdrag.

Bemötande, tillit och allians

Att få ungdomars förtroende och tillit är en framgångsfaktor som byggs genom ett gott bemötande. Därför ska ungdomsmottagarna sträva efter att:

- ha ungdomens uppdrag och ungdomsperspektivet främst
- utgå från att ungdomen är expert på sig och sina behov
- tänka på hur ungdomen vill bli bemött
- ha kunskap om ungdomars livssituation och vad som rör sig i ungdomskulturen.

Socialstyrelsen fick 2015 i uppdrag av regeringen att stödja utvecklingen mot en mer patientcentrerad vård. UM är med sin behandlingsskultur en föregångare vad gäller detta, då förhållningssättet visavi ungdomar redan ligger nära ett patientcentrerat synsätt. Ett

patientcentrerat förhållningssätt kännetecknas av ett delat beslutsfattande som innehåller fyra centrala aspekter; (1) öppenhet och ett ömsesidigt kunskapsutbyte; (2) en jämlik relation mellan vårdgivare och patient; (3) tydliggörande av viktiga värdefrågor, där patientens värdegrund och preferenser ska ge vägledning i beslutet; och (4) att samtalet präglas av en strävan efter samsyn och delat beslutsfattande.

Glädjande nog pågår också en vidareutveckling från patientcentrerad till en personcentrerad hälso- och sjukvård. Med ett personcentrerat synsätt tydliggörs att varje patient är en person som större delen av sin tid lever ett liv utanför hälso- och sjukvården. Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet menar att personcentrerad vård innebär ett partnerskap mellan patient och professionell, vilken är baserad på noggrant lyssnande på patientens berättelse. De skriver vidare att:

“Många professionella inom hälso- och sjukvård hävdar att de redan arbetar personcentrerat. Men att konsekvent i alla situationer och varje dag arbeta i enlighet med denna etik är svårt och kräver medvetenhet om varje enskild handling, goda rutiner och arbetssätt och att den övergripande organisationen är anpassad för detta. Detta kräver en medveten satsning och lärande, och sträcker sig vida bortom ett värdegrundsdokument. Patienten är en medmänniska med förmågor och behov. De egenskaper och förmågor som utmärker en person kan uppmärksammas eller negligeras, förstärkas eller förminsas av andra människor. Det förutsätter ett ömsesidigt förtroende mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, och en medvetenhet om att relationen är asymmetrisk. Den professionella kunskapen innebär mer makt och därmed mer ansvar, vilket ska balanseras mot patientens rätt till autonomi och integritet.”

Lågtröskelverksamhet

UM ska vara en lättillgänglig lågtröskelverksamhet dit ungdomar är välkomna att söka vård. Ofta är UM den verksamhet ungdomar söker hjälp själv, för första gången. För detta krävs att personal, öppettider, lokaler och metoder anpassas så att tillgängligheten förbättras så långt det är möjligt. **Till UM ska ungdomar kunna komma med både stora och små frågor.**

Helhetsperspektiv

Redan från början hade de som startade ungdomsmottagningar klart för sig att arbetet skulle präglas av en helhetssyn där kropp och själ hör ihop och att ungdomen ses utifrån sitt sammanhang.

Tvärvetenskapligt

För att täcka helhetsperspektivet i arbetet med SRHR och psykisk (o)hälsa behövs en tvärprofessionell arbetsgrupp bestående av åtminstone psykosocial personal, barnmorska och läkare. UM bör även ha tillgång till personal som, utöver grundkompetensen i sin profession, har utbildning i sexologi, andrologi, gynekologi, psykoterapi och adolescensperioden.

Utvecklingspsykologiskt perspektiv

De flesta ungdomar som vi möter på UM befinner sig i den utvecklingsfas som i psykologiska och sociologiska sammanhang benämns adolescensen. Det är den övergångsperiod mellan att vara barn och vuxen som innefattar de fysiska, psykologiska och sociala förändringar som sker under denna period. Den startar vanligtvis i och med puberteten och avslutas när personen kan betraktas som vuxen. Att adolescensen inträffar under ungefär samma

åldersintervall kan förklaras av dels åldersrelaterad (neural) utveckling i hjärnan och dels av sociala och kulturella förväntningar på hur man ska vara eller ha uppnått vid en viss ålder. I vårt samhälle sker etablering på arbetsmarknaden och familjebildande relativt sent. Det innebär också att ungdomsperioden förlängts.

En ungdom befinner sig i ett vägsål med en fot i ett förlorat barndomsland och en fot i vuxenvärlden. Det är en omvälvande och spännande tid, men även en tid präglad av sorg, oro och psykisk ohälsa. Man måste vara försiktig med att tolka psykisk ohälsa under ungdomsåren i patologiska termer. Det är en del av utvecklingen med medföljande utvecklingskriser. Symtomen kan vara starka, men kan trots det plötsligt vara borta. Det är en grannliga uppgift för personalen som möter ungdomarna att särskilja vad som är symtom på en allvarlig psykisk störning och vad som är en del av utvecklingen. Här krävs en förtroendefull relation, goda kunskaper och fingertoppskänsla.

Man kan i korthet beskriva adolescensens viktigaste uppgifter på följande vis:

- Att dra tillbaka beroendet av föräldrarna och förändra relationen till dem.
- Att avladda föräldrarna och ladda nya relationer. Inledningsvis kamrater och så småningom kärleksrelationer.
- Att utveckla en stabil identitet.
- Att utveckla en sexuell identitet kopplad till en förändrad kropp.

Sexuell (o)hälsa

UMs arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) fokuserar på ungdomens livskvalitet med avseende på dennes sexualitet, identitet och relationer. Det är av största vikt att stärka ungdomar och förtydliga deras rätt över att bestämma över sin egen sexualitet och reproduktion. Ungdomar behöver få kunskap om hur de bäst skyddar sig mot oönskade graviditeter, hur de bäst skyddar sig mot STD, hur rådande abortlagstiftning ser ut, samt även få kunskap om hur kroppen fungerar.

Med detta fokus är UM en plats med helt unika möjligheter att arbeta med psykisk (o)hälsa relaterad till detta livsområde. Sexuell problematik leder många gånger till psykisk ohälsa eller är en konsekvens av psykisk ohälsa. Det är vanligt att den medicinska personalen identifierar psykisk ohälsa hos unga som söker för annat. Detta förenklar för den unge eftersom hen kan få hjälp på samma ställe med olika problem, eller samma problem som tar sig olika uttryck och därför kräver olika professioner.

Normkreativt förhållningssätt

På UM möter ungdomsmottagaren alla typer av ungdomar och det ligger i vårt uppdrag att alla ska känna sig välkomna och sedda. Detta kräver att den professionella som arbetar på ungdomsmottagningen har ett normkreativt och normmedvetet förhållningssätt.

Ungdomsmottagningen är ofta den arena där ungdomar kanske för första gången vågar sätta ord på sina tankar om sin sexualitet och/eller sin könsidentifikation. Att aktivt ifrågasätta normer och dess betydelse för ungdomars hälsa är av största vikt.

Unga HBTQ-personer är mer utsatta för diskriminering, hot och våld än andra unga och mår därför i regel sämre. Genom att ifrågasätta normer kring könsidentifikation och sexualitet främjar vi ungdomars sexuella och psykiska hälsa. Ungdomsmottagare behöver skapa ett positivt och öppet klimat som underlättar ungdomars möjlighet att definiera sig själva. Detta

bidrar inte enbart till en hälsobefrämjande miljö för ungdomar utan öppnar även upp miljön på ungdomsmottagningen så att det blir en trygg arbetsplats även för de som arbetar där.

Ungdomsmottagare behöver hålla sig uppdaterade kring ämnet normer, könsidentifikation och sexualitet. Det är inte ungdomarnas uppgift att vara informationskällor inom området utan mottagningarna behöver fortlöpande kunskap och utveckling inom normkreativt arbete. Ett sätt att göra detta är att HBTQ-certifiera/diplomera sin mottagning, vilket många mottagningar också gjort, detta är något som FSUM rekommenderar.

Tillgänglighet

Tillgänglighet är ett centralt begrepp när det handlar om tidiga insatser för ungas psykiska (o)hälsa, eftersom insatser vid lindrig och måttlig psykisk ohälsa förebygger en fördjupad problematik.

SKL beskriver tillgänglighet som ett mångdimensionellt begrepp. En genomgång av dess olika aspekter utifrån ett UM-sammanhang ger följande punkter:

- **Information** om UM som en plats dit unga kan söka sig för psykisk ohälsa ska finnas lättillgänglig och anpassad för målgruppen. (Sociala medier, hemsida, 1177)
- **Lätt att få kontakt med och boka tid** hos UM, såsom via telefon och webbokning. Vi rekommenderar att föräldrar, elevhälsa, andra viktiga vuxna och kompisar/partner ska kunna boka på den unges uppdrag. Unga vårdsökande bör kunna få kontakt med UM samma dag som de söker.
- **Kort väntetid.** Väntetider i en verksamhet är direkt beroende av verksamhetens storlek vad gäller personal med rätt kompetens, ekonomi och indirekt av av andra verksamheters uppdrag och arbete.
- **Öppettider.** Tillgängligheten kan upplevas öka om mottagningarna kan erbjuda kvällstider och tider på helger.
- **Drop-in-tider.** Mottagningarna kan erbjuda unga att träffa även psykosocial personal på drop-in.
- **Sekretess.** att unga som ännu inte fyllt 18 år ska kunna få stöd av UM även utan föräldrarnas vetskap, om inget talar för motsatsen.
- **Lätta att besöka.** Närhet kan uppnås genom att samarbeta med befintliga verksamheter såsom elevhälsan eller skapa nya verksamheter i ungas närmiljö. Virtuella närhet kan skapas genom insatser via internet.
- **Fysisk miljö** anpassad för olika funktionsvariationer. Ej sjukhuslik atmosfär med tydliga signaler om att detta är en plats för unga människor. Naturbilder i väntrum har visat sig minska ångest hos patienter inför undersökning och behandling. Väntrum, reception och lokaler för provtagning behöver vara utformade så att den unges personliga integritet och sekretess garanteras.
- **Jämlika insatser** i betydelsen att stöd och behandling erbjuds på lika villkor vad gäller likvärdigt bemötande av alla oavsett bostadsort, ålder, könsidentitet, funktionsvariation, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Det handlar om att tillgodose individens behov och rättigheter oavsett hans skiftande förutsättningar. För att säkerställa att insatserna är jämlika kan UM-personal behöva öka kunskapen om ojämlikhet och strukturell diskriminering och hur de påverkar enskilda individers tillgång till stöd och hjälp (se t.ex. Myndigheten för delaktighet, www.mfd.se).
- **Delaktighet** handlar om att tillsammans skapa ett bra samtalsklimat till exempel genom att utgå från den unges egen analys av nuläget och hur hen vill gå vidare

utifrån detta läge. Delaktighet skapas också genom att anpassa språk och frågor efter ålder, utvecklingsnivå, språkfärdighet och modersmål.

Forskning om UMs ungdomsvänlighet

En forskargrupp vid Umeå Universitet under ledning av Isabel Goicolea har i en ännu opublicerad studie undersökt "Hur ungdomsvänlig är ungdomsmottagningen?" Studien baseras på datainsamling från ungdomar och personal från UM i de fyra nordligaste länen i Sverige. Det ungdomarna i studien anser vara de viktigaste förutsättningarna för att söka vård för psykisk ohälsa på UM är tillit, tillgänglighet och multidisciplinära team med expert på psykisk ohälsa bland personalen. Slutsatsen är att ungdomarnas tillit till UM och tilltro till att de ska få möta en professionell som kan sin sak har avgörande betydelse för om de ska söka hjälp för psykisk ohälsa. Eller som forskarna sammanfattar det "trust is key".

Forskarna från Umeå Universitet har jämfört WHO:s kriterier för ungdomsvänlighet med vad som står i FSUMs handbok. Resultaten visar att UM:s grundvärden och sättet vi organiserar våra UM på överensstämmer med WHO:s kriterier för ungdomsvänlighet, se bilaga 1.

Olika modeller av första linjen på UM

Sedan 2010 finns det några ungdomsmottagningar som har ett formaliserat första linje-uppdrag. Se exempel på det i bilaga 2 där det beskrivs hur Ungdomshälsan i Umeå, Gävleborgs UM och *Region Örebro UM (ej klart)* har lagt upp sitt arbetssätt. Alla utgår från FSUMs handbok och riktlinjer.

Huvudmän

Det är huvudmannen i den region, landsting, kommun eller annan verksamhet som ger uppdraget till och bestämmer på vilket sätt ungdomsmottagningen ska jobba med första linjen. Av de 221 mottagningar som SKL kartlagt så är landstinget ensam huvudman för en majoritet av mottagningarna (57 %), kommun och landsting är gemensam huvudman för knappt en tredjedel av mottagningarna (28,5%) medan kommunen är ensam huvudman för lite drygt var tionde mottagning (10,9%). Övriga huvudmän utgör en minoritet på (3,6%).

FSUM menar att huvudmännen behöver ha förståelse för att UM, för att kunna fortsätta vara en ungdomsvänlig verksamhet, å ena sidan behöver huvudmannens finansiella/organisatoriska stöd och å andra sidan ges utrymme att själv utforma verksamheten på ett sätt som passar ungdomars behov. UM spelar sin roll bäst om den får fortsätta att vara en unik verksamhet i vårdsverige.

Hälsofrämjande/förebyggande arbete på UM

Hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande, salutogent, arbete fokuserar på de faktorer som ger upphov till och vidmakthåller hälsa snarare än vad som orsakar sjukdom.

Till de centrala faktorerna i ett hälsofrämjande arbete som SKL lyfter fram hör att stärka individers och grupper *egenmakt* (empowerment) genom att möjliggöra för dem att ta kontrollen över sina liv och sin hälsa, t.ex genom utbildning och lärande. Centralt är också att främja *delaktighet* genom att utgå från de berördas egen analys av nuläget samt hur de vill gå vidare utifrån detta läge. I mötet med ungdomar som visar tecken på problem kan UM använda hälsofrämjande metoder såsom ett lösningsfokuserat arbetssätt och genom att förstärka det som fungerar bra hos individen och i det sociala sammanhanget. Det handlar om att se styrkan hos ungdomen och hjälpa den unga att hitta egna vägar, lyfta de lösningar, tankar, beteenden hos ungdomen som fungerar och som är hjälpsamma för just den personen. Dessa formuleringar stämmer väl överens med den rådande vårdideologin på UM som till stora delar utgår från Aron Antonovskys tankar om hälsans ursprung, salutogenes.

Med ett fokus på sådant som ger upphov till och vidmakthåller hälsa blir det också betydelsefullt att ägna tid åt att tala med ungdomen om vad som får hen att må bra och - efter att ha bett om lov - introducera egna tankar kring ämnet; såsom vikten av fysisk aktivitet, fungerande nära relationer, naturkontakt, balans mellan aktivitet/vila, nöje/plikt osv.

Förebyggande arbete

Förebyggande arbete syftar till att förhindra sjukdomar, skador och problem och att i ett tidigt skede förhindra en negativ utveckling av existerande problem eller att nya problem uppstår. Arbetet bygger på vetenskapligt förankrade teorier om vad som orsakar psykisk ohälsa - psykopatologi - och handlar om att minska riskfaktorernas inflytande och stärka skyddsfaktorerna.

UM:s främjande & förebyggande arbete

Den utåtriktade verksamheten har utvecklats för att motsvara de ökade behov och krav som ställts från samhället på att möta ungdomars frågor kring sexualitet, sexuell hälsa, relationer, psykisk hälsa, livsstil mm. Idag innehåller det utåtriktade arbetet på UM, på de allra flesta mottagningar, mer än bara ett besök någon gång under högstadietiden. UM har dessutom ett allt större antal aktörer att samverka med och efterfrågan på att verksamheten skall finnas på nya arenor i det utåtriktade arbetet ökar. Detta som ett led i en strävan om att UM ska finnas där ungdomar är och på så vis ge så jämlik vård som möjligt för alla ungdomar oavsett kön, ålder, etnicitet och boendeort. Alla ska ha samma rätt till information, kunskap, samtalsstöd, vård och behandling.

Exempel på vanligt förekommande främjande/förebyggande arbete på UM är

- Skolklassbesök, grundskola (vanligtvis högstadiet)
- Besök på gymnasier i olika sammanhang; hälsovecka, kärleksvecka, korridorhäng, föreläsningar, etc
- Samtal om kropp, sex och relationer, med mera i skolan och på fritidsgårdar
- Riktade insatser för riskutsatta grupper och grupper som kan ha svårt att komma till UM, såsom nyanlända, funkisgrupper, elever på yrkesgymnasier
- Grupper med inriktning mot olika besvär såsom sömnproblem, stress
- Pride
- UMO (ungdomsmottagning online) och YOUMO fyller en viktig roll i att vara en kanal för främjande/förebyggande insatser genom att tillhandahålla information och svara på frågor kring SRHR och psykisk (o)hälsa.

Se bilaga 3. för exempel på andra främjande/förebyggande insatser.

I Göteborg finns en särskild enhet inom UM; HälsUM, där de enbart arbetar med främjande/förebyggande/utåtriktat arbete. Enligt avtal ska 20 % av Göteborgs UMs arbete utgöras av detta arbete. Se nedan Göteborgs imponerande årshjul för sitt utåtriktade, förebyggande arbete:

HälsUMs insatser sker på tre nivåer; nivå 1 riktade grupper (beskrivs under avsnittet Riskutsatta grupper), nivå 2 klass/gruppinterventioner och nivå 3 generella insatser. Tabellerna nedan ger en överblick av dessa insatser, beskrivning av gruppverksamheten och hur ofta de sker.

Nivå 2, klassinterventioner

Denna nivå riktar sig till hela klasser/grupper. I första hand handlar det om klassbesök på UM, men även om att träffa grupper av unga på boenden, fritidsgårdar och dylikt.

Insats	Omfattning
Klassbesök åk 6	Erbjudandet går till alla skolor i upptagningsområdet. Cirka 50 grupper/år.
Klassbesök åk 8/9	Samtliga klasser. Löpande under året. Respektive UM gör utskick och bokningar.
Sprint-klasser	HälsUM ansvarar för samordning och fördelning av skolor. För läsåret 2016/17 totalt 80 grupper, fördelat på alla UM.
YAM	Mer information om YAM: www.ki.se/nasp/yam .

Nivå 3

Generella insatser handlar om det som når allmänhet. Förutom det som anges nedan, ingår till exempel webb, informationsmaterial och samarbete med andra instanser.

Insats	Omfattning
Gymnasiedagarna	En gång per år, oktober. HälsUM planerar och samordnar. Alla medarbetare kan bemanna monter.
West pride	En gång per år, juni. HälsUM planerar och samordnar. Alla medarbetare kan bemanna tältet.
MHFA - Första hjälpen till psykisk hälsa	Alla MHFA-utbildade medarbetare ska hålla två kurser/år. Totalt cirka 10 kurser per år. Målgrupp för MHFA är vuxna som arbetar med unga (t ex fritidspersonal, lärare, boendepersonal). Mer information om MHFA: www.ki.se/nasp/mhfa .
SRHR på HVB	Alla som är utbildade i metoden SRHR på HVB ska hålla två kurser/år. Totalt cirka 10 kurser per år. Målgrupp för kursen är främst personal på HVB/liknande boenden (ex: SIS, LSS), men även andra personalgrupper kan bli aktuellt. Mer information om metoden: www.srhr.se .

Främjande & förebyggande via internet

Delaktighet och god tillgänglighet är ledord för landets UM. För att kunna upprätthålla och förbättra kontakten med ungdomar behöver verksamheten arbetsverktyg som kontinuerligt anpassas och uppdateras. Den digitala tekniken med virtuella vårdmöten/e-tjänster är en sådan utveckling och finns numera tillgänglig på många UM i landet.

Verksamhetsformen möjliggör en ökad jämlik tillgänglighet oavsett geografiska förutsättningar, då den minimerar de geografiska avstånden både för ungdomar och personal eftersom det råder en stor ojämlikhet bland unga människors tillgång till UM beroende var en bor i landet. Den distansoberoende tekniken kan även vara en möjlighet att nå ungdomar som inte vill eller kan besöka verksamheten fysiskt. Det finns många idéer om hur och till vad den virtuella ungdomsmottagningen skulle kunna vara ett bra verktyg i mötet med ungdomar, viktigt är dock att betona att den alltid ska ses som ett komplement till de fysiska mottagningarna. Exempel på funktioner som digitala tjänster kan innehålla:

- Digitalt drop-in
- Digitala uppföljningsbesök
- Digitalt bokade tider
- Asynkron meddelandehantering/chatt

I en framtid skulle digitala tjänster även kunna innehålla:

- Gruppsamtal/webinarier vid information till skolungdomar
- Smittspårning

Det finns mycket som talar för fortsatt utveckling inom området digitala vårdmöten, inte minst att UM genom denna verksamhetsform möter ungdomar på deras egen arena, den digitala. Utveckling av e-hälsa inom UM ligger även i linje med regeringens målsättning om en jämlik och god hälsa.

Med UMO (Ungdomsmotagning online, <http://www.umo.se/>) och YOUMO (<http://www.youmo.se>) är UM tillgänglig på internet för informationsspridning och rådgivning kring hälsofrämjande och förebyggande insatser gällande psykiska (o)hälsa.

Telefoni är ett annat digitalt verktyg som ingår i begreppet e-hälsa. Ny teknik har även i fråga om telefoni öppnat upp möjligheter för mer jämlik tillgänglighet. Detta genom att telefontjänster kopplas till större geografiska områden, vilket medger att ungdomar på mindre orter med mindre öppethållande av den fysiska ungdomsmottagningen ändå har samma telefontillgänglighet som ungdomar på större orter med hög grad av öppethållande. Detta arbetssätt kräver dock att det finns förutsättningar för gemensamt journalsystem inom det aktuella geografiska områdets ungdomsmottagningar. Uppfylls detta är denna typ av telefonsamverkan eftersträvansvärd.

All kontakt med patienter/ungdomar som sker via internet, e-post eller SMS kräver kryptering och stark autentisering (inlogg med tjänsteID respektive mobilt bank ID såsom vid Mina Vårdkontakter).

Ungdomar som kan vara utsatta för risk

Varje ung människa är del av ett sammanhang i familj, i skola eller arbete, bland vänner och i sin närmiljö som påverkar dem på olika sätt. I den unges sammanhang och omgivning kan finnas riskfaktorer som gör det svårt för ungdomarna att hantera sina liv. En riskfaktor i sig behöver inte få negativa följder, men flera riskfaktorer ökar sannolikheten för psykisk ohälsa.

I mötet med en ungdom är det viktigt att se till dess sammanhang av både risker och möjligheter. UM vill lyfta fram följande grupper som är eller kan vara utsatta för olika typer av risk. Det är därför särskilt viktigt att nå och beakta dessa grupper i det främjande/förebyggande arbetet. Nedan nämns några exempel på grupper.

Hedersrelaterat våld & förtryck

Det finns ungdomar oavsett etniskt/kulturellt/religiöst ursprung som lever med så kallat hedersrelaterat våld. Det handlar om alltifrån kontroll av vilka kläder en ungdom ska ha, vilka kompisar man får träffa, kränkningar till hot om våld, frihetsberövande, tvångs gifte och dödshot. Dessa ungdomar kan hamna i kläm mellan det liv de vill leva och det liv familjen bestämmer åt dem. Det gäller att vara lyhörd för den ambivalens som kan uppstå inom ungdomen, ha kunskap om hedersrelaterat våld och transkulturellt perspektiv.

Rädslan för att familjebanden ska upplösas kan göra att flickorna övervakas och kontrollen kan övergå i öppna konflikter, bruk av våld och andra övergrepp. Ofta tvingas pojkarna/de unga männen i familjen utföra kontrollen, vilket också är en form av förtryck. Att inte följa traditionen utgör risk att bli utsatt för hot, våld, isolerad och utstött ur gemenskapen. Kunskap om rättigheter och möjlighet att få hjälp saknas i många fall.

HBTQ

HBTQ är ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter. Studier visar att personer med ”icke-normativ” sexualitet eller könsidentitet är mer utsatta för diskriminering, hot och våld än andra unga. Det är en starkt bidragande orsak till att dessa grupper har en sämre psykisk hälsa. I familjer som präglas av hedersnormer utgör HBTQ-personer en utsatt grupp, som inte sällan drabbas av ökad social kontroll, våld, utstötning och omvändelseförsök.

Kognitiv/intellektuell funktionsnedsättning

Att ha en medfödd eller tidigt förvärvad kognitiv/intellektuell funktionsnedsättning har i de flesta kulturer sedan urminnes tider varit stigmatiserande – det finns få grupper som blivit så utsatta för inte bara förakt och löje, utan ofta ovärdig och ibland omänsklig behandling. Med större deltagande i samhällslivet, större självbestämmande och respekt för den enskildes integritet ökar valmöjligheterna, men detta kan också innebära ökad utsatthet. Det finns en svensk rapport som visar att personer med funktionshinder, särskilt kvinnor, är mer utsatta för övergrepp än andra grupper i samhället. Personer med utvecklingsstörning riskerar även att själva begå brott.

Ensamkommande flyktingbarn och nyanlända

Många av de ensamkommande barnen som söker asyl i Sverige har olika och svåra erfarenheter från sitt liv före och under flykten. Vanligt är att de ensamkommande barnens psykiska ohälsa kommer till uttryck i sömnsvårigheter, mardrömmar, depression och oro. I skolsammanhang och av boendepersonal kan vissa av de ensamkommande ungdomarna upplevas svårhanterliga för att de reagerar med ilska eller med ett utåtriktat och aggressivt beteende. Andra utvecklar istället koncentrationssvårigheter eller väljer att dra sig undan sociala sammanhang eller att isolera sig.

Unga som anhöriga

Med unga som anhöriga avses unga som lever i familjer eller i närhet till en vuxen som har missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning, fysisk sjukdom/skada eller som

plötsligt avlider. Dessa ungdomar riskerar att påverkas negativt av de vuxnas och sin egen oro, av oförutsägbarhet, orimligt ansvarstagande, bristande omsorg genom att den vuxna ej orkar praktiska sysslor eller förmår att engagera sig känslomässigt. Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta dessa ungdomars behov av information, råd och stöd.

Sexuellt risktagande

UM möter ungdomar med många olika erfarenheter, och en av dessa är att ha sex mot ersättning eller ge ersättning för sex. I de kartläggningar och undersökningar som har gjorts angående ungas erfarenheter, är andelen unga män som sålt sex högre än andelen tjejer/unga kvinnor, och att många är hbtq-killar. Ett annat exempel på sexuellt risktagande är unga som använder sex som självskada. Det finns både likheter och skillnader mellan sex som självskadebeteende och andra självskadebeteenden. Den tillfälliga ångestlindringen är en likhet, en skillnad är att lämna över kontrollen till någon annan och därför inte veta vad en kommer att utsättas för.

På UM kan det kan vara första gången som den unge får frågan om sex mot ersättning/ge ersättning, sex för att skada sig själv och andra typer av frågor om sexuellt risktagande. Det kan också vara första gången som den unge berättar om sina erfarenheter. UM är därför en mycket viktig plats där unga ges möjlighet till stöd och hjälp inom detta område.

HälsUMs riktade gruppverksamhet

HälsUM är föregångare då det gäller att arbeta främjande och förebyggande med grupper. Med riktade grupper menar HälsUM olika former av gruppverksamhet på mottagningarna som den enskilde ungdomen själv söker sig till, för att lindra och/eller förebygga ohälsa. Alla UM-medarbetare ska känna till alla gruppverksamheter och när de startar, så att information kan ges till de unga som besöker UM.

Grupp	Omfattning	Målgrupp	Mål/syfte och innehåll
ACT	4 gånger á 2–3 timmar	Unga 16–25 år, som upplever stress eller vill förebygga stress. Maximalt 20 unga/grupp.	Det övergripande målet med kursen är att minska stress och främja hälsa. Konkret handlar det om att låta de unga identifiera vad de tycker är viktigt i livet och att inspirera de att ta konkreta steg i riktning mot detta. Kursen innehåller en blandning av teori och upplevelsebaserade moment. Psykoedukation kring stress och ångest, arbete kring livskompassen och värderingskort (värderad riktning), mindfulness och motion. Hemuppgifter ingår. Mer info, se www.livskompass.se .
Fit for life (FFL)	6-veckors kurs med 2 pass/vecka á 1,5 timme	Höstterminen: Unga 16–25 år. En grupp för de som identifierar sig som tjejer. Och en för killar.	Syftet med FFL är att inspirera de unga, att ge dem insikt i att de själva kan påverka sin hälsa och sina levnadsvanor. Genom upplevelsebaserade erfarenheter av

		<p>Vårterminen: Unga som går SPRINT. En grupp för dem som identifierar sig som tjejer och en för dem som identifierar sig som killar.</p> <p>Maximalt 15 unga/grupp.</p>	<p>olika typer av träning samt kunskap kring hälsofrågor är förhoppningen att de unga får ökad hälsa såväl fysiskt som psykiskt.</p> <p>Träning på måndagar: yoga, grounding (afrodans), basket, boxning, skivstång och spinning. Teoripass på torsdagar: fritid, sömn, stress, kroppen/relationer, kost. Avslutning utifrån gruppens önskemål.</p>
Mindfulness	8 gånger á 1,5 timme + uppföljning/ar	<p>Unga 17–25 år med lätt till måttlig stress, oro, prestationsångest och/eller sömnsvårigheter.</p> <p>Cirka 10–15 unga/grupp.</p>	<p>Syftet är att ge de unga möjlighet till ökad förståelse för sig själva och förmåga att hantera vardagen/svårigheter på fungerande sätt. De unga uppmuntras att stanna upp, uppmärksamma vad de tänker/känner/förnimmer och ta ställning till hur de vill hantera det. Målet är också att minska stress, ångest och nedstämdhet.</p> <p>Kursen utgår från programmet Här&Nu som har sin bas i MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction). Kursen innehåller meditationsövningar varvat med korta teoripass kring stress, ångest, nedstämdhet. Hemuppgifter ingår.</p>
Sexuella svårigheter	12 gånger á 2 timmar + uppföljning efter tre månader	<p>Unga med lust-, smärt- och/eller annan sexuell problematik.</p> <p>Optimalt är cirka 8 unga/grupp.</p>	<p>Målet är att ge kunskap om de sexuella/fysiologiska funktionerna samt öka förståelsen för svårigheterna utifrån ett samhällsperspektiv och därigenom hitta nya vägar att hantera sin sexualitet. Kursupplägg med olika teman, teoripass varvat med övningar, filmer osv. Normalisering med fokus på det som fungerar.</p>
Sexuella övergrepp	10–20 gånger á 1,5–2 timmar + uppföljnings-träff	<p>Unga 13–24 år som blivit utsatta för sexuella övergrepp.</p> <p>Optimalt är cirka 8 unga/grupp.</p>	<p>Syftet med gruppen är att erbjuda behandlande insatser till unga utsatta för sexuella övergrepp, med målet att förbättra deras livskvalitet på kort och lång sikt.</p> <p>Kursupplägg med olika teman. De unga ges möjlighet att dela erfarenheter med andra som varit med om liknande övergrepp. Psykoedukation kring sexuella övergrepp, trauma och traumasymtom. Samtal om bland annat känslor, kroppen, relationer, sexualitet, förövaren. Övningar i form av att</p>

			skriva, rita/måla, mindfulness, rörelseövningar.
V.I.P (viktig, intres- sant person)	12 gånger á 2 timmar	För unga 16 - 19 år med intellektuell och psykisk funktionsvariation. Elever på särgymnasiet. Maximalt 8 unga/grupp.	V.I.P syftar ytterst till att förebygga våld i nära relationer för personer med intellektuella/psykiska funktionsvariationer. Detta görs genom arbete med att stärka självkänslan och träna på att sätta gränser. V.I.P-kursen innehåller korta teoripass varvat med övningar. Teman är bland annat känslor, relationer, val och gränser.)

UM:s konsultativa roll till annan personal

UM blir ofta kontaktade av skola och vårdgrannar gällande frågor om sexuell hälsa, HBTQ och psykisk ohälsa. Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan ges indirekt till unga genom att utbilda personal som möter ungdomar i andra verksamheter. Det kan handla om hur personalen kan bli bättre på att upptäcka ungdomar som mår dåligt, vad verksamheten kan göra själv för att underlätta för unga som mår dåligt och när och vart verksamheten kan hänvisa unga. Konsultationer kan ges både i grupp och enskilt, även kring specifika ungdomar, förutsatt att den unge/vårdnadshavare gett sin tillåtelse. Personal i andra verksamheter kan tycka att det blir enklare att kontakta en ungdomsmottagning om det finns en namngiven kontaktperson att vända sig till i första hand och ifall det är okej att dra ärenden anonymt.

Samverkan

I alla kommuner och landsting finns redan verksamheter som på olika sätt arbetar för ungas psykiska hälsa. Verksamheternas uppdrag brukar antingen ha tyngdpunkt på det främjande och förebyggande arbetet – till exempel elevhälsan – eller på stödande och behandlande insatser – till exempel UM. Många landsting har fattat beslut om att låta primärvården eller specialistpsykiatri utföra första linjens insatser för psykisk hälsa. I praktiken ges insatserna inte sällan av flera verksamheter, även om någon del av organisationen har ett mer uttalat uppdrag.

Socialtjänst

När det gäller risk för att unga far illa är samverkan lagstadgad mellan socialnämnd och hälso- och sjukvården (SoL 5 kap. 1 a § och HSL 2 f §). Det kan då handla om att UM kan informera den unga om rätten att ansöka om stöd hos socialnämnden om information tyder på att ungdomens behov kan tillgodoses på bättre sätt av socialnämnden. En ungdom som fyllt 15 år har rätt att själv ansöka om stöd eller avlastning och UM kan vara ungdomen behjälplig i ansökan. En ansökan innebär alltid att utredning enligt socialtjänstlagen 11:1 öppnas samt att socialtjänsten är skyldig att besluta i ärendet.

UM kan också samverka med socialtjänst på andra sätt till exempel för att vara flera vuxna ute där ungdomar rör sig vid särskilda händelser som Luciafirande och skolavslutning kan samverkan ske med fältsekreterare. Det kan också handla om samverkan i ärenden som rör en ungdom och dens familj när familjebehandling blir aktuell.

Skola. Pedagogiska åtgärder ansvarar för-/skolan för i samråd med föräldrarna. Med samtycke från ungdom/föräldrar kan UM informera skolan om ungdomens behov för att skolan ska göra rätt anpassningar och insatser. UM kan också erbjuda konsultation till elevhälsan och annan skolpersonal.

SIP. Att göra en samordnad individuell plan (SIP) innebär att de olika aktörerna tillsammans med ungdomen och dennes familj identifierar behoven och sedan tydligt bestämmer vem som gör vad och hur detta följs upp. En SIP är lämplig att göra när flera aktörer ger insatser som behöver samordnas. Det behöver inte handla om allvarlig problematik, SIP är ett sätt att skapa samsyn.

Socialstyrelsen skriver om vikten av samsyn mellan olika vårdgrannar. Samsyn handlar om gemensam värdegrund samt respekt för och tillit till varandras uppdrag och kompetens. Det gäller även att ha en någorlunda gemensam uppfattning av problemet eller behovet och vilka insatser som kan behövas. Gemensamma begrepp eller kunskap om varandras begrepp underlättar samverkan, liksom en gemensam kunskapsbas om risk- och skyddsfaktorer, verkningfulla insatser och dokumentationssystem.”

Stödja & behandla på UM

En av framgångsfaktorerna för UMs arbete med psykisk (o)hälsa hittills har antagligen varit en behandlingskultur där ungdomar upplevt sig bli sedda som personer och aktiva agenter med inflytande över sina liv, snarare än att bli satta under lupp utifrån ett arbetssätt som fokuserar på att skatta symtom och ställa diagnoser. Så oavsett vilken modell och manual man jobbar efter i kartläggning, stöd och behandling, behöver arbetssättet integreras med “ungdomsmottagningens kultur” - där ungdomens behov och önskemål är i centrum.

SKL skriver med utgångspunkt från Socialstyrelsens formuleringar att det inte finns någon tydlig definition på skillnaden mellan stöd och behandling vad gäller psykisk ohälsa. Socialstyrelsen menar att behandling täcker in åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd, varav stödjande samtal utgör en underkategori. FSUM instämmer i hur SKL använder begreppen stöd och behandling synonymt för att beteckna insatser som avser att förbättra en ungdoms mående. Det innefattar allt från information och utbildande inslag till stödjande samtal, psykologisk behandling och samordnade insatser från flera aktörer.

Ett användbart sätt att se på ordparet - stöd och behandling - är att se dem som två nödvändiga aspekter i varje möte med unga på UM. Stödja skulle i så fall stå för förmågan av visa empati, inlevelse och förståelse och behandling skulle vara att engagera den unge i aktiviteter som får hen att må bättre. Stödjande ska inte missförstås som att bara vara allmänt snäll och förstående. Forskning har bekräftat att enbart empati utan problemlösande attityd leder till sämre resultat, än när empatin går hand i hand med ett strukturerat arbete för att hjälpa klienten att förhålla sig till sina svårigheter på ett nytt mer konstruktivt sätt.

Lista över omständigheter, problem och svårigheter

SKL menar att den samlade första linjen inom ett län eller en region borde kunna erbjuda stöd och hjälp till unga med en mängd olika omständigheter, problem och svårigheter enligt punktlistan nedan. UM möter ungdomar med nedanstående problem och utifrån det sammanhang och uppdrag UM har ska personalen ha kompetens och omvärldskunskap för att kunna sortera ut vad UM ska jobba med och vad som ska remitteras vidare.

- Att ha flera omständigheter eller problem samtidigt
- Att känna rädsla, oro eller ångest
- Att vara ledsen eller nedstämd
- Att ha svårigheter med stress
- Att ha svårt att reglera uppmärksamhet och energi
- Att ha en särbegåvning
- Att ha svårigheter med sömnen
- Att ha psykisk ohälsa kopplad till kroppen
- Att ha oro kopplad till identitet och framtid
- Att ha ätproblem
- Att göra illa sig själv
- Att ha beteendeproblem
- Att ha riskbruk, missbruk eller beroende
- Att behöva stöd i kommunikation och samspel
- Att ha en besvärlig hemsituation
- Att utsättas för kränkande behandling
- Att ha upplevt kris eller trauma
- Att ha flytt
- Att ha allvarlig eller omfattande problematik

En sammanställning av SKLs genomgång av dessa problemområden har tagits fram som är anpassad för ungdomsmottagningar. FSUM menar att detta dokument bör finnas tillgängligt på mottagningarna för konsultation och vägledning i det dagliga arbetet, som introduktion till nyanställda och som underlag för utbildningsdagar kring det psykosociala arbetet på UM.

Till SKL:s lista vill vi lägga till problemområden som unga ofta söker hjälp för på UM. Flera av dessa tas upp till behandling av SKL men vi vill lyfta upp dessa problemområden särskilt då de ansluter till UMs specialområde - psykisk ohälsa kopplad till SRHR.

- Psykisk ohälsa i anslutning till olika former av problem kopplade till sexualitet såsom: samlagssmärta, erektionssvikt, tidig utlösning, brist på lust, problematisk porrkonsumtion, sexuellt självskadebeteende, sexuella övergrepp, sexuella avvikelser (parafilier).
- HBTQ
- Hot och våld
- Hedersrelaterat våld (HRV)
- Suicid
- Anknävningsrelaterade problem
- Relationsproblem
- Alkohol, narkotika, tobak (ANT)

En genomgång av dessa problemområden utifrån SKLs upplägg återstår att göra i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Typer av stöd- och behandlingsinsatser på UM

- **Rådgivande samtal.** För många unga kan rådgivning eller en kortfattad kartläggning för att sortera i bekymren vara en tillräcklig insats. Genom rådgivning kan den som hör av sig få lösningsförslag att prova hemma med uppmaningen att återkomma om problemen kvarstår eller förvärras.
- **Normaliserande,** är en viktig intervention som finns på alla nivåer: hälsofrämjande, förebyggande, behandlande hos alla yrkesgrupper på UM..
- **Psykoedukation.** Insatsen syftar till att ge förståelse för de problem eller symtom som den unge, eller anhöriga upplever; minska besvär orsakade av missförstånd och kunskapsluckor; och att öka förutsättningarna för att den unge ska kunna hantera svårigheterna. Det kan handla om att normalisera, förklara vad en diagnos innebär och ge information om behandlingar, strategier och stödsatser.
- **Stödjande samtal.** Exempelvis Motiverande samtal (MI) som syftar till att underlätta förändringsprocesser genom att ungdomsmottagaren hjälper den unge att formulera en egen förståelse av sitt problem, skapa egna argument för förändring och genom att stärka den unges beslut och åtagande att genomföra förändringar. (Se bilaga 8 för kort presentation och FSUMs argument för varför MI bör ha en stark ställning på UM även framgent).
- **Psykologisk behandling/psykoterapi.** Samlingsnamn för olika vetenskapligt beprövade psykologiska behandlingsmetoder. De vanligaste inriktningarna är kognitiva och beteendearterade terapier (KBT), inklusive Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och psykodynamiska psykoterapier (PDT), såsom korttids-PDT, och Mentaliseringsbaserad psykoterapi (MBT). Andra psykologiska behandlingsmetoder som kan komma ifråga på UM är Interpersonell terapi (IPT) som också finns i en ungdomsversion (IPT-A), affektfokuserade psykoterapier (AFT), systemisk familjeterapi och anknytningsbaserad familjeterapi (ABF). Därtill kan nämnas att UM-medarbetare utvecklat en stöd och behandlingsmodell specifikt för UM vid namn: Känsla av sammanhang på Ungdomsmottagningen (se bilaga 8 för en närmare presentation).
- **Läkemedel** kan ordinerars och /eller följas upp på UM förutsatt att nödvändig läkarkompetens finns tillgänglig för uppgiften och att lokala avtal med vårdgrannar, specialistpsykiatri möjliggör detta.

Vi vill att ungdomarna ska se UM som sin arena. Detta utesluter inte att behandlare och ungdom i samförstånd kan ta in det sociala nätverket i stöd och behandlingsinsatser.

- **Föräldrakontakt.** Precis som den unge kan hens föräldrar, anhöriga eller kamrater vara hjälpta av ett rådgivande samtal. UM-personal kan ge generell rådgivning på telefon till föräldrar som ringer angående sin ungdom, förutsatt att lokala anvisningar tillåter detta. När ungdomen går i samtal på UM ska den professionella iaktta sekretess även i förhållande till föräldrar, om ingenting talar för motsatsen. När kontakten kommit till genom att förälder och ungdom kommit tillsammans och i synnerhet när ungdomen är under 15 år, kan det vara lämpligt att behandlare och förälder kan talas vid enskilt i telefon. Denna kontakt ska i så fall ske med ungdomens godkännande och vara så transparent som möjligt inför denne.

- **Familjesamtal/familjeterapi.** Möten till vilka den unge och behandlaren bjuder in hela eller delar av dennes familj föregås av ett gemensamt beslut att detta är rätt väg att gå. Som förberedelse innan mötet behöver de tala igenom vad den unge hoppas på att få ut av mötet, vad hen skulle vilja få sagt, vad behandlaren ska säga och göra och vilka eventuella farhågor som kan finnas.

De första samtalen / Lära-känna-samtal

Det finns poänger med att tydliggöra hur en samtalsbehandlare på UM arbetar. Det handlar inte minst om att försöka ringa in och beskriva vad som utmärker den personcentrerade behandlingskultur som råder på UM och hur den kan komma till uttryck i arbetet med tonåringar och unga vuxna som kommer med psykisk ohälsa. FSUM menar att det ligger något gott i att vi, trots våra olikheter mottagningar emellan, försöker behålla och utveckla den särskilda form av bemötande som visat sig så framgångsrikt på UM. Beskrivningen av det kliniska arbetet tjänar också syftet att vara en introduktion till nyanställd personal gällande hur en ungdomsmottagare ska besluta och agera i olika svåra behandlingssituationer. Slutligen ser vi beskrivningen av det psykosociala arbetssättet på UM som en viktig del av dialogen med företrädare på SKL och tjänstemän hos huvudmän samt andra berörda.

Mottagande

Innan behandlingsarbetet kan börja behövs ett initialt band mellan behandlare och ungdom skapas. Det första mötet mellan ungdom och behandlare är i grund och botten ett möte mellan två främlingar, där det är ungdomen som gör bedömningen om behandlaren är att lita på eller inte, har den nödvändiga expertisen och ifall hen kommer ge sig tid och göra sig ansträngningen att förstå problemet och det sammanhang i vilket problemet uppträder. Av de som hoppar av sin behandling gör majoriteten det under de första sessionerna visar psykoterapiforskning. Mot bakgrund av detta framstår den initiala interaktionen mellan ungdom och personal som avgörande.

Som ungdomsmottagare ingår det i uppdraget att ha ett förhållningssätt som skapar trygghet och som väcker ungdomens förtroende. Ungdomen ska bemötas vänligt och respektfullt vid kontakttagande och vid ankomst till mottagningen.

Mottagningens väntrum bör signalera att detta är en plats som är särskilt avsedd för just unga människor. Detta ska inte förstås som att lokalerna behöver likna en ungdomsgård. Vi vill i detta sammanhang också belysa att UM:s behandlingskultur inte ska tolkas som att personalen ska vara "ungdomliga" till sättet för att vinna besökarnas gillande (vilket snarare skulle motverka sitt syfte). Istället handlar behandlingskulturen om att ha kunskap om att vara ung och att optimera den unges funktionsnivå genom att skapa trygghet, delaktighet och utrymme att utöva sin egenmakt. Redan i väntrummet lägger ungdomsmottagaren grunden för en god arbetsallians genom att underlätta på det sätt som behövs för att ungdomen ska finna sig tillrätta och känna sig välkommen. Utifrån detta perspektiv påbörjas stöd och behandling idealt sett redan vid telefonkontakt och i väntrummet.

Ett ömsesidigt möte

Med uttrycket "lära-känna-samtal" poängteras att de första kartläggande samtalen på UM är en ömsesidig process mellan behandlare och ungdom, där båda skapar sig en bild av varandra och vad de ska göra tillsammans. Behandlaren bildar sig en uppfattning om den unges behov

eller problem utifrån ett helhetsperspektiv där både styrkor och svagheter, frisk- och riskfaktorer i den unges livssituation beaktas. Denna övergripande kartläggning kan ligga till grund för val av stöd och behandling och tjäna som underlag för en fördjupad kartläggning eller remittering. Den unge får chans att ta ställning till i vilken utsträckning hen känner sig förstådd, hjälpt och bemött på ett bra sätt och om hen vill fortsätta kontakten, känner sig färdig eller om någon annan hjälp behövs.

Vid sidan av språklig kommunikation består denna lära-känna-process även av ickeverbal och implicit kommunikation: "Hur ser den unge ut att må? Hur verkar hen helst vilja bli bemött? Känslor, stämningar? Hur känns kontakten mellan oss? Tecken på att den unge inte är med på tåget?"

"Kliva ner i den unges skor"

För att öka chanserna att den unge ska känna sig förstådd och vilja komma tillbaka och för att kartläggningsuppgifterna ska kunna sättas in i ett meningsfullt sammanhang för ungdomsmottagaren, är det klokt att börja med att försöka förstå den unge och dennes livssituation utifrån hans eget perspektiv. Snarare än att utgå från ett andrapersonsperspektiv - "jag som behandlare ser det här hos dig" - eller ett tredjepersonsperspektiv - "det här testet säger det här om dig." - handlar denna förståelseform om att "kliva ner i den unges skor" och försöka förstå den unge utifrån sitt förstapersonsperspektiv - "jag upplever det här om mig och min livssituation". Genom att redan från starten utgå från ungdomens egna upplevelser av sig själv, sitt liv, sina relationer och svårigheter, blir det i regel lättare för den unge att i sin tur förhålla sig öppen till sådant som ungdomsmottagaren sedan introducerar under samtalets gång (vare sig det handlar om diagnostiska intervjuer, frågeformulär, behandlande interventioner eller ideér om att blanda in utomstående).

Berätta om ramarna

För att skapa en tillitsfull relation i början av en kontakt bör den som träffar den unge vara öppen med hur det kan se ut att gå i samtal på en ungdomsmottagning. Till exempel är det bra att informera om hur länge samtalet kommer att pågå inledningsvis första träffen. Berätta att du kommer göra ditt bästa för att hjälpa och om det behövs lotsa vidare till annan form av hjälp. **Erbjud dig att svara om ungdomen får några frågor och förklara att du jobbar på ungdomens uppdrag.**

Det kan också vara bra om den unge får höra att det går att få träffa någon annan om det inte skulle kännas bra med dig som behandlare (förutsatt att det finns tillgång till andra behandlare förstås). Du behöver också nämna din tystnadsplikt och dess undantag; att samtalen dokumenteras (om så sker) - "för patientsäkerhetens skull och för att vi lättare ska kunna se hur det vi gör tillsammans fungerar" (uppföljning). Prata också igenom med den unge om vilka rutiner ni ska ha för bokning, återbud, uteblivna besök och vad ni ska göra om kontakten rinner ut i sanden.

Det är också lämpligt att informera den unge om att ni inom de första träffarna kommer ta ställning till hur en eventuell fortsättning kommer att se ut. Ett annat alternativt upplägg är att komma överens om att boka från gång till gång så länge det behövs. Inbjud den unge att säga till om något inte känns bra i kontakten och uttryck din villighet att prata om och försöka finna lösningar på eventuella problem som uppstår. Samtalet om ramarna för kontakten behöver ske i beaktande av att behandlaren delar talutrymme med den unge.

Kontaktorsak en given utgångspunkt

Unga som bokar tid hos en samtalare på UM har ofta en ganska klar idé om vad de vill ha hjälp med. Därför är det en självklar utgångspunkt för samtalet att låta den unge först berätta ostört om orsaken till besöket med sina egna ord och att ungdomsmottagaren intar en attityd av aktivt lyssnande.

Aktivt lyssnande

Till aktivt lyssnande hör affektintoning, dvs en empatisk inlevelse hos behandlaren för vad som pågår inuti den unge - så som det kan förstås utifrån det som sägs, röst, kroppsliga uttryck, ögonkontakt och genom den stämning och attityd den unge utstrålar. Affektintoning är en tvåvägsprocess där behandlaren spontant även kommunicerar tillbaka sin intuitiva förståelse till ungdomen genom ansiktsuttryck, kroppsspråk, hummanden etc. När till exempel en ungdom berättar om en smärtsam händelse uttrycker behandlaren sin empatiska inlevelse med ett ansiktsuttryck av smärta som matchar i intensitet och längd det ungdomen förmedlar. Denna matchning behöver vara ett genuint uttryck för behandlarens delaktighet i mötet.

Till ett aktivt lyssnande hör också återkommande sammanfattningar av innehåll och känslomässig innebörd, där behandlaren testar om hen har uppfattat vad ungdomen sagt på rätt sätt och tar till sig av eventuella korrigeringar som ungdomen kommer med. Behandlaren kan också skjuta in kartläggande frågor om den unges mående och livssituation i övrigt när det uppkommer naturliga tillfällen till det i samtalet. Om ungdomen till exempel säger "Så kom jag hem från skolan men ingen hade kommit hem än" skulle det kunna vara läge att säga "Jaha, vilka bor hemma då?".

Validera och stabilisera

Den som träffar den unge bör redan från början av kontakten ta varje tillfälle i akt att validera ungdomens styrkor och förmågor såsom de träder fram i mötet: "Vilken otrolig förmåga du har att beskriva dina problem. Har du listat ut allt det här på egen hand?" eller "Du har verkligen haft modet att uttrycka vad du känner innerst inne här idag".

Många ungdomar är spända inför besöket och har ofta gått omkring mer eller mindre ensamma med en massa inre smärta. Därför är det inte ovanligt att ungdomen visar starka känslouttryck redan under de första minutrarna av samtalet. Välkomna, bekräfta och ge utrymme åt den unges känslouttryck när dessa bedöms vara adaptiva och inom ramen för det uthärdliga. Lugna och stabilisera maladaptiva känslor såsom väldigt stark ångest (genom andning, avspänning, accepterande) och förföljande skam- och skuldkänslor (normaliserande).

Öppna frågor

Med en öppen fråga av typen "Vad innebär detta för dig?", inbjuds den unge till att utforska den situation som frågan handlar om och att sätta egna ord på sina tankar och känslor. Det finns inga givna svar på öppna frågor. Istället rymmer de ett oändligt antal möjliga svar. En slutna fråga däremot, som "Var det jobbigt för dig?", snävar in beskrivningen av problemet. Se bilaga 4. för exempel på öppna frågor i början av en kontakt.

Att kartlägga i lagom omfattning

En kartläggning har idealt bara den omfattning som krävs för att med tillräcklig säkerhet ringa in problem och styrkor. Den som möter ungdomen bör även kunna

identifiera tecken på ohälsa och svårigheter som ligger utanför den egna verksamhetens uppdrag, för att kunna lotsa vidare eller genomföra synkroniserade insatser med angränsande verksamheter.

När problemet synes vara lätt att ringa in kan behandlaren nöja sig med att prata om det som ungdomen själv ser som problemet och hjälpa till med detta. Vid sådana mer preliminära kartläggningar är det särskilt viktigt att kontinuerligt följa effekten av de insatser som bestäms. Samtidigt används ny information som dyker upp efterhand som ett sätt att fördjupa kartläggningen. Här är det alltså viktigt att vara öppen för att justera bedömningarna kring både problemställning och de insatser som ska ges vartefter ny information dyker upp.

Ibland behöver lära-känna-samtalen ske under flera träffar. Den unge kan behöva bygga upp ett förtroende och relation till personen hen träffar innan hen vill berätta. Det kan också vara så att den unge behöver tid mellan träffarna för att kunna reflektera och formulera sig kring vad hen ser som bekymmer och vilken hjälp hen vill ha. Om den som möter ungdomen inte upplever sig ha fått tillräckligt med information eller inte känner sig säker på hur informationen från kartläggningen ska tolkas bör hen ta reda på mer eller konsultera någon med mer erfarenhet eller kunskap i området. Kartläggningen kan också visa att det finns behov av en fördjupad bedömning av de problem som lära-känna-samtalen ringat in.

Det är viktigt att underlätta för den unge att vara en aktiv deltagare i kartlägningsprocessen genom att inbjuda hen att vara med i att formulera frågeställningar som kartläggningen ska besvara. Att göra kartläggningen till ett gemensamt utforskande ökar ungdomens motivation. Sannolikt leder detta också till att ungdomens känsla av att begripa sina svårigheter ökar. På så sätt kan kartlägningsmomentet också ha en stödjande/behandlande funktion.

Att ta upp känsliga ämnen

Forskning visar att barn i låg utsträckning pratar med vuxna om sina erfarenheter av till exempel våld, sexuella övergrepp, mobbning och självskadebeteende. För samtalaren kan det kännas svårt att ta upp känsliga ämnen om exempelvis missbruk, våld och sexualitet när en ungdom söker för något helt annat. Men ifall den professionelle ställer denna typ av frågor i början av en kontakt blir det en signal till ungdomen att detta är något som det går att prata om. Vikten av att våga ta upp känsliga ämnen visar sig till exempel i att rutinemässiga frågor om våld gör att mångdubbelt fler fall av våld i nära relationer upptäcks.

Att be om lov är en bra ingång till att ta upp känsliga ämnen. Efter enklare och mer neutrala frågor inom de olika kartlägningsområdena kan den professionelle gå djupare inom olika problemområden. För att inte denna typ av samtal ska upplevas för tungt eller laddat kan det vara bra att växla mellan mer neutrala och mer djuplodande frågor. Istället för att fråga direkt om en ungdom varit utsatt för våld eller övergrepp kan det vara en poäng att börja med att ställa frågor om ungdomens erfarenhet av att ha blivit illa behandlad.

Många UM använder ett formulär som de flesta ungdomar erbjuds att fylla i innan eller under första besöket, vilket kan fungera som ett smidigt sätt att ställa en del av kartlägningsfrågorna. Utifrån formuläret kan samtalsbehandlaren både fokusera på ungdomens uppdrag och underlätta för ungdomen och behandlaren att ta upp känsliga ämnen som erfarenheter av olika typer av våld, självskadebeteende, riskbruk/missbruk och tankar om eller planer på suicid.

Se bilaga 5 för exempel på ett drop-in- och första-samtalsformulär.

Fördjupad kartläggning

När det är mindre tydligt vad för slags problem det rör sig om kan den unge behöva mer stöd i att sortera i det som inte fungerar. Den professionelle försöker att tillsammans med den unge göra sig en helhetsbild både av hur problemen tar sig uttryck och eventuella bakomliggande orsaker och samband. Samtidiga problem kan bidra till att förstärka varandra och göra att den sammanlagda bördan blir större än varje problem sett för sig.

Vid behov och med den unges tillåtelse kan anhöriga bjudas in för att ge sin syn på problemen. Behandlaren kan också med den unges/förälders tillåtelse inhämta information från andra verksamheter. För att kunna göra en helhetsbedömning av den unges situation ska kartläggningen, förutom att tydliggöra hur den unge tänker, känner och handlar i förhållande till sina problem också täcka alla viktiga områden i den unges liv - vanligen gällande positiva och negativa omständigheter i hemmet, i skolan/på arbetet och på fritiden.

Om problembilden är svår att tolka eller på något sätt inte stämmer kan det vara en anledning till att konsultera kollegor i teamet, ta upp det på handledning eller kollegor på specialistnivå för hjälp med bedömning.

Formulär och checklistor

I många av samtalskontakterna på UM behöver inte behandlaren några formulär för att med tillräcklig säkerhet göra en bedömning av den unges mående. De formulär som då kommer ifråga handlar om checklistor med standardiserade frågor som mottagningen/huvudman bestämt ska ställas till de ungdomar som kommer (se bild 2).

Forskning har visat att strukturerade formulär minskar risken för att missa viktig information. Användning av checklistor har inom andra verksamheter (flygsäkerhet, polisutredningar, kirurgi och intensivvård) visat sig fungera som minnesstöd som minskar risken för att grundläggande frågor missas. Dessutom frigör de mental kapacitet hos personalen som då kan ägna sig åt mer avancerade tankegångar, vilket leder till färre missar och bättre resultat.

När problembilden är komplex och svårtolkad blir strukturerade och standardiserade formulär och screeningtest ett bra komplement till kartläggningssamtal. Formulär kan hjälpa både behandlare och den unge att ta ställning till vilken typ av ohälsa som det handlar om och få en fingervisning om allvaret i problematiken. Den unge kan känna sig bekräftad att en skattning överensstämmer med hur en känner sig. Andra fördelar med standardiserad informationsinhämtning är att den kan underlätta kommunikation och samverkan inom och mellan verksamheter och ge förutsättningar för uppföljning av enskilda ungdomar såväl som verksamheten. Somliga UM har överenskommelser med specialistnivå om att remittering ska föregås av att vissa formulär fylls i på mottagningen som ett underlag för remissen.

Det finns emellertid också negativa aspekter med att använda formulär. För det första förskjuts maktpositionen till behandlarens förmån. För det andra inträder med nödvändighet ett objektiviserande moment i samtalet med den unge, vilket kan göra att denne känner sig mindre bekräftad som person. Användandet av standardiserade formulär kan också förleda den professionelle att tro att hen fått reda på "sanningen" om den unge genom den siffra som formuläret visar. Risken blir att testresultatet blir mer "sant" än vad ungdomen förmedlar. Psykologer - som i sin grundutbildning blir skolade i att testa och tolka testresultat, och också

ta ställning till formulärs vetenskapliga underbyggnad (och själva konstruera test) - är noga med att leta efter alternativa tolkningar till svaren och alltid se formulär som bara en del av en kartläggning.

När så är aktuellt är det viktigt att förklara poängen med att fylla i olika typer av formulär för den unge: "Det här är ett formulär som kan göra det lättare för oss att förstå hur du mår och vad du kan behöva hjälp med". Återkoppling av ett ifyllt formulär till ungdomen ska göras på ett hänsynsfullt sätt, i synnerhet om resultatet pekar på problem eller svårigheter. Till exempel är det viktigt att också lista styrkor och områden inom vilka den unge fungerar bra.

Se bilaga 6 för en lista på test/screeninginstrument som används vid olika UM, och som rekommenderas av SKL vid kartläggning av psykisk ohälsa.

Suicidbedömning

Risken för suicidhandlingar eller suicid är ökad vid depression och ångestsyndrom. Det är därför viktigt att UM bedömer suicidrisk vid utredning och behandling av ungdomar med depression och ångestsyndrom.

Grunden för suicidriskbedömning är en klinisk bedömning av den unge. Den kliniska bedömningen utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, såsom

- tidigare suicidförsök
- suicidtankar, suicidplaner, självskadebeteende
- vänner eller närstående som gjort suicidförsök eller suiciderat
- psykiatrisk diagnos, missbruk och tecken på instabilitet

En klinisk bedömning av suicidrisk förutsätter att ungdomsmottagaren har kunskap om att göra en klinisk suicidriskbedömning. Det ingår även att upprätta en säkerhetsplan.

Som stöd för att kartlägga och bedöma risken för suicid eller suicidförsök finns särskilda bedömningsinstrument, såsom intervjuformulär och riskbedömningsskalor och skattningsskalor. Exempel på sådana instrument är Beskows självmordsstege, samt frågor om suicid i instrumenten MADRS-S, BDI-II (Becks depression Inventory), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire -9) eller MINI. Det är viktigt att betona att användningen av strukturerade formulär och skalor kan komplettera men inte ersätta en professionell bedömning.

Som en första linjeverksamhet ska inte UM-personal ge stöd och behandling till unga som riskerar att begå självmord. Den suicidriskbedömning som görs på UM behöver kompletteras med en ny bedömning inom specialistpsykiatrin.

Diagnostik

Rätten att diagnostisera regleras inom Hälso- och sjukvårdslagen och berör i första hand verksamheter och professioner som verkar inom ramen för den lagen. Rätt ställd diagnos är ofta vägledande för val av stöd eller behandling. Det är inte reglerat i lagar eller förordningar vem inom vården som får sätta medicinska diagnoser. Socialstyrelsen menar att även om det ofta är läkaren som sätter diagnos så har all vårdpersonal med tillräcklig kunskap rätt att ställa diagnos, inom ramen för sin yrkeskompetens. Det finns lokala bestämmelser om vem och vilka verksamheter som ska ställa diagnos.

Diagnoser är verktyg för professionen som hör ihop med behandling och är inte en etikett på den unge. Diagnoser kan omprövas och ändras om ny information framkommer och när ett tillstånd förändras. Löpande uppföljning för att mäta effekten av de insatser som ges kan fungera som en indikator på huruvida problemförståelsen är rätt.

FSUM menar att UM, utifrån gjord kartläggning och bedömning skall kunna ge stöd och behandling utan att den unge behöver tilldelas en formell diagnos med diagnoskod utifrån ICD (International Classification of Diseases) eller DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). I de fall ingen formell diagnos sätts behöver den som kartlägger (och är journalförande) ändå noggrant beskriva de symtom och tillstånd som ungdomen uppvisar och sammanfatta dessa i en arbetsdiagnos eller preliminär diagnos. Återhållsamhet med diagnossättande handlar om att inte bidra till att skapa en sjukidentitet hos ungdomar som kommer tidigt i en ohälsoutveckling.

En ungdom som börjat må dåligt har många gånger större nytta av att bli validerad för de inre resurser hen uppvisar i en svår situation, än av att få utpekad för sig på vilka sätt hen är att betrakta som sjuk i medicinsk mening. Det kan finnas befogad rädsla för att diagnosen ska göra anhöriga besvikna och aktualisera förutfattade meningar och innebära lägre ställda förväntningar från både omgivningen och personen själv. Risker finns för att unga kan reducera sin självupplevelse i termer av sin diagnos och att diagnosen bidrar till att befästa en negativ självbild eller ett negativt beteende.

Det är emellertid också lika viktigt att tillmötesgå dem som efterfrågar och som skulle vara hjälpta av en diagnos, antingen genom att diagnos kan ställas på mottagningen eller genom remittering till specialistpsykiatri. Rätt ställd diagnos kan ge förklaring till och förståelse för ens besvär och kan minska den drabbades främlingskap inför sig själv och sina symtom. En diagnos kan också göra det möjligt att söka information och få kontakt med andra människor med samma diagnos. Omgivningen kan också få större förståelse för att kravnivån kan behöva anpassas efter individuella förutsättningar.

Sammanfattningsvis skall diagnossättande av psykisk ohälsa göras med varsamhet inom UM. Samtalen med enskilda kring vad hen lider av bör ske med hänsyn till att somliga känner lättnad av att få en förklaring på sina svårigheter medan andra kan känna sig illa berörda av att få ett samlande begrepp i form av en diagnos för sina svårigheter.

Analysera, återkoppla och ta ställning till stöd och behandling

Efter en summering av risk- och friskfaktorer har den som träffat ungdomen att göra en återkoppling av ungdomens behov med hänsyn till:

- Symtom på ohälsa med avseende på allvarlighet och beständighet
- Hur väl ungdomen fungerar i vardagen
- Om det finns något runt den unge som påverkar negativt
- Om hen utsätter sig själv eller andra för destruktiva handlingar
- Starka sidor hos ungdomen och hälsofrämjande faktorer i dennes omgivning.

Ta reda på hur ungdomen förhåller sig till din beskrivning. Eftersom förståelsen av en annan människa aldrig är en avslutad process behöver den professionelle fortsätta att vara öppen för om eventuella omformuleringar behöver göras.

Delge förslag på vilken typ av stöd och behandling som den unge kan vara hjälpt av, var och av vem denna ska ges. I bedömningen av vilken hjälp som behövs bör hänsyn tas till problemens typ och omfattning och den unges specifika situation och önskan. Unga med flera riskfaktorer kan vara i behov av mer eller annat stöd än unga med färre riskfaktorer och fler friskfaktorer. Huruvida hjälpen ska ges på UM påverkas också av hur den enskilda mottagningens uppdrag definierats och avgränsats mot andra verksamheter. När det bedöms lämpligt att den unge erbjuds stöd och behandling på mottagningen kan den professionelle behöva ta ställning till om insatsen ska ges av denne själv eller om det är någon annan psykosocial personal (om det finns någon) som är mer lämpad att träffa ungdomen fortsättningsvis. Till denna bedömning hör ifall den egna kompetensen är tillräcklig för att möta den unges behov och om arbetsalliansen upplevs som tillräckligt stark.

Checka av hur ungdomen ställer sig till dina förslag. Eftersom den unges positiva/negativa förväntning kommer påverka effekten av kommande stöd och behandling är det bra om ungdomsmottagaren hittar sätt att "sälja in" rekommendationerna så att den unge själv tror att de kommer vara hjälpsamma.

Behöver du föreslå något som inte ligger i linje med hur den unge vill ha det, såsom att kontakta föräldrarna, remittera till BUP, åka till akutpsykiatri, ska detta förklaras på ett sätt så den unge förstår syfte och motiv till föreslagen åtgärd. Resonera kring skyddsaspekter och rätten till rätt typ av vård för den unge. Detta motivationsarbete kan innebära flera samtal och en god samverkan med vårdgrannar.

Jobba på att stärka den känslomässiga sidan av alliansen även om det är sista gången ni ses. Ungdomar har vittnat om att det personcentrerade bemötande de fått på UM fått dem att våga lita på annan vårdpersonal. Hitta de saker som du uppriktigt uppskattar med mötet och den unge, i synnerhet resurser och strategier du identifierat. Tillåt dig att förmedla vad du vill säga utifrån dig själv som medmänniska (i sin professionella roll) där blick, ansiktsuttryck och kroppsspråk ackompanjerar orden: "Alltså, med handen på hjärtat. Jag är så imponerad av att du tog dig hit idag när du mår så dåligt." "TACK för förtroendet att få vara den som du berättar det här för."

För många ungdomar är det bemötande, den sortering och struktur som lära-känna-samtalen innebär i sig ett tillräckligt stöd för att kunna gå vidare utan att behöva eller önska mer stöd från verksamheten. De korta samtalskontakterna är de vanligaste på UM.

Hänvisa och remittera

I normalfallet ska UM såsom en förstalinjeverksamhet hjälpa unga med lätta till medelsvåra problem där tillståndet kan förbättras med relativt korta insatser. I de fall unga söker hjälp för akuta eller omfattande problem är det viktigt att verksamheten inte fördröjer adekvata insatser på rätt nivå. Det innebär att ungdomsmottagningarna behöver besitta kompetens att avgöra vad som är akuta och omfattande behov.

Snabbt lotsa vidare vid akuta eller svåra tillstånd

I inledningen av en kontakt ska den som pratar med den unge identifiera behov av insatser som inte kan ges på UM, så att den unge snabbt kan hänvisas eller remitteras till rätt verksamhet. Det kan till exempel handla om suicidrisk, allvarlig ätstörning eller psykossjukdom. Vid en påbörjad behandling kan det finnas tillfällen då det är bra att vara

öppen inför den unge med att bedömningen av vilken verksamhet som kan vara till bäst hjälp kan komma att förändras längre fram och att hen i så fall kommer bli lotsad dit.

Eftersom UM tar emot alla ungdomar som söker hjälp händer det att ungdomar med svår och/eller akut psykisk ohälsa söker hjälp och därför är det av största vikt att mottagningarna har PM och lokala rutiner för att ta hand om till exempel akut suicid, ångestattacker, hedersrelaterat våld. Som personal behöver en i det läget kollegor som hjälper till att boka av andra ungdomar och det är också bra att vara bemannad med allmänläkare i sådana situationer, alternativt ha en utarbetad rutin med en extern läkarresurs.

Samsyn och välfungerande rutiner

Det ska finnas samsyn, avtal gällande vårdnivå och välfungerande rutiner för hänvisning eller remittering mellan UM och angränsande verksamheter såsom BUP, vuxenpsykiatri, socialtjänst och somatisk vård. Ju bättre kommunikation, samverkan och samarbete UM har med sina vårdgrannar desto bättre blir det för de unga. Det finns regelverk för gränssnitt mellan vårdnivåer nationellt och regionalt samt nationella regler för vårdgaranti. Tyvärr har resursbrist och rekryteringsproblem inom BUP och vuxenpsykiatri inneburit att reglerna inte alltid följs med följderna att ungdomar inte tas emot på specialistnivå. Sker detta ska avvikelserapport skrivas.

Undantag

Även om UM generellt inte ska ge insatser vid allvarlig eller omfattande problematik kan det i vissa fall vara en fördel för ungdomen om UM kan erbjuda samtalsstöd om det finns ett utarbetat förtroende mellan ungdomen och en viss medarbetare. Om det är lämpligt beror på vilken problematik det rör sig om och den ungas funktionsnivå. Det är ofta vad ungdomen själv vill, orken kanske inte finns att "börja om" med en ny person. Men det förutsätter att det på den aktuella mottagningen finns kompetens att ge motsvarande behandling som på specialistnivå eller tillgänglig handledning.

Om ungdomen har sökt hjälp hos UM trots en pågående vårdkontakt kan det bero på en upplevelse av att inte få rätt hjälp. Ett sätt att hjälpa den unga kan, om ungdomen själv vill, vara att ta initiativ till en samordnad individuell plan (SIP) för att se hur de inblandade verksamheterna tillsammans kan bidra till att lösa ungdomens problem.

Anmälningsskyldighet

I yrkesutövningen på UM råder skyldighet att genast anmäla till socialnämnden enligt 14 kap. 1 § första stycket SoL, vid kännedom eller misstanke om att en ungdom far illa. Detta ställer den professionella inför utmaningen att behöva göra något som den unge själv ofta inte vill och kanske rent av kraftfullt motsätter sig.

För att bibehålla den tillit och förtroende den unge gett kan ett gemensamt möte vara att eftersträva, om inget i anmälan föranleder att det vore olämpligt. Ungdomen kan på så vis känna sig fortsatt delaktig. Ungdomen kan ej påverka om informationen ska lämnas men hur. Ungdomsmottagaren och UM kan vara en trygghet och det kan vara lättare om mötet hålls på UM. Ungdomen får ta del av vad som sägs och kan vid behov få stöd av ungdomsmottagaren att berätta själv hur hen upplever sin situation.

Vid osäkerhet om förhållandena kring den unge är sådana att en anmälan övervägs, kan den aktuella situationen konsulteras med socialnämnden utan att barnets identitet avslöjas. Konsultationen innebär möjlighet att få vägledning och stöd för att kunna gå vidare i den aktuella situationen. Även vilken information som bör lämnas till familjen kan konsulteras. En konsultation kan dock inte ersätta en anmälan.

Stöd/behandling utgående från evidensbaserad praktik (EBP)

Evidensbaserad praktik på UM utgår från ungdomen och börjar med frågan; vilken forskningsevidens är till hjälp för just denna person? I sitt svar har behandlaren hjälp av tre stödsystem a) forskning om evidensbaserade behandlingar b) patientens perspektiv och c) klinisk expertis.

Evidensbaserade behandlingar (EST)

Vad gäller det första stödsystemet, evidensbaserade behandlingar, åsyftas behandlingar med empiriskt stöd, varmed åsyftas upprepade, minst två, randomiserade, kontrollerade studier, som visar behandlingens effekt (s.k. RCT-studier, randomized control trials). Fastställande av behandlingar med empiriskt stöd eller EST - empirically supported treatments utgår från en medicinsk modell på psykisk ohälsa som utformades av APA (American Psychological Association) med utgångspunkt från Food och drug administrations rutiner för att godkänna läkemedel.

EST och Socialstyrelsens rekommendationer

Uppenbart är att ingen behandlingsform, vare sig biologisk eller psykoterapeutisk, hjälper eller botar alla. Inom forskarvärlden råder, vad vi förstår, konsensus kring uppfattningen att psykologiska behandlingar generellt sätt fungerar med måttlig effekt och att eventuella skillnader i effektstorlek inte är avsevärda, som mest ungefär $d=20$. Socialstyrelsen (SoS) har i sina rekommendationer gällande vård för depression och ångestsyndrom (det som unga oftast söker hjälp för) till hälso- och sjukvården också mycket riktigt också tagit med flera olika terapiformer. Förutom flera varianter av kognitiv beteendeterapi (KBT), återfinns interpersonell psykoterapi (IPT), psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT), EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), systemisk familjeterapi, anknytningsbaserad familjeterapi (ABF), mindfulnessbaserad stressreduktion (som tillägg), basal kroppskännedom (som tillägg) och ljusterapi.

Emellertid är prioriteringen väldigt olika dem emellan. Av de 13 områden för rekommendationer avseende vård vid depression och ångest menar SoS att hälso- och sjukvården "bör" erbjuda KBT som förstabehandling vid 10 av dessa tillstånd. Under rekommendationen "bör" återfinns annars endast en annan etablerad psykoterapimodell och denna endast gällande en patientgrupp; IPT till vuxna med lindrig till medelsvår depression. Därutöver gäller rekommendationen "bör" olika former av biologisk/farmakologisk behandling såsom ECT samt Socialstyrelsens egen, i ett konsensusförfarande framtagna, psykopedagogiska behandlingar med fokus på depression eller ångestsyndrom till barn och ungdomar.

Psykodynamisk korttidsterapi nämns som andrahandsval under "övriga rekommendationer" gällande depression och ångestsyndrom hos barn och ungdomar och gällande vuxna med lindrig till medelsvår depression. generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom; social fobi och PTSD. Systemisk familjeterapi (som i remissversionen hade rekommendationen "icke göra")

och anknytningsbaserad familjeterapi förekommer under “övriga rekommendationer” för barn och ungdomar med lindrig till medelsvår depression.

I praktiken innebär dessa rekommendationer att andra behandlingsformer än KBT kommer blir alltmer sällsynta som behandlingsalternativ inom landets hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vad säger andra experter?

I vår närmaste omvärld (Danmark, Finland och Tyskland) kom under 2015 och 2016 nya nationella riktlinjer för depressionsbehandling. I samtliga rekommenderas KBT, PDT och IPT i lika hög grad och man tydliggör att det saknas grund för att någon av dessa metoder skulle vara bättre än de andra. Även inom landet finns expertis som vill se en mindre ensidighet i rekommendationerna. I den genomgång av forskningsläget som gjorts vid psykologiska institutionen vid Lunds Universitet konstateras det: “Forskning visar ganska konsekvent att bara ungefär hälften i en patientgrupp svarar positivt på KBT - och ungefär lika många, fast antagligen andra - på PDT. Vi vet att många patienter avbryter sin behandling i förtid med sämre effekt som följd och vi vet också att olika patienter föredrar olika typer av psykoterapi och att sämre effekt nås då patienten erbjuds något denne är skeptisk till.”

KBT, som är den terapiform som var tidigast ute med RCT-studier och därför har flest studier att bygga sin evidens på, har visat goda effekter för en rad olika tillstånd. Men, konstaterar forskarna i Lund, idag finns det stöd för att även PDT, IPT, familjeterapi och andra terapiformer har motsvarande effekt för flera diagnosgrupper och har tillräckligt vetenskapligt stöd för att kunna erbjudas som behandling. Se bilaga 7 för en presentation av evidensstöd för andra terapiformer än KBT.

Även internationellt respekterade KBT-forskare som DeRubeis & Lorenzo-Luaces (2017) menar att KBT inte bör vara det enda behandlingsalternativet: ” If the question at hand is whether research is far enough along to support the view that only CBT: s should be investigated, taught in training programs, and offered to individuals with mental health problems, the answer is clearly “no”. Han menar att argumentet för att inte begränsa behandlingsalternativen till KBT eller någon annan behandling är att ingen behandlingsmodell fungerar för alla individer. Och att det av denna anledning “is essential that alternative approaches are available for those who fail to benefit from the initial treatment.”

Vad ska vi göra när bara cirka 50% av patienterna svarar på en behandling?

Kortfattat kan alltså en generell beskrivning av det aktuella psykoterapeutiska och psykiatriska forskningsläget beskrivas som att cirka 50% av patienterna svarar på en behandling. Sannolikt är det också så att det är olika patienter (med viss överlappning) som svarar på olika typer av behandlingar. Alltså behövs det ett flertal olika behandlingar för att kunna hjälpa fler antal patienter.

Tillämpat på UMs uppgift att möta unga som söker för psykisk ohälsa föreslår FSUM därför ett *mångfaldsperspektiv* där olika behandlingar med empiriskt stöd finns att tillgå, för att på så sätt bättre kunna hjälpa den specifika personen utifrån hans behov och önsknings. Utifrån en personcentrerad vårdfilosofi bör behandlare och ungdom själva ges utrymme att tillsammans göra ett informerat val av behandlingsmetod.

En bredare syn på evidens

Den medicinska meta-teorin gällande psykologisk behandling som SoS representerar har som utgångspunkt att det bara är den eller de behandlingar som visat den största effektstorleken för olika diagnoser och störningar som bör rekommenderas. Dessa behandlingar antas ha identifierat den eller de specifika behandlingsinterventioner som är verksamma vid behandling av specifika tillstånd. En likvärdig vård anses säkrad genom att behandlaren följer det manualiserade tillvägagångssättet som visat sig ha allra störst effekt i kliniska försök.

Det finns en konkurrerande eller snarare kompletterande modell över vad som gör psykologisk behandling/psykoterapi verksamt. Det är den kontextuella modellen eller common factor-modellen som bland andra psykoterapiforskaren Bruce Wampold har varit med att formulera. Denna modell menar att det inte går att se på psykologisk behandling på samma sätt som när sjukvården utvärderar och rekommenderar läkemedel, eftersom psykologisk behandling och psykoterapi är sociala fenomen och dess effekter påverkas av just behandlingens sociala sammanhang.

En kritik Wampold menar kan riktas mot EST-paradigmet är att det bortser från dessa viktiga kontextuella parametrar gällande vad det är som åstadkommer förändring i psykoterapi. Istället för att bara fokusera på specifika behandlingsinslag fokuserar common factor-perspektivet på de terapeutiska element som alla eller nästan alla psykoterapiformer har gemensamt. Wampold postulerar att skillnaderna mellan olika behandlingar i termer av patientnytta är liten under villkor att:

- behandlingen avser att vara terapeutisk
- ges av en kompetent, empatisk och engagerad behandlare
- har en övertygande psykologisk teori som grund för sina interventioner och
- den innehåller terapeutiska interventioner som leder till välgörande och hälsofrämjande förändringar i patientens liv.

Sammanhang och relationella faktorer påverkar resultatet - inte bara specifika behandlingsinterventioner. Mot bakgrund av detta läge finns det all anledning att också rikta intresset mot de två andra benen i en evidensbaserad praktik; forskning om patientens perspektiv och behandlarens expertis.

Ungdomens (patientens) perspektiv

Forskning visar att efter det att en behandling påbörjats är det patientens upplevelse av sin behandling som är den bästa förutsägelsen för om behandlingen kommer att vara framgångsrik eller inte. Vi bör därför förhålla oss nyfikna till formulerade eller oformulerade frågor av typen: "Förstår den här kuratorn mig?" "Är behandlingsplanen begriplig för mig?" "Tror jag att den här psykologen kan hjälpa mig?" Och viktigast av allt - "Gör jag framsteg?"

Det har visat sig att behandlare oavsett inriktning är dåliga på att skatta behandlingsframgång. Återkoppling från ungdomen skyddar mot denna bristande skattningsförmåga. Återkoppling om patientens framsteg (eller brist på framsteg) har visat sig förebygga behandlingsmisslyckanden och leda till förbättrade behandlingsresultat (Lambert & Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010). Det har också visat sig att återkoppling från patient till behandlare både minskar behandlingens längd, antalet återbud/uteblivna besök och avhopp. Kontinuerlig återkoppling, informellt och med frågeformulär gör det möjligt att ta fram en individuellt anpassad behandling i samråd med ungdomen.

I instrumentet ORS/SRS tydliggör ORS vad ungdomen vill ha hjälp med och hjälper till med att hålla fokus på det. SRS ger den unge möjlighet att under pågående behandling tycka till om den hjälp som erbjuds och om den passar för de behov ungdomen har. Syftet är att i ett tidigt skede hitta det som är till hjälp specifikt för den ungdom som sitter framför en. Ungdomen har erfarenheter och önskemål som är unika och som det är viktigt att ta tillvara och hen bör från start känna sig delaktig och bli engagerad i arbetet. Möjligheten att påverka skapar en god grund för att det också skall bli ett gott resultat.

Behandlarens expertis

Behandlareffekter har iakttagits både i försöksstudier och ute i den kliniska vardagen. En del terapeuter är helt enkelt skickligare än andra, även när de ger samma behandling med likvärdig följsamhet till manualen. Sammanställning av olika forskningsresultat i så kallade metaanalys av terapeut-effekter i kliniska försök har funnit en moderat effekt ($d=0,35$, $n=29$) och större effekter har setts ute i vården.

Den kliniska expertisen ska användas till att integrera kunskap om evidensbaserade behandlingar med klientens karaktäristik och behov och avgöra vilken som är den bästa tänkbara matchningen mellan de två. Oavsett verksamhetsområde handlar skicklighet om att förhålla sig till relevanta situationer på ett flexibelt och kreativt sätt, med lyhördhet för sammanhanget, vilket kan ställas mot nybörjarens ofta rigida förhållande till metodspecifika råd och rekommendationer.

Kännetecknande för de mest effektiva terapeuterna utifrån Wampolds sammanställning av empiriska studier är att:

- de är kunniga och uppdaterade på forskningen inom sitt område
- de har ett flexibelt förhållningssätt till olika behandlingsalternativ
- de kan skapa en stark terapeutisk allians med olika typer av patienter oavsett deras karaktärsdrag, kan motivera patienter att vilja gå i behandling och jobba tillsammans med terapeuten.
- de har förmåga att uppfatta, förstå och kommunicera emotionella och sociala budskap med sina patienter.
- de är uppmärksamma på sina patienters framsteg - vare sig det sker informellt eller genom strukturerad uppföljning
- de är villiga att ta upp och samtala kring sådant som försvårar behandlingsframsteg, även sådant som handlar om relationen mellan terapeut och patient.
- kan känna tveksamhet och osäkerhet i behandlingsprocessen

Forskning visar vidare att behandlare och terapeuter snarare tenderar att prestera något sämre med åren än att prestera bättre. Förklaringen torde hänga samman med att behandlaren stannar upp i sin utveckling och stelnar i sin roll utan kontinuerlig återkoppling och reflektion gällande sitt arbete. Detta negativa samband mellan effekt och ålder kompenseras av fortsatt aktivt lärande hos behandlaren. FSUM vill därför uppmuntra till regelbunden handledning, återkommande vidareutbildning och kollegiala utbyten kring behandlingsfrågor i personalgrupperna och i UM-världen generellt. I synnerhet vill vi uppmuntra till ett återkopplingsbaserat lärande i mötet med den unge.

Wampold menar att om vi fortsätter att bortse från betydelsen av terapeuten - en full halva av den kliniska dyaden - gör vi det svårare för oss att minska bördan hos de med psykisk ohälsa.

FSUM menar därför att det behövs en evidensbaserad praktik som lägger större vikt vid behandlarens betydelse oavsett dennes teoretiska orientering.

Vad är det som gör att en behandling fungerar?

Även om de flesta forskare är överens om att psykologisk behandling fungerar råder det oklarhet kring frågan vad det egentligen är som gör den verksamt. Eller för att uttrycka sig vardagligt; vad är det med psykologisk behandling som gör den så hjälpsam?

Utifrån common factor-modellen skulle en förklaring till varför stöd/behandling på UM fungerar kunna låta ungefär så här: En ung person som söker för psykiska ohälsa kommer med en dysfunktionell förklaring till sina svårigheter som får hen att känna och tänka att det aldrig kommer bli bra igen. När behandlingen sedan erbjuder en förklaring till svårigheterna som är adaptiv börjar ungdomen förstå att hen kan göra något åt sin situation. När behandlingen sedan fortskrider kommer vissa aspekter av den unges liv att förbättras. Dessa förbättringar ger i sin tur upphov till ännu mer hälsofrämjande handlingar. Den kritiska aspekten är om ungdomen tror att en viss behandling fungerar och om hen och behandlaren kan samarbeta på ett bra sätt.

Wampold beskriver utifrån sin kontextuella modell tre vägar eller stigar (pathways) till behandlingsframgång a) den verkliga relationen, b) skapande av positiv förväntan, c) genomförande av hälsofrämjande handlingar med hjälp av specifika behandlingsingredienser.

Den verkliga relationen - första stigen

Äktheten i en behandlingsrelation har att göra med i vilken utsträckning ungdom och behandlare är uppriktiga mot varandra och ser och upplever varandra på ett sätt som är hjälpsamt för dem båda.

Alliansens betydelse. En målmedveten samarbetsrelation mellan terapeut och patient - en terapeutisk allians - är relaterad till behandlingsframgång. Metaanalyser baserade på hundratals studier avslöjar en robust och moderat korrelation (mellan .25 och .30) mellan allians och utfall. Detta förhållande går igen för alla typer av terapier. Den terapeutiska alliansen består av tre komponenter (Bordin 1979):

- det känslomässiga bandet mellan terapeut och patient
- samförstånd gällande terapins mål, och
- samförstånd gällande hur arbetet för att nå detta mål ska bedrivas

Givet att en stark allians är en av de starkaste prediktorerna för behandlingsresultat är en kontinuerlig uppföljning med ungdomen av hur kontakten fungerar en viktig kvalitetsindikator för arbetet på UM.

Det känslomässiga bandet i alliansbegreppet kan utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv ses som en anknytningsrelation som antingen är trygg, ambivalent, undvikande eller kaotisk. Generellt handlar denna stig för behandlaren om att etablera en trygg anknytningsrelation, där den unge vågar öppna sig för behandlaren och känna nyfikenhet på uppgiften att må bra igen. Arbete med att skapa en trygg anknytning handlar bland annat om ett optimalt bemötande avseende närhet/avstånd, att vara lyhörd för och följa upp signaler från ungdomen på hur hen upplever samtalet och reflektera med ungdomen både kring sådant som är svårt med behandlingen och sådant som fungerar bra.

Det är värdefullt att fråga sig vilket gensvar den unge söker från dig från stund till stund. Vill hen att du ska visa entusiasm och uppmuntran för hans egna lösningsförsök eller efterfrågas råd och vägledning? Eller behöver ungdomar för stunden bara stöd, tröst och bekräftelse på att det kan vara riktigt jobbigt ibland?

Ifall det skulle uppstå ett uttalat missnöje med kontakten från ungdomens sida är det viktigt att ni ger er tid till att reda ut vad som blivit fel. Ifall det finns skäl för det ska du som behandlare vara öppen med på vilka sätt du kan ha bidragit till att det blivit fel. Erkänn begångna misstag och sträva efter att ge den unge en erfarenhet av att det går att lösa konflikter och reda ut missförstånd även när starka känslor är inblandade.

Empati är en komplex process varmed en person kan påverkas av och dela andras emotionella tillstånd, förstå orsakerna till andras tillstånd och identifiera sig med andra genom att ta deras perspektiv. Empati brukar ses som en förutsättning för samarbete, gemensamt målskapande och reglering av social interaktion.

Det går inte att göra experimentella försök om empatins betydelse för psykologisk behandling av etiska skäl. Däremot finns det en sammanställning av 59 studier som korrelerat patientens skattning av behandlarens empati med behandlingsresultat vilken funnit en relativt stor effekt ($d=0.63$). Forskningsevidensen stödjer antagandet att ett empatiskt förhållningssätt bidrar till att stöd och behandling på UM blir hjälpsamt för unga. Mötet med en ungdomsmottagare ger unga tillgång till en relation med en vuxen som visar empati och omsorg, en insats som i sig är hälsofrämjande för dem med bristfälliga och kaotiska sociala relationer.

Förväntningar - den andra stigen

Placeboeffekten lyfter fram betydelsen av förväntningar. Att börja i behandling kan innebära förnyat hopp hos uppgivna personer som mår som de mår, inte bara på grund av sina svårigheter utan också för att de har försökt många gånger och på olika sätt att komma över sina problem utan framgång. Att börja gå i samtal leder många gånger till förnyat hopp om att det går att få hjälp.

Den psykologiska behandlingen ger en förklaring till personens svårigheter som är adaptiva i betydelsen att de tillhandahåller verktyg för att bemästra och hantera svårigheter. Det avgörande vad gäller förväntans betydelse för effekten är ifall den unge upplever förklaringen som trovärdig och åtföljande behandlingsinslag som hjälpsamma eller inte. Denna acceptans är delvis beroende av att det finns tillräcklig överensstämmelse mellan behandlingen och ungdomens övertygelser, livssyn och världsbild. Nya metaanalyser visar att anpassning av evidensbaserade behandlingar genom att använda förklaringar som är kongruenta med målgruppens kulturella synsätt är mer effektivt än när samma behandling ges utan kulturell anpassning.

Specifika ingredienser - den tredje stigen

Med behandlarens hjälp engageras ungdomen i olika former av hälsofrämjande aktiviteter, vare sig den handlar om att utmana sina rädslor och förlita sig mindre på dysfunktionella scheman (KBT), förbättra interpersonella relationer (IPT och PDT), bli mer accepterande mot sig själv (self-compassion-terapi, ACT-acceptance and commitment therapy) lära sig identifiera och uttrycka svåra känslor (AFT-affektfokuserade terapi och PDT), perspektivtagande (MBT-mentaliseringsbaserade terapi) och så vidare. Om behandlingen får den unge att pröva nya mer adaptiva handlingar är sannolikheten hög att den också kommer att vara hjälpsam.

Avslutning

Det är eftersträvansvärt att ha ett eller flera avslutningsamtal. Men alla ungdomsmottagare vet att inplanerade samtal med ungdomar kan utmynna i uteblivna besök. Om detta händer utan att något ytterligare möte är inbokad behöver ungdomsmottagaren göra en bedömning av ifall kontakt ska tas med den unge eller inte. I de fall det är fråga om en kort kontakt, lindriga besvär och det inte finns någon oro för den unge, kan ungdomsmottagaren överväga att avstå från att söka den unge. Det bör i så fall ha föregåtts av att denne inledningsvis sagt något i stil med; "jag jagar inte folk som inte dyker upp om jag inte är orolig av någon anledning. Men du är alltid välkommen tillbaka om vår kontakt rinner ut i sanden. av någon anledning "

En del ungdomar med tillitsproblem kan testa ifall vuxenvärlden bryr sig genom att utebli. Andra kan ha svårt passa tider på grund av ADHD-besvär eller för att deras livssituation är kaotisk och stressad. I dessa fall bör ungdomsmottagaren aktivt söka kontakt för att höra om den unge vill ha en ny tid, likaså om den unge uteblir under en pågående samtalsserie.

Till de saker som är bra att ta upp under avslutningen hör att:

- gå igenom vad behandlare och ungdomar gjort tillsammans
- värdesätta och fira alla steg som tagits i riktning mot önskvärd förändring
- gå igenom vad ungdomar lärt sig om sig själv och sina förmågor
- gå igenom vad som återstår att gå vidare med och hur
- identifiera fallgropar och kommande utmaningar/hot och hur de kan hanteras
- finns behov av uppföljande samtal
- undersöka hur ungdomen kan tillfredsställa sitt behov av socialt stöd framöver
- undersöka om någon ytterligare professionell hjälp behövs (eller som kan komma att behövas) och vad i så fall
- tala om de känslor som avslutningen väcker hos ungdom och behandlare.

Behandlingslängd

Forskning visar att terapipatienter vanligtvis börjar uppleva en positiv förändring ganska snabbt efter en påbörjad terapi. Om en ungdom inte får någon märkbar förbättring efter ett antal sessioner behöver detta diskuteras mellan ungdom och behandlare. Beslut om att avsluta behandlingen tas lämpligen tillsammans. Oftast sker detta efter en relativt kort behandlingslängd. Forskningen visar att terapier vanligtvis slutar efter 6–12 sessioner, när patienten fungerar på en adekvat nivå. Preliminära skattningar av medelvärdet på längden av de psykosociala samtalskontakterna antyder att snittkontakten är ännu kortare på UM.

Behandlingslängden beror på problemet eller störningen, ungdomens mål, dennes historia och karaktärsdrag samt händelser utanför terapin (såsom separationer, förändrad skolsituation) och behandlingsframgång. Personer med mer komplexa svårigheter har nytta av längre behandlingar. Med tanke på att de flesta samtalsserier är korta på UM menar FSUM att det också finns utrymme för en del längre kontakter för de relativt få ungdomar som behöver det.

Stödja & behandla via internet

Internetbehandling erbjuds i flera län/regioner för ungdomar. Bland annat har internetbehandling för depression starkt stöd i forskning och har under senare år blivit en alltmer förekommande del i det svenska vårdutbudet. Internetbaserad KBT för depression innehåller samma övningar och delmoment som KBT hos en terapeut.

Skillnaden är att en får läsa om övningarna via en dator, surfplatta eller mobiltelefon, därför har en inte några bokade tider på mottagning under behandlingen. En bestämmer själv var och när en skall arbeta med sin behandling. Det finns en ansvarig behandlare som ungdomen har regelbunden kontakt med genom skrivna meddelanden. Internetbehandling kräver att en tar mycket ansvar för sin egen behandling.

Personalresurser

En viktig förutsättning för att definiera begreppet ungdomsmottagning är personalsammansättningen som behöver bestå av både medicinsk och psykosocial personal. FSUM har nyckeltal för hur en mottagning ska bemannas. Utifrån ett befolkningsunderlag på 3000 ungdomar har tanken varit att mottagningen ska ha:

- kurator och/eller psykolog, 1,0 tjänst
- barnmorska, 1,0 tjänst
- läkare, motsvarande 0,25 tjänst

Lämpligheten i dessa nyckeltal påverkas av uppdraget från huvudman, vårdgrannarnas uppdrag, områdets socioekonomiska utsatthet och i vilken utsträckning mottagningen får besökare från andra kommuner och län. Nyckeltalen för och sammansättningen av den psykosociala personalen måste ses över för mottagningar som tilldelas ett formellt uppdrag i första linjen.

Ungdomsmottagningarnas verksamhet utgår från lokala behov och förutsättningar och kan därför ha tillgång till andra personalkategorier som till exempel sjuksköterska, dietist och administrativ personal. Det bör även finnas verksamhetsutvecklare inom ungdomsmottagningens verksamhet. Denna funktion kan med fördel knytas till flera ungdomsmottagningar inom ett område. En central förutsättning för ungdomsmottagningens verksamhet är att företrädare för de medicinska, sociala och psykologiska kompetenserna har nära samarbete och tvärprofessionellt arbetssätt. Kollegialt stöd är viktigt för kvalitet och säkerhet. Större ungdomsmottagningar, med specialiserad kompetens, kan utgöra en resurs för mindre mottagningar, då viss kompetens som efterfrågas kanske inte alltid kan erbjudas lokalt.

Konsekvenser av otillräcklig resurstilldelning

Ett utökat första linjeuppdrag vad gäller psykisk ohälsa som inte åtföljs av utökade personella resurser riskerar att leda till:

- Bristande tillgänglighet, ökade väntetider
- Att ungdomar inte får de antal samtal som de skulle behöva
- Att UM inte kan vara den lågröskelverksamhet som den ska vara med följden att den psykiska ohälsan ökar då ungdomar inte kan mötas upp i ett tidigt skede
- Främjande/förebyggande arbete bortprioriteras
- Att åldern för målgruppen begränsas
- Att SRHR-frågor bortprioriteras
- Att arbetsmiljön för personalen påverkas negativt

Kompetens för arbete med psykisk (o)hälsa på UM

Vad behöver en ungdom med psykisk ohälsa mötas av för kompetens när hen söker hjälp på UM? Hen behöver mötas av en person med expertkunskaper om psykisk (o)hälsa, som utifrån

den sökandes problematik kan ge en rimlig förklaring på dennes lidande (vari ingår att ta ställning till problematikens svårighetsgrad och omfattning), erbjuda och engagera den unge i konstruktiva lösningar, och vid behov hänvisa/remittera till rätt instans.

FSUM menar att den personal som arbetar med stöd och behandling till unga med psykisk ohälsa ska som lägst ha grundläggande psykoterapiutbildning. All personal som arbetar på UM bör ha utbildning i samtalsmetodik och kunskap för att kunna "fånga upp" psykisk ohälsa. Personalen bör även ha sexologisk kompetens eftersom UM är den givna platsen dit ungdomar vänder sig för att tala om sexuell problematik som kan vara kopplad till psykisk ohälsa.

Till de vanligaste yrkeskategorier som jobbar med psykisk (o)hälsa på UM hör:

- kurator
- psykolog
- psykoterapeut
- barnmorska

Exempel på andra yrkeskategorier som förekommer är:

- läkare
- psykiatrijuksköterska
- dietist
- fysioterapeut

På UM kan flera olika läkarspecialiteter arbeta. Vanligast är gynekolog eller allmänläkare men det förekommer också venerolog/androlog. Allmänläkare har en bredare roll och har ofta en arbetsbeskrivning där det är uttalat att det också är inkluderat att ta hand om psykisk ohälsa vilket gynekolog, venerolog/androlog inte brukar ha. De senare jobbar med psykisk (o)hälsa när den är kopplad till SRHR. Läkaren ska vara väl förtrogen med övriga personalkategoriernas arbets sätt och yrkeskunskaper och ingå som en fungerande och integrerad länk i UMs bemötande av ungdomar. Läkaren har det medicinska ansvaret på UM.

Juridik

Huvudmännen för UM ansvarar för att klargöra vilken lagstiftning de anställda arbetar efter. Vem en är anställd av och i vilken befattning, samt vilka lagar som styr verksamheten, avgör hur rapportering, dokumentation och ansvar ser ut.

Lagar och förordningar som reglerar UMs verksamhet

- Abortlagen
- Arbetsmiljölagen
- Brottsbalken/ Sexualbrottslagstiftningen
- Diskrimineringslagen
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Journallagen
- Kommunallagen
- Patientlagen
- Patientsäkerhetslagen
- Personuppgiftslagen
- Patientdatalagen
- Sekretesslagen

- Smittskyddslagen
- Socialtjänstlagen

Samtliga lagar finns på riksdagens webbplats, www.riksdagen.se under rubriken Dokument & lagar >Lagar >Svensk författningssamling.

Dokumentation/journalföring

De ungdomsmottagare som jobbar med landstinget som huvudman, samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunala verksamheter skriver journal. Många kuratorer som jobbar med kommunal huvudman utgår från Socialtjänstlagen när de inte journalför. Se bilaga 10 för hur Socialstyrelsen ser på denna del av lagstiftningen.

Patientsäkerhet

Socialstyrelsen har tagit fram en webbsida: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se> för hur de som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Här finns exempelvis samlad kunskap om suicidprevention och andra förebyggande åtgärder i vården vid depression och ångestsyndrom.

Utvärdering/kvalitetssäkring

Utvärderingen av UMs arbete med psykisk ohälsa bör ske systematiskt och kontinuerligt. Grundläggande informationsinsamling handlar om antal besök, kön, ålder, sökorsak, behandlarens bedömning (diagnos), typ av insats, behandlingens längd och uppföljning av gjorda insatser med hjälp av utvärderingsinstrument. Sammanställningar kan, i teorin, göras på behandlarnivå, mottagningsnivå, regional nivå och nationellt.

Det är svårt att få till stånd några jämförelser nationellt då det används olika utvärderingsinstrument i olika delar av landet. Till exempel utvärderar Region Västra Götaland sina behandlingsinsatser på UM med hjälp av Core. UM i Stockholms stad och Stadsmissionen använder KASAM-13 och ett antal UM använder ORS/SRS. Se bilaga 9 för beskrivning av dessa instrument.

Diskussion och slutsatser

På anmodan från SKL har FSUM i denna rapport sökt att beskriva hur UM kan jobba inom ramen för första linjen för psykisk ohälsa. Bakgrunden är ett ökat söktryck hos psykiatrien gällande den åldersgrupp UM vänder sig till och undersökningar som pekar på att den psykiska ohälsan ökat i åldersgruppen. Detta föranledde Socialdepartementet att be SKL ta fram förslag på hur barn och ungas psykiska hälsa kan stärkas och att i ett tidigt skede motverka deras psykiska ohälsa. Det är utifrån detta uppdrag som SKL har ställt frågan om UM kan vara en del av första linjen för unga personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Oro kring första linjeuppdraget

Intentionen hos de styrande är att färre barn och unga ska behöva söka sig till specialistpsykiatri tack vare att deras svårigheter hanterats redan i första linjen, genom främjande/förebyggande insatser och/eller stöd/behandling. En del ungdomsmottagare har

uttryckt oro för att ett första linjeuppdrag gör att det främjande/förebyggande arbetet kommer att få stå tillbaka till förmån för stöd och behandling. Här finns det anledning att ta notis om att första linjen, så som den presenteras i Förstalinjeboken, är SKLs svar på hur barn och unga ska undgå den avancerade vården med insatser på bägge dessa nivåer. Vikten av främjande/förebyggande arbete lyfts också fram av regeringen genom att **förebyggande och främjande anges som fokusområden** i regeringens strategi för psykisk ohälsa (perioden 2016-2020).

Kanske även de som känner oro för att UM ska psykiatiseras genom att tilldelas en roll första linjen har anledning att se positivt på de styrandes intention att verksamheter i första linjen ska hjälpa barn och unga att undgå specialistpsykiatri. Utifrån detta framstår det som att UM kommer kunna fylla sin roll i första linjen bäst, just genom att vara någonting annat än psykiatri.

Det har också uttryckts farhågor från UM-leden om att första linjeuppdraget kommer leda till en övervikt av psykosocial personal i teamen; Att UM förvandlas till en samtalsmottagning. Vad händer då med den sexuella hälsan och helhetsperspektivet är undran? Här tycks det ligga två olika saker i skålen. Å ena sidan rädsla att samtalen blir fler än barnmorskorna, å andra sidan att mottagningens samtalare ägnar sig åt att ge stöd/behandling till personer med psykisk ohälsa på bekostnad av teamarbete kring SRHR.

Ungdomsmottagningen, en unik verksamhet i första linjen

UM är en verksamhet för unga med frågor gällande psykisk (o)hälsa i sig. Därtill är UM ett ställe dit unga människor söker sig självmant, med möjlighet att träffa både medicinsk och psykosocial personal, för att dryfta frågor om hur psykisk (o)hälsa och sexuell (o)hälsa påverkar varandra.

Den sedan länge upparbetade och över landet gemensamma modellen att bjuda in klasser på studiebesök till UMs lokaler för information och samtal är en främjande/förebyggande insats som sammantaget når väldigt många av landets unga, som bor eller går i skola i närheten av en UM, med information om såväl främjande/förebyggande som stöd/behandlingsinsatser för unga.

Till UMs styrkor som första linjeverksamhet hör

- dess geografiska spridning och långvariga etablering på många platser (idag har många unga föräldrar som själva gått på UM)
- dokumenterat högt förtroende hos unga
- organisering i multidisciplinära team
- helhetssyn, där kropp och själ hör ihop och personen förstås utifrån sitt sociala och övriga sammanhang
- specialkompetens om psykisk ohälsa och SRHR
- kompetens kring frågor kopplade till HBTQ
- arbetar med riskutsatta ungdomar
- en normmedveten organisation
- att det redan är en del av uppdraget på UM att både jobba främjande/förebyggande och med stöd/behandling

FSUM hoppas att denna rapport i någon utsträckning har lyckats fånga in vad som är kännetecknande för den behandlingskultur som råder på UM - med ungdomen i centrum och på dennes uppdrag. Hur vår syn på och bemötande av unga påverkat dem får vi återkoppling på vid känslofylla avslut eller vid glada återseenden. Eller via brukarundersökningar där det framgår att UM skattas mycket högt på faktorer som välkomnande, lyhördhet, respektfullhet,

förståelse och kompetens. I denna rapport har UMs behandlingskultur setts som ett uttryck för en personcentrerad vård. Patientcentrerad/personcentrerad vård är perspektiv som får allt mer uppmärksamhet i vårdSverige. Kanske UM rent av är något av en föregångare på detta område? Och kanske blir det erkänt en dag att denna immateriella sida av UM kan vara en av dess främsta tillgångar.

Kan och vill UM?

En erfaren psykosocial ungdomsmottagare skulle antagligen känna igen sig ganska väl i de arbetsuppgifter som ingår i första linjens uppdrag och hen skulle också antagligen vara ganska bra på att utföra dem. Uppdraget för den enskilde i första linjen innefattar att avsätta tid åt den främjande/förebyggande sidan av uppdraget och i mestadels enskilda möten med unga bedöma deras psykiska mående, överföra till annan vårdgivare, själv ge stöd och behandling och ibland tillhandahålla konsultativt stöd till andra verksamheter. Till jobbet hör också att avsätta tid för samverkan, utvärdering, tillgänglighetsfrågor, handledning och fortbildning. Inför en formell övergång till första linjen och ett utökat uppdrag identifierar FSUM utbildningsbehov för att uppdatera kunskap och lära nytt om kartläggningsmetodik, och för att lära sig testa med hjälp av olika frågeformulär.

FSUM slutsats är att UM kan och bör utgöra en viktig del av första linjen för unga med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Vi menar också att UM kommer göra detta bäst genom att fortsätta vara just UM .

Referenser

OBS: Referenslista - ej klar!

Andersson Långdahl, G-E. Marklund, R. Handbok för uppföljning med hjälp av ORS - Outcome Rating Scale och SRS - Session Rating Scale. Systematisk uppföljning vid utredning, behandling, råd och stöd inom psykosocialt arbete.

Antonovsky, A. (1991). Hälsans mysterium.

Bremberg, S. Dalman, C. (2015) En kunskapsöversikt: Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och vuxna.

Båve, C, Sylenius, U. (2017). Känsla av sammanhang - En metod på ungdomsmottagningen. Södermalms Ungdomsmottagning, Stockholms Stad.

DeRubeis & Lorenco-Luaces (2017)

Foldemo, A. Holmqvist, R. (2013). Utvärdering av samtalsbehandling i primärvården - effekter av behandlingen.

FSUM – Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. (2015) Handbok för Sverige ungdomsmottagningar.

FSUM – Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. (2015). ”Ni här grymma” “Keep up the good work” - Ungdomars erfarenheter, uppfattningar och upplevelser av besök och kontakt med 33 ungdomsmottagningar, 2012-2013.

Lenberg, E. Geijer, U. Tansjö, A. (2010) Offentlighets- och sekretesslagen Del 1-2.

Masterton, M. Boström, L. Winblad, U. (2015). Patientcentrerade vårdmöten – förutsättningar och begränsningar i svensk hälso- och sjukvård.

Nylander L, Fernell E, Björkman M, (2014) Lakartidningen.se
<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2014/09/Vuxna-med-utvecklingsstornig-en-eftersatt-grupp-i-sjukvarden/>

Socialstyrelsen. (2014). Barn som far illa eller riskerar att fara illa
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-4>

Socialstyrelsen (2015). Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården.

Socialstyrelsen. (2016). En mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner - delrapport.

Socialstyrelsen. (2013). Ensamkommande barns och ungas behov. En kartläggning.

Socialstyrelsen. (2017). Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen. (2015). Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen. (2017). Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen (2016) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning – Remissversion 2016. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer

Socialstyrelsen. (2017). Vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. Nationella riktlinjer 2017.
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf

Thomé, S. Malm, D. Christianson, M. Hurtig, A-K. Wiklund, M. Waernerlund, A-K. Goicolea, I. (2016). Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services - a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. Reproductive Health, 2016, 13:147. Umeå Universitet.

Uppdrag Psykisk Hälsa på Sveriges kommuner och landsting. (2017) Första linje boken. Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa.

Uppdrag psykisk hälsa på Sveriges kommuner och landsting. (2017). Stödmaterial för Ungdomsmottagningars arbete med att upptäcka, kartlägga och agera mot psykisk ohälsa

Myndigheten för delaktighet
www.mfd.se

Samlat stöd för patientsäkerhet
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se>

Göteborgs universitet. Centrum för personcentrerad vård.
<https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>

Barn och unga i socialtjänsten
<http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnochungaisocialtjansten>

Frågor och svar om samordnad individuell plan, SIP
www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip

MI (Motiverande samtal)
www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtjansten/motiverandesamtal

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. HSLF-FS 2016:40
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2016-40>

Senaste version av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. SOSFS 2014:5.
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2014-5>

Känslan av sammanhang
www.ka-sam.se

Psykisk ohälsa hos barn och unga
www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/psykisk-ohalsa-hos-barn-unga/Sidor/Vad-ar-psykisk-ohalsa.aspx

Uppdrag Psykisk Hälsa utvecklar kunskap, metoder och verktyg tillsammans med kommuner och landsting för effektiva insatser inom området psykisk hälsa
www.uppdragpsykiskhalsa.se

UMO Din ungdomsmottagning på nätet
www.umo.se

Youmo är en sajt från UMO.se, ungdomsmottagningen på nätet
www.youmo.se

Barn- och ungdomspsykiatri
www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Svart-att-beratta-om-sexuella-overgrepp/

RFSL, Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter
www.rfsl.se

Patientdatalag

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Socialtjänstlag

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 7 §. Särskilda skyldigheter i fråga om barn.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Bruce Wampod. American psychological association,

<http://www.apa.org/news/press/releases/2009/12/wampold.aspx>

Väntetider i vården

www.vantetider.se

WHO. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent friendly health services

Lästips

- Länsstyrelsen i Östergötland, (2011). *Våga göra skillnad – om skydd, stöd och rehabilitering av unga som utsatts för hedersrelaterat våld och förtryck, riskerar att bli gifta mot sin vilja eller som har blivit gifta mot sin vilja*
- *Våga Se – En vägledning för stöd, vård och skydd av flickor och kvinnor som är eller riskerar att bli könsstympade* (Länsstyrelsen i Östergötland, 2015).

Socialstyrelsen, (2014) *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga – vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*

- Socialstyrelsen, (2016) *Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*

Om orosanmälan

- *Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare.* (Socialstyrelsen, 2014a).
- *Till dig som är skyldig att anmäla oro för barn – information för dig som är anmälningsskyldig enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen. Folder om varför man ska anmäla, hur det går till och vilken återkoppling det går att få från socialtjänsten.* (Socialstyrelsen, 2014b)

Bilagor

Bilaga 1.

World Health Organisation's (WHO) kriterier för ungdomsvänlighet jämförda med relaterade aspekter från FSUMs handbok ([referens](#)).

WHO domain	Strategies within the FSUM handbook/policy
<p>Accessibility:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Policies and procedures to ensure that services are free or affordable • Convenient opening hours and location • Youths know about the services and how to get them • Community supports services and understand benefits • Outreach work towards community 	<ul style="list-style-type: none"> • All visits should be free of charge • Staffing, opening hours, facilities and methods adapted for local setting • Youths should be able to make contact through telephone or IT-based solutions • Promote drop-in visits • Outreach work through school class visits at the clinic, visits to schools and participation at arrangements in community
<p>Acceptability</p> <ul style="list-style-type: none"> • Policies and procedures to ensure confidentiality • Attitudes of providers: provide information, support youths decision making, motivated, non-judgmental, able to dedicate time • Adequate environment: privacy, physical safety • Youths monitoring the services 	<ul style="list-style-type: none"> • Staff must meet youths with respect and understanding in a safe environment • Youths who seek help should understand the rules regulating confidentiality and privacy • To dedicate time to quality and safety work • Evaluate the services provided through surveys for youths
<p>Equitable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Policies and procedures that do not hinder services and that consider aspects that might be an obstacle for equitable care • Professionals treat all youths with equal respect, independently of their status. 	<ul style="list-style-type: none"> • Provide equitable care regardless of personal characteristics, place of residence, age, gender, disability, education, social status, ethnic and/or religious affiliation or sexual orientation • The youth clinic must have good procedures for interpretation in different languages • Usage of a norm-critical approach
<p>Appropriateness</p> <ul style="list-style-type: none"> • Care to fulfill needs of youths are provided through health services and/or referral to other services • Professionals respond adequately to youth health needs and take other issues that can affect the youths into consideration 	<ul style="list-style-type: none"> • To have a holistic approach, see youths in the social context were they are embedded • Youth clinics should always work on behalf of the youths • Multidisciplinary teams with broad expertise to meet the needs of young people • The psychosocial perspective are integrated in all visits
<p>Effective</p>	<ul style="list-style-type: none"> • National guidelines and rules should be applied, for example concerning partner tracing and treatment of sexually transmitted infections

<ul style="list-style-type: none"> • Professionals with required competence • Care is guided by protocols and guidelines • Equipment and other resources for an adequate care exist 	<ul style="list-style-type: none"> • Economic conditions that support activities in relation to the goal • To have a common understanding of what quality work constitutes of
Referring of all domains in general	<ul style="list-style-type: none"> • All the work should be based upon human rights and the youth clinics should be part of the democratic society • Work for promotion of youths' health • Youth clinics have a mission to promote sexual and reproductive health in a public health perspective

Bilaga 2.

Beskrivning av hur och Region Gävleborg, Region Örebro och Ungdomshälsan i Umeå har lagt upp sina respektive första linjenuppdrag på UM.

Region Gävleborg. 2010 fick UM i region Gävleborg första linjen uppdrag som för den psykosociala personalen gäller ungdomar 13 – 17 år. Den medicinska personalen har åldersgruppen 13 - 23 år. Sedan tidigare fanns Mödra- och Barnhälsovårdspsykologer och kuratorer på UM i hela länet och på en del orter i regionen 6-12 års hälsa. 2010 fick Regionen medel för att rekrytera medarbetare för att få till stånd resurser till 6-12 åringar. Samtidigt formulerades uppdraget första linjen för all psykosocial verksamhet som vänder sig till blivande föräldrar, barn och deras familjer 0-17 år.

Gävleborg har små enheter som måste hjälpas åt i ”psyko-sociala team”. Tillgång till psykolog och läkare inom psykosociala teamen är begränsad, det har tidvis varit svårt att rekrytera. Läkarna på UM jobbar mer gentemot SRHR, därför hänvisas åldersgruppen 18 – 23 år med psykisk ohälsa till hälsocentralen, förutom de problem som anses tillhöra utom adolescensen. Man vill att ungdomen ska få en sammanhållen vård och får därför gå i samtal där en har sin läkare.

2010 utarbetades ett gemensamt dokument som beskriver gränssnittet mellan första linjen och BUP. Dokumentet/överenskommelsen reviderades 2016 och innefattar nu även Regionens samtliga 10 kommuner. Det nära samarbetet gör att de har en väl etablerad samsyn kring hur ungdomar med psykisk ohälsa ska bemötas av vården. Chefer och medarbetare inom första linjen och BUP träffas en gång per månad. De ser detta samarbetet som mycket viktigt, att de möter upp för förändringen i samhället, där många mår sämre. De menar att allt hänger ihop från BVC, MVC, hälsocentral, UM och specialistpsykiatrin.

De har en väg in till första linjen, de som ringer får prata med en sjuksköterska som gör en telefonbedömning baserad på anamnes och som sedan bokar in till rätt enhet.

Gävleborgs verksamhetschefer anser att UM fungerar bättre 2018 än 2008, nu arbetar de mer anpassat efter ungdomars behov. De har ett högre söktryck och svårighetsgraden har ökat vilket lett till att den psykosociala personalen numera är inbokad. Barnmorskorna upplever

därför att de inte längre har samma möjlighet som tidigare, att snabbt och enkelt kunna visa en ungdom rakt in till kuratorns rum.

Gävleborg arbetar utifrån vårdgarantin. De har en hög tillgänglighet som innebär att de allra flesta har fått en tid mellan 1 – 3 veckor. De är inte en remissinstans, har inte väntelista och inte drop-in till psykosocial personal. Ungdomarna går vanligtvis i 1 - 5 samtal och de har ett max antal samtal på 10 stycken, som kan förlängas. Gävle UM har 3.7 samtal i snitt.

Den psykosociala personalen på Gävle UM har varit tvungna att begränsa sitt deltagande i det utåtriktade/främjande arbetet med klassbesök eftersom de har behövts på mottagningen för samtal. De är med i riktade insatser som kärleksveckan på gymnasieskolan, klamydiavecka och brukar, tillsammans med kyrkan, delta i några riktade ungdomsgrupper och prata om psykisk ohälsa.

Örebro: under bearbetning.

Umeå: Ungdomshälsan Umeå är organiserad inom landstingets primärvård och fick sitt första linjeuppdrag som ett tilläggsuppdrag till ordinarie UM-uppdrag 2011. De har utvecklat sin verksamhet utifrån sina lokala förutsättningar och vilka uppdrag andra verksamheter/vårdgrannar fick samtidigt. Ungdomshälsan fick sina resurser utökade 2011 eftersom två olika verksamheter slogs samman, Ungdomsmottagningen och Ungdomshälsan.

På Ungdomshälsan arbetar man numera utifrån primärvårdens vårdgaranti som säger att alla som hör av sig ska få kontakt samma dag och att alla ska få en tid inom en vecka. Mottagningen avskaffade sin väntelista 2011 och har sedan dess inte behövt upprätta någon. För att öka tillgängligheten började Umeå med drop-in till psykosocial personal. Mottagningen tar inte emot remisser. I teamet finns två allmänläkare som vid behov kan skriva ut medicin mot psykisk ohälsa för ungdomar 18 år och äldre. Åldersgruppen för den psykosociala personalen ändrades från 12 - 25 år till 16 - 22 år. Ansvar för åldersgruppen 0-15 år fördelades till hälsocentralerna inom deras första linje uppdrag. Den medicinska personalen har samma åldersgräns som innan första linje uppdraget infördes. Om en ungdom, som inte fyllt sexton år, kommer själv till någon av barnmorskorna och vill träffa en samtalsbehandlare för samtal så tar samtalsbehandlarna emot ungdomen. Hur det sen handläggs beror på ungdomens behov och personalens bedömning.

Om föräldrar eller andra vuxna ringer åt sina ungdomar som är under sexton år hänvisas de till att ta kontakt med familjecentral eller hälsocentral. De ungdomar som är under sexton år och som själva kommer på samtalsbehandlarnas drop-in tid får ett drop-in samtal och den psykosociala personalen bedömer behov av hjälp utifrån det ungdomen söker för och handlägger därefter.

Första linje-uppdraget innebar en begränsning i antal samtal till 10 stycken. Undantag görs från 10-regeln när ungdomar väntar på kontakt hos specialistpsykiatri och i fall där ungdomen har en måttlig till svår psykisk (o)hälsa men har en sådan funktionsnivå att hen inte är aktuell för specialistnivå. Den korta väntetiden gör att de flesta ungdomar kan avsluta sin samtalskontakt i medvetenhet om att de kan höra av sig igen ifall de börjar må sämre och snabbt få en ny tid. De har 3.8 samtal i genomsnitt.

Det utåtriktade/främjande arbetet har förändrats för den psykosociala personalen. De deltar sällan i klassbesöken eftersom de ungdomarna går på högstadiet. Inom Ungdomshälsan har

Umeå kommun en verksamhet, Ingången, som primärt jobbar med ungdomar som har funderingar eller känner oro för sig själva, eller andra, när det gäller alkohol eller droger. Ingången jobbar också med ungdomar som känner oro eller har olika frågor som bekymrar, stort som smått. De har ingen nedre åldersgräns och har därför ingått i arbetat med skolklassbesöken tillsammans med medicinsk personal. Ungdomshälsans psykosociala personal planerar att delta i skolklasserna, och arbeta med förebyggande/främjande perspektivet då det gäller mat, sömn och fysisk aktivitet.

Den psykosociala personalen har arbetar främjande/förebyggande med ungdomsmässor, Pride, gymnasiets kärleksveckor etc. De arbetar också konsultativt med vårdgrannar, deltar i hälsoskola för nyanlända, handleder med mera. Ungdomshälsan ser också de tidiga insatserna som en förebyggande insats för att inte hamna i svårare psykisk ohälsa.

Bilaga 3.

Exempel på främjande/förebyggande insatser hos olika UM-mottagningar landet runt.

- Deltagande på festivaler såsom Peace and Love. Borlänge UM har i samverkan med arrangör, socialtjänst och polis utarbetat en metod för att upptäcka och handha sexuella övergrepp i publikhavet
- HBTQ-café (Åmål UM)
- Upplands-Väsby UM utbildar personal (på skola, fritidsgårdar, boenden) så att de ska kunna bemöta och ge rätt information till ungdomar.
- Öppna föreläsningar som kommunen anordnar för föräldrar, till exempel tillsammans med skola, fältare, enheter för drogprevention
- Sommarskola tillsammans med Ungdomsgård
- Teaterföreställning om relationer och sexualitet
- Utåtriktat arbete på förfrågan,
- "Morskans på Fjället" UM-verksamhet i Sälenfjällen för säsongsarbetande unga vuxna. Har vid sidan av ordinarie verksamhet uppsökande aktiviteter på krogen och matkvällar med social samvaro
- Naturkontakt som psykisk hälsovård. UM Täby samarbetar med gymnasier kring naturkontakt som ett sätt att förebygga stress och annan psykisk ohälsa.
- Informationsfilmer framtagna lokalt av olika mottagningar såsom Värmland och Umeå och av UMO.
- UM-mottagningen behöver ha kännedom om och i förekommande fall vara delaktig i lokala samverkansgrupper som ägnar sig åt hälsofrämjande/förebyggande arbete. Det kan till exempel handla om POSOM-grupper (psykosocialt omhändertagande) som aktiveras vid stora olyckor och katastrofer.
- UM kan konsultativt eller i samarbete med skolor ge insatser för att förebygga oro och nedstämdhet. UM kan också delta i förebyggande arbete genom att vara tillgänglig i sammanhang där självmord begåtts, till exempel finnas i skolan eller erbjuda stöd till ungdomar i kretsen kring den döde.
- Stockholms Stadsmissionens UM har ett samarbete med Interfem- en feministisk och antirasistisk tankesmedja- inom deras projekt "Min hälsa, mina rättigheter". Projektet går ut på att informera nyanlända HBTQ personer om hur vården fungerar och är organiserad i Sverige samt om deras rättigheter inom densamma. Informationen utgår från ett SRHR- och HBTQ-perspektiv. De informerar även om Sveriges UM:s

uppdrag och specifikt om Stockholm Stadsmissions UM. Deltagarna ska sedan själva bli informatörer för andra nyanlända.

- Stockholms Stadsmissionens UM har samarbete med Romska ungdomsförbundet. En barnmorska och en kurator är med på utbildning av romska hälsoinspiratörer som i sin tur utbildar i sina lokala grupper.
- Baba, Stockholms Stadsmissions verksamhet för barn/unga upp till 20 år som kommit ensamma till Sverige och som av olika anledningar står helt eller delvis utanför samhällets insatser. Kurator från Stadsmissionens UM deltar i den öppna gruppverksamheten där de pratar om saker som påverkar och berör ungdomarnas n situation. Kuratorerna har även enskilda stödsamtal med de ungdomar som önskar.

Bilaga 4.

Exempel på öppna frågor i början av en kontakt, (något modifierad version av SKLs lista).

- Frågor om varför ungdomen är här
 - Varför har du tagit kontakten?
 - Tycker du att/ du har/att det finns/ något problem - vad?
 - Tror du någon annan tycker att det finns problem (familj, lärare, kompisar, andra) - vad?
 - Vad tror du problemet hänger ihop med/beror på?
 - Vad tror du hade hänt om du inte sökt hjälp?
- Frågor om hur ungdomen påverkas av problemet
 - Hur märks problemet?
 - När märks problemet (situationer)?
 - Konsekvenser för ungdomen och personer i dennes närhet.
 - Finns det situationer när du inte känner av problemet?
 - Hur påverkar problemet din vardag?
- Frågor om hur det har varit
 - Hur länge har det varit så här?
 - Har det funnits problem förut?
 - Vad har du gjort tidigare som hjälpt?
 - Har du fått hjälp av andra - såsom anhöriga, kamrater eller av andra verksamheter?
 - Avslutade eller pågående behandlingskontakter?
- Frågor om önskemål
 - Vilken hjälp skulle du vilja ha?
 - Hur skulle du vilja att det blev i framtiden?
 - Vad vill du själv förändra?
 - Vad skulle du vilja göra annorlunda?

Bilaga 5.

Örebro UMs Drop-in och första samtals -formulär.

Namn:

Personnummer:

Pronomen (han, hon, hen, den, det): _

Mobil:

Vad vill du ha hjälp med? Något som hänt just nu? Mest jobbigt?

.....
.....

Hur mår du på en skala mellan 1 och 10? 1 =jättedåligt 10 = jättebra

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Markera med ett X

Har du/har du haft någon samtalskontakt tex. hos skolkurator eller BUP?.....

.....

Skola/praktik/arbete? Hur fungerar det?

Hur mår du i ditt boende?.....

Hur trivs du i dina relationer? Familj/vänner/partner/HBTQ?.....

.....

Fritid/intressen?.....

Hur tar du hand om din hälsa? Mat/motion/sömn/stress?

.....

Skadar du dig själv på något sätt? Om ja, vad gör du och hur ofta?.....

.....

Tobak? Ja.....

Nej.....

Alkohol? Ja.....

Nej.....

Droger ex cannabis, spice?

Ja.....

Nej.....

Om du svarat ja på frågan-Vilken drog tog du och när tog du den?

.....

Bilaga 6.

Exempel på test/screeninginstrument som används vid olika UM, för olika former av psykisk ohälsa och vanligast inför remiss till specialistpsykiatri.

- **Alkohol:** AUDIT. Screening för riskbruk/missbruk av alkohol.

- **Autism:** Raads. Skattningsformulär för att identifiera autismspektrumtillstånd hos vuxna.
- **Beteende och utveckling:** 5 - 15. Bedömning av utveckling och beteende hos barn och ungdomar från 5 till 15 år
- **Bipolär sjukdom:** MDQ, screening av symtom på bipolärt syndrom.
- **Depression:** PHQ-9, BDI II, MADRS. Självskattningsskalor för depression.
- **Droger:** DUDIT. Screening för riskbruk/missbruk av droger.
- **Funktionsskattning 0 - 17 år:** C-GAS, är en etablerad skattningsskala som används för att bedöma barns och ungas förmåga att fungera i vardagen, det vill säga hemma, i skolan och med kompisar. Den används för att bedöma barn och unga med olika typer av psykiska symtom i åldrarna 4–20 år.
- **Funktionsskattning 18 år och uppåt:** GAF är en skala som beaktar psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga.
- **Neuropsykiatrisk utredning:** ASRS, Självskattningsskala för ADHD hos vuxna. WURS, Screeninginstrument för ADHD i form av en självskattningsskala beträffande beteende i barndomen.
- **Psykisk hälsa:** SDQ, Bedömningsinstrument för barn och ungas psykiska hälsa. CORE-OM, Bedömningsmetod som används för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa. KASAM, Känsla av sammanhang; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.
- **Sexuell hälsa:** Sexit, samtal för bättre sexuell hälsa
- **Suicid:** Självmondsstegen, strukturerad intervju.
- **Systematisk uppföljning av psykosocial stöd och behandling:** ORS, Outcome Rating Scale och SRS, Session Rating Scale.
- **Tvångssyndrom:** Bocs, skattningsskalor för bedömning av tvångssymtom.
- **Ångest:** BAI, är ett självskattningsformulär som mäter ångestsymtom som är minimalt delade med symtom på depression, dvs. överlappningen mellan en depressionsskala och BAI ska vara så liten som möjligt.
- **Ångest/nedstämdhet:** HAD, självskattningsformulär som visar ett mått på personens sinnesstämning.

SKL har ytterligare exempel på test/screeninginstrument:

- **Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV).** Strukturerad intervju skala för ångeststörningar. Finns i barn (C)- respektive föräldraversion (P).
- **Becks ungdomsskalor (BUS).** Självskattningsskalor för bedömning av emotionell och social problematik.
- **Beteendeanalys.** Observation/analys av överskott, underskott och funktion (effekt, konsekvens) av beteenden. Vanligen ett moment i KBT.
- **CBCL.** För att beskriva problem och social kompetens hos barn och ungdomar med psykisk problematik. Finns för barn 1,5–5 år och barn 6–18 år.
- **The Child PTSD Symptom Scale (CPSS).** Självrapporteringsformulär för symptom på PTSD för barn 8 till 18 år.
- **Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES).** Screenar för PTSD-symptom hos barn 8 år och äldre. Finns på flera språk.
- **Familjeklimat.** Ett självskattningsinstrument för att beskriva hur medlemmarna i en familj upplever samspelet och stämningen i familjen. Från 11 år och vuxna.
- **Familjens egna skalor.** Lista problemområden, tillämpa skalor och jämföra i familjen (t ex "Så allvarligt tycker jag att problemet är")

- **The Feeling Faces.** Hjälpmedel (spelkort) för att utforska barnets emotionella kunskap och för att underlätta för barnet att beskriva sina egna känslor i olika situationer.
- **Jag tycker jag är...** Självs kattningsskala om självvärdering. För barn 7-16 år.
-
- **Kulturformuleringsintervju, DSM-V.** Intervjustöd för att ge förståelse av kulturellt baserade värde- och referenssystem.
- **Livslinje.** För att kartlägga viktiga livshändelser.
- **MINI.** Ett strukturerat intervjuverktyg som kan användas i diagnostik vid psykisk ohälsa och kan erbjudas som komplement till den kliniska bedömningen vid diagnostik i primärvården till vuxna personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom
- **Mitt sociala nätverk.** Fördjupningsfrågor gällande barnets nätverk
- **Nallekort.** Hjälpmedel (spelkort) för att prata om känslor. Nallekortet visar en bredd av känslouttryck och är människolika.
- **Nätverkskarta.** Gör en karta över viktiga personer i barnet eller familjens liv och vilka funktioner de fyller. T ex mor- och farföräldrar, vänner med flera eller i barnets miljö, exempelvis förskola, skola eller idrottsklubb.

Bilaga 8.

Beskrivning av två metoder för stöd och av behandling på UM; Motiverande samtal (MI) och “Känsla av sammanhang på ungdomsmottagningen”.

Motiverande Samtal (MI)

En metod för stöd och rådgivning som väldigt många UM-medarbetare har kännedom om som betonar såväl ett stödjande som en problemorienterat förhållningssätt är Motiverande Samtal (MI). MI (motivational interviewing) utvecklades under 1980–1990-talen av psykologerna William F. Miller och Stephen Rollnick som en samtalsmetod inom beroendevården för att främja motivation och beteendeförändring. Idag har den en vidare tillämpning gällande vanligen livsstilsrelaterade problem. Viktiga MI-principer är att:

- försöka förstå genom ett empatiskt och reflekterande lyssnande
- inte argumentera när klienten inte ser någon anledning att förändras utan i stället undersöka varför - rulla med motståndet
- stärka klientens tro på sin förmåga och möjligheten till förändring.

Behandlarens roll handlar om att undersöka och främja ambivalensen, att hjälpa klienten att formulera en egen förståelse av sitt problem, egna argument för förändring, och att stärka dennes beslut och åtagande att genomföra förändringen. Områden där IM kan vara en lämplig intervention på UM är när ungdomen har behov av att diskutera risktagande beteenden gällande sex, alkohol, tobak, droger. Det kan också handla om kost, fysisk aktivitet, spel, med mera.

FSUM ser följande argument med att lyfta fram Motiverande samtal:

- Det är ett arbetssätt som överlappar/tydliggör/förstärker den personcentrerade vårdkultur vi uppfattar som utmärkande för UM
- Den erbjuder psykosocial personal och medicinsk personal en gemensam samtalsmetodik.
- Den ger kuratorer utan psykoterapiutbildning en metod att arbeta utifrån i mötet med unga.

- Många är redan introducerade till detta arbetssätt
- Det finns studiematerial anpassad efter UM och kompetenta lärare och fortbildningsmöjligheter tillgängliga.

Forskning om MI...

“Känsla av sammanhang på Ungdomsmottagningen”

“Känsla av sammanhang på ungdomsmottagningen” är en behandlingsmetod utvecklad av kuratorerna Carl Båve och Ulla Sylenius på Södermalms UM i Stockholms Stad, som är specifikt framtagen för användning inom UM. Det är en tidsbegränsad behandling med ett tydligt behandlingsfokus på den unges problematik. Metoden är ett manualiserat arbetssätt som ger stort utrymme för den enskilda behandlaren att tillämpa utifrån sin teoretiska referensram och sitt arbetssätt.

I metoden ingår att utvärdera varje kontakt utifrån ett standardiserat frågeformulär. Eftersom UM inte är del av psykiatrin bedömdes det som viktigt att hitta ett mätinstrument som inte är utformat för psykiatrisk bedömning och diagnostik. Projektgruppen sökte också ett instrument som var begripligt och användbart i samtal med ungdomar. Valet föll på Kasam-13 ett självskattningsformulär som mäter Känslan av sammanhang, Kasam, och dess tre delkomponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Metoden ger en struktur för hur Kasam kan användas som bedömningsinstrument, samtalsmetod, utvärderings- och uppföljningsinstrument på UM. Metoden är ett försök att på ett strukturerat sätt ta reda på den unges behov och lidande samt att optimera insatsen utifrån UMs resurser.

Begreppet Kasam

Begreppet Kasam - Känsla av sammanhang myntades av Aaron Antonovsky som utarbetat en teori som fokuserar på begreppet salutogenes - hälsans ursprung. Teorin stipulerar att personer rör sig i riktning mot hälsa i den utsträckning de upplever en Känsla av sammanhang. Denna känslan av sammanhang eller kasam består av delkomponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet är den kognitiva komponenten som gör livet förutsägbart, begripligt och strukturerat. Hanterbarhet är den aktiva komponenten och hänger ihop med att känna sig som en aktör och inte som offer för omständigheterna, samt att man förfogar över resurser för att klara påfrestningar. Meningsfullhet är den känslomässiga komponenten, upplevelsen att livet är värt att engagera sig i, känsla av delaktighet och inre motivation och drivkraft. Kasam-begreppet definieras i sin helhet och är en “global hållning” hos individer som upplever psykiskt välmående, där meningsfullhet är den mest betydelsefulla komponenten.

Metod

Urval. Metoden avgränsas till ungdomar som är motiverade att göra ett förändringsarbete och som är beredda att fullfölja samtalskontakten med ett avslutande samtal. Skaparna av metoden gör såldes inga anspråk på att detta ska vara den enda metoden som erbjuds besökarna, utifrån medvetenhet om att ungdomar kan vända sig till UM med andra förväntningar och behov än att gå i denna Kasambehandling.

Självskattningsformulär. I metoden ingår 3 mätningar med självskattningsformuläret Kasam-13. Formuläret består av 13 frågor, där den unge svarar på en skala mellan 1 och 7. De tretton frågorna fångar in de tre komponenterna meningsfullhet, begriplighet, hanterbarhet

och ger tillsammans ett mått på Känslan av sammanhang. Den första mätningen ligger till grund för bedömning av antal samtal och centralt Kasamtema. Den andra mätningen görs när kontakten avslutas och utgör grunden för utvärdering av samtalskontakten. Den tredje mätningen är en uppföljning efter sex månader för att se hur Känsla av sammanhang har utvecklats sedan avslutet.

Tidsbegränsad samtalskontakt. Metoden är inspirerad av psykodynamisk korttidsterapi (Gaby Sheffler, 2001, James Mann, 1973) som lyfter fram vikten av att formulera ett centralt tema - detta för att den begränsade tiden som erbjuds ska användas effektivt. Behandlingen ses som en anknytnings-, separationsprocess, där målet är ökad autonomi och självkänsla. En fast tidsgräns understryker separationens centrala plats.

Psykoeduktation. Kasam har pedagogiska styrkor som teoretisk förklaringsmodell. De tre komponenterna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet har många likheter med den kognitiva triangelns tanke, handling, känsla. Ungdomarna upplevs ha lätt för att ta till sig dessa förklaringsmodeller. Ytterligare pedagogiska inslag kan vara känslaskola med förklaringar kring hur hjärnan fungerar. Psykoedukationen ses som ett bra sätt att öka begriplighet och hanterbarhet kring de problem den unge söker för.

Tre orienterande samtal. Samtalskontakten inleds med tre orienterande samtal där fokus ligger på att utforska den unges motivation, vilja och förmåga att fullfölja kontakten. Ifall kasammetoden anses lämplig erbjuds 7, 10 eller 15 samtal, utifrån principen att ju lägre kasamvärde desto fler samtal. Men val av insats bygger på den professionelles samlade kliniska bedömning vari även den unges egen vilja beaktas. Under orienteringssamtalen formuleras också ett samtalsfokus för kontakten, ett så kallat centralt kasamtema.

Samtalsprocess. Samtalaren påminner vid behov om samtalsfokus genom att hänvisa tillbaka till kasamtemat. De första samtalen i samtalskontakten ses som anknytningsfasen, de mittersta tillhör bearbetningsfasen och de sista ingår i separationsfasen. Behandlaren lyfter fram fungerande strategier som framkommer i samtalen. Avslutningsfasen ägnas speciellt åt frågor rörande separation och självständighet.

Utvärdering. Ny självskattning, Kasam 2, görs under näst sista samtalet, så att den unge kan få se sin nya Kasamprofil sista gången. Förändringar analyseras tillsammans. Måtten på Kasam-13 jämförs med ungdomens faktiska upplevelse av känsla av sammanhang. Vanligen har det totala kasamvärdet ökat mellan 5 och 15 poäng.

Sista gången ger behandlaren ett brev till den unge som går igenom. I brevet beskrivs den arbetsprocess som den unge gått igenom med behandlaren och försök till nya förhållningssätt beskrivs. Syftet är att få en gemensam beskrivning av vad den terapeutiska dyaden jobbat med och påminna den unge om vilka fungerande strategier hen kan använda efter terapins slut. Sista samtalet avslutas med en muntlig utvärdering som ger möjligheter till ett öppet samtal om vad kontakten har betytt för ungdomen. Behandlaren erbjuder ett uppföljningssamtal om sex månader.

Uppföljning. Görs efter sex månader. Uppföljningen är en påfyllnads-session som påminner om de nya strategierna och som ger möjlighet att arbeta vidare med de svårigheter som den unge kom med. Här görs också en tredje självskattning med Kasam 3.

Bilaga 9.

CORE: Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure är ett formulär med 34 frågor där ungdomen anger hur hen mår med avseende på sitt psykiska fungerande i en rad olika avseenden. Det besvaras av ungdomen före varje samtal.

KASAM-13: är ett formulär med 13 frågor om begriplighet, alltså känslan av att det som händer i världen, både inom och utanför individen, är begripligt, strukturerat och går att förutse. Hanterbarhet, vilket här innebär att de resurser som de händelser som sker i omgivningen kräver finns tillgängliga. Meningsfullhet i livet, vilket man upplever om det känns som de utmaningar man möter är värda att engagera sig i.

ORS/SRS: ORS, Outcome Rating Scale gör det möjligt att med 4 skalor systematiskt följa en insats och se hur den påverkar den unges liv. De fyra områden som ungdomen skattar nuläget för är: 1. Allmänt, livet i allmänhet. 2. Individuellt, personligt välbefinnande. 3. Nära relationer, familj och andra nära relationer. 4. Socialt, sysselsättning, vänner med mera.

SRS, Session Rating Scale, ger ungdomen möjlighet att under pågående insats tycka till om den hjälp som erbjuds och om den passar för de behov som finns. Man kan tidigt fånga upp när det som görs inte är till hjälp för ungdomen eller när ungdomen inte känner sig involverad på rätt sätt. Med SRS tar man reda på ungdomens upplevelse av hur arbetet genomförs genom att denne på 4 skalor får bedöma nedanstående fyra områden: 1. Relationen – tycker ungdomen att den professionelle lyssnar på ett bra sätt och är respektfull i sitt bemötande. 2. Mål och ämne – arbetar den professionelle med rätt saker. 3. Metod eller sätt att arbeta – vad tycker den unga om hur arbetet utförs. 4. Allmänt – finns allt med i det som görs eller är det något som den unga saknar.

Bilaga 10.

Socialstyrelsen redogör för hur bestämmelser i gällande författningar (lagar, förordningar och föreskrifter) inom socialtjänst och hälso- och sjukvård kan tillämpas generellt, men kan inte ge råd eller ta ställning till hur de ska tillämpas i enskilda fall.

Skyldighet att föra patientjournal enligt patientdatalagen (PDL)

Bestämmelser om behandling av personuppgifter och journalföring inom hälso- och sjukvården finns framförallt i patientdatalagen (2008:355), samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har även tagit fram en handbok som ett stöd vid tillämpningen av HSLF-FS 2016:40.

För de UM som har landstinget som huvudman är dokumentation därför lagstadgad. Var och en i vårdpersonalen har ett eget personligt ansvar för hur hen utför sitt arbete och däri ingår dokumentation. Såväl yrkespersonen i vårdpersonalen som verksamhetschefen kan ställas till svars om något blir fel i vården.

Dokumentationsskyldighet i socialtjänstlagen (SoL)

SoL säger i 11 kap. § 5 att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska beskriva de beslut och de åtgärder som vidtas i ärendet, samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Enligt SoL finns det också några verksamheter som inte är skyldiga att dokumentera uppgifter på individnivå. Det är verksamheter som tillhandahåller råd och stöd utan att något beslut har fattats. Det kan t.ex. vara information och rådgivning som ges enskilt eller i grupp och omfattas därför inte av dokumentationsskyldighet.

I skriften Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten (2015) sid 487 står att läsa "Frågan om det är nödvändigt att behandla personuppgifter i en viss verksamhet för att arbetsuppgifter ska kunna utföras inom verksamheten har lämnats obesvarad av lagstiftaren. Det innebär att den som bedriver en verksamhet själv måste ta ställning till om det är nödvändigt att behandla personuppgifter i verksamheten".

När det gäller personer som skulle kunna motsätta sig journalföring - till exempel papperslösa, personer utsatta för HRV och personer som vill vara utanför "systemet"- kan det lösas genom pappersjournal som låses in i brandsäkert dokumentskåp, alternativt reservnummer. Socialstyrelsen skriver att Patientdatalagen är teknikneutral på så sätt att det är möjligt att föra patientjournal både elektroniskt och på papper. Vårdgivaren ska, enligt 5 kap. 4 § HSLF-FS 2016:40, säkerställa att det är möjligt att föra patientjournal om

1. en patients identitet inte kan fastställas,
2. en patient saknar svenskt personnummer, eller
3. en patient har skyddade personuppgifter.

Läs mer om vad detta innebär på s. 62-64 i handboken om journalföring:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20494/2017-3-2.pdf>.