

Ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län

Vad gör de? Vilka når de?
Hur har de påverkats av satsningen
Psykisk hälsa?

Cornelia Björk, Anna Melke och Åsa Nilsson
Juni 2018

© FoU i Väst/GR
Första publicering juni 2018.
Layout: Infogruppen GR

FoU i Väst
Göteborgsregionens kommunalförbund
Box 5073, 402 22 Göteborg
E-post: fou@grkom.se
Webbplats: <https://grkom.se/valfard>

Innehållsförteckning

INLEDNING – EN TREDELAD RAPPORT OM LÄNETS UNGDOMSMOTTAGNINGAR 6

DEL 1: KARTLÄGGNING AV UNGDOMSMOTTAGNINGARNA

I VÄSTRA GÖTALANDS LÄN	8
Bakgrund	9
Frågeställningar	9
Analys och datainsamling	10
Den grundläggande idén med ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län.....	13
Fördjupning.....	17
Vad ska ungdomsmottagningarna åstadkomma?	27
En verksamhetslogik för länets mottagningar.....	28
Vad vet vi om länets ungdomsmottagningar?.....	31
Huvudmannaskap och organisering.....	31
Ungdomsmottagningens resurser	34
Öppettider	39
Besöksstatistik.....	41
Väntetider	44
Utåtriktat arbete.....	45
Gruppverksamheter.....	46
Resultat från brukarenkäter.....	46
En regional uppföljning av länets ungdomsmottagningar	48

DEL 2: ANALYS AV FOLKHÄLSODATA – VAD VET VI OM

UNGDOMSMOTTAGNINGENS BESÖKARE OCH ICKE-BESÖKARE?.....	55
Introduktion	56
Tillgänglighet.....	56
Särskilda målgrupper	57
Vad vet vi om (o)jämlig hälsa och vård i Sverige?.....	59
Jämlig hälsa är en vision som ännu inte har infriats	59
Exempel på ojämlikhet i hälsa och vårdnyttjande.....	59
Hur förklaras skillnader i hälsa och vårdnyttjande?	61
Hälsa och vårdutnyttjande bland unga	61
Analys av enkäten "Hälsa på lika villkor"	63
Resultat: Ungdomsmottagningens besökare	64
Resultat: Besökarnas övriga vårdkontakter, hälsa och livsstil	67
Resultat: En fördjupad analys av vad som förklarar besök på en ungdomsmottagning	70
Resultat: En riskgrupp bland icke-besökarna	72
Avslutande diskussion och framåtblick	75

DEL 3: UTVÄRDERING AV FÖRSTÄRKT ARBETE FÖR PSYKISK HÄLSA

Bakgrund	77
Utvärderingsuppdraget	78
Utvärderingens design.....	78

Resultat	81
Fråga 1: Vilka var målen/intentionerna med satsningen?	81
Fråga 2: Vad av det som planerades har genomförts?	82
Fråga 3: Vilka resultat går att se redan nu?	92
Avslutande kapitel – Ungdomsmottagningarna och rätten till bästa möjliga hälsa	108
Referenser	113
Bilaga 1: Förteckning över kartlagda styrdokument	115
Bilaga 2: Intervjuguide – Kartläggningen.....	118
Bilaga 3: Grund- och vidareutbildning kuratorer	119
Bilaga 4: Frågor som ställs i brukar- och patientenkäter	121
Bilaga 5: Analys av folkhälsodata – Diagram och tabeller	122
Bilaga 6: Grund för att beräkna fördelning av medel.....	142
Bilaga 7: Enkät till enhetschefer	143
Bilaga 8: Kompetensutvecklingsinsatsen 2017	147
Bilaga 9: Besöksstatistik i förhållande till befolkningsstatistik	148

Tabell-, figur- och diagramförteckning

Figur 1: Övergripande idé med ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län	16
Figur 2: Antagande om kvaliteter som ungdomsmottagningarnas insatser ska ha	17
Figur 3: Ungdomsmottagningarnas strategier för jämlik vård	26
Figur 4: Verksamhetslogik för ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län	30
Figur 5: Ungas behov av vård och omsorg	109
Tabell 1: Huvudmannaskap och samverkansparter	31
Tabell 2: Närhälsans ungdomsmottagningars nivåindelning	32
Tabell 3: Chefsstruktur för länets ungdomsmottagningar	34
Tabell 4: Fördelning av kostnaderna mellan parterna.	35
Tabell 5: Antal årsarbetare uppdelat per profession	36
Tabell 6: Antal årsarbetare 2017 – länet i helhet.....	37
Tabell 7: Antal årsarbetare 2017 uppdelat per profession och olika geografiska områden	37
Tabell 8: Över- eller underskott på årsarbetare i relation till nyckeltal 2017	38
Tabell 9: Kompetensutvecklingsinsats 2017 – antal personer utbildade.....	39
Tabell 10: Antal timmar öppet 2017.....	40
Tabell 11: Antal timmar öppet efter 16:00 och drop-in-verksamhet 2017	40
Tabell 12: Antal individer som besökt och antal besök uppdelat per profession.....	41
Tabell 13: Förflyttningar mellan nämnder.....	43
Tabell 14: Väntetid till olika professioner	45
Tabell 15: Antal redovisade klassbesök Göteborgs ungdomsmottagningar 2017	45
Tabell 16: Antal redovisade klassbesök Närhälsans ungdomsmottagningar 2017.	45
Tabell 17: Gruppverksamheter 2017.....	46
Tabell 18: Resultat från Göteborgs stads brukarenkät 2016 avseende ungdomsmottagningarna (procent)	47
Tabell 19: Resultat från patientenkäten 2017 – Närhälsan, ungdomsmottagningarna (procentandelar)	47
Tabell 20: Utkast på plan för regional uppföljning av ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län.....	54

Tabell 21: Vad ökar eller minskar sannolikheten för besök på en ungdomsmottagning?	71
Tabell 22: En potentiell riskgrupp bland icke-besökarna?	72
Tabell 23: Satsningens logik	82
Tabell 24: Beskrivning av insatser för stärkt tillgänglighet	83
Tabell 25: Vilka särskilda målgrupper som satsningar riktats mot.	88
Tabell 26: Vilka insatser har riktats mot vilka målgrupper?.....	89
Tabell 27: Antal mottagningar med väntetider motsvarande olika tidsintervall	101
Tabell 28: I vilken utsträckning bedömer du att SKL-medlen i sin helhet ha lett till ökad tillgänglighet till för specifika målgrupper som tidigare varit svåra att nå?	102
Tabell 29: I vilken utsträckning anser du att SKL-satsningen har stärkt ungdomsmottagningens förutsättningar att.....	105
Diagram 1: Andel ungdomar 13–24 år som besökt en ungdomsmottagning 2017	42
Diagram 2: Andel besökare av befolkning – uppdelat på kön	43
Diagram 3: Återstående medellivslängd vid 30 års ålder (år), fördelad på utbildningsnivå och kön, 2006–2016	60
Diagram 4: Andel som besökt en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna, i olika befolkningsgrupper.....	65
Diagram 5: Besökt ungdomsmottagning senaste 3 månaderna, i olika inkomstgrupper.....	66
Diagram 6: Besökt ungdomsmottagning senaste tre månaderna, i länets delregioner respektive kommuntyper.....	67
Diagram 7: Skillnader i vårdkontakter – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga	68
Diagram 8: Hälsoprofil baserad på självskattad hälsa – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga.....	68
Diagram 9: Nedsatt psykiskt välbefinnande – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga.....	69
Diagram 10: Alkoholkonsumtion – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga	69
Diagram 11: Prövat narkotika – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga.....	70
Diagram 12: Vårdkontakter de senaste 3 månaderna i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare.....	73
Diagram 13: Demografi och socioekonomi i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare	74
Diagram 14: Antal unika besökare 2015–2017 uppdelat på geografiska områden.....	93
Diagram 15: Antal besök 2015–2017 uppdelat på geografiska områden	94
Diagram 16: Förändring av antal unika besökare och antal besök mellan 2015 och 2017 (i procent)	95
Diagram 17: Antal besök per individ – genomsnitt.....	95
Diagram 18: Antal registrerade besök hos barnmorska 2015–2017	96
Diagram 19: Antal besök hos kurator eller psykolog 2015–2017	97
Diagram 20: Förändring av antal besök hos kurator och psykolog samt hos barnmorska mellan 2015 och 2017 (i procent)	97
Diagram 21: Antal timmar öppet per vecka i geografiskt område.....	98
Diagram 22: Antal timmar öppet efter kl. 16:00.....	99
Diagram 23: Antal timmar drop-in-verksamhet 2016 och 2017.....	100
Diagram 24: Antal rapporterade klassbesök 2016 och 2017	100
Diagram 25: Andel män av besökare.....	103

Inledning – en tredelad rapport om länets ungdomsmottagningar

Det finns idag cirka 230 000 ungdomar i Västra Götalands län som är mellan 13 och 24 år (www.statistikdatabasen.scb.se). Det är personer som befinner sig i olika faser av ett vuxenblivande, faser som kan innebära utmaningar. Det handlar om kroppsliga förändringar, nya krav och förväntningar från omvärlden och nya roller och ansvar. Denna studie handlar om en verksamhet som ser som sitt uppdrag att vara ett stöd i denna fas av livet. Ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län tillhandhåller medicinsk och psykosocial personal för att arbeta förebyggande och erbjuda ett tidigt stöd och behandling när det gäller reproduktiv och sexuell hälsa samt psykisk ohälsa.

I ungdomsmottagningarnas grundidé ligger att vara så lättillgängliga som möjligt. Ungdomsmottagningarna beskrivs som lågröskelverksamheter, vilka sätter stort värde på att stödet ska utgå från ungdomens eller den unga vuxnas behov. Oavsett vad ungdomen söker för ska hen få en första hjälp på ungdomsmottagningen. I en tid där flera undersökningar pekar mot att ungas psykiska ohälsa ökar (Folkhälsomyndigheten 2018, Socialstyrelsen 2017) innebär denna lättillgänglighet att ungdomsmottagningarna kan antas möta ett ökat söktryck med fler som söker hjälp och stöd för problem relaterade till psykisk ohälsa.

På nationell nivå har Sveriges kommuner och Landsting (SKL) i många år tecknat överenskommelser med staten för stöd riktade till insatser inom området psykisk hälsa. 2016 kom en särskild satsning som riktades mot landets ungdomsmottagningar. Eftersom ungdomsmottagningarna drivs i samverkan mellan Västra Götalandsregionen och de flesta av länets kommuner, togs den statliga satsningen emot inom strukturen för vårdssamverkan i Västra Götalands län. En särskild partsgemensam grupp tillsattes med uppdrag att prioritera hur medlen skulle användas. En del av medlen prioriterade den partsgemensamma gruppen för en regional analys av ungdomsmottagningarna och en utvärdering av den särskilda satsningen på psykisk hälsa på länets ungdomsmottagningar. Det är resultatet av detta analysarbete som presenteras i denna rapport.

Analysarbetet har haft tre olika delar, som ringats in i dialog med uppdragsgivaren. En del var att beskriva ungdomsmottagningarna i länet i syfte att öka förståelsen för vilka de är och vad de har för uppdrag. Syftet var också att skapa ett underlag för att på regional nivå kunna följa upp ungdomsmottagningarnas verksamhet. Det finns sedan hösten 2017 ett nytt inriktningsdokument som utgör ett verktyg för att på regional nivå tydliggöra och i viss mån harmonisera ungdomsmottagningarnas uppdrag. Men ett styrdokument utgör endast ett steg i en styrkedja. Lika viktigt är att följa upp hur verksamheterna utvecklas i förhållande till de intentioner som ges uttryck för i inriktningsdokumentet. I denna rapport tas ett första steg mot en sådan uppföljning.

En annan del av analysen berör *jämlikhet och vård på lika villkor*. Enligt den nationella överenskommelsen mellan SKL och staten ska offentliga insatser som genomförs vara "jämlika, jämställda och tillgängliga" och Sveriges landsting/regioner och kommuner betraktas som viktiga aktörer i arbetet med att uppfylla regeringens mål om att "sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation" (SKL 2017 s. 13). På ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län handlar arbetet om att försöka nå och anpassa sina insatser för särskilda målgrupper i syfte att säkerställa att den verksamhet som ges ungdomarna är tillgänglig för alla. Ungdomsmottagningarnas egna uppföljningar visar att besökarna är nöjda. De visar också att besökarna motsvarar en fjärdedel av länets alla ungdomar. Därför är det relevant att försöka analysera vilka ungdomar som söker sig till en mottagning och vilka som inte gör

det. Finns det några skillnader mellan besökare och icke-besökare som kan tyda på en ojämlig tillgång till vård? Denna fråga är svår att svara på, men vi har gjort ett försök genom att analysera tillgängliga data från den regionala folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor".

Analysens sista del berör den statliga satsningen. Ungdomsmottagningarna har de senaste åren bedrivit ett utvecklingsarbete som syftat till att ungdomarna i Västra Götaland i större utsträckning än tidigare ska erbjudas effektiva individ- och behovsanpassade insatser av god kvalitet när det gäller området psykisk hälsa. Vad har så här långt gjorts inom ramen för detta utvecklingsarbete och vilka resultat går redan idag att se?

Rapporten är disponerad så att respektive del berörs i tur och ordning. De olika delarna är formulerade så att de kan lyftas ut och läsas var och en för sig. Samtidigt bygger resonemang och reflektioner i olika delar på varandra och rapporten läses därmed med fördel i sin helhet.

Del 1:
Kartläggning av ungdomsmottagningarna
i Västra Götalands län

Bakgrund

Under 2016 genomförde Sveriges Kommuner och Landsting en kartläggning av landets ungdomsmottagningar (SKL 2016a). I fokus stod ungdomsmottagningarnas förutsättningar och roll i arbetet med ungas psykiska hälsa. I kartläggningen konstaterades att det saknas nationell styrning av ungdomsmottagningarnas verksamhet i allmänhet, men särskilt när det gäller insatser som berör psykisk hälsa och författarna menade att ungdomsmottagningarnas uppdrag inom psykisk hälsa är otydligt. Avsaknaden av nationell styrning gör enligt författarna att lokala uppdragsbeskrivningar och riktlinjer blir särskilt viktiga. De menar dock att dessa ofta är för kortfattade och övergripande för att ge tillräcklig vägledning när det kommer till vad som ska ingå i uppdraget. Vidare konstaterades i kartläggningen att det idag saknas data om landets ungdomsmottagningar. Deras insatser ingår inte i patientregistret, inte i något kvalitetsregister och de är heller inte med i Socialstyrelsens öppna jämförelser där information om offentliga verksamheters kvalitet, resultat och kostnader redovisas. Det konstateras också att det saknas forskning om arbete med psykisk hälsa på ungdomsmottagningar (SKL 2016a).

I Västra Götalands län finns 54 ungdomsmottagningar. Majoriteten av dessa ingår visserligen i SKL:s studie, men det finns anledning att särskilt lyfta ut och utifrån ett regionalt perspektiv studera dessa mottagningar. Syftet är att beskriva vilka de är och vilka uppdrag de har.

Frågeställningar

Den kartläggning som nu har gjorts på regional nivå besvarar tre huvudsakliga frågor. Den ena berör de antaganden eller idéer som finns om ungdomsmottagningarnas verksamheter i Västra Götalands län såsom de kommer till uttryck i styrdokument och på enhetschefsnivå. Hur är det tänkt att ungdomsmottagningarna ska fungera och vilka förväntningar finns när det gäller vad ungdomsmottagningarna ska åstadkomma? Uppdraget beskrivs i övergripande termer och fördjupar förståelsen inom två områden: ungdomsmottagningarnas uppdrag inom psykisk hälsa och ungdomsmottagningarnas arbete i förhållande till ambitionen att tillhandahålla en vård på lika villkor.

Den andra frågan berör vilka ungdomsmottagningar som faktiskt finns i länet, hur de är organiserade, vilka resurser de har och vad de bedriver för verksamhet för länets ungdomar.

Den tredje frågan berör uppföljning av länets ungdomsmottagningar ur ett regionalt perspektiv. Med utgångspunkt i svaren på de första två frågorna diskuteras hur en uppföljning, som inkluderar samtliga mottagningar i länet, skulle kunna utformas.

Mer specifikt kommer följande frågor att behandlas:

1. Vilken är den grundläggande idén med länets ungdomsmottagningar?
 - o Vilka är de övergripande villkor som formar verksamheterna?
 - o Vilken är den tänkta målgruppen?
 - o Vilka resursbehov antas finnas?
 - o Vilka insatser är det tänkt att de ska tillhandahålla?
 - o Vilka antaganden finns om uppdraget inom psykisk hälsa?
 - o Vilka antaganden finns om ungdomsmottagningarnas arbete för en vård på lika villkor?
 - o Vilket är det förväntade resultatet av ungdomsmottagningarnas verksamhet?

2. Vad utmärker ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län?
 - o Hur är de organiserade?
 - o Vilka resurser har de?
 - o Vilken verksamhet tillhandhåller de för länets ungdomar?
 - o Vilka likheter och skillnader går att identifiera mellan olika mottagningar?

3. Hur kan en regional uppföljning av ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län utformas?
 - o Vilka aktörer har ett informationsbehov?
 - o Vilken data om ungdomsmottagningarna finns att tillgå?
 - o Hur följs ungdomsmottagningarna upp idag?
 - o Vilka aspekter av länets ungdomsmottagningar bör följas på regional nivå och över tid?

Analys och datainsamling

För att besvara den första frågan görs en analys av ungdomsmottagningarnas verksamhetslogik. Begreppet verksamhetslogik¹ avser de inte sällan underliggande antaganden som görs om offentlig verksamhet (Chen 1990; Funnels & Rogers 2011). Det handlar bland annat om antaganden som rör den insats som tillhandhålls en målgrupp, i detta fall: vad det är tänkt att ungdomsmottagningarna ska göra för länets ungdomar. Men det handlar också om antaganden som rör målgruppen, i det här fallet ungdomarna i Västra Götalands län, vars förutsättningar ska förbättras genom att ta del av insatsen. Genom att tydliggöra dessa antaganden blir det lättare att diskutera verksamheten och den funktion som den ska fylla i den offentliga sektorn, och även lättare att diskutera hur en uppföljning av verksamheten kan läggas upp.

Analysen sker med ett uppifrån- och nedperspektiv genom att ta sin utgångspunkt i de styrande dokumenten. Valet att betrakta ungdomsmottagningarna på detta sätt hänger ihop med att kartläggningen har ett regionalt perspektiv med en ambition att i första hand stötta beslutsfattare på regional nivå. I den nationella kartläggningen konstaterades att det finns behov av en tydligare regional styrning i syfte att främja vård på lika villkor. Komplexiteten är stor när det gäller hur ungdomsmottagningarna är organiserade i länet, exempelvis finns ett stort antal beslutsfattare. En gemensam förståelse skulle kunna främja en harmonisering av verksamheterna, om det är vad som önskas. En fördjupning sker sedan genom intervjuer med enhetschefer på länets ungdomsmottagningar.

För att besvara kartläggningens andra fråga används huvudsakligen befintlig verksamhetsstatistik som årligen samlas in om ungdomsmottagningarna. Ambitionen är att skapa en regional helhetsbild vilket gör att bredd prioriteras snarare än djup. Det innebär att det antagligen finns många aspekter av ungdomsmottagningarna som inte kommer att beskrivas, inte minst på lokal nivå.

Kartläggningens tredje frågeställning tar avstamp i resultatet från svaren på de första två frågorna. En plan för en regional uppföljning av ungdomsmottagningarna kan med fördel utgå från de antaganden om ungdomsmottagningarna som görs och med utgångspunkt i befintlig information om mottagningarna.

I kartläggningsarbetet används både kvantitativa och kvalitativa data. Nedan beskrivs de olika datakällor som ligger till grund för analysen.

1. Andra begrepp för detta sätt att beskriva offentlig verksamhet är *programteori* och *förändringsteori*.

Styrdokument

TVå typer av dokument har analyserats inom ramen för kartläggningen. Det första är ett regionalt inriktningsdokument som utgör en överenskommelse mellan länets kommuner och Västra Götalandsregionen om de övergripande villkoren för länets ungdomsmottagningar. Här preciseras bland annat uppdragets innehåll tillsammans med en princip för kostnadsfördelning mellan parterna och minsta nivå av personalresurser. Ett inriktningsdokument har funnits för ungdomsmottagningarna i länet sedan 2005. En ny version togs fram 2017 och det är denna som analyseras i kartläggningen. Hösten 2017 ställde sig Västra Götalandsregionen och SRO, som är det politiska samrådsorganet där Västra Götalandsregionen och länets kommuner möts på politisk nivå, bakom det nya dokumentet. I maj 2018 är dokumentet ute för beslut bland de politiska uppdragsgivarna i samtliga kommuner i Västra Götalands län.

Den andra typen av dokument som analyserats är de lokala samverkansavtal som tecknas mellan enskilda kommuner och ansvarig hälso- och sjukvårdsnämnd kring enskilda mottagningars uppdrag och resurser. Det är tänkt att dessa avtal ska utgå från det som står i inriktningsdokumentet. Samtliga avtal har kartlagts vilket är 53 stycken. Ungdomsmottagningen i Skövde saknade 2017 samverkansavtal. De mest aktuella avtalen har begärts fram via diariet i Västra Götalandsregionen. När det inte gått har samverkansavtalen tillhandhållits av chefer ansvariga för ungdomsmottagningen. En förteckning över studerade dokument presenteras i bilaga 1.

Intervjuer med personal på länets ungdomsmottagningar

Som en del av kartläggningsarbetet har intervjuer genomförts. Inledningsvis genomfördes träffar med tre personer med kunskap om länets mottagningar. Syftet var att skapa en grundläggande förståelse för ungdomsmottagningarnas verksamheter inför det kommande analysarbetet. Vid dessa träffar fördes anteckningar som inte har använts i själva analysen, men som fått påverka vilka frågor som ställts i kommande intervjuer.

Därefter genomfördes semistrukturerade intervjuer med enhetschefer på länets ungdomsmottagningar. Totalt fanns vid intervjutillfället 15 enhetschefer fördelade på 54 mottagningar. Alla fick frågan om att ställa upp och de som kunde avsätta tid intervjuades. En enhetschef hänvisade istället till en barnmorska anställd på en av mottagningarna. Eftersom barnmorskans har en något annan roll än en enhetschef finns det en potentiell risk att det kan ha påverkat materialet. Risken består i att barnmorskans perspektiv kan färga analysen som egentligen syftar till att fånga enhetschefernas förståelse av sina verksamheter. Risken bedöms dock som oproblematisk eftersom medvetenhet om denna risk funnits med i analysarbetet. Sammanlagt har elva intervjuer genomförts med tio enhetschefer och en barnmorska. Både enhetschefer anställda av kommunala aktörer och anställda inom Närhälsan² finns representerade i intervjumaterialet.

Alla utom en intervju har genomförts via telefon och med stöd av en intervjuguide som presenteras i bilaga 2. En person intervjuades genom ett fysiskt möte. Alla intervjuer spelades in och har transkriberats i sin helhet. Intervjuerna varade mellan cirka 40 och 80 minuter. Vidare har två kompletterande intervjuer genomförts med en enhetschef från Närhälsan och en verksamhetsutvecklare i Göteborgs stad när det gäller användandet och utvecklandet av åtgärds-koder. Vid dessa intervjuer fördes anteckningar som har använts i analysen.

Det transkriberade intervjumaterialet har analyserats med stöd av analysprogrammet NVivo. Citaten som används är ordagrant återgivna och redovisas med en bokstavskod. Av konfidentialitetsskäl kallas alla intervjupersoner för enhetschef även fast andra professioner är intervjuade.

2. Närhälsan är namnet på den primärvårdsverksamhet som drivs av Västra Götalandsregionen.

Verksamhetsstatistik

Kartläggningen har gjorts med grund i befintlig beskrivande statistik som årligen skickas in till Västra Götalandsregionens koncernkontor för rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnderna. Denna statistik innehåller bland annat uppgifter om antal besökare uppdelat på kön och antal besök uppdelat på profession. Informationen innehåller också uppgifter om väntetider, öppettider och antal klassbesök. I vissa fall har mer aktuell information tillhandhållits via ungdomsmottagningarnas enhets- eller områdeschefer eftersom den har bedömts mer aktuell och därmed mer tillförlitlig. Verksamhetsstatistiken har olika former vilket gjorde det nödvändigt att lägga samman flera olika datakällor i en gemensam Excel-fil. Ibland är statistiken bristfällig. Tydligast är det när det gäller Stenungsund och Tjörn. Här har inte gått att få fram information från koncernkontoret och den information som tillhandhållits via mottagningarna är inte lika omfattande som för övriga mottagningar i länet. En annan brist i materialet är att viss information samlas in på ett sätt så den blir svår att systematiskt sammanställa på en regional nivå. Tydligast är det när det gäller väntetider och tider för drop-in. Informationen från 2015 är också mer bristfällig än den för 2016 och 2017. Från 2016 finns en större samordning när det gäller vilka data som samlas in.

Förutom denna statistik har uppgifter om antal årsarbetare på länets mottagningar samlats in via ansvariga områdes- och enhetschefer. Områdeschefer och enhetschefer har ombetts svara på hur många årsarbetare de hade under 2017 (oavsett finansieringssätt) uppdelat på yrkeskategorierna sjuksköterskor, barnmorskor, undersköterskor, läkare, psykolog, kurator, ledningsarbete (chef och tid avsatt för samordning hos övriga professioner) och annat, till exempel administratörer.

Registerdata

Befolkningsstatistik har också använts i analysen. Via statistikdatabasen (SCB) har antal ungdomar i åldern 13–24 per 31 december 2017 uppdelat på länets kommuner samt stadsdelar i Göteborg tagits fram och använts i analysen.

Vårddata

Data från Västra Götalandsregionens vårddatabas har använts. Antal besökare, åtgärdskod (KVÅ-koder) och hemmahörande nämnd under 2016 har begärts ut, men använts i mindre omfattning. Eftersom denna källa saknar information om ungdomsmottagningarna med kommunal huvudman används den endast i analysen av geografisk hemvist för besökare på Närhälsans mottagningar.

Hantering av materialet

Materialet sammanställs genom att ungdomsmottagningarna delas in i nio geografiska områden. Närhälsans indelning av ungdomsmottagningarna i huvud-, bas- och närmottagning används som utgångspunkt i analysen. Varje huvudmottagning bildar tillsammans med kringliggande bas- och närmottagningar ett geografiskt område som samverkar kring sina uppdrag. Därav blir det relevant att studera dessa mottagningar för sig. På samma sätt finns ett samarbete mellan ungdomsmottagningarna i Göteborg som därför bildar ett eget geografiskt område. Stenungsund och Tjörn utgör i analysen ett gemensamt område.

Den grundläggande idén med ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län

Resultatpresentationen börjar med en redogörelse av de övergripande villkoren som styr mottagningarna samt förväntningar när det gäller ungdomsmottagningarnas målgrupper och de insatser som ungdomarna ska tillhandhållas. Sedan görs en fördjupning när det gäller ungdomsmottagningarnas uppdrag inom psykisk hälsa respektive ungdomsmottagningarnas uppdrag att verka för en jämlik vård. Slutligen analyseras de förväntningar som finns när det gäller vad ungdomsmottagningarna ska åstadkomma med sina verksamheter såsom de kommer till uttryck i styrdokumentens målformuleringar.

Övergripande villkor för länets ungdomsmottagningar

Som redan konstaterats saknas idag en nationell styrning av ungdomsmottagningarna (SKL 2016a). Det finns inga riktlinjer eller handböcker från Socialstyrelsen avseende ungdomsmottagningarnas verksamheter. På nationell nivå finns en frivillig sammanslutning av ungdomsmottagningar i landet, vilken kallas för Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM). Syftet med denna förening är att ”stimulera till utveckling av befintliga ungdomsmottagningars verksamhet genom att verka för att dessa får en bred yrkesrepresentation och hög kunskapsnivå” (Stadgar för Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar). FSUM utformar riktlinjer för ungdomsmottagningsverksamhet som kan ligga till grund för lokala uppdragsbeskrivningar.

Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner har formulerat en övergripande överenskommelse om innehållet i ungdomsmottagningsverksamheterna i ett gemensamt inriktningsdokument. Dokumentet beskriver bland annat det konkreta uppdraget och kostnadsfördelningen mellan parterna, samt definierar en lägsta nivå av personalresurser som bedöms nödvändig för att kunna hålla en god nivå på servicen.

Inriktningsdokumentet ska fungera som underlag för lokala samverkansavtal. 2017 fanns sådana avtal för 53 av länets 54 mottagningar där avtalsparter är en hälso- och sjukvårdsnämnd eller Närhälsan och den kommunala nämnd eller förvaltning som i kommunen ansvarar för ungdomsmottagningsverksamheten.

Befintliga samverkansavtal har analyserats som en del av kartläggningsarbetet. Avtalen uppvisar en stor variation när det gäller omfång, innehåll och detaljeringsgrad. Just detta konstaterades redan i en tidigare kartläggning från 2010, där författarna också menade att det får en direkt påverkan på verksamheterna (VGR 2010).

Variationer i överenskommelser, avtal och följsamheten till dem samt tillgång till kompetens påverkar verksamheten. (VGR 2010)

Vilken påverkan variationerna får på innehållet i verksamheterna har inte studerats här, men det kan sägas att variationsrikedomen i formuleringar är stor under båda åren. Det gör det svårt att jämföra dokumenten. I det nya inriktningsdokumentet ges uttryck för en ambition att harmonisera hur samverkansavtalen utformas och en enhetlig avtalsmall lyfts fram som ett utvecklingsbehov. Därför ska här inte göras stor sak av denna variationsrikedom. Det räcker med att konstatera att en länsövergripande analys med grund i nuvarande samverkansavtal blir försvårad och kan försämra möjligheterna att föra en diskussion om vård på lika villkor. Behovet av att skapa en större enhetlighet kan därför understrykas.

I inriktningsdokumentet anges att länets kommuner och Västra Götalandsregionen genom svensk lagstiftning (Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen) har ett gemen-

samt befolkningsansvar för ”psykisk hälsa, förebyggande, uppsökande och utåtriktade insatser för barn och ungdomar”. Huvudmannaskapet för ungdomsmottagningarna kan antingen ligga på den kommunala organisationen eller inom Västra Götalandsregionen, alternativt delas mellan parterna, men det åligger Västra Götalandsregionen att ha det medicinska ledningsansvaret för verksamheterna. Det sägs också att en verksamhetschef ska finnas för varje ungdomsmottagning och den huvudman som är arbetsgivare ansvarar för att verksamhetschefen har kompetens för uppgiften och att det finns en medicinskt ledningsansvarig för mottagningen.

Inriktningsdokumentet framhåller vidare att ungdomsmottagningarnas verksamhet ska bygga på en aktiv samverkan mellan de båda parterna och att samverkan ska ske både på individuell, övergripande och organisatorisk nivå. Det lyfts också fram att samverkan på organisationsnivå i första hand bör ske i den utvecklade strukturen för vårdssamverkan mellan parterna i länet (Vårdssamverkan Västra Götaland, VVG).

Vidare presenteras en princip för hur fördelningen av kostnader mellan parterna ska se ut. Den ”bör spegla respektive parts ansvar och ambition”. Det anges att fördelningen mellan medicinsk och psykosocial personal bör vara jämn och att ansvaret för medicinsk personal och uppdrag ligger på Västra Götalandsregionen, medan ansvar och uppdrag inom det psykosociala perspektivet fördelas jämt mellan parterna. Fördelningsprincipen blir följdenligt att 75 procent av kostnaderna ska läggas på Västra Götalandsregionen och 25 procent på den kommunala organisationen.

I inriktningsdokumentet beskrivs också en organisationsmodell med en nivåindelning där olika ungdomsmottagningar får olika omfattande uppdrag och vissa mottagningar ges ett större ansvar för att säkerställa service och kvalitet. Syftet är att ”trygga resurser och kompetenser även för de mindre mottagningarna” och att ”öka förutsättningarna för en jämlik vård, utifrån lokala anpassningar”. Denna organisationsmodell är utformad inom Närhälsans ungdomsmottagningar. Det framgår inte i inriktningsdokumentet huruvida denna organisationsmodell också är applicerbar på mottagningar med kommunal huvudman.

Ungdomsmottagningarnas målgrupp

Inramningen av ungdomsmottagningarnas målgrupp är enkel att göra. Både inriktningsdokumentet och intervjuer med enhetschefer ger en enhetlig och samtidigt mycket bred definition. Enligt inriktningsdokumentet är målgruppen ”ungdomar och unga vuxna, med de likheter och olikheter som var och en i denna heterogena grupp uppvisar. Ungdomsmottagningen är till för alla unga till och med 24 år.”

Målgruppsdefinitionen innehåller således endast en avgränsning som avser ålder vilket också framgår tydligt i intervjuer med enhetscheferna. En av enhetscheferna svarar direkt nej på frågan om målgruppen inte avgränsas till individer med någon form av behov och säger:

Nej, men alla som vill ha våran hjälp/.../ Ingen fråga är för stor eller för liten. (Intervju med enhetschef E)

Till skillnad från till exempel en vårdcentral innebär detta dock att någon bedömning av relevans inte görs inför ett första besök på en ungdomsmottagning – ingen nekas ett första besök. Idén med detta är att fånga behov som kanske ännu inte uttryckts och som mottagningen kan möta upp.

Dock bör påpekas att i förlängningen blir ungdomsmottagningarnas målgrupp mer avgränsad eftersom vissa ungdomar har ett behov som går utanför ungdomsmottagningens uppdrag och istället åligger någon annan offentlig aktör att hantera. Centralt i idén om ungdomsmottagningen verkar dock ligga att alla som ännu inte har fyllt 25 år ska kunna komma till en ungdomsmottagning och få en första hjälp med sina frågor.

I det tidigare inriktningsdokumentet fanns en undre åldersgräns på 13 år, men den har plockats bort. I intervjuer med enhetschefer sägs att det är individens utvecklingsfas som är det viktiga. Frågor om exempelvis kroppen och sexualitet kan uppstå tidigare än 13 år, vilket anges som skäl till att den undre åldersgränsen inte längre finns kvar.

Vilka resurser antas ungdomsmottagningarna behöva?

För att bedriva ungdomsmottagningsverksamhet anges i inriktningsdokumentet att personalgrupperna ska bestå av åtminstone barnmorskor, kuratorer eller socionomer och/eller psykologer samt läkare (i första hand specialist i allmänmedicin), men att andra professioner kan förekomma. En minsta resursnivå anges som nödvändig för att ge en tillräckligt god nivå på service och kvalitet i insatserna. Vid ett befolkningsunderlag på 3 250 ungdomar inom målgruppen 13–24 år ska ungdomsmottagningen bemannas med minst motsvarande 1 årsarbetande barnmorska, 1 årsarbetande kurator/socionom och/eller psykolog samt 0,1 årsarbetande läkare. Det är viktigt att notera att detta är ett tydliggörande av en lägsta nivå där kvalitet uppfattas kunna säkerställas, det är alltså inte fråga om en önskad nivå. Det framgår inte i dokumentet hur denna nivå är framräknad, men inriktningsdokumentet anges bygga på riktlinjer framtagna av FSUM.

I vissa samverkansavtal står också att ungdomsmottagningspersonal bör ha specifik kompetens om ungdoms- och genusperspektiv, biologiska, psykologiska och sociala aspekter på tonårsutveckling samt frågor om sexualitet och könsidentitet.

Vad ska ungdomsmottagningarna göra?

Om vi med utgångspunkt i formuleringarna i inriktningsdokumentet ska söka kunskap om vad en ungdomsmottagning ska göra kan det, i komprimerad form, beskrivas på följande sätt:

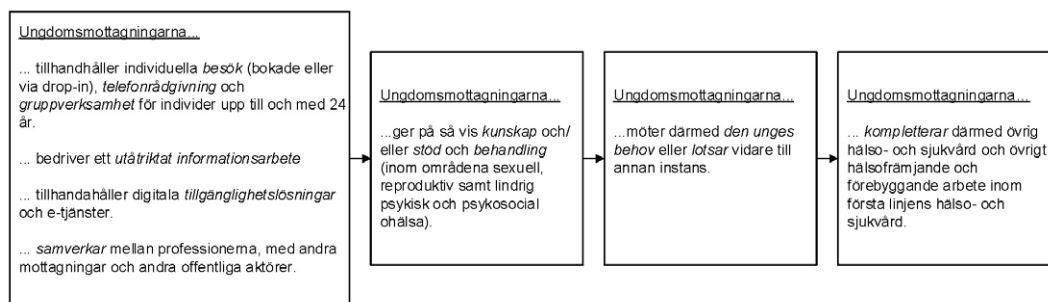
Ungdomsmottagningarna ska erbjuda sin målgrupp individuella besök, gruppverksamhet, telefonrådgivning, drop-in-verksamhet samt bedriva ett utåtriktat arbete. Ungdomsmottagningarna ska också tillhandhålla digitala tillgänglighetslösningar och e-tjänster. Genom dessa verksamheter ska ungdomsmottagningarna förmedla kunskap, ge information, stöd och behandling/tidiga insatser inom området sexuell, reproduktiv, psykisk och psykosocial hälsa. På så vis kan ungdomsmottagningarna utgöra ett komplement till övrig hälso- och sjukvård och övrigt hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Samverkan lyfts fram som en central del av arbetet, både mellan ungdomsmottagningen och andra aktörer på orten (socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola, folkhälsoråd och föreningsliv med flera), mellan olika ungdomsmottagningar och mellan de olika professionerna som är verksamma på mottagningen. Samverkan lyfts fram som särskilt viktigt för att nå speciellt utsatta ungdomar.

Vidare specificerar inriktningsdokumentet uppdragets konkreta innehåll, exempelvis att ett utåtriktat arbete ska ske genom besök på skolor, att i ungdomsmottagningens uppdrag ingår smittspårning eller att ungdomsmottagningarna ska tillhandhålla tidiga insatser och korttidsbehandling vid lindring psykisk ohälsa.³ Men på en övergripande nivå skulle ungdomsmottagningarnas uppdrag, såsom den kommer till uttryck i inriktningsdokumentet, kunna illustreras som i figur 1 nedan.

3. Här är den fullständiga listan på insatser som specificeras i inriktningsdokumentet: bedöma om ungdomsmottagning är rätt vårdnivå, rådgivande, stödande och behandlande arbete på mottagningen, individuellt eller i grupp, utåtriktat arbete på gruppnivå, till exempel besök av klasser, besök på skolor och andra arenor för unga, erbjuda adekvat kunskap om sexualitet, stärka ungdomar i deras naturliga nyfikenhet kring sexualiteten samt stödja deras självkänsla och integritet, erbjuda kondomsamtal, preventivmedelssamtal och förskrivning av preventivmedel, förebygga och ge stöd vid oplanerad/oönskad graviditet samt vid abort, samtala om sexuellt överförbara sjukdomar (STI, det vill säga Sexual Transmitted Infections) i det utåtriktade arbetet och vid individuella besök, smittspåra, arbeta med ungdomars fysiska och psykiska utveckling samt kroppsuppfattning och självbild, uppmärksamma ohälsa och erbjuda korttids råd, stöd, motiverande/bearbetande samtal, kring sociala problem, psykisk ohälsa samt risk- och missbruk, göra bedömningar, tidiga insatser och korttidsbehandling vid lindring psykisk ohälsa (ej läkemedelsbehandling), inom ramen för ungdomsmottagningens profil som lättillgänglig lägröskelverksamhet, hänvisa/lötsa/remittera till annan aktör/vårdgivare/vårdnivå vid behov

Figur 1: Övergripande idé med ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län



Det finns också uttryck i styrdokument och intervjuer när det gäller vad som inte ligger i ungdomsmottagningarnas uppdrag. Det sägs att ungdomsmottagningen: inte är en remissinstans, inte har några habiliterande eller rehabiliterande insatser, inte har något utredande uppdrag när det gäller psykisk hälsa, inte arbetar med somatiska besvär förutom det som gäller sexuell hälsa samt sällan involverar familjerna i arbetet.

Hur ska ungdomsmottagningarna göra det de gör?

Förutom det som ungdomsmottagningarna konkret ska tillhandhålla länets ungdomar finns i det studerade materialet ett stort antal förväntningar om *på vilket sätt* de ska bedriva sitt arbete. Det handlar om förväntningar på egenskaper som verksamheterna bör ha. En av de mest frekventa förväntningarna handlar om tillgänglighet. I intervjuer med enhetschefer om ungdomsmottagningarnas uppdrag är "lågtröskelverksamhet" ett mycket vanligt förekommande ord. På frågan vad det betyder svarar en person:

Det är att man ska kunna söka för i stort sett vad som helst, och så ska vi hjälpa ungdomen, och om den inte kan få hjälp hos oss att komma till rätt ställe. (Intervju med enhetschef E)

I inriktningsdokumentet (s. 4) ges också en vägledning till hur ordet bör förstås. Där beskrivs en lågtröskelverksamhet innebära att

det ska vara lätt för alla ungdomar att söka hjälp och få hjälp med alla slags frågor; ungdomsmottagningen ska vara lättillgänglig och anpassad efter ungdomars behov. Tillgängligheten ger stora möjligheter till tidiga insatser.

Beskrivningen av ungdomsmottagningarna som en lågtröskelverksamhet verkar således innebära förväntningar om två saker: dels att verksamheten ska vara *lätt tillgänglig* för alla ungdomar, dels att den genom att vara lättillgänglig ska kunna erbjuda ungdomarna insatser i ett *tidigt* skede.

Förutom att vara lättillgänglig finns det i det studerade materialet ett stort antal andra förväntningar på ungdomsmottagningarna. I inriktningsdokumentet sägs att de fyra principer som kommer till uttryck i *Barnkonventionen* ska vara vägledande för ungdomsmottagningarna, nämligen:

barnets rätt att inte diskrimineras, barnets bästa i främsta rummet, barnets rätt till liv och utveckling samt barnets rätt att få uttrycka sina åsikter.

Vidare lyfts *diskrimineringsgrunderna* fram, vilket anges innebära att ungdomarna

bemöts och behandlas på ett likvärdigt sätt och får likvärdig tillgång till mottagningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsförmåga, sexuell läggning och ålder.

Dokumentet specificerar också att ungdomsmottagning ska anta ett *normmedvetet förhållningssätt* vilket innebär att personalen

är medveten om och ifrågasätter de normer som påverkar uppfattningar om vad som är 'normalt' och därmed oreflekterat kan uppfattas som önskvärt.

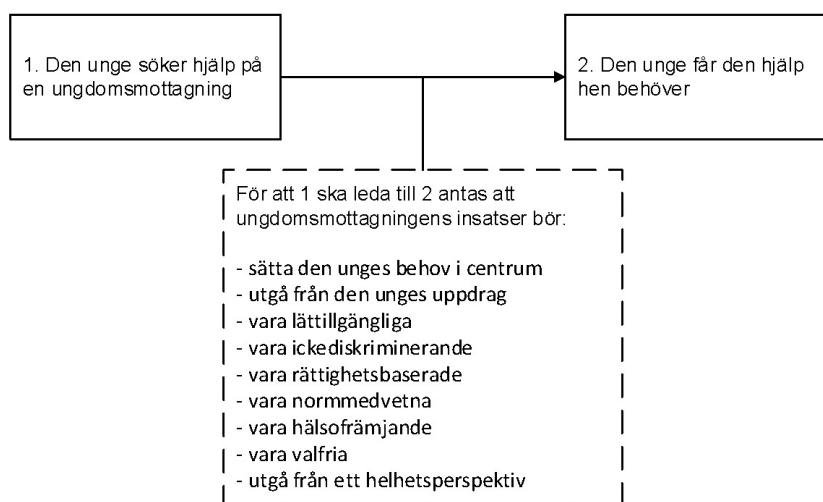
Ungdomsmottagningarna ska också anta ett *hälsofrämjande* perspektiv vilket innebär att utgå ifrån det friska hos individen och se till hens styrkor och förutsättningar för en god hälsa. Slutligen ska insatserna präglas av en *helhetssyn* på ungdomen. Det sägs innebära att mötet med ungdomen sker mot bakgrund av de sociala, psykologiska och kulturella sammanhang den unge ingår i.

I de målsättningar som formuleras för ungdomsmottagningarna i inriktningsdokumentet ges också uttryck för ytterligare egenskaper som ungdomsmottagningarnas insatser förväntas ha. En ungdomsmottagning ska "arbeta på den unges uppdrag", "ha ungas behov i centrum" samt "ha de lokala förutsättningarna i fokus". Slutligen anger inriktningsdokumentet också valfrihet som princip vilket innebär att "ungdomar kan fritt välja vilken ungdomsmottagning de vill besöka inom Västra Götaland".

I intervjuer med enhetschefer bekräftas bilden av förväntningarna på ungdomsmottagningen som kommer till uttryck i inriktningsdokumentet. Dock kan noteras att ungdomars rättigheter, som lyfts fram tydligt i styrdokumentet och utgör det långsiktiga målet, inte är särskilt framträdande i intervjuerna. Ordet "rättighet" eller "rättigheter" förekommer 24 gånger i intervjuerna och då vid 18 tillfällen i en och samma intervju.

I figur 2 nedan illustreras sammanfattningsvis de egenskaper som ungdomsmottagningarna förväntas ha.

Figur 2: Antagande om kvaliteter som ungdomsmottagningarnas insatser ska ha



Fördjupning

Ungdomsmottagningarnas uppdrag, såsom det kommer till uttryck i styrdokumentet, är brett formulerat. Det finns en bred målgruppsdefinition och ett uppdrag som spänner över många områden. Det finns inga möjligheter att inom ramen för denna kartläggning göra djupdykningar i alla delar av ungdomsmottagningarnas uppdrag, men två områden har prioriterats för en fördjupning: dels ungdomsmottagningarnas uppdrag inom psykisk hälsa, dels synen på ungdomsmottagningarna i förhållande till ambitionen att ge en vård på lika villkor.

Ungdomsmottagningarnas uppdrag inom psykisk hälsa

Valet av detta fördjupningsområde är relevant eftersom SKL konstaterat att ungdomsmottagningarna har potential att vara en viktig aktör i arbetet med ungas psykiska hälsa, men att

deras uppdrag inom området är otydligt. Det har efterfrågats tydligare uppdragsbeskrivningar och en större samsyn kring vad uppdraget faktiskt innebär (SKL 2016a).

Till att börja med kan sägas att psykisk hälsa i inriktningsdokumentet anges som ett av ungdomsmottagningens fyra huvudområden. Uppdraget sägs vara att "förmedla kunskap, ge information, stöd och behandling/tidiga insatser inom området/.../psykisk och psykosocial hälsa." Det anges vidare att ungdomsmottagningens ska "göra bedömningar" samt tillhandhålla "tidiga insatser och korttidsbehandling vid lindrig psykisk ohälsa" där det samtidigt anges att läkemedelsbehandling *inte* ingår i uppdraget. Ungdomsmottagningens uppdrag anges också vara att vid behov lotsa ungdomen vidare till annan offentlig insats.

I de lokala samverkansavtalen specificeras ungdomsmottagningarnas uppdrag handla om psykisk ohälsa, dock utan att avgränsningen mot *lindrig* psykisk ohälsa alltid görs lika tydlig som i inriktningsdokumentet.

Arbetet på ungdomsmottagningen ska omfatta både fysisk hälsa, psykisk hälsa och sexuell hälsa. (Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden, och Lerums kommun avseende samverkan vid Ungdomsmottagningen i Lerum – 2016, sid. 4)

Ungdomsmottagningen skall för unga män och unga kvinnor:/.../tidigt upptäcka, ge råd, stöd och behandling vid sociala problem, psykisk ohälsa samt risk- och missbruk. (Samverkansavtal om ungdomsmottagningsverksamhet i Alingsås mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Alingsås kommun – 2016, sid. 5)

Förutom uppdraget som finns formulerat i styrdokumentet syns i intervjumaterialet även en förväntan att ungdomsmottagningen har ett slags uppdrag att identifiera vård- och omsorgsbehov. Genom sin lättillgänglighet och tidiga kontakt med individen kan en psykisk ohälsa upptäckas och fångas in för att på så vis möjliggöra att insatser sätts in i ett tidigt skede.

Då är vårt uppdrag också att scanna av, är det nånting annat vi kan hjälpa till med? Så vi försöker väva in det här med hur livet ser ut i övrigt. (Intervju med enhetschef G)

Det verkar således finnas en idé om ett uppdrag som inte bara handlar om att ge stöd till de som söker hjälp utan att också ha sökljuset på hela ungdomsgruppen, ett uppdrag som andra vårdinstanser kanske inte har möjlighet att ta.

Ett svårt uppdrag

I intervjuer med enhetschefer framträder bilden att ungdomsmottagningarnas uppdrag när det gäller ungdomars psykiska hälsa ibland kan vara svårt att avgränsa och ibland svårt att hantera. Dels beskrivs en gränsdragningsproblematik när det gäller vad som ska betraktas som olika svårighetsgrad av psykisk ohälsa. Dels beskrivs ett ökat söktryck från ungdomar med besvär relaterade till den psykiska hälsan tillsammans med en bristande kapacitet hos andra vårdgivare att ta emot dem med en ohälsa som ligger utanför ungdomsmottagningens uppdrag att hantera.

Gränsdragningsproblematiken handlar bland annat om att det är oklart var gränsen går mellan olika svårighetsgrader av psykisk ohälsa. En av de intervjuade enhetscheferna säger:

Vad är lindrig psykisk ohälsa och vad är måttlig psykisk ohälsa? Det är inte sådär superenkelt att avgränsa. (Intervju med enhetschef C)

Besvär med den psykiska hälsan sägs inte lika lätt kunna klassas in i "olika fack" som besvär av mer somatiska karaktär. Att avgöra när en lindrig ohälsa blivit medelsvår eller svår upplevs alltså som vanskligt och flera intervjupersoner lyfter fram att det idag saknas instrument på ungdomsmottagningarna för att göra sådana bedömningar.

Dels tror jag att det finns behov utav bra bedömningsinstrument/.../där personalen lättare kan fånga in vad det handlar om. Vad är det för typ utav ohälsa? Är det en ohälsa som vi ska jobba med eller är det här för svårt? (Intervju med enhetschef C)

Vidare lyfter också någon fram att just ungdomsmottagningarnas målgrupp, där alla är yngre än 25 år, kan göra det extra svårt att avgöra vad som är en psykisk ohälsa och vad som istället ska betraktas som en naturlig utvecklingskris för en individ som är på väg in vuxenlivet.

Även gränsen mellan olika typer av åtgärder inom psykisk hälsa beskrivs av en intervju-person som flytande. Intervjupersonen menar att det inte alltid handlar om olika typer av åtgärder utan snarare är fråga om samma åtgärd, men med olika längd och att åtgärderna istället utförs av olika utförare.

Det verkar alltså vara både karaktären på besvären, svårigheten att göra en bedömning av vilka besvär det är fråga om samt målgruppens speciella behov som skapar dessa gränsdragningsproblem.

Genomgående i intervjumaterialet finns också beskrivningen av att andra vårdgivare inte alltid kan ta emot de ungdomar som har en medelsvår eller svår psykisk ohälsa, det vill säga de ungdomar som ungdomsmottagningarna inte har i uppdrag att ge stöd. Både primärvårds- och specialistnivån beskrivs som svåra för ungdomarna att få tillgång till. Det sägs vara mycket svårt att hänvisa ungdomarna till specialistnivån eftersom söktrycket på dessa mottagningar är så stort. Någon intervju-person menar att det krävs en mycket svår psykisk ohälsa för att ungdomen ska få tillträde och beskriver samtidigt en upplevelse av att specialistnivåns uppdrag snävats in på senare tid.

Även vårdcentralerna sägs vara svåra att få tillgång till för de ungdomar som lider av psykisk ohälsa. Flera intervju-personer menar att vårdcentralerna skulle behöva ta emot fler ungdomar än vad de gör idag för att möta de faktiska behoven. Den särskilda satsning som gjorts i länet, där vissa vårdcentraler fått ett förstärkt uppdrag att hantera psykisk hälsa hos unga, lyfts fram som bra eftersom man då bygger upp kompetens kring frågorna, men den sägs inte vara tillräcklig för att motsvara behoven. Utmaningarna med vårdcentralerna beskrivs inte bara som en fråga om resursbrist utan sägs ibland också ha att göra med bristande kunskaper hos andra vårdgivare om vad som ligger i ungdomsmottagningens uppdrag. I intervjumaterialet finns berättelser om hur ungdomar skickas från vårdcentralerna till ungdomsmottagningen för att få hjälp med sådant som faktiskt ligger inom vårdcentralernas uppdrag att hantera.

Ungdomar med "måttlig" eller medelsvår psykisk ohälsa nämns i flera intervjuer och framstår som en grupp av ungdomar som idag saknar en vårdnivå dit de kan vända sig med sina besvär. Vårdcentralerna beskrivs av några intervju-personer inte alltid uppfatta att det ligger inom deras uppdrag att hantera dessa ungdomars besvär. Någon intervju-person menar också att inte heller psykiatrin alltid uppfattar att sådana besvär ligger inom deras uppdrag att hantera. Om så är fallet finns egentligen ingen vårdnivå kvar att vända sig till.

Avsaknad av vårdnivåer som tar emot ungdomar, eller att det tar tid för ungdomen att komma vidare i vårdkedjan, beskrivs få konsekvenser för ungdomsmottagningarnas verksamheter. Det handlar bland annat om en upplevelse av att de som vänder sig till ungdomsmottagningen idag mår sämre än tidigare.

Det kommer in ungdomar som/.../mår betydligt sämre när de kommer till oss än vad det var för några år sedan. Alltså då kanske man kom med livskris eller oro eller ångest, och nu kan man komma med en depression direkt. (Intervju med enhetschef F)

När det saknas möjligheter att hänvisa ungdomen vidare till en annan vårdgivare, eller när det blir en lång väntetid till nästa vårdnivå, blir ungdomen ibland kvar på ungdomsmottagningen. Detta gör att ungdomsmottagningarna kan tvingas hantera problem som ligger utanför deras formella uppdrag.

Eftersom alla kommer till oss så att säga osorterat så har vi väldigt enkelt uttryckt många gånger för svåra ärenden för vårt uppdrag när det gäller psykisk ohälsa. För tung problematik. (intervju med enhetschef C)

I intervjuerna beskrivs hur ungdomsmottagningar försöker överbrygga glappet genom att anpassa sitt stöd, i väntan på rätt hjälp.

Ibland ligger en ungdom i gränslandet till psykiatrin, men har svårt att komma in. Men hur länge ska ungdomsmottagningen ha kvar ett ärende. Ibland kan man då göra upp att "vi talar om dessa saker", avgränsar uppdraget. (intervju med enhetschef I)

Det finns också berättelser i intervjumaterialet om konsekvenser som handlar om en stress för personalen på ungdomsmottagningen när det varken finns ett formellt uppdrag eller resurser att möta ungdomarnas behov.

Det faktum att andra vårdgivare inte tar emot ungdomarna beskrivs också skapa en risk att det blir svårare för andra ungdomar att få hjälp på ungdomsmottagningarna. Att ta hand om för svåra patienter riskerar därmed att skapa längre väntetider för den egentliga målgruppen. Flera pekar därför på ett behov av ökade resurser.

En annan utmaning kopplat till ungdomsmottagningarnas uppdrag inom psykisk hälsa som beskrivs i intervjumaterialet har att göra med hur kuratorerna ska dokumentera sitt arbete. På vissa av Närhälsans mottagningar är barnmorskorna anställda inom landstinget, medan kuratorerna har sin anställning i kommunen. Detta kan, menar en intervjuperson, innebära svårigheter för hela personalgruppen att arbeta fullt ut med ungdomsmottagningens uppdrag. Denna konstruktion beskrivs innebära begränsningar i vad samtalspersonal anställda inom kommunen och därmed verksamma under socialtjänstlagen har tillåtelse att göra. Det beskrivs att frågan hanterats på olika sätt. På vissa mottagningar anställs kuratorn av landstinget och tjänsten finansieras genom avtal med kommunen. På andra ställen har uppdragsavtal formulerats vilka anger att den personal som anställts av kommunen kan fungera som övrig personal på mottagningen och följa rutiner för dokumentation och journalföring, trots att anställningen fortfarande finns kvar inom kommunen. I det nya inriktningsdokumentet tydliggörs också detta genom att peka på möjligheten att ge "tillgång till patientjournalen/.../genom tecknandet av ett uppdragsavtal om tillgång till vårdgivarens vårddatasystem".

Sammanfattningsvis kan sägas att psykisk hälsa utgör ett av ungdomsmottagningens grunduppdrag. Det sägs bland annat handla om att "göra bedömningar, tidiga insatser och korttidsbehandling vid lindrig psykisk ohälsa" och beskrivs av intervjupersonerna också som ett "upptäckande uppdrag". Enhetscheferna beskriver ett ökat söktryck för psykisk ohälsa och att det ibland är utmanande att dra gränsen för den egna målgruppen. En stor utmaning uppfattas vara att andra offentliga aktörer inte tar emot ungdomar i behov av ett utökat stöd.

Slutligen kan konstateras att det på nationell nivå, inom den organisation som samlar landets ungdomsmottagningar, pågår ett samtal om ungdomsmottagningarnas uppdrag när det gäller psykisk hälsa där det föreslås en utveckling där ungdomsmottagningarna ska betraktas som en del av det som kallas för "första linjen" för unga inom psykisk hälsa. I en remiss som i mars 2018 skickades ut till landets ungdomsmottagning skriver organisationen att "ungdomsmottagningarna kan och bör utgöra en viktig del av första linjen för unga med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa" (FSUM 2018). Det skulle i så fall innebära ett utökat uppdrag för ungdomsmottagningarna och att vårdcentralen och ungdomsmottagningarna blir två likvärdiga alternativ för en ungdom med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa.

Ungdomsmottagningarnas uppdrag att verka för jämlik vård

Det andra fördjupningsområdet är ungdomsmottagningarnas uppdrag att verka för jämlik vård. Också detta val av fördjupningsområde görs med utgångspunkt i slutsatser i den nationella kartläggningen där det konstaterades att om ungdomsmottagningar som verksamhetsform ska utgöra en viktig aktör i arbetet med ungas psykiska hälsa krävs det tydligare strategier inom området (SKL 2016a).

Begreppet jämlikhet i styrande dokument

Först bör påpekas att oavsett vilken av ungdomsmottagningarnas professioner vi tittar på så finns i svensk lag ett uppdrag att verka för ökad jämlikhet. I hälso- och sjukvårdslagen står att vård ska ges på lika villkor (HSL 3 kap § 1) och i socialtjänstlagen specificeras uppdraget till att de offentliga aktörerna ska främja jämlika levnadsvillkor (SoL 1 kap 1 §).

På regional nivå kan det konstateras att ordet jämlik nämns två gånger i inriktningsdokumentet: dels sägs att "Ungdomsmottagningarna är en viktig arena för att kunna uppfylla det nationella målet och för att skapa jämlik hälsa inom Västra Götaland", dels beskrivs organisationsmodellen som införts inom Närhälsans mottagningar syfta till att nå en mer jämlik vård. I de lokala samverkansavtalen förekommer begreppet "jämlik vård" i en majoritet av avtalen (33 av totalt 53 analyserade avtal). Arbete för en mer jämlik vård innebär, enligt samverkansavtalen, att ungdomsmottagningarna ska kunna erbjuda "generella insatser till samtliga ungdomar i upptagningsområdet". Sedan ska dessa insatser anpassas "på ett sådant sätt att de motsvarar ungdomars olika behov och förutsättningar". I sex av de studerade avtalen ges också uttryck för vad som krävs av verksamheterna för att nå fram till en sådan anpassning. Där står att personalen, för att kunna arbeta för jämlik vård, behöver "vara medvetna om sina egna normer, genom att normkritiskt granska sina egna föreställningar och eventuellt förutfattade meningar om olika grupper ungdomar".

Strategier för ökad jämlikhet

I intervjuer med enhetschefer på länets ungdomsmottagningar framkommer tre huvudsakliga idéer när det gäller betydelsen av jämlik vård och hur mottagningen arbetar för att åstadkomma en mer jämlik vård. En strategi handlar om att säkerställa att ungdomarna i länet erbjuds *ett lika utbud av insatser*, en annan om att försöka *anpassa ordinarie insatser* utifrån särskilda behov hos olika grupper och en tredje om försök att *prioritera insatser* för särskilda målgrupper.

När det gäller att erbjuda ungdomarna ett lika utbud av insatser kopplas det ofta ihop med ungdomens geografiska hemvist. Lösningarna handlar inte sällan om ökad tillgänglighet genom samarbete kring personalresurser eller genom tekniska lösningar, exempelvis web-baserade kontaktmöjligheter för ungdomarna. Det framhålls att boende i glesbygden har rätt till samma utbud av insatser som de ungdomar som bor på större orter.

Det ska inte spela någon roll var du bor geografiskt. Du ska kunna få samma vård oavsett om du bor i Bengtsfors eller Gullspång eller om du bor i Göteborg eller Borås. (Intervju med enhetschef C)

Några lyfter också fram och problematiserar det faktum att länets kommuner satsar olika mycket resurser på ungdomsmottagningarna och menar att detta försvårar möjligheterna att tillhandahålla ett lika utbud av insatser och därmed att kunna erbjuda en jämlik vård.

Vi har ett samarbete med kommunerna, och vissa kommuner är ju inte med och betalar ungdomsmottagningsverksamhetsdelen. Och då kan det inte bli vård på lika villkor. Vi har några kommuner som är storsatsande och några som inte satsar nånting. (Intervju med enhetschef E)

Men jämlikhetssträvanden kan också handla om att killar och tjejer ska tillhandahållas ett mer lika utbud av insatser. Exempelvis beskrivs det som ett jämlikhetsproblem om en ungdomsmottagning bara kan erbjuda medicinsk personal till tjejer och unga kvinnor och inte samma stöd för killar och unga män.

Det var ju inte jämlik vård för några år sen när vi hade gynekolog, som vi inte kunde skicka killar till. Men nu har vi våran allmänläkare, som vi kan, alltså som tar alla. Och det är ju jämlikt. (Intervju med enhetschef B)

Den andra idén om hur jämlikhetssträvandena ska se ut handlar om en anpassning av ungdomsmottagningens insatser utifrån ungdomens unika förutsättningar och behov. Här är det alltså inte fråga om att erbjuda alla ungdomar ett lika utbud av insatser utan snarare att det ordinarie utbudet av insatser i vissa fall behöver anpassas till ungdomens unika förutsättningar och villkor. Det kan ibland, som i citatet nedan, handla om bemötande.

Ja, jag tänker att vi ska ha en verksamhet som är tillgänglig för alla, alltså så, att alla ska känna att de är välkomna, inkluderande, att den är till för dem. Att man ska ha samma möjlighet att få stöd och hjälp, oavsett socioekonomisk status eller hur verbal man är, eller funktionsvariationer, etnisk bakgrund, kön... (Intervju med enhetschef F)

Anpassningarna kan handla om att personalen kompetensutvecklas i exempelvis htbq-frågor och bemötande eller att lokalerna görs mer fysiskt tillgängliga.

Den tredje idén om hur jämlik vård ska åstadkommas handlar om prioritering av insatser där vissa grupper av ungdomar sägs ha ett större, eller annat, behov än vad som erbjuds inom de ordinarie insatserna och att de därmed har behov av att verksamhet riktas särskilt mot dem. Här rör vi oss alltså från idén om ett lika utbud av insatser för alla ungdomar, till idén om att ett olikt utbud ibland kan vara nödvändigt för att nå jämlikhet.

Det handlar ju inte om att man erbjuder exakt samma vård, utan det handlar om att man ska erbjuda den vård som man har behov av, för jag tänker att det kan ju finnas större behov i ett utsatt område. (Intervju med enhetschef H)

Vissa intervjupersoner beskriver hur man ibland flyttar personalen till andra arenor som till exempel skolor, fritidsgårdar eller olika former av boenden, för att erbjuda stöd och hjälp eller informationsspridning direkt på plats när ungdomar har svårt att ta sig till en ungdomsmottagning.

en ungdomsvårdsskola/.../där man kanske har en ungdom med besvär, exempelvis, man misstänker klamydia eller någon typ av STI, men... man får inte ta ungdomen till oss, för att det kan vara rymningsrisk, helt enkelt. Då åker vi dit. (Intervju med enhetschef K)

Jämlikhetsarbetets innehåll

I intervjumaterialet finns många konkreta beskrivningar av det sätt på vilket ungdomsmottagningarna arbetar för att uppnå en mer jämlik vård. Inom ramen för denna kartläggning är det inte möjligt att ge en fullständig bild av hela jämlikhetsarbetet. Ambitionen är endast att skapa en övergripande förståelse och en kategorisering av de insatser som huvudsakligen lyfts fram i intervjumaterialet. Syftet är att främja ett samtal om ungdomsmottagningarnas insatser för att tillhandahålla en jämlik vård.

En del av arbetet är dock mer centralt i beskrivningarna och därmed relevant att särskilt lyfta fram. Det utåtriktade arbetet som ungdomsmottagningarna bedriver framstår som en viktig del av hur ungdomsmottagningarna förstår sitt uppdrag att verka för ökad jämlikhet. Genom att sprida information om ungdomsmottagningarnas existens och utbud av insatser till så många ungdomar som möjligt förstås ungdomsmottagningarna "sänka sina trösklar".

Ja, viktigt hos oss är att vi är väldigt mycket ute och träffar ungdomar, så att de också får den informationen om oss, vad de kan göra hos oss. Att vi når alla, så mycket som möjligt, fysiskt faktiskt träffa ungdomar, för vi har ju väldigt mycket utåtriktat arbete. När niorna kommer hit så är de här i nästan två timmar och får träffa lite olika folk och fika. Vi lägger mycket krut på det besöket. (Intervju med enhetschef J)

De utåtriktade insatserna kan bedrivas brett i syfte att tillhandahålla ett *lika utbud för alla* och det sker idag genom att ungdomsmottagningarna med viss regelbundenhet besöker eller tar emot besök från grundskolor i syfte att nå ungdomar i en viss ålder. Men de metoder som används i det utåtriktade arbetet beskrivs också ibland *anpassas* för att vara så inklu-

derande som möjligt, exempelvis genom att bedrivs med stöd av tolkar, eller bedrivs på särskilda arenor där man vet att *en viss grupp av ungdomar* befinner sig.

I inriktningsdokumentet står att "alla ungdomar ska känna till var ungdomsmottagningen finns och ha vetskap om vad de kan få hjälp med på mottagningen." För det utåtriktade arbetet anges att det ska "finnas där ungdomarna är", "möjliggöra för alla elever att minst en gång under högstadietiden få göra ett besök på ungdomsmottagning för att få information om verksamheten" samt "arbeta i en strukturerad form där ungdomarna aktivt får möjlighet att diskutera olika ämnen inom sexuell och reproduktiv hälsa, levnadsvanor samt psykisk hälsa". I vissa lokala samverkansavtal specificeras en viss nivå på omfattningen av det utåtriktade arbetet, men nivåerna varierar. I 15 av avtalen anges att omfattningen på det utåtriktade arbetet ska motsvara minst 20 procent av verksamheten. I fem av samverkansavtalen som reglerar mindre ungdomsmottagningar anges istället att den anställda socionomen utöver sin tid på ungdomsmottagning ska lägga 25 timmar per år på det utåtriktade arbetet.

Sammanfattningsvis kan sägas att idén om jämlik vård, såsom den kommer till uttryck i de studerade styrdokumenterna och intervjumaterialet, i komprimerad form skulle kunna beskrivas på följande sätt: *Om ungdomsmottagningarna erbjuder generella insatser till samtliga ungdomar, och anpassar dem på ett sådant sätt att de motsvarar ungdomars olika behov och förutsättningar (exempelvis arbetar normkritiskt med personalens egna förutfattade meningar) samt vid behov riktar särskilda insatser mot särskilda grupper av ungdomar, då får länets ungdomar en mer likvärdig tillgång till ungdomsmottagningen oavsett vem hen är. På så vis kan ungdomsmottagningarna utgöra en viktig arena som bidrar till det nationella målet om en jämlik hälsa.*

Utmaningar i jämlikhetssträvandena

I intervjumaterialet framkommer också ett antal utmaningar kopplat till jämlikhetssträvandena. En person pekar på sammanhangen som ungdomsmottagningen verkar i och menar att samhället i stort är ojämnt vilket kan göra ett jämlikhetsarbete svårare.

Vi har ett väldigt segregerat samhälle. Vi har väldigt olika villkor beroende på vad... hur vi växer upp. (Intervju med enhetschef A)

Som påpekats ovan ligger det utåtriktade arbetet i kärnan av jämlikhetssträvandena. Men i en situation där det ibland upplevs svårt att ta emot dem som redan söker beskrivs denna typ av jämlikhetssträvanden möta på ett dilemma: att förväntas sträva mot att fler individer ska söka sig till mottagningen samtidigt som det saknas resurser att ta emot fler.

Jaha vänta. Ska vi gå ut så att det kommer fler. Vänta, hur blev det nu då? Vi hade ju inte riktigt tid, eller hur? Så att det är ju lite som en kullerbytta på något plan. (Intervju med enhetschef A)

Det beskrivs också av flera intervjuade som att det utåtriktade arbetet ibland prioriteras ned till förmån för att hantera behoven hos de ungdomar som redan söker sig till mottagningen. Någon menar att givet utvecklingen med en ökad psykisk ohälsa bland unga så är det också en vettig prioritering av resurserna.

En annan utmaning rör den allmänna bilden och förståelsen av ungdomsmottagningens uppdrag vilket kan utgöra en stor utmaning när det kommer till att nå killar som idag utgör en minoritet bland besökarna. Här beskrivs att ungdomsmottagningarna kämpar mot föreställningen om att ungdomsmottagningen finns till för kvinnor som behöver preventivmedel.

Man har nån sorts föreställning att ungdomsmottagningen kommer man till för att få p-piller och då blir det inte lika självklart för killar att söka. (intervju med enhetschef C)

Några intervjupersoner problematiserar dock förväntningen på att ungdomsmottagningens besöksstatistik skulle kunna bli helt jämt fördelad mellan de biologiska könen så länge som

många av de preventivmedel som tillhandahålls faktiskt är utformade för att påverka livmodern och/eller ägglossningen.

Men vi som jobbar här säger att det kommer aldrig bli det eftersom flickor och unga kvinnor, de behöver komma till mottagningen för sin prevention. Det behöver inte pojkarna på samma sätt. (Intervju med enhetschef H)

En förutsättning för att få tillgång till dessa preventivmedel är kontakt med en barnmorska. Den ojämna besöksstatistiken blir därmed ett logiskt resultat av den vård som tillhandhålls och något som upplevs svårt att undvika. Detta gäller den medicinska kontakten, men påverkar även den del av verksamheten som utgör samtalsstöd, enligt intervjupersoner. När ungdomar söker för att få tillgång till exempelvis p-piller blir det möjligt att möta upp även andra behov hos den sökande. Konsekvensen av detta blir att så länge det inte finns fler preventivmedelsalternativ som påverkar det manliga reproduktionsorganet kommer användningen av ungdomsmottagningen vara snedfördelad mellan de biologiska könen. Dock framhåller flera intervjupersoner att könsfördelningen bland ungdomar som söker för psykisk ohälsa skulle kunna förbättras väsentligt. Många lyfter fram vikten av att ett aktivt kommunikationsarbete som förmår ändra bilden av ungdomsmottagningen som en verksamhet för kvinnor som behöver p-piller.

De professionellas kompetens beskrivs ibland som ett hinder för att ge jämlik vård oavsett kön. De flesta med medicinsk utbildning på ungdomsmottagningarna är barnmorskor, vilka sägs ofta sakna andrologi⁴ i sin grundutbildning. Men det är inte bara kunskap om det manliga könsorganet som behövs i ett aktivt jämlikhetsarbete, utan även andra specifika kunskaper för att kunna möta behoven hos andra grupper av ungdomar. Det som nämns är bland annat kunskaper om transungdomars behov, hur professionella ska kommunicera med ungdomar med intellektuella funktionsnedsättningar eller hur nyanlända ungdomars behov av information om sexualitet och samlevnad ska tillgodoses.

Ytterligare en aspekt av jämlikhetsarbetet som framkommer i intervjuerna är att personalgrupperna många gånger är homogena. De beskrivs som vita medelklasskvinnor utan stora funktionsvariationer och med en svensk bakgrund vilket gör att de inte kan sägas vara representativa för de ungdomar de ska hjälpa. Här finns en idé om att jämlikhetsarbetet kan försvåras när personalgrupperna inte representerar den bredd som i övrigt finns i samhället.

En stor del av ungdomsmottagningens uppdrag handlar om sexualitet och könsidentitet, vilket också kan innebära särskilda utmaningar. Någon intervjuperson beskriver att den utveckling som sker av språkbruket inom dessa frågor ibland kan utmana personalgrupperna. Det kan handla om förändring av olika begrepp i syfte att inte exkludera vissa ungdomar som ibland kan bli utmanande för personal. Förändringen gör att det dels kan skapas en osäkerhet inför vilka ord som bör användas och att det dels kan uppstå situationer där personal inte alltid är helt bekväma med att använda de nya begreppen.

En annan utmaning i jämlikhetsarbetet som också har att göra med personalens behov och intressen handlar om arbete på obekväma tider. Arbetet för att göra ungdomsmottagningarna mer tillgängliga handlar bland annat om förändrade öppettider. Detta beskrivs kunna innebära en krock mellan personalens intresse av att slippa arbeta på obekväma arbetstider och ungdomarnas behov och intresse av att få hjälp och stöd på en tid som passar dem.

Slutligen nämns också att ungdomsmottagningarnas fysiska placering många gånger inte passar verksamheternas behov, att samverkan med skolorna i området inte alltid fungerar bra och kan göra det svårt att få tillträde till de arenorna, att det är ett allmänt högt tryck i verksamheterna vilket kan göra att man tvingas frångå det systematiska arbetet i mottagningsprocessen samt att den nya organisationsmodellen med olika uppdrag för olika mottag-

4. Läran om det manliga könsorganet.

ningar kräver att ungdomar kan resa mellan olika orter vilket förutsätter kommunikationsmedel som inte alltid finns. Tillgången till specialutbildade tolkar nämns också som viktigt och ibland svårt att få tillgång till.

Jämlikhetsarbetets målgrupper

I redovisningen ovan synliggörs några av de grupper av ungdomar som jämlikhetsarbetet riktas mot. Men det är relevant att tydliggöra vilka de grupper är vars behov och intressen ungdomsmottagningarna särskilt riktar sitt fokus mot.

Både inriktningsdokumentet och samverkansavtalen hänvisar till diskrimineringslagen. Det förväntade resultat av arbetet för jämlik vård är att länets ungdomar "får en likvärdig tillgång till en ungdomsmottagning oavsett" vem hen är och avtalen pekar sedan på diskrimineringsgrunderna kön, ålder, könsöverskridande identitet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning och etnisk tillhörighet. Vissa avtal pekar också på behov av att uppmärksamma ungdomens "kulturella bakgrund" och "sociala ställning". I vissa samverkansavtal lyfts också särskilda grupper av ungdomar fram. De grupper som nämns är personer med funktionsnedsättning (i 21 avtal), killar (i 19 avtal), ensamkommande flyktingbarn/ungdomar (i 5 avtal) samt hbtq-ungdomar (i 5 avtal).

I intervjuerna sägs att killar söker vård i ett senare skede och att det är ett sökmönster som också finns bland män i allmänhet. Det sägs också att killar har ett annat förhållnings sätt till att söka vård och att de ofta har en bild av att ungdomsmottagningen vänder sig till kvinnor samt att det historiskt ibland har saknats kompetens om killars behov på ungdomsmottagningarna. Killar kan själva skaffa sina preventivmedel och kulturellt och historiskt har de inte tagit lika stort ansvar i relationen för val av preventivmedel.

Personer som är nyanlända till Sverige sägs ofta vara i behov av basal kunskap om kroppens funktioner, sexualitet och reproduktion, något som helt ligger inom ungdomsmottagningarnas uppdrag. Flera intervjupersoner beskriver denna grupp som relativt bra på att söka vård och att de uppfattas ta del av ungdomsmottagningarnas insatser. Dock framhålls i intervjuerna att gruppen ofta lider av svårare besvär än vad en ungdomsmottagning kan hantera. Svåra traumatiska upplevelser som migrationserfarenheten givit dem och en osäker framtid skapar besvär som inte sällan kräver en specialiserad vård som måste utföras av andra aktörer.

Ungdomar från socioekonomiskt utsatta familjer beskrivs i intervjuerna ibland sakna stöd i familjen och/eller kunskap om att ungdomsmottagningarna finns. Det lyfts fram att dessa ungdomar ibland antas sakna kunskap om vad som främjar hälsan och att de därför ofta är sämre på att ta hand om sin hälsa.

Det är de mer resursstarka som söker sig till oss/.../Det är de som fixar att boka tid och de som kan kolla öppettiderna och ja, som gör hälsosamma val för sig själva. (Intervju med enhetschef F)

Personer med funktionsnedsättning sägs i intervjuerna ofta redan ha en etablerad vårdkontakt, vilket kan minska deras incitament att vända sig till en ungdomsmottagning. Personer med intellektuella funktionsnedsättningar sägs ibland behöva en särskild pedagogik och ibland sakna riskmedvetenhet. Vissa intervjupersoner lyfter också fram att särskoleelever inte nås i tillräcklig utsträckning.

Hbtq-personer sägs i intervjuerna ibland ha erfarenheter av ett problematiskt bemötande i kontakt med vårdgivare vilket skapat ett bristande förtroende. I intervjumaterialet finns berättelser om att denna grupp av ungdomar ofta väljer ungdomsmottagningar där de uppfattar att hbtq-kompetensen är god.

Personer som lever i eller kommer från familjer med starka hedersnormer och ibland är utsatta för hedersrelaterat våld, beskrivs ofta hindras från att söka stöd och vård på ung-

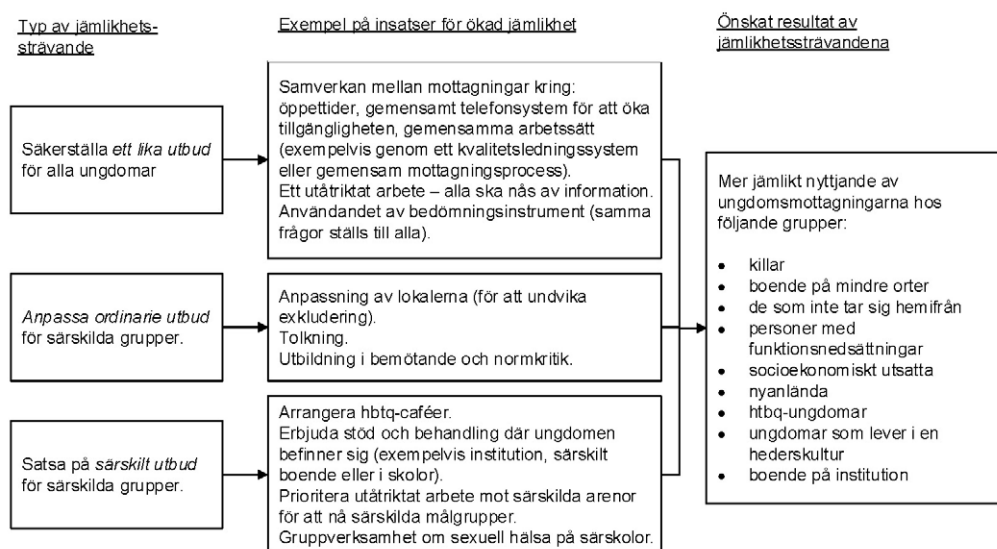
domsmottagningen. Någon intervjuperson beskriver hur ungdomsmottagningens personal ibland kan misstros av de vuxna och att de ibland också kan bli utsatta för påtryckningar och hot från vuxna.

Slutligen nämns också personer placerade på institution som en särskild grupp i behov av fokus i verksamheterna. Dessa ungdomar är i beroendeställning i förhållande till andra myndighetspersoners kunskap och initiativförmåga vilket gör dem särskilt utsatta.

Sammanfattningsvis kan strävandena mot en mer jämlik vård på ungdomsmottagningen illustreras som i figur 3 nedan. Genom huvudsakligen tre olika strategier arbetar mottagningarna med att utveckla sina verksamheter i syfte att förbättra förutsättningarna för en jämlik hälsa för huvudsakligen nio olika grupper av ungdomar.

Det är slutligen intressant att notera att intervjupersonerna, när de besvarar frågor om vilka grupper som är i behov av särskild fokus i jämlikhetsarbetet, sällan lyfter fram att en ungdom kan ingå i flera av de kategorier som diskuteras ovan. En person kan ju både leva i en familj med starkt hederskultur och vara homosexuell vilket skulle innebära en form av förstärkt utsatthet. Det kan tolkas som att ungdomsmottagningarna inte har ett tydligt intersektionellt perspektiv i sitt jämlikhetsarbete. Här finns kanske anledning att diskutera hur jämlikhetssträvandena på länets ungdomsmottagningar skulle kunna vidareutvecklas genom att i arbetet också tydligare synliggöra de grupper som lever i extra utsatta situationer.

Figur 3: Ungdomsmottagningarnas strategier för jämlik vård



Vad ska ungdomsmottagningarna åstadkomma?

Vi lämnar nu fördjupningen av ungdomsmottagningarnas uppdrag inom psykisk hälsa och deras strategier för att nå jämlik vård och återgår till den övergripande bild som avser att beskriva antagandena om vad mottagningarna ska göra och åstadkomma. Det återstår att tydligare beskriva resultat på målgruppsnivå.

Till att börja med kan sägas att inriktningsdokumentet anger att *”Ungdomsmottagningarna behövs som ett led i att tillgodose ungdomars och unga vuxnas rätt till hälsa”*, vilket skulle kunna sägas vara visionen, eller i alla fall ett mål för ungdomsmottagningarna på lång sikt. Här bör påpekas att den ambition som ges uttryck för i inriktningsdokumentet är mycket omfattande. En individs hälsa påverkas av en mängd faktorer som hänger ihop med genetik och uppväxtmiljö. Att en offentlig myndighet ska kunna tillgodose en individs *rätt till hälsa* bedöms därför inte vara realistiskt. Det som istället framhålls i internationella konventioner är rätten för var och en att åtnjuta *bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa* (Artikel 12 pkt 1, Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966). De offentliga aktörerna åtar sig uppdraget att försöka tillförsäkra varje individ, utifrån dess förutsättningar *bästa möjliga hälsa*. Detta bedöms vara en mer rimlig förväntan att ha på länets ungdomsmottagningar.

Vidare finns i inriktningsdokumentet sju övergripande mål som ger uttryck för förväntningar på ungdomsmottagningarna. Det finns här anledning att skilja på de mål som avser själva verksamhetens genomförande (processmål) och de mål som istället berör det förväntade resultatet eller förändringen som ungdomsmottagningarna ska åstadkomma på sin målgrupp (resultatmål). Följande fyra mål från inriktningsdokumentet bedöms handla om verksamhetens genomförande:

- Ungdomsmottagningen ska vara en lättillgänglig arena för ungdomarna, där ungdomars behov och de lokala förutsättningarna ska vara i fokus.
- Alla unga ska uppfatta att ungdomsmottagningen arbetar på den unges uppdrag.
- En psykosocial, psykologisk och medicinsk helhetsyn ska prägla verksamheten.
- Alla unga har utifrån ett rättighetsperspektiv rätt till information, kunskap, stöd och behandling inom ungdomsmottagningen.

Följande tre mål från inriktningsdokumentet bedöms istället handla om det resultat som verksamheten ska leda till:

- Alla ungdomar ska kunna få hjälp och bli stärkta i övergången mellan ungdom och vuxenliv.
- Ungas fysiska och psykiska hälsa ska förbättras.
- Ungas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter ska stärkas.

När det gäller resultatmålen kan vi konstatera att också dessa är breda i sina formuleringar. Vi har målsättningar för ungdomsmottagningarna som styr tanken mot *hela hälsan hos alla ungdomar* i Västra Götalands län vilket antagligen kan förklaras av ungdomsmottagningarnas förståelse av sin målgrupp. Det är dock problematiskt om dessa målsättningar ska användas för ansvarsutkrävande av ungdomsmottagningarnas verksamheter. Ska vi bedöma måluppfyllelsen av dessa mål kommer utfallet att framstå som svagare än det kanske borde eftersom den fysiska, sexuella och psykiska hälsan hos länets alla ungdomar är beroende av utvecklingen av samhället i stort och ungdomarnas möjligheter att få stöd och hjälp hos andra offentliga aktörer. Att använda så breda målsättningar som utgångspunkt för en analys huruvida ungdomsmottagningarna når sina tänkta resultat bedöms därför inte vara lämpligt.

För att formulera mål som är uppföljningsbara och ger uttryck för mer rimliga förväntningar på verksamheterna rekommenderas att istället bryta ned målen så att de avser för-

ändringar som är mer nära kopplade till det som ungdomsmottagningarna faktiskt gör. Med grund i genomgången av idéerna om ungdomsmottagningsverksamheten som presenterats i tidigare avsnitt formuleras här ett förslag på en sådan omformulering av process- och resultatmål.

Förslag på omformulering av mål som avser hur verksamheten ska bedrivas (processmål):

- Ungdomsmottagningens verksamheter ska präglas av en psykosocial, psykologisk och medicinsk helhetssyn.
- Ungdomsmottagningens verksamheter ska präglas av ett rättighetsbaserat arbetssätt.
- Ungdomsmottagningens verksamheter ska utgå från lokala förutsättningar och ungdomarnas behov.
- Alla ungdomar som söker sig till en ungdomsmottagning ska uppfatta att ungdomsmottagningens personal arbetar på den unges uppdrag.
- Alla ungdomar som söker sig till en ungdomsmottagning ska ges reell tillgång till ungdomsmottagningens insatser oavsett kön, könsöverskridande identitet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning, etnisk tillhörighet, geografisk hemvist eller socioekonomisk bakgrund.

Förslag på omformulering av mål som avser det resultat som förväntas av verksamheten på kort sikt (resultatmål):

- Alla ungdomar upp till och med 24 år som befinner sig i Västra Götalands län ska nås av tillgänglighetsanpassad information om att ungdomsmottagningarnas verksamheter finns till för att möta behov inom sexuell och reproduktiv samt fysisk och psykisk hälsa.
- Alla ungdomar som tar del av ungdomsmottagningens insatser ska förbättra sin hälsa (sexuella, reproduktiva, fysiska, psykiska) alternativt stärka sina förutsättningar att på sikt nå en förbättrad hälsa.

Förslag på omformulering av mål som avser det resultat som förväntas av verksamheten på lång sikt (resultatmål):

- Länets ungdomar får sin rätt till bästa möjliga hälsa stärkt.

En verksamhetslogik för länets mottagningar

Ovanstående analys har med grund i styrdokument och intervjumaterial brutit ned och tydliggjort de övergripande ramarna för ungdomsmottagningarna i länet tillsammans med de idéer som finns om vad ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län ska göra, hur de ska göra det de gör samt vilket resultat som förväntas på målgruppsnivå. Vi kan nu lägga samman dessa idéer och skapa en övergripande bild, se figur 4.

Detta sätt att illustrera en verksamhet kallas ibland för verksamhetslogik⁵. Bilden syftar till att fånga in och tydliggöra ungdomsmottagningarnas verksamhet som en kausal kedja. Till vänster i bilden tydliggörs vilka övergripande ramar och resurser som de politiska beslutsfattarna skapar för verksamheterna. Dessa omvandlas sedan i form av insatser för målgruppen och insatserna antas ha vissa egenskaper. När målgruppen, som i detta fall är ungdomar under 25 år, tar del av dessa insatser förväntas det påverka och förändra något konkret för individerna, för ungdomsmottagningarna i de flesta fall beskrivet som förbättrad hälsa.

Denna bild kan användas som utgångspunkt för planering av en systematisk uppföljning av ungdomsmottagningsverksamheten på regional nivå. Bilden kan också användas som utgångspunkt för ett fördjupat samtal om ungdomsmottagningarna. Den övergripande bilden fångar inte alla detaljer och utgör endast en tolkning baserad på material insamlat inom

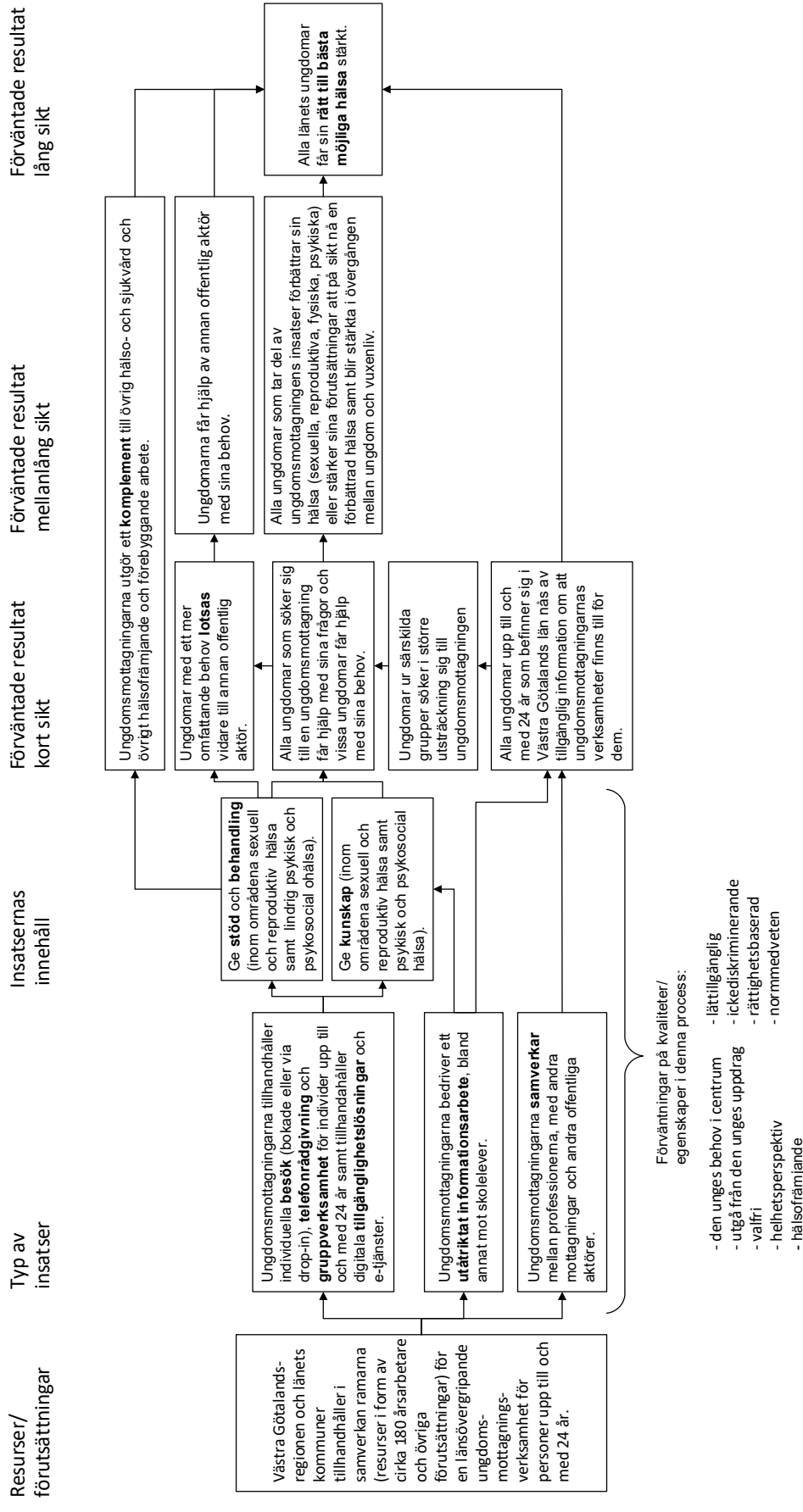
5. Andra begrepp är programteori och förändringsteori.

ramen för denna kartläggning. Det vore intressant att vidareutveckla bilden genom att tydliggöra fler avgränsade delar, exempelvis särskilja insatser för psykisk, fysisk samt sexuell och reproduktiv hälsa. Den bild av ungdomsmottagningarna som framträder i det insamlade materialet är dock att många ungdomsmottagningsföreträdare vill se sin verksamhet som en gemensam helhet och betraktar de olika delarna som nära sammanhängande. Därför illustreras insatserna på detta sätt, samlat.

Vad som slutligen kan sägas är att vi har en verksamhet med en bred målgruppsformulering och ett i vissa avseenden brett formulerat uppdrag som ibland upplevs svårt att avgränsa. Det framstår som att det finns en mängd förväntningar på ungdomsmottagningsverksamheten om hur själva tillhandhållandet av insatsen ska se ut. Vi kan också säga att ungdomsmottagningens förmåga att bidra till den långsiktiga ambitionen att stärka rätten till bästa möjliga hälsa för länets ungdomar är avhängig andra offentliga aktörers förmåga att täcka upp och fånga upp de behov hos ungdomarna som ligger utanför ungdomsmottagningarnas uppdrag att hantera.

Figur 4: Verksamhetslogik för ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län

Övergripande verksamhetslogik för ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län



Vad vet vi om länets ungdomsmottagningar?

Vi har nu tittat på de antaganden som görs om länets ungdomsmottagningar, vad de *förväntas* göra och vad som är det *förväntade* resultatet. Analysen har alltså hittills främst rört idéerna och antagandena om verksamheterna. Vi ska nu gå över till att beskriva det vi vet om länets 54 ungdomsmottagningar med grund i verksamhetsstatistik och annan information.

Huvudmannaskap och organisering

Styrningen av de ungdomsmottagningar som finns i Västra Götalands län kan sägas vara komplex eftersom den idag involverar ett stort antal aktörer. I tabell 1 nedan tas utgångspunkt i vilken aktör som har huvudmannaskapet för verksamheterna i ett försök att beskriva denna komplexitet. Huvudman för ungdomsmottagningarna är antingen Västra Götalandsregionen eller någon av länets kommuner.

Tabell 1: Huvudmannaskap och samverkansparter

Antal mottagningar	Huvudman	Avtalspart hos huvudmannen	Avtal med annan part	Samverkanspart
9	Västra Götalandsregionen	Västra hälso- och sjukvårdsnämnden	9	Alingsås, Lerum, Ale, Härryda, Kungälv, Mölndal, Partille, Öckerö och Lilla Edets kommuner
15	Västra Götalandsregionen	Närhälsan (dåvarande primärvården)	14	Falköping, Tibro, Tidaholm, Hjo, Karlsborg, Grästorp, Gullspång, Götene, Lidköping, Mariestad, Nossebro, Skara, Töreboda och Vara kommuner
14	Västra Götalandsregionen	Hälso- och sjukvårdsnämnd Dalsland, Trestad eller Norra Bohuslän (nuvarande Norra hälso- och sjukvårdsnämnden)	14	Bengtstors, Dals Ed, Färgelanda, Mellerud, Trollhättan, Vänersborg, Åmål, Lysekil, Munkedal, Orust, Sotenäs, Strömstad, Tanum och Uddevalla kommuner
8	Västra Götalandsregionen	Närhälsan (dåvarande primärvården) eller Södra hälso- och sjukvårdsnämnden	8	Herrljunga, Vårgårda, Bollebygd, Borås, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn kommuner
1	Västra Götalandsregionen	Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd (utförare Angered's Närsjukhus)	1	SDN Angered
5	Göteborgs Stad	Östra Göteborgs SDN, Västra Göteborgs SDN, Örgryte-Härlanda SDN, Västra Hisingens SDN och Centrums SDN	5	Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd
2	Stenungsunds kommun och Tjörns kommun	Stenungsunds kommun och Tjörns kommun	2	Västra hälso- och sjukvårdsnämnden

Beskrivning: Informationen baseras på kartläggning av befintliga avtal hösten 2017.

Tabellen visar att sju mottagningar har en kommunal huvudman (fem av mottagningarna som ligger i Göteborg samt Tjörn och Stenungsund). I resterande 47 ligger huvudmannaskapet inom Västra Götalandsregionen. För 53 av mottagningarna fanns hösten 2017 ett lokalt

samverkansavtal mellan Västra Götalandsregionen och en kommunal nämnd eller förvaltning. Mottagningen i Skövde drevs av Västra Götalandsregionen enskilt. De två kommunerna Stenungsund och Tjörn, som har huvudmannaskap för sina mottagningar, tecknar avtal med Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och verksamheterna drivs genom avtal med privata vårdgivare verksamma i de två kommunerna.

Om vi bara tittar på antal politiska församlingar i länet som är involverade i formuleringen av ungdomsmottagningarnas uppdrag, så är det sju stycken inom Västra Götalandsregionen⁶ och sammanlagt 52 stycken kommunala⁷.

Övergripande om organiseringen av ungdomsmottagningarna i Närhälsan

De 46 ungdomsmottagningar som drivs inom ramen för Närhälsan har två områdeschefer och sju enhetschefer som regelbundet träffas i en gemensam ledningsgrupp. Kopplade till verksamheterna finns också två verksamhetsutvecklare. Denna organisation är ny sedan april 2016. Tidigare var de 46 mottagningarna organiserade på olika sätt. De flesta var renodlade ungdomsmottagningar men vissa var samordnade med barnmorskemottagningar där personalen kunde arbeta inom flera verksamhetsområden. Nu arbetar personalen istället i huvudsak främst med ungdomsmottagningsverksamheten och driver utvecklingsfrågor gemensamt. Den nya organisationen beskrivs av en intervjuperson innebära stora fördelar.

Ungdomsmottagningarna kan lägga hela sin energi på ungdomsmottagningsuppdraget. Vi har personal som istället för att vara splittrad mellan både barnmorskemottagningsuppdrag och ungdomsmottagningsuppdrag så har vi ju i allra största utsträckning nu personal som arbetar bara på ungdomsmottagningarna. (Intervju med enhetschef G)

I syfte att främja en jämlik vård har det också skapats tre olika typer av mottagningar inom Närhälsans mottagningar med något olika uppdrag. Idén var att förbättra tillgången till service för länets ungdomar genom ett strukturerat samarbete mellan mottagningar inom ett geografiskt område. Närhälsans mottagningar är idag uppdelade i tre olika kategorier vilka har olika omfattande uppdrag, se tabell 2.

Tabell 2: Närhälsans ungdomsmottagningars nivåindelning

Huvudmottagningar	Basmottagningar	Närmottagningar
Alingsås	Lerum	Vårgårda, Herrljunga
Borås	Mark, Ulricehamn	Bollebygd, Tranemo, Svenljunga
Falköping	Skövde	Hjo, Tibro, Karlsborg, Tidaholm
Lidköping	Mariestad	Skara, Götene, Nossebro, Grästorps, Töreboda, Gullspång, Vara
Mölnadal	Kungälv, Ale, Partille Härryda	Öckerö
Trollhättan	Vänersborg, Åmål	Färgelanda, Dals Ed, Bengtsfors, Mellerud, Lilla Edet
Uddevalla	Orust	Strömstad, Tanum, Sotenäs, Lysekil, Munkedal

En **huvudmottagnings** uppdrag är att vara öppen fem dagar per vecka, erbjuda drop-in-verksamhet och tidsbokning samt tillhandhålla en lokal som är anpassad för ungdomsmottagningens verksamhet. På en huvudmottagning ska det finnas barnmorska med förskrivningsrätt, kurator, psykolog, läkare och gynekolog, men det kan också finnas andra yrkeskategorier (exempelvis psykoterapeut eller sjuksköterska). Huvudmottagningens uppdrag är att serva mindre mottagningar och att organisera bemanning, öppettider, telefontillgänglighet och ledigheter som semester, sjukfrånvaro och utbildningsinsatser. På huvudmottagningen ska det också finnas en ansvarig för verksamhetsutveckling för hela det geografiska området.

6. Styrelsen för beställd primärvård, Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden, Östra Hälso- och sjukvårdsnämnden, Södra hälso- och sjukvårdsnämnden, Norra hälso- och sjukvårdsnämnden, Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd, styrelsen för Angereds närsjukhus.

7. Samtliga länets kommuner med undantag för Skövde. För Göteborgs mottagningar finns sex stadsdelsnämnder.

En **bas­mottagning** ska istället vara öppen minst tre dagar per vecka, erbjuda drop-in verksamhet och tidsbokning samt tillhandahålla en lokal som är anpassad för ungdomsmottagningens verksamhet. På en bas­mottagning ska det finnas barnmorska med förskrivnings­rätt samt kurator. Tillgången till övriga kompetenser täcks genom samarbete med en huvud­mottagning. Bas­mottagningens uppdrag kan också vara att serva närmottagningarna.

En **närmottagning** ska ha öppet minst en dag i veckan, erbjuda tid för drop-in och tids­bokning samt tillhandahålla lokaler som passar de ungas behov. På en närmottagning ska det finnas barnmorska med förskrivnings­rätt samt kurator. Tillgången till övriga kompetenser täcks genom samarbete med en bas- eller huvud­mottagning.

Övergripande om organiseringens av ungdomsmottagningarna i Göteborg

Av de sex ungdomsmottagningarna belägna i Göteborg har fem ungdomsmottagningar Göteborgs Stad som huvudman (Väst, Olskroken, Centrum, Gamlestaden och Hisingen) och en ungdomsmottagning har Västra Götalandsregionen som huvudman (Angered). Dessa mottagningar drivs av fem enhetschefer och en vårdenhetschef, som sitter i en gemensam ledningsgrupp. Två verksamhetsutvecklare är kopplade till mottagningarna och de samverkar kring utvecklingsfrågor. Det finns en gemensam hemsida för att göra det enklare för ungdomarna att kunna nyttja verksamheter på alla Göteborgs mottagningar. För ungdomsmottagningarna i Göteborg finns fem områdeschefer och en verksamhetschef.

Göteborgs ungdomsmottagningar samlade 2015 allt sitt förebyggande och utåtriktade arbete mot gymnasieungdomar i en verksamhet som kallas för HälsUM. Fokus i denna verksamhet låg under de första åren främst på arbete med den psykosociala hälsan. Verksamheten började som en satsning som möjliggjordes av statliga medel, men är sedan januari 2017 en permanent del av Göteborgs ungdomsmottagningar. I och med att verksamheten blev permanent utvidgades också både åldersgruppen och uppdraget. Idag är HälsUMs uppdrag att utforma och utveckla det förebyggande och utåtriktade arbetet när det gäller psykisk, sexuell och reproduktiv hälsa och det är inte längre avgränsat till ungdomar på gymnasiet. HälsUMs uppdrag är också att försöka nå ungdomar med behov som idag inte söker sig till en mottagning. Bemanningen för denna verksamhet sker huvudsakligen med hjälp av personal från samtliga sex ungdomsmottagningar. Under 2017 motsvarande det cirka fyra heltidstjänster. Arbetet leds av en samordnare på heltid med stöd från en referensgrupp bestående av tre enhetschefer.

Övergripande om organiseringen av ungdomsmottagningarna på Tjörn och i Stenungsund

De två mottagningarna i Stenungsund och Tjörn har kommunala huvudmän. Mottagningar förses med personal från de lokala privata barnmorskemottagningarna i de två kommunerna. Tidigare fanns en samverkan mellan kommunerna med en gemensam samordnare, men så är inte längre fallet. Dessa två ungdomsmottagningar ingår inte på samma sätt som övriga mottagningar i länet i en struktur där samordning kring resurser och uppdrag görs möjlig. Intervjupersoner säger att detta bland annat påverkar mottagningarnas möjligheter att bedriva utvecklingsarbete.

Övergripande om chefsstrukturen på länets ungdomsmottagningar

Det finns vissa skillnader i chefsstrukturen på länets ungdomsmottagningar som kan vara värda att notera. Närhälsans två områdeschefer ansvarar endast för ungdomsmottagnings­verksamheterna. Mottagningarna fördelas sedan på sju enhetschefer vilka har mellan fyra och nio mottagningar inom sina ansvarsområden. Inom Göteborg finns sex områdeschefer eller liknande, en för varje mottagning, vilka samtidigt har ansvar för andra verksamhets­områden. Varje mottagning har sedan en enhetschef/vårdenhetschef som ansvarar för en ungdomsmottagning. Mottagningarna i Stenungsund och Tjörn har både enhetschefer och

områdeschefer där ungdomsmottagningsverksamheten endast utgör en del av personens ansvarsområde. Se tabell 3 nedan. Det som anges är antal personer och inte tjänstegrad.

Tabell 3: Chefsstruktur för länets ungdomsmottagningar

Organisering	Antal områdeschefer eller motsvarande	Antal enhetschefer eller motsvarande	Antal verksamhetsutvecklare	Antal mottagningar
Närhälsan	2	7	2 (+ 2 under SKL-satsningen)	46
Angereds närsjukhus	1	1		1
Göteborgs Stad	5	5	1 (+ 1 under SKL-satsningen)	5
Stenungsund	1	1	0	1
Tjörn	1	1	0	1

Slutligen kan sägas angående organiseringen att det uppdelade huvudmannskapet på länets ungdomsmottagningar gör att det saknas en naturlig gemensam arena där samtliga mottagningar möts. En grupp kallad Västra Götalands läns ungdomsmottagningar (VGUN) träffas dock regelbundet. I denna grupp sitter verksamhetsutvecklare och chefer från länets ungdomsmottagningar. Här finns personer från Närhälsan, Göteborgs Stad, Stenungsund och Tjörn.

Ungdomsmottagningens resurser

Möjligheterna att kartlägga ungdomsmottagningarnas resurser med grund i befintliga samverkansavtal är begränsade. I vissa avtal presenteras en total budget för mottagningen med specifikation för kostnader avseende olika professioner och hur dessa kostnader fördelar sig mellan parterna. I andra avtal redovisas ingen total budget för ungdomsmottagningarna. Istället anges sammanlagd tjänstegrad hos de aktuella personalgrupperna som ska utföra uppdraget. Här syns i avtalen en skillnad mellan olika hälso- och sjukvårdsnämnder. För tre av de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna specificeras ungdomsmottagningarnas budget i avtalen (Västra, Norra och Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd) medan information om budget saknas i övriga två nämnder (Östra och Södra hälso- och sjukvårdsnämnderna).

I de fall omfattningen på ungdomsmottagningens totala budget funnits att tillgå kan denna information ställas i relation till antal ungdomar i de aktuella åldersgrupperna som finns folkbokförda i kommunen. På så vis kan en kostnad per ungdom redovisas och detta sker också i många avtal. Det är även på detta sätt som den nationella kartläggningen beskriver ungdomsmottagningarnas resurser i syfte att skapa jämförbarhet. För Västra Götalands län rör det sig om alltifrån 503 till 1052 kronor per ungdom.⁸

Detta sätt att räkna utgör dock ett ganska trubbigt mått, eftersom det inte ger någon information om varken uppdraget som den specifika ungdomsmottagningen har eller det behov som finns hos målgruppen i kommunen. Ungdomsmottagningens budget säger heller ingenting om hur mycket eller lite indirekt kostnader som enskilda mottagningar har. Det är alltså svårt att avgöra hur mycket av resurserna som kan omvandlas till en resurs som möter ungdomen.

När det gäller fördelning av kostnaderna mellan samverkansparterna finns i det nya inriktningsdokumentet en riktlinje som anger hur mycket respektive part förväntas bidra med. I drygt hälften av de kartlagda samverkansavtalen går det se hur kostnaderna fördelar sig mellan samverkansparterna. I dessa avtal varierade kommunernas andel mellan 0 procent (Skövde) och 37 procent (Kungälv och Öckerö). Hösten 2017 var det endast tre mottagningar

8. I de faktiska siffrorna uppges en mottagning lägga 59 kronor per ungdom men det tolkas här som ett inmatningsfel. Vid en kontroll av de faktiska resurserna som denna mottagning lägger antas att den korrekta siffran snarare skulle vara 590 kronor.

där kommunens andel motsvarade eller översteg 25 procent, vilket är den andel som i det nya inriktningsdokumentet lyfts fram som fördelningsprincip för avtalen.

För att skapa en så aktuell bild som möjligt har tjänstepersoner inom som är ansvariga för de olika hälso- och sjukvårdsnämnderna ombetts att sända in aktuell information för de avtal som nyligen har undertecknats. Tabell 4 visar kostnadsfördelning i maj 2018. I de fall kostnadsfördelningen går att synliggöra följdes fördelningsprincipen på åtta ungdomsmottagningar.

Tabell 4: Fördelning av kostnaderna mellan parterna.

Område	Ungdomsmottagning	Fördelning kostnader i %	
		VGR	Kommun
Södra HSN	Herrljunga, Svenljunga, Mark, Tranemo, Ulricehamn, Vårgårda, Borås och Bollebygd.	Framgår inte i avtalen.	
Västra HSN	Ale	75	25
	Alingsås	75	25
	Kungälv	75	25
	Lerum	75	25
	Lilla Edet	75	25
	Mölnadal/ Källered	Ej klart	
	Partille	Ej klart	
	Öckerö	75	25
	Härryda	Ej klart	
	Stenungsund	75	25
	Tjörn	75	25
Östra HSN	Falköping, Grästorp, Gullspång, Götene, Hjo, Karlsborg, Lidköping, Mariestad, Skara, Tidaholm, Skövde, Tibro, Töreboda, Vara och Nossebro.	Framgår inte i avtalen.	
Norra HSN	Bengtsfors	88	12
	Dals-Ed	81	19
	Färgelanda	85	15
	Lysekil	89	11
	Mellerud	85	15
	Munkedal	76	24
	Orust	Framgår inte i avtalet.	
	Vänersborg	95	5
	Åmål	84	16
	Trollhättan	95	5
	Strömstad	Framgår inte i avtalet.	
	Tanumshede	Framgår inte i avtalet.	
	Sotenäs	78	22
	Uddevalla	91	9
	Göteborgs HSN	Angered	85
Gamlestaden		85	15
Centrum		85	15
Hisingen		85	15
Olskroken		85	15
Väst		85	15

Källa: Informationen är hämtad från befintliga samverkansavtal hösten 2017.

Beskrivning: Avtalen varierar när det gäller avtalsperiod. För avtalen i Västra hälso- och sjukvårdsnämnden är informationen uppdaterad maj 2018 för att spegla de nya avtalen. För vissa mottagningar är fördelningen mellan parterna specificerad med grund i total budget för ungdomsmottagningen, för andra mottagningar anges fördelningen genom att visa kostnad per ungdom uppdelad på parterna.

I Göteborgs Stad finns utöver den procentuella fördelningen av kostnader, dels en särskild satsning på kuratorer som finansieras av staden, dels en överenskommelse om reglering

av kostnader för besökare från andra kommuner. Göteborgs Stad erhåller ersättning för de besökare på Göteborgs ungdomsmottagningar som är folkbokförda i annan kommun än Göteborg. Kostnaderna för den särskilda satsningen på kuratorer ingår inte i beräkningen av fördelningen mellan parterna och skulle justera fördelningen till cirka 20 procent för kommunen och 80 procent för Västra Götalandsregionen. Reglering av ersättning för besökare från andra kommuner ingår i den beräknade kostnadsfördelningen.

Personalresurser på länets ungdomsmottagningar

I syfte att synliggöra resurserna på länets ungdomsmottagningar har det samlats in information om antal årsarbetare uppdelat per profession. Om vi börjar med att titta på länet som helhet tillhandahålls länets ungdomar sammanlagt 182 årsarbetare uppdelat på professionerna barnmorska, kurator/socionom, psykolog, ledningsfunktion, teamsamordnare samt övrig personal (bland annat undersköterskor, läkare och sjuksköterskor) se tabell 5 nedan. Denna sammanställning exkluderar personal som tillfälligt finansierades via statliga medel för arbete med psykisk hälsa under 2017.⁹

Vad vi kan se i tabell 5 är att barnmorskor samt kuratorer/socionomer och/eller psykologer utgör de största personalgrupperna. Ledningsfunktionerna innehåller områdeschefer, enhetschefer samt ordinarie personal som har någon form av teamsamordnaruppdrag.

Inriktningsdokumentet anger att en jämn fördelning mellan den medicinska och den psykosociala personalen är önskad. Om vi bortser från personal finansierad med statliga medel nåddes inte jämn fördelning mellan dessa personalkategorier 2017. Den psykosociala personalen motsvarade 69,7 årsarbetare och den medicinska personalen motsvarade 91,7 årsarbetare.

Tabell 5: Antal årsarbetare uppdelat per profession

Professioner	Antal årsarbetare 2017
Barnmorska	78,6
Kurator/socionom	55,1
Psykolog	14,6
Ledningsfunktioner samt övrigt	18,9
Undersköterskor	5,4
Sjuksköterskor	3,8
Läkare	4,0
Annat	1,8
Summa	182,0

Källa: Självrapporterad information från ungdomsmottagningarna som samlats in från ansvariga chefer som en del av kartläggningsarbetet.

Beskrivning: Antalet årsarbetare har räknats fram med hjälp av den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade. Årsarbetare anger hur många anställda ungdomsmottagningen skulle ha haft om den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade summeras till heltidsanställningar. Personal som tillhandahålls via tjänsteköp genom avtal, exempelvis läkarresurser inkluderas. Personal som tillfälligt finansierats med hjälp av statliga medel inkluderas ej.

De befintliga personalresurserna har ställts i förhållande till de nyckeltal som finns formulerade i det nya inriktningsdokumentet. Nyckeltalen anger en lägsta nivå på antal årsarbetare inom olika professioner i förhållande till antal individer i målgruppen som man bedömer krävs för att upprätthålla en god service och kvalitet. Om vi tittar på länet i sin helhet skulle det enligt nyckeltalet under 2017 ha krävts åtminstone årsarbetare motsvarande 71,7 barnmorskor, 71,7 kuratorer/socionomer och/eller psykologer samt 7,1 läkare. Detta uppnåddes under 2017 med marginal när det gäller barnmorskor men inte när det gäller kuratorer/socionomer och psykologer eller läkare, se tabell 6 nedan. För länet i sin helhet saknades

9. Denna förstärkning av personal bestod under 2017 av 9,2 barnmorska, 13,1 kurator/socionom, 1,0 verksamhetsutvecklare och 0,3 psykolog samt 0,45 för övriga professioner (läkare, sjuksköterska och dietist).

det 2,0 årsarbetande kuratorer eller psykologer och 3,2 årsarbetande läkare för att nå upp till denna nivå.

Tabell 6: Antal årsarbetare 2017 – länet i helhet

Professioner	Antal årsarbetare 2017	Nyckeltal 2017	Utfall 2017
Barnmorska	78,6	71,7	+ 6,87
Kurator/socionom och psykologer	69,7	71,7	- 2,0
Läkare	4,0	7,2	- 3,2

Källa: Informationen baseras på självrapporterad verksamhetsstatistik över årsarbetare under verksamhetsåret 2017, undantaget den personal som finansierats med statliga medel. Befolkningsunderlaget är beräknat på SCB-data avseende personer i åldern 13–24 år per 31/12 2017.

Beskrivning: Nyckeltalen anger 1,0 barnmorska, 1,0 kurator eller psykolog och 0,1 läkare per 3 250 personer i målgruppen.

Personalresurser fördelat på olika geografiska områden

I syfte att skapa jämförbarhet när det gäller tillgång till personalresurser på länets ungdomsmottagningar har åtta geografiska områden skapats. Göteborg betraktas i denna uppdelning som ett geografiskt område och Närhälsans mottagningar har delats in i sju olika områden. Indelningen av Närhälsans mottagningar är gjord med utgångspunkt i den nivåindelning som finns inom Närhälsan, se tabell 2 på sidan 32. De sju huvudmottagningarna utgör var sitt geografiskt område vilket täcker in de bas- och närmottagningar som huvudmottagningen har i uppdrag att serva. Denna indelning gör det möjligt att titta på resurstillgång i förhållande till befolkning och samtidigt ta hänsyn till mottagningarnas olika uppdrag. Eftersom resurserna på en huvudmottagning ska kunna användas för ungdomar boende i områden med enbart en bas- eller närmottagning är denna indelning logisk att göra. Tjörn och Stenungsund utgör i denna uppdelning ett eget geografiskt område.

I tabell 7 visas hur personalresurserna under 2017 var fördelade på professionerna barnmorskor, läkare, under- och sjuksköterskor samt kuratorer och psykologer i de nio geografiska områdena. Personal finansierad med statliga medel ingår inte i sammanställningen. Under detta år fanns en relativt jämn fördelning mellan de medicinska och psykosociala professionerna i områdena Göteborg, Alingsås, Borås och Mölndal. I dessa områden är skillnaden mellan antalet årsarbetare inom respektive profession minst, räknat i procent. I Trollhättan, Lidköping, Falköping, Uddevalla samt Stenungsund och Tjörn fanns en övervikt av medicinsk personal. I tre områden, Trollhättan, Uddevalla samt Stenungsund och Tjörn, saknas helt psykologer.

Tabell 7: Antal årsarbetare 2017 uppdelat per profession och olika geografiska områden

Antal årsarbetare:	Göteborg	Alingsås m.fl.	Trollhättan m.fl.	Lidköping m.fl.	Borås m.fl.	Falköping m.fl.	Mölndal m.fl.	Uddevalla m.fl.	Stenungsund och Tjörn
Barnmorska	25,0	4,6	9,5	6,3	8,1	5,8	10,5	6,4	2,1
Läkare	1,8	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2
Under- och sjuksköterskor	3,5	0,5	0	0	2,5	2,2	0	0	0,5
Kurator	21,8	3,5	4,7	1,8	6,2	2,0	9,4	3,8	1,9
Psykolog	6,7	1,0	0	1,2	2,6	1,5	1,8	0	0
Summa medicinsk personal	30,2	5,3	9,9	6,7	10,7	8,4	10,9	6,7	2,8
Summa psykosocial personal	28,5	4,5	4,7	3,0	8,8	3,5	11,1	3,8	1,9

Beskrivning: Informationen kommer från självrapporterad verksamhetsstatistik över antal årsarbetare uppdelad per profession. Antalet har i vissa fall avrundats till en decimal. För Göteborgs data är "allmänspecialist, gynekolog, psykiatriker och psykiatrikonsult" sammanslagna till kategorin "läkare".

För de professioner som inriktningsdokumentet preciserar en lägsta nivå på kvalitet och service ser utfallet under 2017 ut som visas nedan i tabell 8 i de olika geografiska områdena. Det

kan konstateras att läkartillgången inte når upp till den lägsta nivån i något område samt att antalet kuratorer och psykologer når upp till den lägsta nivån i Göteborg, Alingsås, Borås och Mölndal samt Stenungsund och Tjörn, men inte i övriga fyra områden. Tillgång till barnmorskor ser ut att nå upp till den lägsta nivån i alla områden utom Borås.

Tabell 8: Över- eller underskott på årsarbetare i relation till nyckeltal 2017

	Göteborg	Alingsås m.fl.	Trollhättan m.fl.	Lidköping m.fl.	Borås m.fl.	Falköping m.fl.	Mölndal m.fl.	Uddevalla m.fl.	Stenungsund och Tjörn
Barnmorska	0,7	0,3	2,8	0,7	-0,3	0,3	0,7	1,2	0,4
Läkare	-0,7	-0,3	-0,3	-0,2	-0,7	-0,2	-0,5	-0,2	0,0
Kuratorer och psykologer	4,2	0,2	-2,0	-2,6	0,1	-2,0	1,4	-1,4	0,2

Källa: Informationen kommer från självrapporterad verksamhetsstatistik över antal årsarbetare och statistik från SCB avseende personer i åldern 13–24 år per 31/12 2017 i det geografiska området.

Beskrivning: Antal årsarbetare har ställts i relation till befolkningsdata. Det som presenteras är över- eller underskott på årsarbetare i relation till det nyckeltal som specificeras i inriktningsdokumentet. Nyckeltalet anger 1,0 barnmorska, 1,0 kurator eller psykolog och 0,1 läkare per 3 250 personer i målgruppen.

Grund- och vidareutbildning psykisk hälsa

Antal årsarbetare inom olika professioner ger endast en bild av resurserna. Det är också relevant att titta på vilken kompetens som professionerna besitter, vilket här i viss utsträckning kan göras när det gäller kuratorer.

I den nationella kartläggningen som genomfördes 2016 ställdes frågor om kuratorernas grund- och vidareutbildning. Frågan besvarades av 40 ungdomsmottagningar och i de allra flesta fall uppges socionom som grundutbildning för ungdomsmottagningarnas kuratorer. (SKL 2016a). Några få uppges vara beteendevetare eller socialpedagoger och för några anges "annat" utan att utbildning preciseras.

När det gäller kuratorernas *vidareutbildning* är svaren svåra att sammanställa eftersom enkäten ställde en öppen fråga utan att ange olika svarsalternativ. Det är alltså svårt att precis veta utbildningens omfattning och inriktning. Det vanligaste svaret är "MI" (Motivational Interviewing) som uppges av 26 mottagningar. Lite drygt hälften av de svarande (22 mottagningar) uppger att kuratorerna har "basutbildning psykiatri" och 6 uppger att kuratorerna har "påbyggnadsutbildning psykiatri". Vidare uppges vidareutbildningen bestå av "familjeterapi" (7 mottagningar), "sexologi" (14 mottagningar), "mindfulness" (4 mottagningar) och andrologi (4 mottagningar). I bilaga 3 redovisas svaren i sin helhet för den som vill se hur olika mottagningar besvarar frågan.

Sedan SKL:s kartläggning gjordes har också en kompetensutvecklingsinsats genomförts som en del av den statliga satsningen på ungdomsmottagningarna under 2016–2018. I tabell 9 nedan redovisas insatsens innehåll övergripande och hur många som gått respektive utbildning. Antalet personer innefattar dock inte enbart kuratorer utan även psykologer och barnmorskor eftersom det inte går att urskilja de olika yrkeskategorierna i informationen.

Tabell 9: Kompetensutvecklingsinsats 2017 – antal personer utbildade

Utbildning	Antal personer (oavsett profession)	Andel av det totala antalet årsarbetare på länets ungdomsmottagningar (procent)
Traumakunskap 1 dag	172	83
Suicidprevention	84	41
Juridikutbildning 1 dag	79	38
Utbildning Våld	68	33
ACT-ledarutbildning	62	30
CORE	42	20
Traumakunskap 4 dagar	34	16
Andrologi 7,5 högskolepoäng	31	15
Sexit	29	14
Sexologi 15 högskolepoäng	25	12
Vulvasmärta	17	7
Utbildning om droger	15	7
SRHR på HVB-hem	11	5
MI-utbildning 4 dagar	9	4
Compassion-utbildning	8	4
Mindfulness	7	4
Steg 1	7	4
MI Telefonrådgivning	7	4
YAM	4	2
Övrigt	8	4

Källa: Information är hämtad från redovisning till SKL.

Beskrivning: I kategorin övrigt har två eller färre personer deltagit i någon av följande utbildningar: Steg 1, Vulvasmärta konferens, Trauma – samtalsbehandling i grupp, Vulvasmärta, SFOG-kurs 1 dag eller Mindfulness och Trauma. Det totala antalet årsarbetare inkluderar här ordinarie personal (182) och personal finansierad med statliga (24), det vill säga 206 stycken.

Att med grund i denna information ge en fullständig bild av vilken vidareutbildning som personalen på länets mottagningar har är svårt. Den första informationen rör enbart kuratorerna och svaren handlar om kompetensnivå inom *mottagningen* och inte hos enskilda individer. Den andra informationen ger en bild av kompetensutvecklingsinsatsen i form av antal individer, men utan att vi kan veta hur många ur respektive profession som fått vilken utbildning. Sammanfattningsvis kan det sägas att mer än hälften av de svarande uppgav att kuratorerna på mottagningen hade vidareutbildning inom "MI" och "basutbildning psykiatri". När det gäller kompetensutvecklingsinsatsen under 2017 är den vanligaste en endagsutbildning i trauma som omfattat drygt 80 procent av personalstyrkan samt en kurs i suicidprevention som omfattat drygt 40 procent av personalstyrkan.

Öppettider

Som vi sett i beskrivningen av antaganden om ungdomsmottagningarna i länet är tillgänglighet till ungdomsmottagningarna i fokus. Ungdomsmottagningarna beskrivs som lågröskelverksamhet och förstärkning av öppettider beskrivs som ett centralt verktyg för att nå ökad tillgänglighet. Den information om ungdomsmottagningarnas öppettider som årligen lämnas i uppföljningsrapporter till hälso- och sjukvårdsnämnderna har sammanställts för att ge en bild över tillgänglighet till länets mottagningar, se tabell 10 nedan.

I tabellen redovisas det totala antalet timmar som ungdomsmottagningarna har öppet i de olika geografiska områdena. Antalet timmar öppet ställs även i relation till antalet mottagningar i området. Det vi kan se i denna sammanställning är att ungdomsmottagningarna i länet under en vecka har öppet sammanlagt drygt 1 330 timmar. I snitt innebär det ungefär

25 timmar per vecka och mottagning, men öppettiderna varierar mellan olika mottagningar. Om vi tittar inom de olika geografiska områdena är antal timmar i snitt per mottagning störst i Göteborg (cirka 42 timmar per vecka) och lägst i områdena runt Lidköping (cirka 16 timmar per vecka).

Att enbart studera öppettider ger dock inte en helhetsbild. Det är också relevant att ställa informationen i förhållande till hur stor personalstyrka som ungdomarna kan möta under dessa öppettider. Därför redovisas också antalet årsarbetare i tabellen nedan.

Tabell 10: Antal timmar öppet 2017

	Göteborg	Alingsås m.fl.	Trollhättan m.fl.	Lidköping m.fl.	Borås m.fl.	Falköping m.fl.	Mölnadal m.fl.	Uddevalla m.fl.	Totalt i länet
Antalet mottagningar i området	6	4	8	9	6	6	6	7	52*
Sammanlagt antal timmar öppet per vecka i området	249,5	108	135,5	144,5	165,25	116	234,5	177,25	1330,5
Antalet timmar öppet i snitt per mottagning	41,6	27	16,9	16	27,5	19,3	39	25	25,6
Antalet årsarbetare	58,7	9,75	14,5	9,7	19,5	11,9	22	10,5	192

Beskrivning: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik från ungdomsmottagningarna som lämnas in till koncernkontoret i Västra Götalandsregionen. *Information saknas från ungdomsmottagningarna i Stenungsund och Tjörn.

Det sammanlagda antalet timmar öppet på en ungdomsmottagning är endast en aspekt av tillgängligheten. Två andra aspekter av tillgänglighet till länets ungdomsmottagningar berör vilka tider som ungdomarna kan vända sig till en mottagning samt tillgången till drop-in-tider. Det handlar om att skapa tillgänglighet genom att det ska vara möjligt för ungdomen att söka på tider då det passar honom eller henne.

Information om antal timmar öppet efter 16:00 sammanställs i de uppföljningsrapporter som ungdomsmottagningarna lämnar in till Västra Götalandsregionen och svaren avseende 2017 har sammanställts på länsnivå i tabell 11 nedan. Totalt i länet är ungdomsmottagningarna öppna för besökare nästan 135 timmar per vecka efter klockan 16:00. Antalet timmar varierar mellan olika geografiska områden från 6 timmar (Alingsås) till 23,5 timmar per vecka (Göteborg).

Information om drop-in-verksamhet i uppföljningsrapporterna är inte fullständig. För flera mottagningar anges endast JA eller NEJ och inte någon omfattning. Variationen framgår av tabell 11.

Tabell 11: Antal timmar öppet efter 16:00 och drop-in-verksamhet 2017

	Göteborg	Alingsås m.fl.	Trollhättan m.fl.	Lidköping m.fl.	Borås m.fl.	Falköping m.fl.	Mölnadal m.fl.	Uddevalla m.fl.	Totalt i länet
Sammanlagt antal timmar öppet efter 16:00 per vecka i området	23,5	6,0	21,8	20,0	13,8	13,0	20,0	18,5	135,0
Drop-in-verksamhet antal timmar per vecka	25,0	*	22,8	28,25	37,3	15,3	*	*	*
Antalet mottagningar i området	6,0	4,0	8,0	9,0	6,0	6,0	6,0	7,0	52,0**

Beskrivning: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik som lämnas in årligen i verksamhetsrapporter till koncernkontoret i Västra Götalandsregionen. Informationen har i vissa fall avrundats med en decimal. * Fullständig information saknas. **Information från Tjörn och Stenungsund saknas.

Besöksstatistik

I den verksamhetsstatistik som mottagningarna redovisar har sammanlagt 57260 individer registrerats som besökare på någon ungdomsmottagning i Västra Götalands län under 2017. Dessa individer gjorde enligt statistiken tillsammans 123694 besök, varav 65 procent (80050 besök) var hos en barnmorska, 26 procent (31947 besök) hos en kurator eller psykolog, 3 procent (4176 besök) hos en läkare och 2 procent (2921 besök) hos sjuksköterska eller annan vårdgivare.¹⁰ I tabell 12 redovisas besöksstatistiken fördelat på de olika geografiska områdena.

Tabell 12: Antal individer som besökt och antal besök uppdelat per profession

	Göteborg	Alingsås	Trollhättan	Lidköping	Borås	Falköping	Mölnadal	Uddevalla	Tjörn	Totalt i länet
Antal individer som besökt totalt	14 528	3 707	5 775	5 350	8 659	5 402	9 012	4 514	313	57 260
Antal besök totalt	39 215	8 042	10 529	10 261	16 622	9 915	19 370	8 971	769	123 694
Antal besök sjuksköterska eller annan vårdgivare	0*	111	0	148	1855	774	33	0	0	2 921
Antal besök läkare	1654	220	365	311	316	297	744	240	29	4 176
Antal besök barnmorska	21 029	5 481	7 609	7 665	10 338	6 879	13 523	7 083	506	80 050
Antal besök kurator eller psykolog	11 932	2 293	2 555	2 137	4 113	1 965	5 070	1 648	234	31 947

Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik för verksamhetsår 2017.

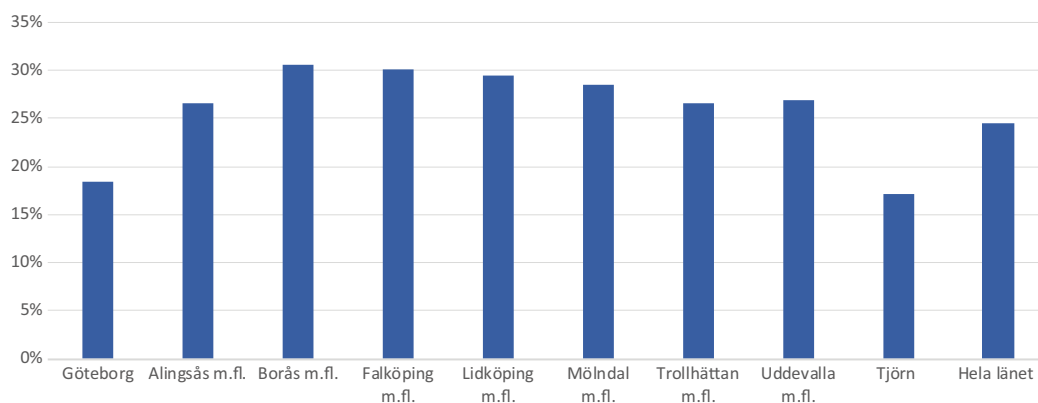
Beskrivning: Information angående besökare Stenungsund har inte gått att få fram och ingår därför inte. * Besök till sjuksköterska i Göteborg ingår i besök barnmorska.

Besöksstatistik av denna sort är dock svår att tolka eftersom informationen behöver relateras till uppdraget för att den ska bli relevant. Ett sätt är att göra det är att ställa antalet besökare i relation till personer i den aktuella åldersgruppen som är folkbokförda i det geografiska området och som därmed tillhör ungdomsmottagningarnas målgrupp. På så vis går att få fram en uppskattning av hur stor andel av målgruppen som faktiskt nyttjar ungdomsmottagningarnas insatser.

På länsövergripande nivå utgör antalet besökare knappt 25 procent av antalet folkbokförda ungdomar i åldersgruppen 13–24 år, se diagram 1. Det kan tolkas som att en knapp fjärdedel av länets ungdomar någon gång under 2017 har nyttjat någon av länets ungdomsmottagningar. I diagram 1 går också att se skillnader mellan de geografiska områdena. När det gäller andelen av folkbokförda ungdomar som besökte en mottagning under 2017 varierar den mellan 17 (Tjörn) och drygt 31 procent (Falköping).

10. Det totala antalet besök är drygt fyra tusen högre än summan av antalet besök hos olika professioner vilket antas bero på inmatningsfel när data rapporterats. Det gör att summan av andel besökare hos olika professioner endast når upp till 96 procent.

Diagram 1: Andel ungdomar 13–24 år som besökt en ungdomsmottagning 2017



Beskrivning: Besöksstatistiken har ställts i förhållande till antal personer 13-24 år folkbokförda per 31/12 i geografiskt område.

Källa: Besöksstatistiken är hämtad från självrapporterad information över antal unika individer som besökt en ungdomsmottagning 2017. Befolkningsstatistiken är hämtad från SCB.

En felkälla vid uträkning av andel folkbokförda ungdomar som besökt en ungdomsmottagning under 2017 är att ungdomar förflyttar sig mellan olika geografiska områden. Man kan vara bosatt i en kommun och besöka en mottagning i en annan kommun, vilket påverkar uträkningen av andel av målgruppen boende inom det geografiska området som ungdomsmottagningarna når. Därför har också statistik över förflyttningar mellan olika geografiska områden sammanställts. Dock har inte gått att få fram statistik över enskilda mottagningar utan statistiken visar endast förflyttning mellan olika hälso- och sjukvårdsnämnder, se tabell 13 nedan.

I sammanställningen syns att de områden som har störst andel besökare från andra geografiska områden är de mottagningar som tillhör Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Göteborgs Hälso- och sjukvårdsnämnd. Det gäller mottagningarna i Göteborg, samt mottagningarna med Mölndal och Alingsås som huvudmottagning. En relativt stor andel av dessa besökare kommer alltså från annat geografiskt område. Samtidigt är dessa områden geografiskt närliggande och det skulle kunna antas att folkbokförda i kommunerna runt Alingsås och Mölndal rör sig till Göteborg och att motsvarande rörelse sker från Göteborg till dessa kranskommuner.

I antal individer handlar det för mottagningarna i Göteborg om drygt 2000 individer som besöker mottagningarna och är folkbokförda utanför Göteborg alternativt asylsökande.¹¹ För Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden handlar det om drygt 1400 individer som besöker mottagningarna i området och är registrerade i ett annat geografiskt område.¹² Av dessa individer är cirka 1200 hemmahörande i Göteborg.

11. Informationen kommer från självrapporterad verksamhetsstatistik över besökare på mottagningar inom Göteborgs Hälso- och sjukvårdsnämnd under 2017. Information avseende besökare år 2016 är ofullständig och går inte att använda.

12. Information kommer från vårddatabasen och beskriver unika besökare på mottagningar inom Hälso- och sjukvårdsnämnden 2016.

Tabell 13: Förflyttningar mellan nämnder

Geografiskt område	Andel besökare hemmahörande i geografiskt område	Andel besökare hemmahörande i annat geografiskt område i Västra Götaland	Andel besökare som registrerats som utomläns/asyl	Summa
HSNV	82	15	3	100
HSNN	91	5	5	100
HSNS	94	2	4	100
HSNÖ	94	2	4	100
HSNG	84	16*		100

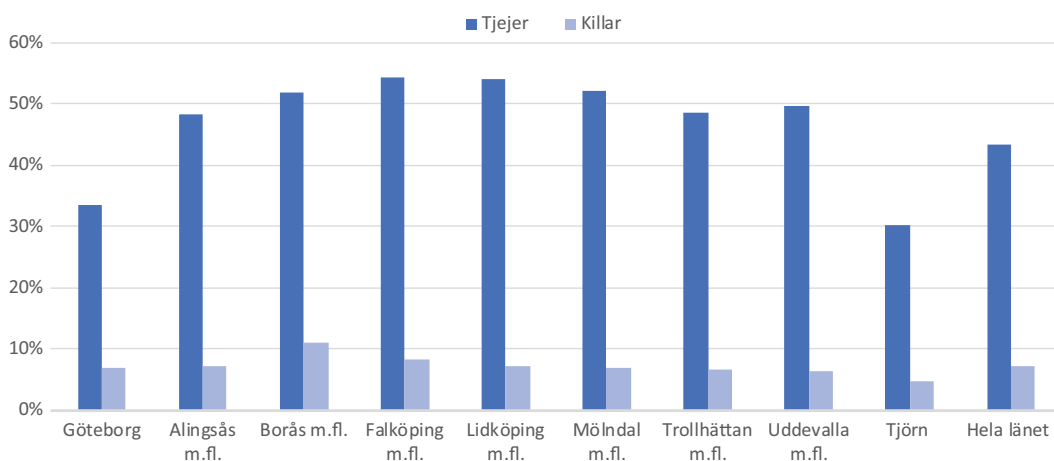
Beskrivning: Information avseende HSNV, HSNN, HSNS och HSNÖ är hämtad från vårddatabasen och beskriver unika besökare 2016. Information avseende HSNG är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik från 2017 eftersom information avseende 2016 var ofullständig. *Information om besökare som inte är hemmahörande i Göteborg särskiljer inte utomläns eller asylsökande. Det som anges är "icke-Göteborg".

Det finns en del osäkerhet när det kommer till att jämföra siffrorna: dels jämförs olika år, dels är datakällorna olika. Den ena källan härrör från självrapporterad verksamhetsstatistik, som också inkluderar asylsökande, och den andra baseras på journaldata där asylsökande och besökare från andra län inte ingår. Men beräkningen ger oss i alla fall en känsla för omfattningen på förflyttningen mellan nämnderna. Störst förflyttning sker alltså in till Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd och Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och den största delen av flödet in till Västra hälso- och sjukvårdsnämnden kommer från Göteborg.

Könsuppdelad besöksstatistik

Om vi sedan studerar statistiken könsuppdelat kan först sägas att 15 procent av det totala antalet besökare är registrerade som killar och 85 procent som tjejer. Om man könsuppdelar besöksstatistiken och ställer den i relation till antal kvinnor och män mellan 13 och 24 i det geografiska området går att se att antalet tjejer som besökte en ungdomsmottagning i Västra Götalands län under 2017 utgör 45 procent av tjejerna i åldersgruppen och att antalet killar som besökte en ungdomsmottagning utgör 7 procent av killarna i åldersgruppen. I diagram 2 nedan visas hur stor andel som besökte en mottagning inom respektive könskategori uppdelat på de geografiska områdena.

Diagram 2: Andel besökare av befolkning – uppdelat på kön



Beskrivning: Besöksstatistiken har ställts i förhållande till antal personer 13-24 år folkbokförda per 31/12 i geografiskt område uppdelat på juridiskt kön.

Källa: Besöksstatistiken är hämtad från självrapporterad information avseende antal unika individer som besökt en ungdomsmottagning 2017. Befolkningsstatistiken är hämtad från SCB.

Om man bryter ned informationen ytterligare och tittar på enskilda mottagningar finns det stora skillnader. Andelen killar som besökte en ungdomsmottagning under 2017 varierar mellan 1 och 14 procent på olika mottagningar. Lidköping, Göteborg Centrum och Gamlestad, Skövde, Ulricehamn, Borås, Dals Ed, Bengtsfors och Stenungsund når 10 procent eller fler av männen i åldersgruppen, medan andra mottagningar når betydligt färre. I intervjuer framkommer att det sätt på vilket olika mottagningar registrerar kondomutlämning antagligen påverkar denna statistik. På vissa mottagningar görs ingen dokumentation medan andra gör statistik. Skillnaderna mellan mottagningar kan således bero på olika sätt att rapportera sin verksamhet, men det saknas idag kunskap om hur det ligger till.

Eftersom killar inte förväntas söka preventivmedelsrådgivning i lika hög utsträckning som tjejer är det inte förvånande att besöken är färre. Däremot borde det av samma skäl inte finnas några skillnader när det gäller besök till den psykosociala personalen. Enligt självrapporterad verksamhetsstatistik är könsfördelningen endast något bättre för den typen av besök. Andelen killar som besöker en psykolog eller kurator i Göteborg 2017 är cirka 16 procent och i Närhälsans mottagningar är motsvande siffra 17 procent.

Besöksstatistiken synliggör dock endast en del av ungdomsmottagningarnas arbete. Det finns inga siffror som kan visa könsfördelningen på de ungdomar som tar del av det utåtriktade arbetet. Sannolikt skulle sådan information visa på en mer jämn könsfördelning.

Väntetider

En annan aspekt av tillgängligheten går att synliggöra genom att redovisa väntetider. I uppföljningsrapporter redovisar ungdomsmottagningarna ett uppskattat genomsnittligt antal veckor det tar för en ungdom att få tillgång till de olika professionerna som finns kopplade till mottagningarna. Informationen har sammanställts i tabell 14.

Vad vi kan se är att väntetider för att träffa en *barnmorska* uppges vara en vecka eller kortare för de allra flesta mottagningar i länet. På tio av ungdomsmottagningarna finns dock en något längre väntetid. Sju av dessa har mellan en och två veckors väntetid och tre mottagningar har mellan två och fyra veckors väntetid. De mottagningar som uppges ha längst väntetid till barnmorska är Närhälsans mottagning i Kungälv och Trollhättan samt Göteborgs ungdomsmottagning Centrum.

Väntetider till *kuratorer och psykologer* följs upp på olika sätt inom Närhälsan och Göteborg. I Göteborgs statistik slås väntetiderna till de två professionerna samman medan de i Närhälsans rapporteras separat. Göteborg statistik skiljer också på väntetid till ett första mottagningssamtal och väntetid till samtal. Därav redovisas väntetiderna till dessa professioner uppdelat på de olika huvudmännen.

Väntetider till kuratorer inom Närhälsan är två veckor eller kortare på alla utom tre mottagningar. Två av dessa har en väntetid som är mellan två och fyra veckor. Här sticker ungdomsmottagningen i Mölndal ut med sammanlagt åtta veckors väntetid. Psykologer finns inte kopplade till alla ungdomsmottagningar. De som har tillgång till psykologresurser registrerar en väntetid i de allra flesta fall mellan fyra och sex veckor. Även här sticker Mölndal ut med åtta veckors väntetid till en psykolog medan Lerum, Alingsås och Mark rapporterar en väntetid som är två veckor eller kortare.

I Göteborg var väntetiden till samtal hos kurator och psykolog två veckor till en av mottagningarna. Resterande mottagningar rapporterar en väntetid på mellan fyra och åtta veckor.

Tabell 14: Väntetid till olika professioner

		Antal mottagningar med en väntetid motsvarande:					Antal mottagningar där profession eller information saknas	Summa mottagningar
		1 vecka eller mindre	1–2 veckor	2–4 veckor	4–8 veckor	8 veckor eller mer		
Länets – barnmorska	2017	42	7	3	0	0	0	52
Närhälsan – kurator	2017	24	18	1	1	1	1	46
Närhälsan – psykolog	2017	0	3	3	13	1	26	46
Göteborg kurator och psykolog (samtal)	2017	0	1	2	2	1	0	6

Källa: Information är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik.

Beskrivning 1: Data samlas in på olika sätt för mottagningarna inom Närhälsan och mottagningarna i Göteborg. Närhälsan delar upp väntetiderna mellan kurator och psykolog medan de rapporteras samlat i Göteborg. I Göteborg delas väntetiden upp i "mottagningssamtal" och "samtal". Det som redovisas i tabellen är väntetid till "samtal". Information från Tjörn och Stenungsund saknas.

Beskrivning 2: De tidsintervall som anges i verksamhetsstatistiken varierar och är överlappande. Sammanställningen har krävt viss tolkning.

Utåtriktat arbete

Det har redan konstaterats att en stor del av ungdomsmottagningarnas arbete handlar om att bedriva ett aktivt utåtriktat arbete. I verksamhetsstatistiken rapporterar ungdomsmottagningarna kontakter de haft under året med länets skolklasser. I Göteborgs verksamhetsstatistik anges "Antal klasser på klassbesök i åk 8 och 9 inom upptagningsområdet" och Närhälsans verksamhetsstatistik anger "Antal klasser/grupper på studiebesök". I Närhälsans verksamhetsstatistik framgår inte vilken åldersgrupp som klassbesöken riktar sig mot, men i intervjuer framkommer att också här registreras klassbesök i åk 8 och 9. För Göteborgs mottagningar särrapporteras även hur många språkintruktionsklasser som ungdomsmottagningarna mött.

I tabell 15 och 16 nedan presenteras antalet kontakter med skolklasser för 2017 uppdelat på Göteborgs och Närhälsans mottagningar.

Tabell 15: Antal redovisade klassbesök Göteborgs ungdomsmottagningar 2017

	Hisingen	Väster	Centrum	Angered	Gamelestaden	Olskroken
Antal klasser på klassbesök i åk 8 och 9 inom upptagningsområdet	63	57	52	26	29	4
Antal språkintruktionsklasser på klassbesök	12	23	7	8	15	8

Tabell 16: Antal redovisade klassbesök Närhälsans ungdomsmottagningar 2017.

	Alingsås m.fl.	Borås m. fl.	Falköping m.fl.	Lidköping m.fl.	Mölnadal m.fl.	Trollhättan m.fl.	Uddevalla m.fl.
Antal klasser/grupper på studiebesök	114	104	76	103	186	159	121

Denna information är dock svår att tolka för en utomstående. Det är svårt att veta hur många skolklasser som finns och därmed hur stor andel av dem som ungdomsmottagningarna faktiskt når. I vissa områden skulle det antagligen vara möjligt att sammanställa antalet skolor och göra en sådan bedömning, men i andra kan det vara svårare. En av enhetscheferna beskriver exempelvis svårigheter när det gäller Göteborgs Stads utbildningsanordnare. Där uppges att det, på grund av att det tidigare saknats en gemensam skolförvaltning, varit svårt att få tillgång till information om hur många skolor som finns i området.

I syfte att trots detta skapa något slags känsla för omfattningen på ungdomsmottagningarnas klassbesök kan en överslagsberäkning göras. Sammanlagt uppger länets ungdomsmottagningar att de under 2017 besökt 1094 skolklasser (språkintruktionsklasserna i Göte-

borg borträknade). Om vi utgår från ett genomsnittligt antal elever per klass i grundskolan på 19 stycken (Skolverket 2014) skulle dessa klassbesök i teorin ha resulterat i kontakt med 20786 elever under föregående år.

Om vi jämför uppskattningen av antalet elevkontakter med antalet ungdomar i en årskull i Västra Götaland kan vi skapa oss en, om än osäker, bild av omfattningen på denna del av ungdomsmottagningarnas utåtriktade arbete. Per 31 december 2017 fanns det 18068 ungdomar i Västra Götalands län som var 15 år vilket alltså är *färre* än den uppskattade teoretiska mängden elever som ungdomsmottagningarna har mött. Att antalet elever är färre än den beräknade antalet elever ungdomsmottagningarna har mött kan förklaras av att många ungdomsmottagningar gör besök i flera årskullar eller att det som rapporteras i statistiken inte är helklasser utan halvklasser eller grupper.

Beräkningen innehåller en mängd antaganden och är därmed osäker. Men den ger oss i alla fall någon form av uppfattning om omfattningen på ungdomsmottagningarnas klassbesök. Resultatet av beräkningen pekar mot att man i alla fall når en stor andel av skoleleverna i länet. Dock vet vi ingenting om huruvida det finns skolor eller elever som får flera besök och andra som inte får några besök alls.

Gruppverksamheter

Förutom att bedriva utåtriktat arbete och tillhandhålla individuellt stöd för ungdomarna arbetar mottagningarna även med gruppverksamheter. Det betyder att stödet inte ges individuellt utan till en grupp av ungdomar. I verksamhetsstatistiken för 2017 går att se för Göteborgs mottagningar hur många individer som fått ta del av denna form av stöd och vad det är för tema eller inriktning. För Närhälsans mottagningar går att se vid hur många tillfällen som mottagningarna genomfört så kallade ACT-grupper (Acceptance and Commitment Therapy), där en särskild metod används för att möta ungdomar i grupp. Se tabell 17 nedan.

Tabell 17: Gruppverksamheter 2017

	Gruppverksamhet	Antal ungdomar	Antal tillfällen
Göteborg	Fit for life	10	-
	Mindfulness	41	-
	Sexuella svårigheter	7	-
	Sexuella övergrepp	15	-
	Basal kroppskännedom	22	-
	ACT	35	-
Närhälsan	ACT	-	28

Källa: Informationen kommer från redovisad verksamhetsstatistik för 2017.

Resultat från brukarenkäter

Inom Närhälsans ungdomsmottagningar och inom Göteborgs Stad görs regelbundna brukarenkäter. De är dock olika i sin utformning vilket gör det svårt att ge en samlad beskrivning över länet. Här redovisas kortfattat resultaten från de senaste enkäterna.

Göteborgs Stads enkät ber de svarande att värdera 33 positivt formulerade påståenden, exempelvis *Jag är nöjd med det bemötande jag får av personalen*. Påståendena rör information, bemötande, förtroende, delaktighet, tillgänglighet, synpunkter och externa kontakter och svarsskalan är *Nej, aldrig* (1), *Nej, nästan aldrig* (2), *Ibland* (3), *Ja, nästan alltid* (4) och *Ja, alltid* (5). Se bilaga 4 för en fullständig redovisning av påståendena.

De flesta påståenden rör själva tillhandhållandet av insatsen och hur de svarande upplevt den. En fråga mäter dock någon form av resultat på målgruppsnivå. De svarande ställs följande fråga: *Hur har din situation ändrats i och med det stöd du fått från oss?* Svarsskalan

går från *Förbättras mycket* (1), *Förbättrats något* (2), *Varken eller* (3), *Försämrats något* (4) och *Försämrats mycket* (5).

I denna enkät ställdes också frågor om respondentens kön, ålder, hur lång tid den bott i Sverige, var den är född och var dennes föräldrar är födda.

Frågorna har formulerats för Göteborgs Stads verksamheter i stort och var inte specifikt anpassade till ungdomsmottagningsverksamhet. De mest aktuella resultaten är från 2016 och besvarades av sammanlagt 487 personer. Resultatet från denna enkät presenteras i ett index som procentandel av svarande vilka anger svarsalternativ 4–5 på svarsskalan, se tabell 18 nedan.

Tabell 18: Resultat från Göteborgs stads brukarenkät 2016 avseende ungdomsmottagningarna (procent)

	UM Hisingen	UM Väster	UM Centrum	UM Gamlestaden	UM Olskroken
Information *	96	98	97	98	99
Bemötande	93	95	97	98	99
Förtroende**	93	95	93	96	97
Delaktighet***	89	91	89	88	91
Tillgänglighet	88	90	79	83	82
Synpunkter****	78	78	70	71	73
Ext. kontakt*****	79	92	86	86	86

Källa: Information är hämtad från Göteborgsmottagningarnas verksamhetsstatistik för 2017.

Beskrivning: Resultatet från denna enkät presenteras i ett index som procentandel av svarande vilka anger svarsalternativ 4–5 på svarsskalan. *Förståelse av info från personal och vet hur man får tag på info, **Trygg i verksamheten, *** Är med och påverkar stödet och hjälpen man får, **** Vet hur man lämnar synpunkter och klagar om man inte är nöjd, ***** Personalen har kontakt med andra som ger stöd och hjälp.

Närhälsans mottagningar har en enkät som låter de svarande värdera fem positivt formulerade påståenden om kontaktmöjligheter, förtroende, delaktighet och nöjdhet, se tabell 19 nedan. De svarande får ange på en skala från 1 till 5, men det framgår inte av sammanställningen vilka svarsalternativ som fanns på skalan. I enkäten ställdes frågor om respondentens ålder.

Enkäten genomfördes i november 2017 och besvarades av 1 726 personer. Resultaten som redovisas är procentandelen av de svarande som angett svarsalternativ 4 eller 5. I enkäten ges de svarande möjligheter att lämna kommentarer vilket ger mottagningarna möjligheter att analysera svaren för att fördjupa sin förståelse av hur ungdomarna uppfattar sitt möte på mottagningen.

Tabell 19: Resultat från patientenkäten 2017 – Närhälsan, ungdomsmottagningarna (procentandelar)

Det var lätt att komma i kontakt med mottagningen.	95
Jag kände förtroende för personalen.	99
Jag fick möjlighet att ställa de frågor som jag önskade.	99
Jag kände mig delaktig kring min vård och behandling.	99
Jag är nöjd med mitt besök.	99

Beskrivning: Resultaten som redovisas är procentandelen av de svarande som angett svarsalternativ 4 eller 5.

Källa: Informationen är hämtad från en sammanställning av resultaten från patientenkäten inom Närhälsan 2017 som tillhandhållits via en områdeschef.

Det går inte att jämföra resultaten av dessa två enkäter eftersom det varierar både vilka frågor som ställs och antalet frågor. Det som man kan säga är att det framstår som att de som besvarat enkäten överlag verkar nöjda med den hjälp de fått på länets mottagningar.

En regional uppföljning av länets ungdomsmottagningar

Analysen har så här långt tittat på förväntningarna på länets ungdomsmottagningar och kartlagt övergripande information om ungdomsmottagningsverksamheterna på regional nivå. Det nya inriktningsdokumentet för ungdomsmottagningarna i länet preciserar tydligare än tidigare dokument bland annat resurserna som bedöms krävas för att driva verksamheterna, samt formulerar målsättningar för ungdomsmottagningarna. Att vidareutveckla inriktningsdokumentet på detta sätt kan sägas ligga i linje med SKL:s påpekande att det krävs tydligare regionala riktlinjer avseende ungdomsmottagningarna i landet. Men styrdokument av den sort som inriktningsdokumentet utgör är endast ett av verktygen i en styrningskedja. För att ett sådant instrument ska fungera som styrmedel antas det vara nödvändigt att det också följer med någon form av uppföljning som svarar på hur väl intentionerna efterlevs. Följande står i inriktningsdokumentet angående uppföljning:

Ungdomsmottagningarna ska analysera och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat. Uppföljningen ska ske utifrån det som gäller i överenskommelser och/eller avtal. Uppföljningen bör kunna följas över tid. Besöks- och åtgärdsregistrering ska redovisas i regionens vårddatabas. Kundenkäter ska redovisas och ungdomars synpunkter ska belysas och beaktas. Båda samverkansparter har i uppdrag att samverka utifrån samverkansavtal, gällande uppföljning och resultat årligen. (Inriktningsdokumentet s. 9)

I syfte att stötta en regional uppföljning av ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län presenteras nedan ett underlag som kan användas som stöd i det fortsatta arbetet.

Vad är uppföljning och varför ska vi följa upp?

När begreppet uppföljning används syftar det vanligen på en form av löpande eller återkommande arbete som samlar in data enligt fastställda rutiner i syfte att följa och ibland granska utvecklingen av något, inte sällan genom kvantitativa data (Lindgren 2012 s.31). Detta "något" som studeras kan antingen vara en hel organisation, en enskild verksamhet eller utvecklingen hos grupper av eller enskilda individer som finns i verksamheten. Men syftet är inte alltid att granska. Det kan likväl handla om att bidra till lärande och utveckling av verksamheter, det vill säga att uppföljningen används som verktyg för att ta fram beslutsunderlag i ett förbättringsarbete (SKL 2012 s.5).

Idag lyfts *systematisk* uppföljning ofta fram som en viktig komponent i det som kallas för evidens- eller kunskapsbaserad praktik. Här finns en ambition att styrningen och utförandet av de offentliga verksamheterna i större utsträckning ska grundas i bästa tillgängliga kunskap, där kunskap från vetenskapliga studier, de professionellas expertis och brukarens eller patientens erfarenhet och önskemål vägs samman i ett beslutsfattande (Socialstyrelsen 2012). Systematisk uppföljning ses då som ett viktigt verktyg för att förbättra de professionellas expertis och samla in erfarenheter från patienter och brukare.

För att ett uppföljningsarbete ska leda fram till ett underlag som säger något relevant och trovärdigt om verksamheten bör det dock ha vissa kvaliteter. En sådan kvalitet är att de aspekter vi väljer att följa upp bör vara relevanta i förhållande till målsättningen. Verksamhetens mål formulerar det önskade resultatet och uppföljningen bör söka svar på om vi med verksamheten faktiskt når dit vi vill. Här kan med fördel en verksamhetslogik användas som tydliggör de antaganden om förändring som görs om verksamheten, såsom utvecklats för ungdomsmottagningarna i figur 4 på sidan 30 .

En annan kvalitet är att det vi följer upp ska kunna användas för att styra och påverka

verksamheten. Att följa upp en aspekt av verksamheten som vi faktiskt inte äger makt att påverka är helt enkelt inte relevant eftersom den information vi får fram inte kan bidra till en förändring. Ytterligare en kvalitet handlar om genomförbarhet. De aspekter vi önskar följa kanske inte är möjliga på grund av att tillgången till data eller på grund av att kostnaderna att få fram data blir allt för stora (se exempelvis Socialstyrelsen 2017c eller McDavid et al. 2006).

En uppföljning av ungdomsmottagningarna i länet

Med utgångspunkt i ovanstående kan sägas att ett antal frågor bör besvaras i planeringen av en regional uppföljning av länets ungdomsmottagningar. Till att börja med måste vi veta vad som är målet med verksamheten eftersom detta styr vilka aspekter som det är relevant att uppföljningsarbetet fokuserar på. Den utvecklade verksamhetslogiken fyller just denna funktion. Vidare behöver vi svara på i vilka sammanhang som uppföljningen ska fungera som ett beslutsunderlag. Eftersom vi söker information som kan användas för någon form av utvecklande av verksamheterna blir det relevant att fråga sig vilka aktörer det är som har ett informationsbehov. Slutligen behöver vi analysera tillgången till data och eventuella hinder för att få tillgång till relevant data.

Vem har ett informationsbehov?

Det finns ett stort antal aktörer, alltifrån lokal till nationell nivå, som i teorin har ett behov av information om ungdomsmottagningarna i länet. Det handlar om alltifrån ungdomarnas behov av att få veta om mottagningarna faktiskt stärker deras rättigheter, till nationella aktörer som har behov av information i syfte att exempelvis säkerställa att svensk lagstiftning följs.

Denna kartläggning har dock ett tydligt regionalt perspektiv vilket styr bedömningen av vilka aspekter som är relevanta att följa upp. Det vi har intresse av att utveckla är en regional uppföljning som främjar utveckling och lärande, och i viss mån även kontroll, av ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län.

De aktörer som har ett informationsbehov i en sådan uppföljning är politiska beslutsfattare och tjänstepersoner i Västra Götalandsregionen och länets kommuner. Det handlar om hälso- och sjukvårdsstyrelsen, de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna tillsammans med ansvariga kommunala nämnder och de tjänstepersoner som stöttar dessa politiska forum. Eftersom det i dagsläget inte finns en gemensam huvudman blir också de arenor där huvudmännen möts relevanta mottagare av en sådan information, exempelvis inom ramen för vårdsamverkan. Slutligen är naturligtvis ansvariga områdes- och enhetschefer på länets ungdomsmottagningar de aktörer som med ett verksamhetsnära perspektiv slutligen kan använda informationen för utveckling av sina verksamheter.

Det finns andra aktörer vars informationsbehov *inte* står i fokus i denna genomgång. Det handlar om de professionella yrkesutövarna (barnmorskor, kuratorer och övrig ungdomsmottagningspersonal) som naturligtvis har behov av information för att kunna vidareutveckla och stärka sitt yrkesutövande. Men fokus här är att främst diskutera en övergripande regional analys. Det som prioriteras är alltså bredd snarare än djup.

Vilken information finns att tillgå om ungdomsmottagningarna?

Denna kartläggning har identifierat ett antal informationskällor som diskuteras nedan i tur och ordning.

Verksamhetsstatistik

På regional nivå samlas in beskrivande statistik avseende antal besökare uppdelat på kön, antal besök uppdelat per profession, väntetider, öppettider och omfattning på det utåtriktade arbetet i form av antal klasser som nås samt gruppaktiviteter. Denna verksamhetsstatistik rapporteras i Excel-dokument årligen till koncernkontoret i Västra Götalandsregionen för ungdomsmottagningarna som drivs av Närhälsan och Göteborgs Stad. Information avseende

Tjörn och Stenungsund har inte gått att få tag på via koncernkontoret, men personal från dessa mottagningar berättar att de regelbundet lämnar in data.

Informationen som samlas in ser dock olika ut mellan mottagningarna i Göteborg och Närhälsans mottagningar. Verksamhetsstatistiken i Göteborg innehåller samma information som det som efterfrågas från Närhälsan, men den innehåller också en stor mängd annan statistik. Det sätt som verksamhetsstatistiken ställs samman är också olika, vilket försvårar en sammanläggning av informationen och därmed en regional analys. Ur ett regionalt perspektiv hade det underlättat om den information som samlas in från samtliga mottagningar är likadan. Detta hindrar inte att kompletterande information kan efterfrågas från vissa mottagningar om så krävs av en enskild hälso- och sjukvårdsnämnd.

I kartläggningsarbetet har också tydliggjorts att behov finns av att förbättra den data som samlas in för att underlätta en sammanställning på regional nivå. Störst problem har kartläggningsarbetet stött på när det gäller väntetider där rapportering inte sker i avgränsade kategorier vilket gör en sammanställning av data svår. En annan rör hur gruppaktiviteter ska redovisas, som antal grupper eller individer som deltar i grupper.

Här rekommenderas alltså en vidareutveckling och en harmonisering av den information som ungdomsmottagningarna rapporterar i syfte att underlätta en regional analys.

Brukarenkäter

I dagsläget finns olika brukarenkäter inom Göteborgs Stad och Närhälsans mottagningar. Som visats ovan mäts olika aspekter i dessa två enkäter vilket gör det svårt att skapa en regional bild och möjliggöra en gemensam analys. Huruvida det är möjligt att harmonisera detta kan inte besvaras här, det kan endast konstateras att det ur ett uppföljningsperspektiv vore önskvärt.

Det kan också sägas att de variabler som mäts antagligen i större utsträckning skulle kunna kopplas till de förväntningar som finns på ungdomsmottagningsverksamheten. Ett sätt att vidareutveckla brukarenkäterna är att lägga de frågor som ställs i enkäterna bredvid figur 2 på sidan 17 och bedöma huruvida de frågor som ställs på ett relevant sätt mäter de förväntningarna som finns på ungdomsmottagningsverksamheten. Eventuellt finns det möjligheter att vidareutveckla frågorna så de i större utsträckning mäter de kvalitetsaspekter som är viktiga för ungdomsmottagningsverksamheterna.

Det är också önskvärt att brukarenkäterna ställer frågor om de individer som besvarar dem i syfte att skapa ett underlag för att göra analyser av vilka som kommer till mottagningarna och om olika grupper har olika uppfattningar om verksamhetens kvalitet. Här finns antagligen möjlighet till ett lärande kring vilka som besöker mottagningarna och därmed också en bättre insikt i vilka som kanske inte söker.

Vård databasen

En annan källa till information om ungdomsmottagningarnas verksamhet är att åtgärder som vidtas av de professioner som arbetar på ungdomsmottagningen registreras som olika åtgärds-koder i journalsystemet. På både internationell och nationell nivå pågår ett arbete sedan många år med att skapa åtgärds-koder och klassifikation av dessa, i syfte att göra det möjligt att följa vårdgivares insatser och skapa underlag för internationella, nationella och regionala och jämförelser mellan olika vårdgivare. (www.socialstyrelsen.se/klassificeringoch-koder/atgardskoderkva) Denna typ av data är relevant för en systematisk uppföljning av insatser och för att kunna bedriva forskning och utvärdering om hälso- och sjukvårdens verksamheter. Ett systematiskt insamlade av datavariabler som vi har en gemensam definition av är nödvändig för att kunna göra tillförlitliga analyser av datamaterialet.

I Västra Götalands län går data om ungdomsmottagningarnas åtgärder via journalsystemet in i den gemensamma vård databasen från de ungdomsmottagningar som ingår i Närhälsan tillsammans med data från den ungdomsmottagning som tillhör Angered närsjukhus.

Från övriga åtta ungdomsmottagningar som drivs av kommunala huvudmän förs ingen information över till vårddatabasen. Detta gör att den information om ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län som finns i vårddatabasen idag inte är fullständig. Eftersom antalet besökare på de mottagningar med kommunal huvudman utgör cirka 23 procent av det totala antalet besökare är detta naturligtvis en brist och försämrar möjligheterna till en regional analys. Enligt tjänstepersoner inom Västra Götalandsregionen krävs en juridisk och teknisk utredning för att bedöma huruvida det är möjligt för de kommunala huvudmännen att föra över information. Behovet av att utreda frågan har inom ramen för denna kartläggning lyfts till ansvarig områdeschef inom Göteborgs Stad.

I den data vi kan se i vårddatabasen finns åtgärder inom Närhälsans ungdomsmottagningar uppdelade på 65 olika koder. Det är intressant att notera hur 23 av dessa koder innehåller ordet "samtal" varav 19 koder gör åtskillnad på samtals tema. Data från Göteborg Stads ungdomsmottagningar har inte studerats i kartläggningen, men i listan över åtgärds-koder i Göteborg finns sammanlagt 92 stycken. Vi vet dock inte hur många av dessa som används.

Bilden som framträder i intervjuer är att ungdomsmottagningarna historiskt, förutom att använda de koder som finns i Socialstyrelsens klassifikationssystem, har utvecklat egna koder som ska ligga nära och passa väl med verksamheternas innehåll. Det finns också beskrivningar av att användningen av åtgärds-koder skiljer sig åt, inte bara mellan huvudmännen utan också mellan mottagningar hos samma huvudman. Att ha en lokal idé om hur verksamheten ska följas upp och anpassa dokumentation och uppföljning efter denna idé kan förstås gynna ett lokalt lärande. Men denna ambition kan sägas riskera att hindra möjligheterna att göra jämförelser med andra vårdgivare. Ur perspektivet att en regional analys av ungdomsmottagningarna är önskvärd finns behov av att harmonisera vilka åtgärds-koder som används för olika insatser och att skapa en gemensam förståelse av hur åtgärds-koderna ska användas.

Både Närhälsans och Göteborgs ungdomsmottagningar beskriver ett initierat eller redan pågående arbete med att välja ut åtgärds-koder och anpassa vilka som används till Socialstyrelsens klassifikationer, men bilden är samtidigt att mycket arbete återstår. Detta gäller främst den psykosociala personalen, medan arbetet beskrivs ha kommit längre inom det medicinska området. Ur ett regionalt perspektiv är det önskvärt att en harmonisering sker mellan huvudmännen när det gäller vilka åtgärds-koder som ska användas och tolkningen av vilka åtgärder som ska dokumenteras inom olika koder.

Instrument för att bedöma hälsoaspekter (Core)

Inom Närhälsans mottagningar har personal utbildats i ett bedömningsinstrument som kallas för Core. Detta instrument syftar till att säga något om huruvida det psykosociala arbetet leder till förbättring (Barkham et al 2006). Instrumentet mäter brukarnas mående innan och efter insats i syfte att skapa ett underlag att svara på om insatsen har någon effekt. Instrumentet ger också den ansvariga behandlaren och brukaren en direkt återkoppling. Ungdomen får skatta sin hälsa och funktion utifrån tio påståenden inom områdena: problem (nedstämdhet, ångest, sömn), funktion, välbefinnande och risk (suicidalitet). Frågorna sägs vara formulerade på ett enkelt sätt jämfört med många andra självskattningsskalor som används inom vården. Under 2017 var det endast några få mottagningar som använde instrumentet..

När det gäller att följa upp olika aspekter av ungdomsmottagningarnas insatser är det främst denna typ av data som kan säga oss något om det förväntade resultatet på mellanlång sikt att *alla ungdomar som tar del av ungdomsmottagningens insatser förbättrar sin hälsa (sexuella, reproduktiva, fysiska, psykiska)*. Här kan också pekas på behovet av ett regionalt perspektiv i valet av bedömningsinstrument. Det kan finnas stora vinster med att harmonisera vilka utfallsmått som används. Då blir jämförelser möjliga att göra och kan på så vis bidra till att utveckla och stärka verksamheternas kvalitet.

Lokala uppföljningar

I kartläggningsarbetet har flera olika lokala uppföljningsarbeten påträffats. Till exempel har flera mottagningar följt upp sina satsningar på lördagsöppet genom enkäter till besökarna och till tjänstgörande personal, och det finns beskrivningar av hur resultat från brukarenkäterna tas omhand och bidrar till verksamhetsutveckling. Resultatet av sådana lokala uppföljningar kan förstås även vara relevanta att lyfta till en regional nivå. Slutsatser och lärdomar dragna i ett geografiskt område kan vara relevanta för andra områden att ta del av. Utmaningen för ungdomsmottagningarna är det uppdelade huvudmannaskapet och avsaknad av stabila strukturer för att bära frågor mellan mottagningar hos olika huvudmän. Här framstår nätverket Västra Götalands läns ungdomsmottagningar (VGUN) som samlar verksamhetsutvecklare och chefer från alla huvudmän, som den enda arenan i dagsläget.

Andra källor

Slutligen kan sägas att det finns andra datakällor där information om ungdomsmottagningarna finns eller skulle kunna finnas.

En sådan är folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* som tidigare ställde frågor om respondenten besökt en ungdomsmottagning. Sedan 2014 ställs dock inte längre några sådana frågor vilket vore önskvärt för ungdomsmottagningarna i länet och möjligt för Västra Götalandsregionen att efterfråga. En annan sådan datakälla är *Vårdbarometern* som är en nationell enkät vilken går ut två gånger per år. I denna har Västra Götalandsregionen möjlighet att ställa egna frågor och några av dessa skulle kunna beröra ungdomsmottagningarna. Detta kräver dock att frågan drivs av någon aktör. Sådana datakällor skulle kunna stötta en regional analys av ungdomsmottagningarnas verksamheter.

En annan datakälla är information som sammanställs av Västra Götalandsregionen avseende utvecklingen i länet av befolkningen eller verksamheter i länet. Här är analysportalen en lämplig ingång (www.vgregion.se/om-vgr/statistik-analys/analysportalen).

Vad ska följas upp?

Slutligen återstår den mest centrala frågan, nämligen *vilka aspekter* av ungdomsmottagningsverksamheten som ska följas upp? Denna fråga diskuteras nedan med utgångspunkt i ungdomsmottagningarnas verksamhetslogik. Dock ska redogörelsen endast betraktas som ett diskussionsunderlag och ett stöd i ett fortsatt regionalt utvecklingsarbete av länets ungdomsmottagningar. Särskilt när det gäller insatserna är det av vikt att ansvariga professioner är med och svarar på vilka aspekter som kan vara relevanta att följa på regional nivå.

- Resurserna

Inriktningsdokumentet specificerar en lägsta nivå av personal för att ungdomsmottagningarna ska tillhandhålla en service av god kvalitet. Att faktiskt följa hur detta efterlevs bedöms därför vara relevant. I dagsläget saknas läkarresurser, samt kuratorer och psykologer i länet som helhet om vi bortser från den statliga satsningen. En uppföljning av detta kräver att information om antal årsarbetare på länets mottagningar efterfrågas i verksamhetsrapporterna och samlas in på ett systematiskt sätt.

Inriktningsdokumentet anger också hur kostnadsfördelningen ser hur mellan parterna. Det framhålls i intervjuer svårt att tillhandahålla en vård på lika villkor när engagemang- et från de kommunala aktörerna ser så olika ut i länet. Att följa utvecklingen av detta bedöms således vara relevant. Detta kräver dock att kostnadsfördelningen presenteras i samtliga samverkansavtal på ett liknande sätt så att en jämförelse blir möjlig. Så är inte fallet i de samverkansavtal som granskats inom ramen för denna kartläggning.

- Insatserna

När det gäller insatser bedöms det vara relevantt att på en regional nivå följa upp antal besökare i relation till antal individer i målgruppen 13–24 år uppdelat på geografiska områden. Statistiken bör redovisa andel besökare totalt i ungdomsgruppen samt uppdelat på juridiskt kön. Detta säger något om hur stor andel av målgruppen som faktiskt nås. Vidare bedöms besöksstatistiken till kuratorer och psykologer vara relevantt att redovisa könsuppdelad och följa över tid för att svara på hur väl ungdomsmottagningarna lyckas i sina ambitioner att bättre fånga upp killarna. Det skulle också kunna vara intressant att studera hur antal besök hos psykosocial personal fördelar sig mellan individerna, inte genom ett genomsnittligt antal besök per individ, utan genom att bryta ned data ytterligare för att se vilka grupper (ålder, kön med mera) som får vilken omfattning av stödet.

När det gäller vilka insatser som tillhandahålls ungdomarna är som redan konstaterats åtgärdskoderna en viktig datakälla. Inom ramen för denna kartläggning är det inte möjligt att svara på *vilka* åtgärds-koder som är relevanta att följa ur ett regionalt perspektiv. Det kan bara konstateras att det är önskvärt att inleda ett samtal över huvudmannagränser vilka åtgärds-koder som kan ge intressant information om vården som tillhandahålls länets ungdomar. Rekommendationen ges här att påbörja en process att välja några prioriterade åtgärds-koder och säkerställa att de används på lika sätt inom länets mottagningar och börja följa dessa över tid.

Information om väntetider är relevantt att följa eftersom det säger något väldigt konkret om tillgängligheten till mottagningarna. Dock bör informationen samlas in på ett mer strukturerat sätt än vad som idag sker. Uppföljningsrapporterna bör specificera de tidsintervall som kan anges i syfte att skapa möjlighet till en regional analys. På regional nivå kan sedan ett genomsnittligt antal veckors väntetid rapporteras för medicinsk respektive psykosocial personal. Det vore också relevantt att redovisa denna väntetid uppdelad på de olika geografiska områdena.

Det utåtriktade arbetet redovisas idag genom antal klassbesök. Denna information bör ställas i relation till antal klasser som finns i länet så att omfattningen av insatserna går att bedöma.

Antal gruppaktiviteter rapporteras idag på olika sätt beroende på vilken huvudman som mottagningen har. Det är en fördel om detta harmonieras. Här bedöms antal individer som deltar i gruppaktiviteter som mer relevantt att dokumentera än antal grupper.

När det gäller hur ungdomarna uppfattar kvaliteten i insatserna vore det önskvärt att också här harmonisera vissa av måtten i brukarenkäterna för att möjliggöra en regional analys.

Det kan också sägas att inriktningsdokumentet styr mot ökad samverkan inom ramen för vård-samverkansstrukturen i Västra Götalands län. Ett tänkbart uppföljningsmått är hur många mottagningar som finns representerade i grupper inom den regionala vård-samverkansstrukturen.

- Det förväntade resultatet

När det gäller att mäta det förväntade resultatet på kort sikt, förbättrad hälsa, är vi beroende av mätinstrument som mäter utfallet. Core är det instrument som lyfts fram i kartläggningen vilket används av vissa mottagningar. Också här finns ur ett regionalt perspektiv intresse av en harmonisering för att möjliggöra jämförelser och fördjupade analyser samt utvärdering av metoder och arbetssätt.

På lång sikt handlar det förväntade resultatet om att alla länets ungdomar ska få sin rätt till bästa möjliga hälsa stärkt. Här är utvecklingen beroende av en mängd olika faktorer som ligger utanför ungdomsmottagningsverksamheten, såsom exempelvis tillgång till övrig vård. Trots att det inte går att koppla ihop en förändring av hälsan hos ungdomar i länet i allmänhet, kan det dock ändå vara relevant att välja ut ett antal indikatorer avseende hälsostatusen hos ungdomar i Västra Götalands län och följa dessa över tid. Det kan här inte bedömas vilka som är mest relevanta, men statistik över suicidtankar bland ungdomar i länet skulle kunna vara en sådan indikator när det gäller psykosocial hälsa.

Tabell 20: Utkast på plan för regional uppföljning av ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län

Del av verksamhetslogiken	Förslag på mått	Möjliga datakällor	
Resurser	Lägsta nivå av service	Antal årsarbetare uppdelat per profession och nio geografiska områden i förhållande till nyckeltalen.	Självrapporterad verksamhetsstatistik
	Kostnadsfördelning	Andel av ungdomsmottagningar som når upp till fördelningsprincipen.	Granskning av samverkansavtal
Insatser	Ge kunskap, stöd och behandling.	Andel <i>besökare</i> av antal individer i målgruppen 13–24 år uppdelat på nio geografiska områden (totalt samt uppdelat i juridiskt kön).	Självrapporterad verksamhetsstatistik och befolkningsdata från SCB per 31/12 innevarande år.
		Antal <i>besökare för samtal</i> uppdelat på nio geografiska områden (totalt samt uppdelat på juridiskt kön).	Vårddata via vårddatabasen och/eller journalsystem.
		Antal och typ av <i>åtgärder/insatser</i> uppdelat på nio geografiska områden (prioritering av relevanta KVÅ-koder är nödvändig)	Vårddata via vårddatabasen och/eller journalsystem.
		Antal individer som deltar i en gruppaktivitet	Självrapporterad verksamhetsstatistik
		Genomsnittligt antal veckor väntetid till medicinsk respektive psykosocial personal, totalt i länet och uppdelat på de nio geografiska områdena.	Självrapporterad verksamhetsstatistik
	Utåtriktat arbete	Antal klassbesök per år, totalt och uppdelat i nio geografiska områden.	Självrapporterad verksamhetsstatistik.
	Samverkan	Antal mottagningar som har en representation till strukturen för regional vårdssamverkan	Självrapporterad verksamhetsstatistik.
	Kvalitet i insatserna	Andel besökare som uppfattar att verksamheten har förväntad kvalitet (<i>vad gäller tillgänglighet, ickediskriminering, rättighetsbaserad, utgår från den unges behov och uppdrag, helhetsperspektiv</i>)	Brukarenkäter
Andel nöjda besökare på länets ungdomsmottagningar.		Brukarenkät	
Förväntat resultat kort sikt	Stärkt hälsa	Andel besökare på ungdomsmottagningen som förbättrar sin hälsa.	Exempelvis Core.
Förväntat resultat lång sikt	Stärkt rätt till bästa möjliga hälsa	Andel personer 16–24 år med nedsatt psykiskt välbefinnande.	Exempelvis Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"
		Andel personer 16–24 år med suicidtankar. <i>Obs! Dessa mått går ej koppla ihop med ungdomsmottagningars verksamhet men kan vara relevant för verksamheterna att följa över tid.</i>	

Del 2:
Analys av folkhälsodata –
Vad vet vi om ungdomsmottagningens
besökare och icke-besökare?

Introduktion

Uppdraget som formulerades av Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) rörde en av frågorna *hur tillgänglighet till ungdomsmottagningarna ser ut för särskilda målgrupper*. Det finns därför anledning att börja analysen med en definition av de två begrepp som ingår i frågan: för det första *tillgänglighet*, och för det andra *särskilda målgrupper*. När det gäller tillgänglighet har vi valt att utgå från definitioner som finns i svensk lagstiftning och regionala policydokument. Begreppet särskilda målgrupper definieras med utgångspunkt i kartläggningens analys av styrdokument och intervjuer med ungdomsmottagningarnas enhetschefer.

Tillgänglighet

Begreppet tillgänglighet kan förstås på olika sätt. Ofta förknippas det med att den fysiska miljön inte ska utgöra ett hinder – alla ska kunna delta i samhället oavsett funktionalitet. Det handlar till exempel om att lokaler ska vara tillgängliga även för den som är rörelsehindrad (se exempelvis PBF 2011:338 3 kap 18 § eller Boverkets byggregler – föreskrifter och allmänna råd – avsnitt 3:112). Det kan också handla om att myndighetsinformation ska vara möjlig att ta del av för den som har en synnedsättning. Tillgänglighet används också ofta som ett bredare begrepp där det inte bara handlar om den fysiska miljön, utan också om möjligheten att ta del av en offentlig tjänst utifrån andra förutsättningar. Då innebär tillgänglighet även att det är möjligt att ta del av en offentlig service utifrån exempelvis öppettider eller köbildning (se exempelvis HSL 5 kap 1 §, PL 2 kap eller Krav- och kvalitetsbok – Vårdval Vårdcentral 2018 s. 9–10).

Begreppet tillgänglighet är centralt för ungdomsmottagningarna, vilket framkommer i kartläggningen. Det skulle till och med kunna påstås ligga i verksamhetens själva kärna och grundidé (ungdomsmottagningarnas verksamhetslogik). Alla ungdomar ska, utan att stöta på hinder, kunna ta kontakt med en mottagning och få stöd och hjälp, antingen inom ramen för mottagningens insatser eller genom att lotsas vidare till en annan offentlig aktör.

Tillgänglighet är dock ett svårt begrepp eftersom det behöver relateras till människors varierande behov och färdigheter. Det är därför inte självklart om en enskild verksamhet kan bedömas som tillgänglig eller inte, eller om tillgängligheten är hög eller låg. Det beror på vilka potentiella målgrupper som kan identifieras för verksamheten, liksom vilka krav på tillgänglighet som bedöms vara rimliga. Ungdomsmottagningarna har å ena sidan en avgränsad målgrupp: personer inom ett visst åldersspann. Det innebär att alla aspekter av tillgänglighet kanske inte behöver beaktas, det vill säga sådana som främst berör vuxna eller små barn. Å andra sidan är ungdomar 13–24 år en mycket heterogen grupp som kan förväntas ha olika förutsättningar att tillgodogöra sig ungdomsmottagningens utbud utifrån sådana aspekter som kön, sexualitet, familjesituation, religion, rörelseförmåga, kognitiv förmåga, språkkunskaper och så vidare. För en rullstolsburen person kan det vara avgörande om mottagningen har en lift eller inte, för en nyanländ person huruvida det finns tolkservice och så vidare. Därtill kan den enskilda individen naturligtvis ha en kombination av förutsättningar som påverkar möjligheten att tillgodogöra sig verksamhetens utbud.

Strävan efter en tillgänglig vård blir då detsamma som strävan efter en *vård på lika villkor* (som det formuleras i hälso- och sjukvårdslagen). Genom intervjuer med enhetschefer på länets ungdomsmottagningar har vi ställt frågor om hur mottagningarna ser på och agerar i de här frågorna och vi har funnit ett antal strategier. I intervjuerna beskrivs att de arbetar

för att säkra att det ordinarie utbudet av insatser är lika tillgängligt för alla länets ungdomar. Exempelvis sker det genom en samverkan mellan mottagningar kring *öppettider* och *personalresurser*, så att ungdomsmottagningen är tillgänglig för ungdomen oavsett var den bor. De arbetar också för att anpassa sitt ordinarie utbud av insatser så att de inte diskriminerar eller exkluderar olika grupper, exempelvis genom att arbeta med bemötandefrågor eller genom att hbtq-diplomera sina verksamheter. Men vissa insatser riktas också direkt mot vissa grupper av individer vilka uppfattas ha ett *särskilt behov*, exempelvis gruppverksamheter som ska främja sexuell hälsa för personer med intellektuella funktionsnedsättningar. Alla dessa tre typer av insatser – samverkan mellan mottagningar, målgruppsanpassat utbud och målgruppsriktade insatser – kan sägas handla om att stärka tillgängligheten i syfte att nå ett mer jämlikt vårdutnyttjande, och i förlängningen ett mer jämlikt hälsoutfall för ungdomar.

Särskilda målgrupper

Det andra begreppet som behöver definieras är särskilda målgrupper. Vilka är dessa? I styrdokumenterna över ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län och genom de intervjuer som genomförts med enhetschefer är det möjligt att identifiera tio grupper av ungdomar som uppfattas vara i behov av särskild uppmärksamhet. Det handlar om:

- killar och unga män
- ungdomar boende på mindre orter
- ungdomar som av någon anledning inte tar sig hemifrån
- ungdomar med någon form av funktionsnedsättning
- ungdomar som lever i socioekonomisk utsatthet
- homo-, trans-, bi- eller queerungdomar
- ungdomar som lever i hederskulturer
- ungdomar som är nyanlända
- ungdomar som lever på institution.

Den fråga som ställs i uppdragsbeskrivningen handlar om hur väl ungdomsmottagningarna lyckas med sina ambitioner att vara tillgängliga för dessa grupper. Hur höga är trösklarna för den som vänder sig till en mottagning och har en intellektuell funktionsnedsättning eller är homosexuell? Och hur höga är trösklarna om personen både har en funktionsnedsättning och samtidigt en normbrytande sexualitet? Lika självklar som frågan kan uppfattas vara, lika svår är den att besvara av den enkla anledningen att många av de egenskaper och erfarenheter som binder samman ungdomar i dessa kategorier inte är något vi idag samlar in data om, och i många fall kanske inte heller *bör* samla in data om.

Det vi kan veta något om rör främst (juridiskt) kön, ålder och geografisk hemvist. Genom besöksstatistik från 2017 vet vi hur stor andel av ungdomsmottagningarnas besökare som är registrerade som män (15 procent) och hur stor andel dessa män utgör av den manliga befolkningen i den aktuella åldersgruppen – 7 procent – vilket kan jämföras med att de besökande kvinnorna utgör 43 procent av den kvinnliga befolkningen. Vi vet också att de geografiska skillnaderna mellan olika delar av länet varierar (se vidare i del 3).

Men det är med grund i befintlig verksamhetsstatistik betydligt svårare att säga något om ungdomarnas sexualitet, hemförhållanden eller ekonomiska situation. Det är också så att en uppmätt skillnad mellan grupper inte per automatik innebär ett uttryck för skillnader i tillgänglighet för samma grupper. Det är först när en ungdoms behov av hjälp och stöd från en ungdomsmottagning inte möts på grund av brister i tillgängligheten som vi kan tala om ett problem. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det också så att patienter med störst behov ska ges företräde.

Utmaningen för ungdomsmottagningarna är att de (i alla fall i viss utsträckning) behöver mer kunskap om sina besökare och sina målgrupper för att kunna säga vilka grupper som de faktiskt når – och vilka de inte når. Det är inte självklart hur sådana studier ska designas, men det finns möjligheter att ställa frågor via besöksenkäter och att använda folkbokföringsregister för att ta reda på exempelvis vilka bostadsområden som besökarna (inte) kommer från. Brukarundersökningar pekar entydigt på att besökarna generellt är nöjda. Däremot finns det idag inte något underlag som gör det möjligt att bedöma huruvida de som söker sig till en mottagning är de som har (det största) behov(et). Den grupp som aldrig kommer till ungdomsmottagningarna är ju betydligt svårare att nå, och därmed är det svårt att veta varför de inte kommer: om de saknar behov av ungdomsmottagningens insatser eller om det beror på tillgänglighetshinder.

Inom ramen för detta uppdrag har dock ingen brukarundersökning genomförts. Istället har vi analyserat ett befintligt datamaterial – den regionala folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" – för att se om det går att påvisa några skillnader i vårdnyttjande utifrån kön, socioekonomi och andra individfaktorer. För att ge en bakgrund till analysen kommer vi först att redogöra för vad några stora svenska sammanställningar visar när det gäller (o)jämlig hälsa och (o)jämligt vårdnyttjande generellt i Sverige, och specifikt när det gäller ungdomsgruppen.

Vad vet vi om (o)jämlig hälsa och vård i Sverige?

Jämlig hälsa är en vision som ännu inte har infriats

Den svenska hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anger att:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

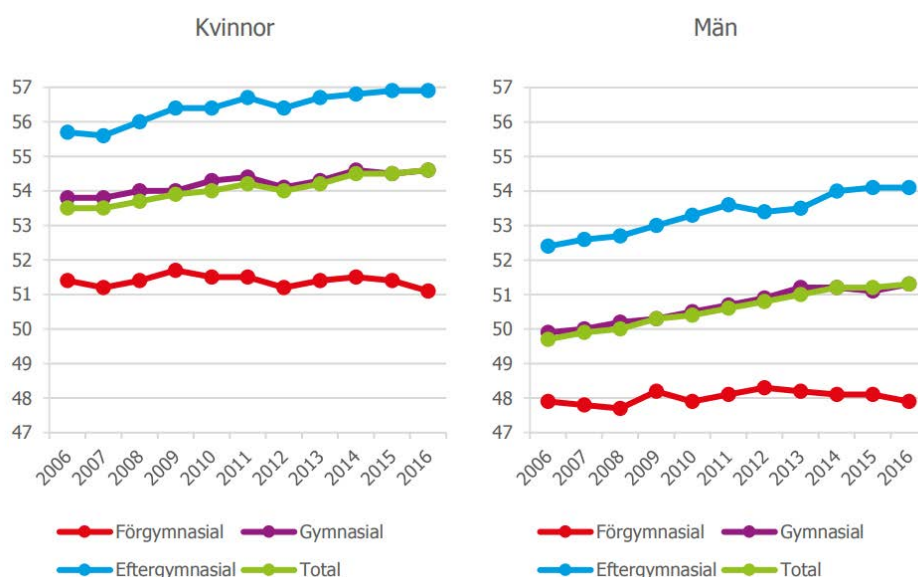
I Sverige har befolkningen internationellt sett en god hälsa. Under de senaste decennierna har det dock uppmärksammats att människors hälsa i Sverige, liksom i resten av västvärlden, fortfarande påverkas av sådant som klass- och könstillhörighet, och att den gör det i allt större utsträckning. Generellt sett har folkhälsan förbättrats – medicinska framsteg och politiska reformer har bidragit till enorma framsteg. Men samtidigt har *skillnaderna* i hälsa ökat – hälsan är inte jämnt fördelad varken inom eller mellan länder (se t.ex. SKL 2009; Forte 2017). Initiativ har tagits på såväl internationell som nationell nivå för att stävja denna utveckling. WHO:s världshälsoförsamling antog 2009 en resolution om att minska ojämlikhet i hälsa genom åtgärder som påverkar hälsans så kallade sociala bestämningsfaktorer. Det skedde efter att en kommission tillsatts och 2008 publicerade rapporten *Closing the gap in a generation*. Idag finns denna ambition inbyggd i de globala målen och Agenda 2030 som FN formulerat (globalamalen.se). Ytterligare ett exempel är resolutionen *Reducing health inequalities* som EU antog 2010.

I Sverige tillsatte regeringen en egen kommission under 2015–2017 för att ta fram nationella strategier. Kommissionen leddes av professor Olle Lundberg och levererade ett antal rapporter och ett slutbetänkande (SOU 2017:47) som innehåller mycket fakta på detta område. Det är dessa rapporter samt andra nationella sammanställningar som den här kunskapsöversikten baseras på, eftersom vi inte såg det motiverat att göra egna sökningar i vetenskapliga databaser. Fokus ligger på psykisk hälsa. För den som önskar en mer heltäckande bild av detta stora fält hänvisar vi till de refererade rapporterna.

Exempel på ojämlikhet i hälsa och vårdnyttjande

Den yttersta konsekvensen av skillnader i hälsa utifrån kön och socioekonomi är att vi lever olika länge beroende på vilka vi är – kvinnor tenderar att leva längre än män och personer med hög utbildningsnivå längre än dem med låg. Skillnaderna är större mellan olika socioekonomiska grupper (6,2 år) än mellan kön (3,3 år). För båda könen har medellivslängden ökat över tid, men det har samtidigt skillnaderna. Medellivslängden har ökat för alla grupper, utom för dem med lägst utbildningsnivå (Folkhälsomyndigheten 2018).

Diagram 3: Återstående medellivslängd vid 30 års ålder (år), fördelad på utbildningsnivå och kön, 2006–2016



Beskrivning: Källa: Folkhälsomyndigheten (2018: 12)

Samtidigt som kvinnor lever längre skattar de generellt sett sin hälsa som sämre än vad män gör. Även här spelar utbildningsnivå in – ju högre utbildningsnivå desto fler skattar sin hälsa som god eller väldigt god. Skillnaderna har även här ökat över tid (Folkhälsomyndigheten 2018).

Några andra grupper lyfts fram i statistiken kring ojämlik hälsa. Det är hbtq-personer, vissa funktionshindergrupper, nyanlända, nationella minoriteter och personer som står utanför arbetsmarknaden (personer kan förstås tillhöra flera grupper samtidigt). Det finns även tecken på skillnader i hälsa utifrån födelseland: personer födda utanför Europa skattar i regel sitt psykiska välbefinnande som sämre än personer födda i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2018).

Systematiska skillnader i hälsa är en fråga – skillnader i vårdnyttjande en annan. Vårdanalys talar om *omotiverade* skillnader för att tydliggöra att vården inte ska fördelas jämnt i befolkningen utan utifrån *behov*. Det är således de med störst behov (och inte de med mest resurser) som också ska vara vårdtagare ur ett jämlikhetsperspektiv. Här pekar resultaten åt lite olika håll. När det gäller primärvård visade en analys av ett antal landsting att utbildningsnivå eller kön inte verkar spela någon större roll för nyttjande av primärvård (mätt i antal besök). Däremot nyttjades öppen specialistvård relativt sett mer av dem med bättre socioekonomiska förutsättningar (trots att de förväntas ha bättre hälsa, Vårdanalys 2017).

Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport från 2009 lyfter fram skillnader som bottnar i utbildningsnivå och födelseland, men även bostadsort – personer som bor i tätort nyttjar mer vård än de som bor i glesbygd. Rapportförfattarna pekar också på att personer med låg utbildning oftare vårdas på sjukhus för sådant som hade kunnat behandlas i öppen vården. De lyfter även fram skillnader som att:

[...] läkemedelsbehandling vid flera stora folkhälsosjukdomar [är] mindre ändamålsenlig för lågutbildade och utlandsfödda, än för högutbildade och svenskfödda. Detta gäller till exempel behandling vid hjärtinfarkt, hjärtsvikt, och stroke. Högutbildade ordineras oftare nyare och därmed dyrare läkemedel. Också vid läkemedelsbehandling av schizofreni finns påtagliga skillnader – till lågutbildades nackdel. Analyser av äldres läkemedelsanvändning visar också att lågutbildade personer har en mer riskfylld läkemedelsanvändning, både när det gäller olämpliga läkemedel och olika kombinationer av läkemedel. (Socialstyrelsen 2009:183)

Hur förklaras skillnader i hälsa och vårdnyttjande?

Den ojämlika hälsan uppstår av flera skäl. En viktig förklaring finns i människors *livsvillkor*, det vill säga i de förhållanden som råder där människor föds, lever, arbetar och åldras, en annan i människors *levnadsvanor*. Att leva i en utsatt social situation är förenat med fler riskfaktorer, större sårbarhet för sjukdom och högre sjukdomsförekomst. Exempelvis exponeras människor i olika grad för rökning eller för farlig arbetsmiljö beroende på sin livssituation. De utvecklar också olika levnadsvanor som påverkar hälsan, till exempel när det gäller kost och motion (se t.ex. Folkhälsomyndigheten 2018).

En annan förklaring handlar om de *system* som skapats för att hantera sjukdom och ohälsa. En del skillnader uppstår även inom sjukvården. Det har visat sig finnas omotiverade skillnader i vårdens tillgänglighet, insatser och resultat både när det gäller primär- och specialistvård. Vissa skillnader uppstår i själva vårdmötet där patienter, i strid med lagens intentioner, exempelvis får olika bemötande eller behandling beroende på var i landet de söker vård, vilken personal de träffar och vilka de själva är. Det kan handla om att personer inte tillfrågas om rätt saker på grund av bristande kunskap om språk, kultur eller sexualitet, eller att personer främst fångas upp i en del av vården där endast vissa behov uppmärksammas (därmed uppmärksammas till exempel inte somatiska sjukdomar i tillräcklig utsträckning inom psykiatri och vice versa). Människor tenderar också att uppsöka vård i olika utsträckning. Därmed är deras besvär mer eller mindre långt gångna, och därmed mer eller mindre möjliga att behandla när de väl söker hjälp (se t.ex. Vårdanalys 2014; 2017; SOU 2017a:47).

Hälsa och vårdutnyttjande bland unga

Den svenska kommissionen fokuserar kön och socioekonomi, inte ålder. Det är också ett oundvikligt faktum att hälsan är sämre ju äldre människor blir, varför äldres (o)hälsa diskuteras mer än yngres. Det finns dock några skillnader i hälsa bland barn och ungdomar som uppmärksammas i svenska kunskapssammanställningar och rapporter. Vi har här fokuserat på skillnader i psykisk hälsa.

En av de skillnader som lyfts fram är att tjejer i åldern 16–24 år är den grupp i befolkningen som rapporterar högst nivåer av stressrelaterade besvär. Flickor i grundskolan rapporterar också mer skolrelaterad stress än pojkar. Denna tenderar också att öka något över tid oavsett kön (Folkhälsomyndigheten 2014; Folkhälsomyndigheten 2018). I regeringsuppdraget för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF) står det att de ska:

kartlägga hur unga med självupplevd psykisk ohälsa uppfattar sina svårigheter, vilka sätt de använder för att hantera dessa samt vilka resurser i det offentliga och det civila samhället som de upplever kan ge dem stöd (MUCF 2015: förord).

Här påvisas en annan könsskillnad. Resultaten, som bygger på en digital enkät och tre fallstudier, pekar mot att tjejer söker hjälp för den här typen av besvär i större utsträckning än killar, både från professionella och från andra i sin omgivning.

Även psykiatriska diagnoser och vårdtider bland unga skiljer sig åt utifrån kön och föräldrars socioekonomi (Socialstyrelsen 2013; 2017a). De påverkar också förutsättningarna för den egna framtida inkomsten genom att påverka skolresultat (Socialstyrelsen 2013; 2017a).

Omkring 10 procent av flickor, pojkar och unga män har någon form av psykisk ohälsa, utifrån uppgifter i Socialstyrelsens nationella hälso- och dataregister 2016. Motsvarande siffra för unga kvinnor är 15 procent. De diagnoser som främst bidrar till ökningen är depressioner och olika ångestsyndrom. Diagnoser som tyder på skadligt bruk och beroende av olika substanser ökar också, särskilt bland unga män. (Socialstyrelsen 2013; 2017a: sammanfattning)

Det är vanligare med självmordsförsök bland tjejer, men däremot är det i större utsträckning killar som tar sitt liv eller som förolyckas av förgiftning (inklusive överdos). I åldern 15–39

år är dödsfall totalt sett mer än dubbelt så vanligt bland män (65 per 100 000 invånare) än bland kvinnor (29 per 100 000 invånare) enligt Socialstyrelsens statistik över dödsorsaker (den senaste statistiken är från 2016). Det finns fler pojkar än flickor i den psykiatriska öppenvården, men däremot fler flickor i slutenvården (Socialstyrelsen 2017b).

Det finns också skillnader som går att härleda till livsvillkor. En studie från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) påvisar att barns hälsa tenderar att variera utifrån familjens ekonomiska status och utbildningsnivå. Det märks exempelvis genom att barn från hem med lägre socioekonomisk status oftare blir inskrivna på sjukhus. Störst risk löper de barn vars föräldrar tar emot ekonomiskt bistånd eller har psykisk ohälsa. Att växa upp i ekonomiskt svaga familjer kan även kopplas till sämre hälsa som vuxen (Mörk m. fl. 2015).

Det finns belägg för att barn till mödrar som har grundskola som högsta utbildning löper högre risk att avlida vid förlossningen, att drabbas av luftvägsbesvär och astma, råka ut för dödsolyckor i ungdomen eller att vårdas i psykiatrisk slutenvård för missbruk, depressioner, ångest, adhd och psykos. En annan utsatt grupp är placerade barn, som har sämre hälsa än andra barn när det gäller exempelvis självskada, psykofarmaka och dödlighet. Även barn med kroniska fysiska sjukdomar är extra utsatta: de har ökad risk för psykisk ohälsa om de vuxit upp i arbetarhem, om deras föräldrar var ensamstående eller saknade förvärvsarbete, eller om de har utländsk bakgrund (Socialstyrelsen 2013; Forte 2017). Det handlar alltså om flera faktorer som tillsammans utgör riskfaktorer. Det ska också betonas att det handlar om just en ökad *risk på gruppnivå*; inte om absoluta samband för varje enskild individ.

Analys av enkäten ”Hälsa på lika villkor”

Enkäten

Sedan 2004 har Folkhälsomyndigheten genomfört enkäten *Hälsa på lika villkor*. Den genomfördes tidigare årligen, men sedan 2016 genomförs den vartannat år. Respondenterna väljs ut slumpmässigt, dels av myndigheten, dels av de regioner och landsting som är intresserade av att delta med ytterligare personer. Det nationella urvalet består av 40 000 personer i åldrarna 16–84 år som mottar enkäten per post. 2018 års enkät skickas ut till cirka 280 000 personer. Frågeformuläret består av ett 60-tal frågor (med ytterligare delfrågor) och kompletteras med folkbokföringsuppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB). Svarsfrekvensen har sedan 2011 legat på drygt 50 procent. De svar som inkommer viktas och kalibreras så att de representerar hela populationen 16–84-åringar. Folkhälsomyndigheten har bedömt att enkätsvaren är representativa trots bortfallet (en större bortfallsanalys genomfördes 2009).¹³

Fram till 2016 innehöll enkäten en fråga om vårdkontakter där ungdomsmottagning ingick som ett av många svarsalternativ. Enkätfrågan löd:

Har du under de senaste tre månaderna besökt eller besökts av någon av följande? Instruktion: *Gäller egna besvär eller sjukdom. Sätt ett kryss på varje rad.*

Sedan 2016 har den frågan dock inte ingått och det finns ingen information om huruvida den kommer att föras in igen. Därför är det svaren från 2015 års enkät som har analyserats inom ramen för vår studie.

Det totala urvalet för Västra Götalands län bestod i 2015 års undersökning av cirka 95 000 personer, med svar från drygt hälften (55 procent). För den snävare och yngre åldersgrupp vi fokuserar inom ramen för denna studie, det vill säga länets 16–24-åringar, är svarsfrekvensen betydligt lägre, cirka 34 procent – och därtill lägre för män än för kvinnor.¹⁴ Totalt omfattar den analyserade datafilen 3 733 svarspersoner. Det ska också noteras att detta avgränsade åldersurval som erhållits är oviktat. Det här innebär alltså att det finns en betydande osäkerhet i resultaten, särskilt beträffande män – och att resultaten på totalen tenderar att överrepresentera kvinnor.

Genomförande

FoU i Väst/GR har från Västra Götalandsregionen erhållit (december 2017) ett utsnitt av (oviktade) data från den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* genomförd i Västra Götalands län 2015. Datafilen var alltså dels avgränsad till respondenter i åldrarna 16–24 år, dels till ett urval om 66 relevanta variabler utifrån diskussion med Västra Götalandsregionens kontaktperson samt en tillfälligt sammansatt arbetsgrupp bestående av verksamhetsutvecklare inom Närhälsans och Göteborgs ungdomsmottagningar samt en person från Kunskapscentrum för jämlik vård från koncernkontoret Västra Götalandsregionen. Arbetsgruppen tillsattes genom dialog med den partsgemensamma gruppen som representerar beställarna av hela analysarbetet.

13. Mer information om undersökningen finns här: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/> samt: <http://www.vregion.se/om-vgr/statistik-analys/halsolaget/undersokningsresultat/folkhalsoenkaten---halsa-pa-lika-villkor/>

14. Exakt svarsfrekvens för åldersgruppen är okänd utifrån den tekniska rapporten för tilläggsundersökningen i Västra Götalands län (<https://snd.gu.se/sv/catalogue/study/ext0195>). För åldersgruppen 16–29 år redovisas svarsfrekvensen 34,3 procent – 28,8 procent för män, 40,0 för kvinnor (bilaga 2a).

Syfte

Datamaterialet har bearbetats och analyserats utifrån flera syften:

- att beskriva andelen besökare på en ungdomsmottagning i olika demografiska grupper (bi- och multivariata analyser)
- att beskriva profilen på ungdomsmottagningens besökare jämfört med icke-besökare (bivariata analyser)
- att förklara vilka faktorer som ökar sannolikheten för ett besök på en ungdomsmottagning (logistisk regressionsanalys)
- att beskriva gruppen icke-besökare som uppvisar den typ av hälsorisker/riskabel livsstil som gör att den kan ses som en potentiell riskgrupp inom ungdomsmottagningarnas målgrupp (bi- och multivariata analyser).

De beskrivningar och analyser som redovisas i föreliggande rapport har vi valt ut som de mest relevanta resultaten utifrån syftet med denna delstudie. För den läsare som vill ta del av fler resultat hänvisas till bilaga 5.

Datamaterialets svaghet utifrån syftet

Utifrån vår analys av besökare och "icke-besökare" har det tillgängliga datamaterialet en grundläggande svaghet i det att enkätfrågan avser besök på en ungdomsmottagning under en förhållandevis kort tidrymd: "de senaste tre månaderna" (se ovan). Det är därför svårt att tala i termer av "icke-besökare". Personer som svarar nej på frågan kan ha besökt en mottagning bara lite längre tillbaka i tiden än 3 månader och därmed ha ett tämligen aktuellt kontaktbehov eller nyss tillgodosett vårdbehov.

En annan begränsning i analysen är att den baseras på svar från personer i åldrarna 16–24 år, trots att ungdomsmottagningens målgrupp omfattar även yngre.

En tredje svaghet är att undersökningen genomfördes våren 2015 och därmed inte kan ge en lika aktuell bild som rapportens övriga delar.

Resultat: Ungdomsmottagningens besökare

Enkäten innehåller ett tämligen stort antal bakgrundsfaktorer som gör det möjligt att beskriva vilka socioekonomiska och andra invånargrupper i länet som besökt en ungdomsmottagning i större utsträckning än andra. De tillgängliga variabler som vi fokuserat på är: *ålder, (juridiskt) kön, sexuell läggning, födelseland (Sverige eller annat land), sysselsättning, hushållsinkomst och boendekommun*. Beträffande sysselsättning och sexuell läggning baseras uppgifterna på respondentens egna svar; i övrigt baseras dessa uppgifter på registerdata.

Om vi börjar med att se till samtliga 16–24-åringar i länet som besvarat enkäten uppger nästan var femte, 18 procent, att de besökt (eller besökts av) en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna.¹⁵ 4 procent uppger att de besökt en mottagning flera gånger – resterande 14 procent att de har gjort det en gång. Vi kommer härnäst att benämna dessa grupper "flergångsbesökare" respektive "engångsbesökare". När vi talar om båda grupperna tillsammans använder vi "besökare". De som svarat att de inte besökt en mottagning de senaste tre månaderna kallar vi förenklat för "icke-besökare" (dvs. 82 procent).

Av de undersökta bakgrundsfaktorerna är kön den faktor som har tveklöst störst betydelse i sammanhanget: det är mer än fem gånger så vanligt att tjejer (16–24 år) besökt en

15. Med utgångspunkt i SCB:s befolkningsstatistik, som redovisar 183442 invånare 16–24 år i Västra Götalands län 31 december 2015, ger enkätresultatet 18 procent en skattning på 33 020 (unika) besökare under en tremånadersperiod. Antalet måste tolkas ungefärligt då enkätsvaren inte är helt representativa sett till befolkningens sammansättning. I jämförelse registrerade länets mottagningar tillsammans 45 181 unika besökare under helåret 2015 (självrapporterad verksamhetsstatistik; se vidare i del 3). I princip kan antalet unika besökare vara mindre då en och samma individ registreras dubbelt om hen har haft kontakt med olika mottagningar. Det större antalet besökare i verksamhetsstatistiken är helt rimligt utifrån att den avser besök under hela året medan enkäten mäter besök under en tremånadersperiod samt att enkäten inte omfattar personer under 16 år, vilka däremot ingår i verksamhetsuppgiften. Så långt finns alltså inget skäl att bedöma enkätstatistiken som orimlig (se dock vidare not 16).

ungdomsmottagning jämfört med killar (16–24 år) – andelen besökare skiljer mellan 28 och 5 procent (diagram 4).¹⁶ Bara 1 procent av killarna uppger att de besökt en mottagning flera gånger den senaste 3-månadersperioden, mot 7 procent av tjejerna.

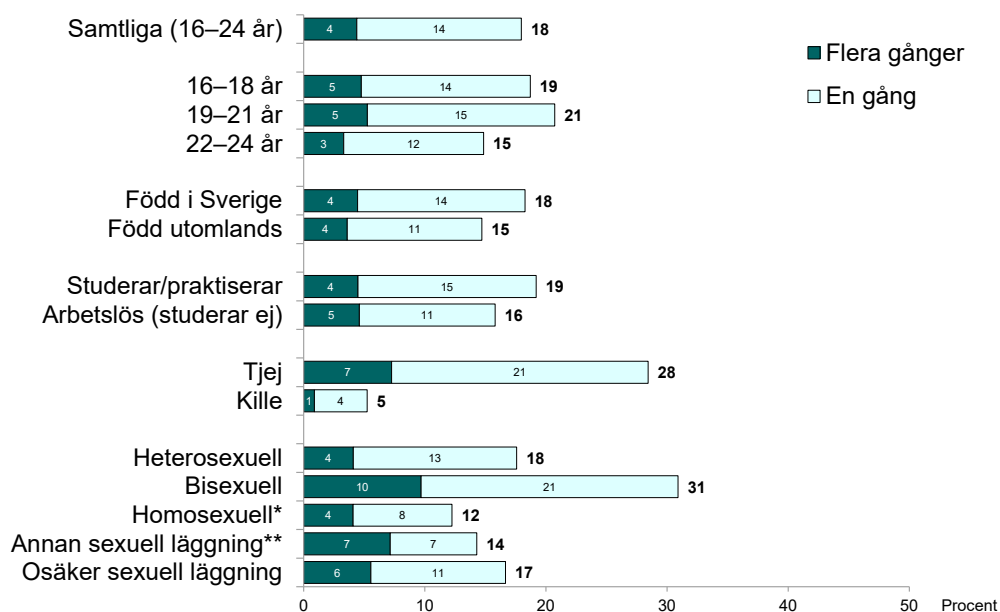
En annan faktor av relativt stor betydelse är sexuell läggning: i gruppen av personer som definierar sig som bisexuella är andelen besökare 31 procent – jämfört med 18 procent av de som definierar sig som heterosexuella.

Det kan också noteras att andelen besökare är lite mindre i den äldsta gruppen, 22–24 år, jämfört med övriga. Det gäller både tjejer och killar men tydligast hos tjejerna (hos killarna är det den yngsta gruppen, 16–18 år, som tydligast skiljer ut sig med större andel besökare jämfört med dem över 18 år) (se diagram B1 i bilaga 5).

När det gäller besöksbenägenhetens koppling till om personerna är födda i Sverige eller i ett annat land är skillnaden mindre, och därtill lite svår att värdera då personer födda utomlands tenderar att vara sämre representerade i den här typen av enkätundersökningar (gruppen utgör bara 8,4 procent av det totala svarsunderlaget mot 14,1 procent i befolkningen enligt SCB-statistik för 2015).

Även individernas sysselsättning tycks ha begränsad betydelse i sammanhanget: i såväl gruppen som studerar/praktiserar som gruppen arbetslösa är andelen besökare ungefär densamma som för samtliga (diagram 4). Eftersom sysselsättning i den här åldersgruppen är starkt åldersberoende är även dessa relativt små skillnader svåra att värdera utan fördjupa analysen genom att samtidigt ta hänsyn till åldersfaktorn. (Vi återkommer till en sådan analys längre fram.)

Diagram 4: Andel som besökt en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna, i olika befolkningsgrupper



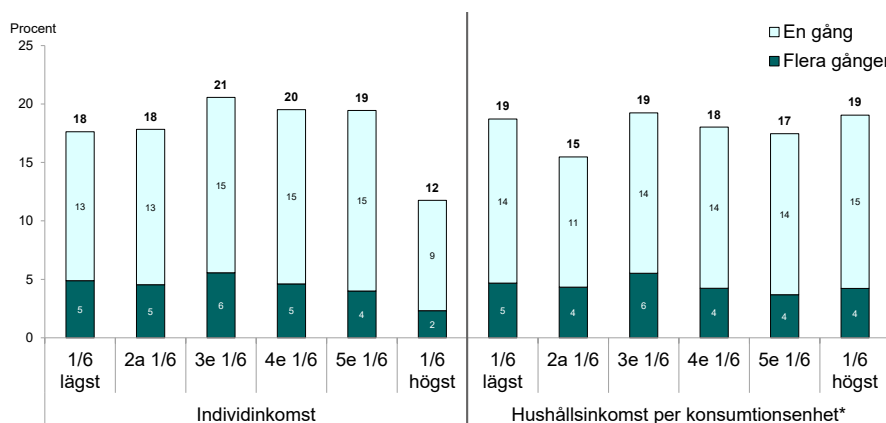
Kommentar: Antalet svarpersoner per grupp är minst 144 personer förutom: *Baseras på 49 svar. **Baseras på 42 svar. Om summan av "flera gånger" och "en gång" inte överensstämmer exakt med totalsiffran beror det på avrundningar i de förra. Bortfall på enskild delfråga i den större frågan om vårdkontakter, där ungdomsmottagning ingår, är genomgående tolkat som icke-besök.

Datakälla: Hälsa på lika villkor 2015, Västra Götalandsregionen.

16. Enligt dessa enkätresultat utgörs ungdomsmottagningens besökare till 87 procent av tjejer och 13 procent av killar. Denna könsfördelning är tämligen lik den som verksamhetsstatistiken visar i del 1: cirka 85 procent (unika) tjejer och 15 procent killar (se s. 43). Skillnaden med 2 procentenheter fler tjejer i enkätens besökare ska också tolkas mot bakgrund av att tjejer är överrepresenterade i enkätsvaren: 54,9 procent mot verklighetens 48,6 procent i den aktuella åldersgruppen i länet – och därmed bidrar till att överskatta andelen tjejer även bland besökarna. Detta innebär också att enkäten något överskattar andelen besökare även totalt, i och med att tjejer i högre grad än killar tenderar att besöka än ungdomsmottagning.

Vi vill ägna särskild uppmärksamhet åt inkomstfaktorn, givet att Mosquera med kollegor (2017) kunde visa att tjejer med hög inkomst besökte ungdomsmottagningar i större utsträckning än tjejer med låg inkomst. Vår analys visar dock inget sådant samband, sett till vare sig individ- eller hushållsinkomst. Tvärtom mot den tidigare studien finner vi den minsta besöksandelen i gruppen med allra högst individinkomst (diagram 5). Det är dock ett resultat som måste tolkas i ljuset av att grupperna med högst inkomst också är äldst – och vi har ovan (diagram 4) visat att den äldre gruppen i mindre utsträckning besökt en mottagning jämfört med yngre. Betydelsen av individinkomst är särskilt svårtolkad för gruppen 16–24-åringar, vars hushållssituation (bor med föräldrar, ensam eller med annan vuxen) och sysselsättning (skola, vidare studier, arbete/arbetslös) skiljer sig stort mellan de yngsta och de äldsta – liksom därmed den disponibla inkomsten, som kan sägas vara ett mer relevant mått på socioekonomiskt förhållande. Utgår vi därför i stället från hushållsinkomst, justerad efter hushållssituation (se diagramkommentaren för detaljer), finns inget entydigt samband alls mellan inkomst och andel som besökt en ungdomsmottagning.¹⁷

Diagram 5: Besökt ungdomsmottagning senaste 3 månaderna, i olika inkomstgrupper



Kommentar: Svarepersonerna är för vardera inkomstvariabel indelade i sex lika stora grupper (då alla i undersökningen inte besvarat frågan om UM-besök gäller det ungefärligt). Inkomstuppgift baseras på registeruppgift från 2013. Den övre gränsen för individens disponibla inkomst för respektive 1/6-grupp är i kronor ca: 4 350; 16 700; 42 300; 91 350; 152 500; däröver. Mot bakgrund av att registeruppgiften är två år gammal i kombination med gruppens ålder är det rimligt att anta att nivån för särskilt individinkomst vid mätåret 2015 generellt låg högre. Det ska noteras att individinkomsten är mycket starkt korrelerad med ålder: den första inkomstgruppen utgörs till största del av 16–18-åringar och de två högsta av 22–24-åringar.

*SCB-standard: Hushållets disponibla inkomst är dividerad med antalet konsumtionsenheter i hushållet, där "enheter" ges olika värde (ensamboende=1; sammanboende=1,51; ytterligare vuxen=0,60; första barnet (0–19 år)=0,52; andra och påföljande barn=0,42).

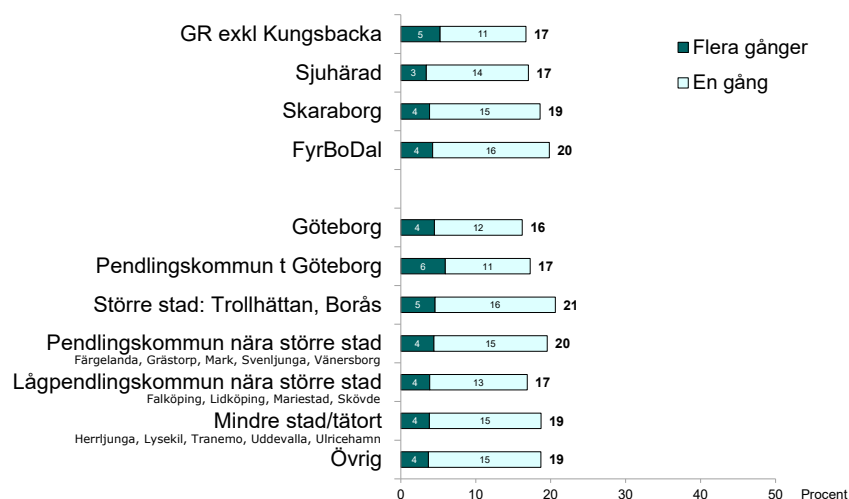
Datakälla: Hälsa på lika villkor 2015, Västra Götalandsregionen.

Boendekommun är en sista bakgrundsfaktor som vi vill lyfta fram utifrån målsättningen för ungdomsmottagningarna att erbjuda en jämlik vård oavsett var i länet man bor. Enkätunderlaget visar på mycket begränsade skillnader i besöksbenägenhet i detta avseende: andelen besökare varierar mellan 17 och 20 procent i länets fyra delregioner (diagram 6). Andelen är minst bland boende i Göteborg, Göteborgs pendlingskommuner samt "lågpendlingskommun nära större stad" – och störst i Trollhättan och Borås samt "pendlingskommun nära större stad" (se diagramkommentaren för exakt vilka kommuner som ingår i dessa grupper). Men inte heller med denna lite mer detaljerade indelning av boendegeografin varierar andelen besökare mer än mellan 16 och 21 procent.¹⁸

17. Det kan noteras att även om vi avgränsar analysen till att gälla (de normalt yngre) ungdomar som bor med föräldrar/syskon saknar besök på en ungdomsmottagning entydigt samband med den justerade hushållsinkomstvariabeln (se diagram B2 i bilaga 5).

18. Verksamhetsstatistiken (från 2017; se diagram 1 på sidan 42) pekar på en större skillnad mellan länets geografiska områden, men då med utgångspunkt i andelen besökare (13–24 år) inom olika mottagningsområden i relation till befolkningen som bor i mottagningens område. I jämförelsen av dessa resultat måste man dock väga in att mottagningarnas besöksstatistik inkluderar ungdomar som bor i en annan kommun än där mottagningen ligger.

Diagram 6: Besökt ungdomsmottagning senaste tre månaderna, i länets delregioner respektive kommuntyper



Kommentar: Kommunindelningen följer SKL:s förutom övrig-gruppen som är en sammanslagning av tre grupper av mindre kommuner: "pendlingskommun nära mindre tätort" och "landsbygdskommun" med respektive utan "besöksnäring". Pendlingskommuner till Göteborg: GR-kommunerna i länet förutom Tjörn samt Bollebygd. Antalet svarspersoner per grupp som minst 131 personer.

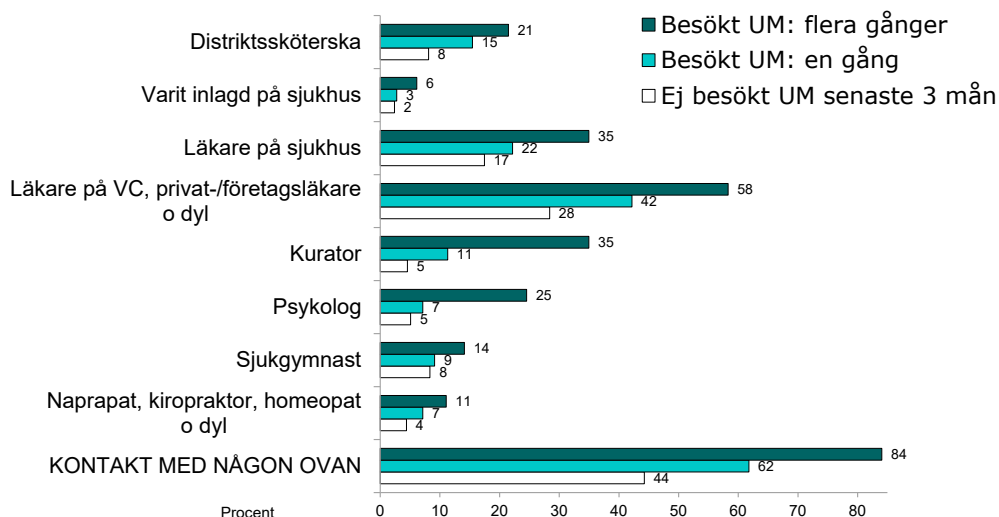
Datakälla: Hälsa på lika villkor 2015, Västra Götalandsregionen. Det kan noteras att undersökningen är baserad på ett kommunstratifierat urval, dvs. ej kommunrepresentativt sett till länets befolkning som helhet.

Resultat: Besökarnas övriga vårdkontakter, hälsa och livsstil

I avsnittet ovan har vi beskrivit hur andelen besökare på en ungdomsmottagning skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper, där de största skillnaderna vi kan påvisa är kopplade till (juridiskt) kön och sexuell läggning. Utifrån enkätunderlaget vill vi nu beskriva besökarna utifrån hur de i enkäten beskriver sina övriga vårdkontakter, sin hälsa och sin hälsorelaterade livsstil.

När det gäller ungdomsmottagningens besökare framkommer att de konsumerar annan vård och omsorg i högre grad än icke-besökarna, särskilt när icke-besökarna jämförs med flergångsbesökarna (diagram 7). Relativt sett är skillnaderna särskilt stora beträffande besök hos kurator och hos psykolog, dessa har ungdomsmottagningens flergångsbesökare träffat i sju respektive fem gånger så hög grad som ungdomsmottagningens icke-besökare. Det här gäller dock två professioner som kan finnas just på en ungdomsmottagning, och det är därmed möjligt att svarspersonens kan ha kryssat för flera vårdgivaralternativ för att beskriva ett och samma besök, det vill säga hos en kurator eller en psykolog på en ungdomsmottagning. Även om detta kan förklara en del av skillnaderna antyder resultaten fortfarande ett mycket brett vårdbehov hos ungdomsmottagningens besökare: hela 84 procent av flergångsbesökarna uppger att de haft minst någon annan vårdkontakt under de senaste tre månaderna, och detsamma gäller 62 procent av engångsbesökarna. Skulle vi med grund i resonemanget ovan undanta kurator/psykolog ur den summeringen minskar dessa andelar, men det handlar likväl om 77 procent av flergångsbesökarna och 57 procent av engångsbesökarna (jämfört med 41 procent av icke-besökarna).

Diagram 7: Skillnader i vårdkontakter – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga

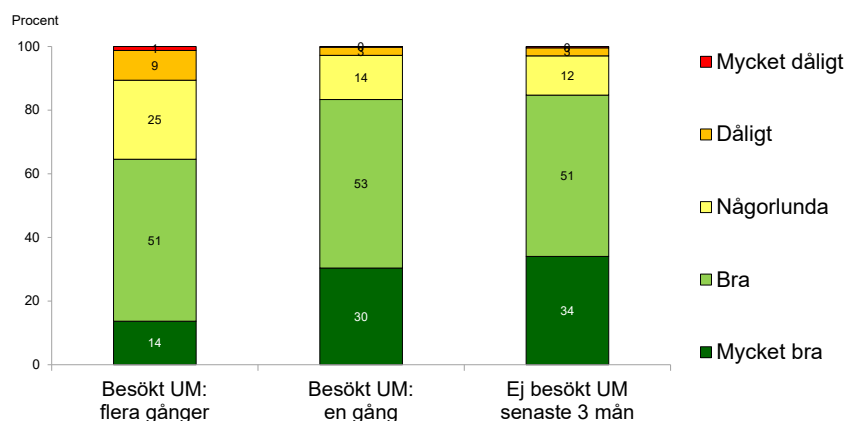


Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du under de senaste tre månaderna besökt eller besökts av någon av följande? Gäller egna besvär eller sjukdom. Sätt ett kryss på varje rad. Svartalternativen Nej; Ja, en gång; Ja, flera gånger.* De tre grupperna omfattar 163, 505 respektive 3 048 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen.

Ett annat sätt att mäta individers hälsa är att låta dem själva skatta sitt hälsotillstånd. Det visar sig att ungdomsmottagningens flergångsbesökare utmärker sig även i detta avseende. De skattar inte sin hälsa som bra i lika hög grad som icke-besökarna: 65 procent av flergångsbesökarna beskriver sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, mot 85 procent av icke-besökarna (diagram 8). Engångsbesökarnas hälsoskattning ligger däremot mycket nära icke-besökarnas. Den sämre hälsoprofilen i ungdomsmottagningens (flergångs)besökare gäller både tjejer och killar, men dessa resultat är mer osäkra på grund av det begränsade antal killar i undersökningen som är flergångsbesökare (se diagram B8 i bilaga 5).

Diagram 8: Hälsoprofil baserad på självskattad hälsa – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga



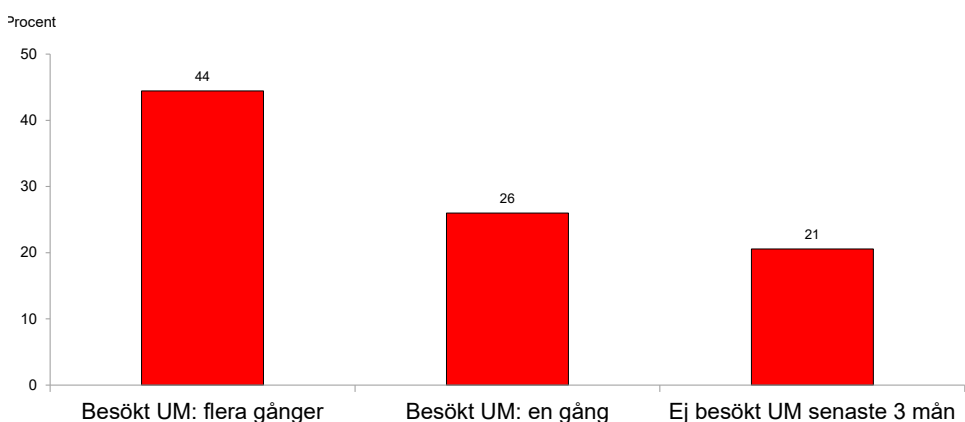
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?*, med svarsalternativ enligt redovisningen. De tre grupperna omfattar 161, 504 respektive 3 025 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen.

Även med fokus på psykiskt välbefinnande – som i *Hälsa på lika villkor* mäts genom ett index baserat på en kombination av enkätsvar – syns liknande skillnader mellan dessa grupper (diagram 9; se kommentaren för information angående indexet). I detta fall anas en skillnad även när det gäller enstaka besök. Här är skillnaden mellan ungdomsmottagningens besö-

kare och icke-besökare tydligast hos killar, även det ett mer osäkert resultat till följd av det begränsade svarsunderlaget (se diagram B9 i bilaga 5).

Diagram 9: Nedsatt psykiskt välbefinnande – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga



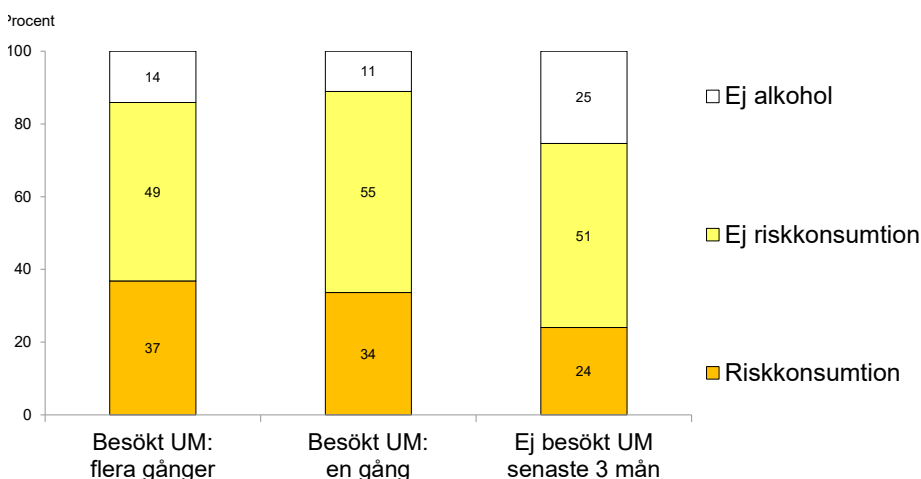
Kommentar: Resultaten utgörs av ett index baserat på ett internationellt standardiserat frågebatteri (GHQ 12) som mäter psykiska reaktioner på påfrestningar, med huvudsakligt fokus på oförmåga att klara av "normala" funktioner och uppkomsten av nya former av kris-/utmattningstillstånd. De tre grupperna omfattar 162, 504 respektive 3 044 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen.

Ytterligare två faktorer som analyserats indikerar att ungdomsmottagningens besökare i högre grad än icke-besökarna har en ohälsosam livsstil: en lite mer utbredd riskkonsumtion av alkohol samt användning/erfarenhet av narkotika.

I *Hälsa på lika villkor* mäts riskkonsumtion av alkohol genom ett standardiserat frågebatteri (AUDIT), det vill säga i grunden självrapporterad alkoholkonsumtion. Ser vi till ungdomsmottagningens besökare klassas alkoholvanorna hos mer än var tredje person som riskkonsumtion – mot knappt var fjärde bland icke-besökarna (diagram 10). Det är också en mindre andel av besökarna som uppger att de inte alls konsumerar alkohol. Här är skillnaden mellan besökare och icke-besökare störst bland tjejer (se diagram B15 i bilaga 5).

Diagram 10: Alkoholkonsumtion – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga

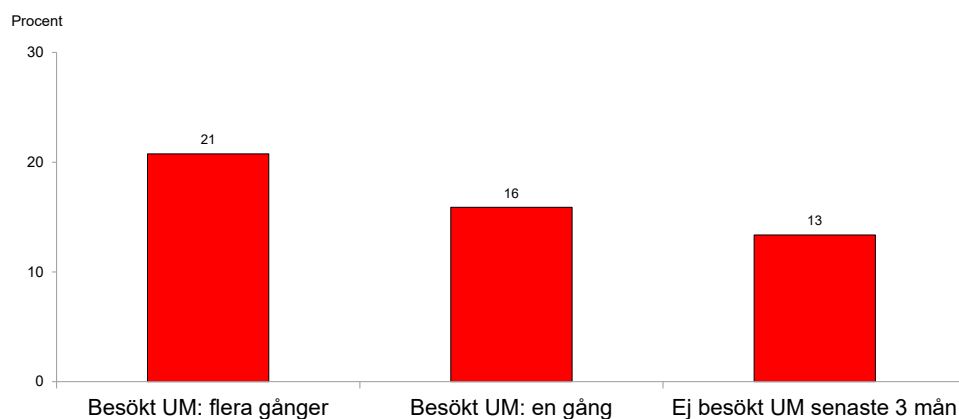


Kommentar: Riskabla alkoholvanor utgår från Folkhälsomyndighetens definition och baseras på ett internationellt standardiserat frågebatteri (AUDIT), dvs. grundat på självrapportering. De tre grupperna omfattar 163, 505 respektive 3 046 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen.

Även självrapporterad användning av narkotika är vanligare bland ungdomsmottagningens besökare jämfört med icke-besökarna. I detta fall är det främst flergångsbesökarna som skiljer ut sig, med 21 procent som uppger sig ha använt narkotika mot 13 procent av icke-besökarna (diagram 11).

Diagram 11: Prövat narkotika – besökare på en ungdomsmottagning senaste 3 månaderna jämfört med övriga



Kommentar: Narkotika avser hasch, marijuana eller annan narkotika, grundat på självrapportering genom enkäten. De tre grupperna omfattar 159, 497 respektive 3 031 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen.

Den jämförelsevis större ohälsan bland ungdomsmottagningarnas besökare jämfört med icke-besökarna pekar på vikten av att mottagningarna har de resurser och den kompetens som krävs för att möta behovet av stöd och vård. Besökarnas högre grad av risk- och missbruk visar även på behovet av rutiner och screeningmetoder för att kunna fånga upp olika typer av tecken på riskabel livsstil.

Resultat: En fördjupad analys av vad som förklarar besök på en ungdomsmottagning

Som vi har berört är flera av faktorerna som vi belyst ovan sammanlänkade med varandra, exempelvis individers inkomst som delvis kan förklaras med ålder och individers självskattade hälsa som tenderar att variera utifrån kön. För att undersöka vilka faktorer som har en *självständig* förklaringskraft när det gäller att besöka en ungdomsmottagning har vi därför genomfört en så kallad regressionsanalys.

I analysen har vi prövat betydelsen av flera olika faktorer som finns tillgängliga i enkätunderlaget. Det visar sig att kön är en mycket stark bakomliggande faktor, det är den enskilt allra viktigaste faktorn av de vi undersökt i avsikt att försöka förutsäga vilka individer som är benägna att besöka en ungdomsmottagning.

Därutöver finner vi ytterligare fem faktorer som spelar roll: ålder, psykiskt välbefinnande, alkoholkonsumtion, narkotikaanvändning samt förekomsten av en förtrogen relation (någon man kan "dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt")¹⁹.

I en modell med dessa totalt sex faktorer så syns däremot inget (statistiskt säkerställt) samband med raden av våra andra prövade faktorer: självskattad hälsa, "långvarig sjukdom/besvär efter olycksfall/nedsatt funktion etc.", suicidrisk, våldsutsatthet, tillit till andra människor, sexuell läggning, ekonomisk utsatthet, inkomst, ensamboende/inte ensamboende och födelseland. Även om vissa av dessa faktorer alltså taget för sig har ett statistiskt

19. Det bivariata sambandet mellan denna variabel och att besöka en mottagning är relativt svagt; se diagram B23 i bilaga 5, även för enkätfrågans formulering.

samband med att besöka en ungdomsmottagning (exempelvis bisexuell läggning som vi visat i diagram 4 ovan), försvinner sambandet i den här analysen som tar ett större helhetsgrepp om individen.

I tabell 12 nedan redovisas även styrkan av regressionsmodellens totalt sex förklaringsfaktorer, genom så kallade oddskvoter. En faktor med en oddskvot över 1 innebär att faktorn *ökar* sannolikheten att en person har besökt en ungdomsmottagning, en faktor med en oddskvot under 1 att sannolikheten *minskar* – och det gäller oavsett hur individen ”ser ut” beträffande modellens övriga faktorer. Exakt hur mycket sannolikheten ökar/minskar är lite statistiskt komplicerat men förenklat kan sägas att oddskvoten för tjejer på 7,5 innebär att sannolikheten att en tjej (16–24 år) har besökt en ungdomsmottagning de senaste 3 månaderna är 7,5 gånger så stor jämfört med sannolikheten att en kille gjort det – och det alltså *oavsett* tjejens eller killens ålder, psykiska välbefinnande, alkoholkonsumtion, narkotikaerfarenhet och tillgång till en förtrogen relation.

En annan faktor som på motsvarande vis har en relativt stark självständig förklaringskraft är riskkonsumtion av alkohol – särskilt jämfört med icke-konsumtion. Lite mindre viktiga faktorer, men likväl betydelsefulla, är narkotikaerfarenhet, nedsatt psykiskt välbefinnande och förekomsten av en förtrogen relation. Detta är alltså faktorer som alla *ökar* sannolikheten för ett besök på en ungdomsmottagning.

Oddskvoten under 1 för ålder innebär att sannolikheten att en person har besökt en ungdomsmottagning *minskar* med *ökad ålder*, det vill säga även här oavsett personens egenskaper sett till modellens övriga faktorer: kön, alkoholvanor med mera.

Men kön är alltså en betydligt starkare förklaringsfaktor än de övriga. Vi har därför gjort motsvarande regressionsanalyser på tjejer och på killar var för sig. Det visar sig då att det endast är hos killarna som nedsatt psykiskt välbefinnande ökar sannolikheten för att de besökt en ungdomsmottagning – och att det särskilt är hos killarna som ålder spelar in (tabeller B39–B40 i bilaga 5). Det visar sig också att alkoholfaktorn spelar störst roll hos tjejerna. Hos tjejerna ser även stress ut att ha jämförbar betydelse med nedsatt psykiskt välbefinnande, men det räcker att en av dessa faktorer är uppfyllda för att sannolikheten för ett besök på ungdomsmottagningen ska öka.

Tabell 21: Vad ökar eller minskar sannolikheten för besök på en ungdomsmottagning?

	Oddskvot
Tjej (<i>referens: kille</i>)	7,5
Ålder (<i>referens: 16–18 år</i>)	-
Ålder: 19–21 år	0,7
Ålder: 22–24 år	0,4
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)	1,3
Alkohol (<i>referens: ingen konsumtion</i>)	-
Alkohol: ej <i>risk</i> konsumtion	2,8
Alkohol: <i>risk</i> konsumtion	4,1
Narkotikaerfarenhet	1,4
Har en förtrogen relation	1,5

Kommentar: Modellen analyseras med en logistisk regression där faktorernas förklaringskraft redovisas genom oddskvoter. För definition av variablerna, se övriga rapportdelens övriga diagram.

En oddskvot över 1 innebär en ökad sannolikhet att gruppen har besökt en ungdomsmottagning – en oddskvot under 1 innebär en minskad sannolikhet.

Modellens totala förklaringskraft är begränsad; Nagelkerke=0,21. Samtliga ingående faktorer har signifikant betydelse på minst 95-procentig säkerhetsnivå (högsta p-värde=0,031).

Det är viktigt att betona att den här regressionsmodellen, med de ingående faktorerna, endast förklarar 21 procent av variationen i personernas benägenhet att ha besökt/ej besökt en ungdomsmottagning. Det är inget ovanligt i samhällsvetenskapliga analyser att man inte kommer mycket längre i analysen, men det innebär alltså att det finns många *andra* faktorer som har betydelse för om personer besöker en ungdomsmottagning eller inte. Det är faktorer som vi inte har möjlighet att inkludera i analysen beroende på de frågor som enkäten är begränsad till. Det hade naturligtvis varit intressant att i analysen kunna ta hänsyn till personernas mer specifika behov, eller icke-behov, av den typ av stöd eller vård som en ungdomsmottagning kan tillgodose. Inte heller känner vi till sådant som personernas eventuella partnerförhållande eller sexvanor. Med kunskap om andra relevanta individfaktorer är det teoretiskt möjligt att de faktorer som har betydelse enligt vår modell också skulle visa sig "tappa" sin självständiga förklaringskraft. Men tills vi har sådan kunskap är det rimligt att anta att de faktorer vi har identifierat är viktiga om man vill försöka förklara vad som gör att vissa 16–24-åringar besöker en ungdomsmottagning medan andra inte gör det.

Resultat: En riskgrupp bland icke-besökarna

En sista analys som vi gjort handlar om att titta på riskgrupper bland icke-besökarna, det vill säga de 16–24-åringar i länet som inte har haft kontakt med en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna. Som vi sett ovan är det en majoritet av ungdomarna, ungefär 82 procent (se sidan 64). Finns det bland dessa personer målgrupper för ungdomsmottagningen som vore särskilt angeläget att nå ut till?

En uttalad målgrupp är personer med psykisk ohälsa. Av tabell 22 framgår att 17 procent av den undersökta ungdomsbefolkningen genom enkätens mätinstrument bedöms ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande²⁰ men inte har varit i kontakt med en ungdomsmottagning den senaste 3-månadersperioden. Dessa personer kan alltså ses som en onådd potentiell målgrupp. Om vi översätter enkätresultatet 17 procent till antalet 16–24-åringar i länet som det skulle handla om pekar skattningen på över 30 000 personer. Om detta är en angelägen målgrupp som inte självklart har kontakt med ungdomsmottagningen, hur kan dessa ungdomar nås?

Tabell 22: En potentiell riskgrupp bland icke-besökarna?

Procentuell fördelning	Besökt UM senaste 3 mån	Ej besökt UM senaste 3 mån
Psykiskt välbefinnande	13 (n=463)	65 (n=2 418)
Nedsatt psykiskt välbefinnande	5 (n=203)	17 (n=626)

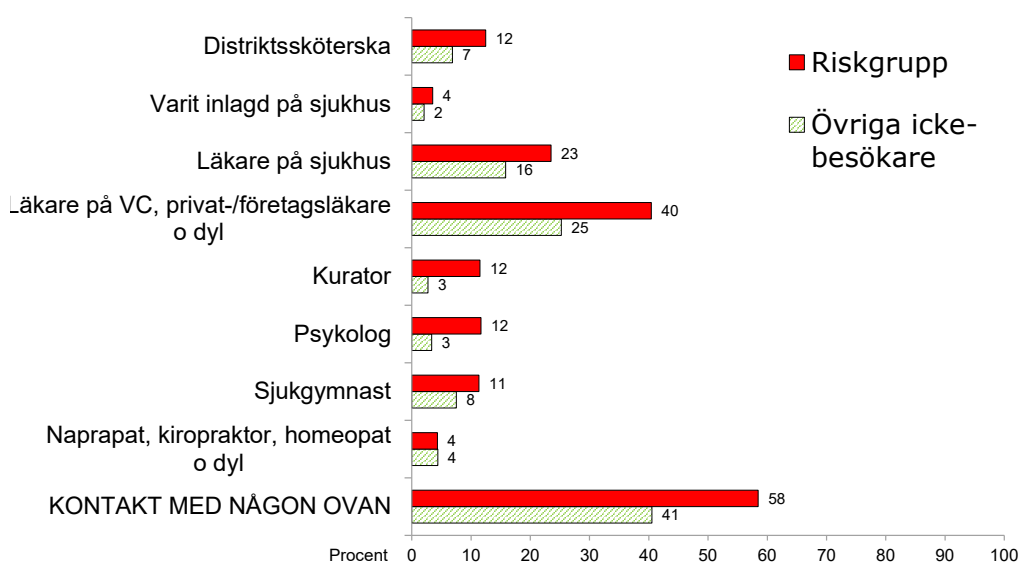
Viss vägledning kan erhållas genom en beskrivning av vad som utmärker den onådda riskgruppen (inringad med heldragen röd linje i tabell 22 ovan) jämfört med övriga icke-besökare som *inte* definieras ha ett psykiskt nedsatt välbefinnande och därmed inte är en lika klar målgrupp (inringad med streckad grön linje).

Till att börja med kan konstateras att riskgruppen med psykiskt nedsatt välbefinnande

20. Se kommentaren till diagram 9, sidan 69 ovan.

i större utsträckning än övriga icke-besökare har haft kontakt med en annan/andra vårdgivare: 58 mot 41 procent (diagram 12). En majoritet i riskgruppen har alltså fått någon typ vård/stöd på annat håll än på ungdomsmottagningen (vilket även gäller en relativt stor andel av referensgruppen), vilket skulle kunna innebära att de får stöd med psykiskt relaterad ohälsa. Men övriga 42 procent har alltså inte haft någon vårdkontakt de senaste tre månaderna – vare sig med ungdomsmottagningen eller någon annan vårdgivare. Dessa personer utgör därmed en tydligare potentiell målgrupp än de drygt 30000 vi skattade tidigare. En motsvarande skattning ger cirka 13000 16–24-åringar med psykiskt nedsatt välbefinnande i länet som inte har haft kontakt med någon vårdgivare senaste 3 månaderna.

Diagram 12: Vårdkontakter de senaste 3 månaderna i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare



Kommentar: Riskgruppen avser personer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de som inte bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

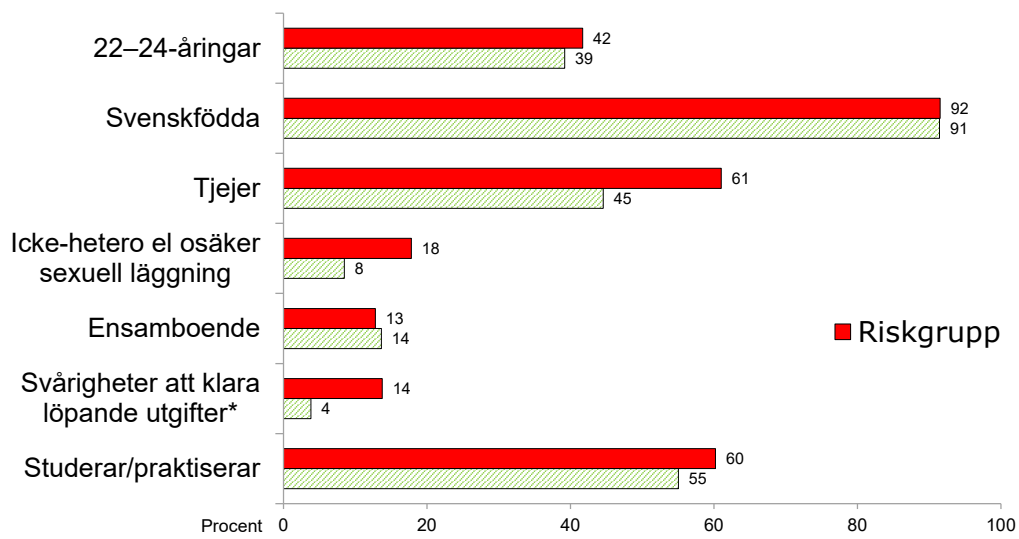
Vårdkontaktarna ska enligt enkätinstruktionen avse "egna besvär eller sjukdom".

Resultaten baseras på svar från 626 personer i riskgruppen; 2 418 i övrig-gruppen.

Datakälla: Hälsa på lika villkor 2015 (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen.

Vi kan också konstatera att riskgruppen av icke-besökare som har psykiskt nedsatt välbefinnande i större utsträckning än referensgruppen består av tjejer (61 procent), av personer som inte definierar sig (säkert) som heterosexuella (18 procent) och av personer som har svårigheter att klara löpande utgifter (14 procent) (diagram 13). Skulle vi som i resonemang- et ovan avgränsa riskgruppen till dem som inte heller haft någon annan vårdkontakt så krymper dock dessa andelar till 53 procent kvinnor, 13 procent "icke-hetero" och 10 procent med svårigheter att klara löpande utgifter. Beträffande ålder, födelseland, ensamboende/ej och studerar/ej skiljer sig riskgruppen inte stort från övriga icke-besökare.

Diagram 13: Demografi och socioekonomi i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare



Kommentar: Riskgruppen avser personer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de som inte bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

*Avser andelen som på enkätfrågan Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.? svarat Ja, vid flera tillfällen.

Resultaten baseras på svar från 623–625 personer i riskgruppen; 2 385–2 418 i gruppen med övriga.

Datakälla: Hälsa på lika villkor 2015 (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen.

Avslutande diskussion och framåtblick

I denna studie har vi använt data från en större regional (och i grunden nationell) folkhälsoenkät där frågor om ungdomsmottagningen ingick, för att försöka utröna om ungdomar har jämlik tillgång till ungdomsmottagningen. En tidigare studie, från norra Sverige, har pekat på att det inte är så. Först och främst nyttjar tjejer ungdomsmottagningen i väsentligt högre grad än killar, något vår analys och inte minst all verksamhetsstatistik bekräftar.

Den tidigare studien visade även att det är vanligare att unga med hög inkomst besöker en ungdomsmottagning än de med låg inkomst. Man kunde inte heller se någon koppling till vårdbehov. Utifrån hälso- och sjukvårdens uppdrag är det problematiskt att nå alla som behöver vård, i synnerhet dem som behöver den som mest (vilket i många fall är de med lägre inkomster, eftersom de tenderar att ha sämre hälsa). Det är också problematiskt ur både ett tillgänglighets- och ett icke-diskrimineringsperspektiv. På tvärs mot den tidigare studien visar vår analys dock inget samband mellan inkomst och nyttjande av ungdomsmottagningen. Däremot har vi sett att en potentiell riskgrupp bland icke-besökarna, personer med psykiskt nedsatt välbefinnande, i högre grad är ekonomiskt sårbara. Våra resultat pekar också på ett större vårdbehov hos besökare på en ungdomsmottagning jämfört med icke-besökare. Samtidigt är vårt statistikunderlag begränsat, inte minst för att kunna belysa centrala förklaringsfaktorer för killars nyttjande av ungdomsmottagningen. Enkätsvaren har också några år på nacken.

Det vore därför önskvärt att våra resultat kunde bekräftas av andra studier – baserade på ett större och statistiskt säkrare svarsunderlag – som samtidigt förmår ge en mer heltäckande bild av ungdomarnas vårdbehov, livsstil och levnadsförhållanden.

Vi vill därför avsluta med att understryka att våra resultat framför allt bör användas som ett diskussionsunderlag för framtida studier och lokala uppföljningar inom verksamheten utifrån de nya frågor som resultaten väcker. Det gäller inte minst betydelsen av psykisk ohälsa, risk- och missbruk samt målgruppens övriga vårdkontakter. Finns exempelvis resurser och rutiner för att upptäcka och agera kring riskkonsumtion av alkohol och användning av narkotika? Vi hoppas att vår analys kan inspirera till relevanta diskussioner om detta och annat i ungdomsmottagningarnas verksamhet.

**Del 3:
Utvärdering av
förstärkt arbete för psykisk hälsa**

Bakgrund

Alltsedan 2008 har Sveriges kommuner och Landsting (SKL) tecknat årliga överenskommelser med regeringen rörande arbetet för att möta utmaningar med den psykiska hälsan i befolkningen. Överenskommelserna innehåller statliga medel om 850 miljoner årligen, samt en ambition att stimulera till utveckling av de offentliga verksamheterna och en större samordning mellan den nationella, regionala och lokala nivån (www.uppdragpsyiskhalsa.se). Överenskommelserna för 2016–2018 har innehållit en särskild del om landets ungdomsmottagningar. Kommuner och landsting har fått dela på sammanlagt 130 miljoner kronor årligen för att utveckla ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk hälsa.

I Västra Götalands län hanterades den statliga satsningen inom strukturen för vårdsamverkan. I denna struktur möts Västra Götalandsregionen och länets kommuner, på både tjänstepersonsnivå och på politisk nivå, för att skapa regionala överenskommelser i de frågor där båda huvudmännen är involverade i verksamheterna eller där samordning krävs för att tillhandahålla en god samhällsservice för invånarna. En tillfällig grupp bestående av tjänstepersoner från både kommunerna och Västra Götalandsregionen samt en representant för brukarorganisationer (NSPHiG) fick under 2016 i uppdrag att prioritera och fördela medlen i Västra Götalands län.²¹

En samordnare anställdes med uppdraget att ansvara för att ”statsbidragets intentioner följs och att väva samman de frågor som följer huvudmännens gemensamma uppdrag kring ungdomsmottagningar.” Samordnarens uppdrag var också att ”förvalta, fördela, följa upp och redovisa statsbidraget i enlighet med intentionerna, men också sammanväva detta med det gemensamma strategiska arbetet och fortsatta förstärkningar under 2017 och 2018” (Uppdragshandling för samordnare av statliga medel – förstärkning ungdomsmottagningar, Diariennr. HS 2016–00495).

Den partsgemensamma arbetsgruppen hade sitt första möte i juni 2016. Personer i denna arbetsgrupp beskriver i intervjuer att arbetet det första året blev något tidspressat och att det var svårt att hinna diskutera hur medlen skulle prioriteras i länet. Redan den 31 oktober samma år förväntades gruppen lämna uppgifter till SKL om hur medlen skulle användas och de medel som inte togs i anspråk innevarande år skulle lämnas tillbaka. Ett par personer säger i intervjuerna att det hade varit önskvärt om man hade kunnat hinna med att genomföra en mer grundlig analys av var utmaningarna i länet finns, och att denna analys sedan mer tydligt hade använts som utgångspunkt i valet av insatser. I intervjumaterialet framstår det som att pågående utvecklingsarbete på länets ungdomsmottagningar, tillsammans med de prioriteringar som formulerades inom den nationella överenskommelsen, fick ligga till grund för de fokusområden som valdes ut. Insatser som kunde skapa ytterligare kostnader, exempelvis nya mottagningar, prioriterades bort. Intervjupersonerna säger inte att insatserna som genomförts är fel, bara att det ibland har varit otydligt vilka problem de skulle försöka åtgärda.

Den partsgemensamma gruppen prioriterade fem områden. Satsningen på att stärka arbetet för psykisk hälsa på Västra Götalands ungdomsmottagningar fokuserades på att:

21. I gruppen fanns representanter för koncernkontoret, Kunskapscentrum för jämlik vård, Kunskapscentrum för psykisk hälsa, NSPHiG, Boråsregionens kommunalförbund, stadsledningskontoret Göteborgs Stad och Närhälsans ungdomsmottagningsverksamhet. Det fanns även personer tillsatta från länets kommuner, men deras närvaro har varit låg i gruppen.

- stärka *tillgängligheten* till ungdomsmottagningarna,
- försöka nå *nya arenor* och *nya målgrupper*,
- utveckla ungdomsmottagningarnas samverkan
- implementera *kvalitetsledningssystem* och
- *kompetensutveckla* personalen.

En ansökningsblankett utformades som enskilda mottagningar eller grupper av ungdomsmottagningar fick fylla i för att ansöka om ekonomiska medel för sitt utvecklingsarbete. Alla mottagningar inkom inte med en ansökan det första året, vilket kan bero på att den skulle skrivas fram i semestertider. 2016 inkom och beviljades 27 ansökningar, från både enskilda mottagningar och samarbeten mellan mottagningar. Summorna som mottagningarna fick ansöka om var reglerat, genom att medel avsattes i proportion till antal individer i åldersgruppen 13–24 år som vid tillfället var folkbokförda i respektive kommun. Hur denna fördelningsprincip ser ut och vad den innebar för olika mottagningar presenteras i bilaga 6. Det andra året inkom 39 ansökningar, några från enskilda mottagningar, men de allra flesta genom samarbete mellan mottagningar. Sammanlagt har den nationella överenskommelsen inneburit en förstärkning av länets ungdomsmottagningar med 21 miljoner kronor per år under 2016–2018.

Utvärderingsuppdraget

Den formella beställaren av utvärderingsuppdraget är den grupp tjänstepersoner som utgör vårdssamverkan Västra Götaland (VVG, tidigare LiSA-gruppen). Beredande för denna grupp har varit den partsgemensamma gruppen som tillfälligt satts samman för att hantera medlen. Utvärderingsarbetet har genomförts under 2017 och en bit in på 2018 och berör satsningens två första år.

Utvärderingens design

En utvärdering syftar vanligen till att antingen generera kunskap och på så vis bidra till *lärande* om en offentlig verksamhet, och/eller att *granska* utförandet eller resultatet av verksamheten (Rossi et al 2003; Vedung 1998). Syftet med denna utvärdering var i första hand att bidra till lärande. Utvärderingen har genomförts i ett relativt tidigt skede där mycket av utvecklingsarbetet just har kommit igång och behov fanns av att rama in och försöka beskriva satsningens innehåll.

Den typ av utvärdering som uppdragsgivarna ville ha utförd var en mål- och resultat-analys. En sådan utvärderingsstudie består vanligen av att utvärderaren ställer resultatet av en insats i relation till de förväntningar och mål som finns uppställda (Vedung 1998; Eriksson et al 2016). I denna satsning formulerades dock inte några konkreta mål. Det som i utvärderingsarbetet fanns att utgå från är uttryck för förväntningar i den nationella överenskommelsen samt de fokusområden som prioriterades i länet. Utvärderingens första uppgift blev därför att tydliggöra vilka intentioner som fanns med satsningen i länet, vilket blir ett slags efterkonstruktion av målsättningarna. Vad skulle satsningen åstadkomma? Vad skulle göras och vad var den tänkt att förändra?

Utvärderingens första fråga är således:

1. MÅLEN: Vilka var målen/intentionerna med satsningen på förstärkt arbete med psykisk hälsa på ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län under 2016–2017?

Vidare finns ett behov vid denna typ av utvärdering att beskriva satsningens konkreta innehåll. Som vi ska se är omfattningen bred. Det är många ungdomsmottagningar som fått medel och det är många olika aktiviteter som genomförts. Vidare har det ibland varit svårt

att särskilja utvecklingsarbetet som bedrivits inom ramen för denna satsning med utvecklingsarbete som redan före satsningen pågick på ungdomsmottagningarna. Uppdraget i en mål- och resultatanalys är dock att rama in och göra tydligt vad som har genomförts, i det här fallet aktiviteter på länets ungdomsmottagningar med stöd av de statliga medlen. Vid tidpunkten för utvärderingens genomförande har ytterligare medel tilldelats för 2018. Men denna utvärdering avgränsades till att studera insatser genomförda under 2016 och 2017.

Den andra frågeställning som utvärderingen besvarar är:

2. INSATSER: Vad har ungdomsmottagningarna i länet genomfört för insatser under 2016 och 2017 med stöd av de nationella medlen?

Slutligen finns i en mål- och resultatanalys också en tydlig ambition och en önskan om att synliggöra resultat och ställa dem i relation till intentionerna. Blev det som det var tänkt? Som vi dock ska se har många av de insatser som genomförts som en del av satsningen ett *förväntat* resultat som ligger längre fram i tiden än 2017. Exempelvis har en stor del av satsningen utgjorts av kompetensutveckling av personal, vilket är svårt att redan nu synliggöra det konkreta resultatet av.

Utvärderingens tredje och sista frågeställning är därför:

3. RESULTATEN: Vilka resultat av satsningen går att synliggöra fram till och med 2017?

Datainsamling

Som grund för att kunna utvärdera satsningen har följande data samlats in och analyserats.

Dokument

I analysen används de ansökningar som ungdomsmottagningarna lämnade in till den parts-gemensamma gruppen för 2016 och 2017. Samtliga ansökningshandlingar har laddats in i analysprogrammet NVivo och kodats i olika teman. Sammanlagt rör det sig om 66 ansökningar för de båda åren. Ansökningstexterna är dock inte särskilt omfattande utan består av kortfattade beskrivningar av vad som skulle genomföras inom satsningens olika fokusområden. Syftet med denna analys var att skapa en förståelse för bredden och variationerna i insatserna och fördjupa förståelsen av intentionerna med satsningen. I dessa texter ges uttryck för vad ungdomsmottagningarna förväntade sig att satsningens medel skulle åstadkomma i verksamheterna. Också den nationella överenskommelsen används som källa till att fånga intentionerna med satsningen på nationell nivå samt de redovisningar som lämnats in till SKL.

Enkätundersökning

En enkätundersökning genomfördes hösten 2017 i form av en webbenkät utformad i Fluid-Surveys som skickades ut till samtliga enhetschefer på länets ungdomsmottagningar. Enkätfrågorna utformades utifrån analysen av ansökningshandlingarna och analysen av vad som var intentionerna med satsningen. Avstämningar gjordes med representanter för den parts-gemensamma gruppen. Enkäten besvarades av nio respondenter och dessa har svarat för 52 av länets 54 mottagningar. Enkätens frågor syftade till att på en övergripande nivå fånga innehållet i satsningen samt fånga hur enhetscheferna uppfattar nyttan med satsningen. Enkätfrågorna redovisas i bilaga 7.

Vissa tekniska problem uppstod när enkäten skulle besvaras. I tre fall fick personerna istället fylla i en pappersversion av enkäten och skicka in svaret med post. Dessa svar har sedan i efterhand matats in Excel-filen med övriga information.

Intervjuer

Intervjuer har genomförts med 18 personer. Intervjuerna har haft olika syften.

En grupp av intervjuer har genomförts i syfte att förstå processen att tilldela medel i länet samt förtydliga vad som var intentionerna med satsningen. Dessa intervjuer har gjorts

med personer i den partsgemensamma gruppen. En utvärderare har också närvarat på en majoritet av de möten som den partsgemensamma gruppen haft under 2017 vilket också bidragit till ökad förståelse.

En annan grupp intervjuer har haft som syfte att beskriva innehållet i de aktiviteter som genomförts med hjälp av de statliga medlen. Dessa intervjuer har gjorts med enhetschefer och verksamhetsutvecklare på ungdomsmottagningarna.

En tredje grupp av intervjuer har haft som syfte att samla in kompletterande information om andra faktorer utöver den statliga satsningen som eventuellt kan förklara förändringar i besöksstatistiken. Dessa intervjuer har genomförts med områdes- och enhetschefer.

Intervjuerna har i huvudsak haft som ambition att täcka vissa teman och genomfördes i de allra flesta fall via telefon med stöd av tematiska intervjuguider anpassade efter varje enskild intervjuperson. Anteckningar har förts under intervjuerna, men de har också i de flesta fall spelats in och i vissa fall har intervjuerna transkriberats i sin helhet.

Verksamhetsstatistik

Slutligen används i analysen verksamhetsstatistik som över tid beskriver bland annat antal besökare och besök uppdelat per profession samt öppettider och väntetider under 2015, 2016 och 2017.

Verksamhetsstatistiken, som har tillhandhållits av Västra Götalandsregionens koncernkontor eller ansvariga områdeschefer, varierar dock mellan de mottagningar som är organiserade under Närhälsan och de som finns i Göteborg. Hälso- och sjukvårdsnämnderna frågar inte efter samma saker och informationen sammanställs på olika sätt. Ibland finns olika definitioner av vad som samlas in. Information om mottagningarna i Stenungsund och Tjörn har tillhandhållits via direktkontakt med mottagningarna och har ytterligare en annan form. För att möjliggöra en regional analys har data från samtliga länets mottagningar lagts samman i en Excelfil. Denna datafil innehåller bland annat besöksstatistik, statistik över antal klassbesök, väntetider, öppettider samt information om antal ungdomar i ungdomsmottagningarnas målgrupp boende i de olika kommunerna.

Data har brutits ned i nio geografiska områden, vilket inom Närhälsan innebär att en huvudmottagning tillsammans med tillhörande bas- och närmottagningar utgör ett geografiskt område. Valet av indelning grundar sig på att dessa mottagningarna kan sägas ha ett gemensamt uppdrag för ungdomarna inom det geografiska området. Göteborg utgör i analysen ett eget geografiskt område och Stenungsund bildar tillsammans med Tjörn ett geografiskt område.

En jämförande analys av data från 2015, 2016 och 2017 har gjorts för att beskriva eventuella förändringar mellan åren. Information från 2015 är inte fullständig för samtliga mottagningar och används därför endast i begränsad omfattning.

Resultat

I detta kapitel redovisas resultaten av utvärderingen genom att de tre delfrågorna besvaras i tur och ordning.

Fråga 1: Vilka var målen/intentionerna med satsningen?

Följande övergripande målsättning med satsningen formulerats, genom att studera ansökningarna och de formuleringar som finns i den nationella överenskommelsen samt utifrån dialog med den partsgemensamma gruppen och samordnaren.

- Ungdomar i Västra Götaland ska i större utsträckning än tidigare erbjudas effektiva individ- och behovsanpassade insatser av god kvalitet när det gäller området psykisk hälsa.

Satsningens olika fokusområden motiverades av den partsgemensamma gruppen på följande sätt²²:

Tillgängligheten till ungdomsmottagningarna skulle förbättras så att mottagningarna kan ta emot *fler* individer och på ett sätt som *bättre passar* ungdomarna. Här fanns en ambition att stärka förtroendet för mottagningarna och att ökad tillgänglighet skulle kunna bidra till bättre förutsättningar hos ungdomsmottagningarna att erbjuda vård på lika villkor.

Insatser mot **nya arenor och nya målgrupper** var också en tillgänglighetsatsning, men där målgruppen är individer som ungdomsmottagningarna idag uppfattar att de har svårt att nå. Även dessa insatser syftade till att åstadkomma en förbättring när det gäller ungdomsmottagningarnas förutsättningar att erbjuda vård på lika villkor.

Insatser för stärkt **samverkan** mellan mottagningar och med andra aktörer skulle förbättras genom att nya eller fler kontaktytor skapas, vilket gynnar förståelsen för varandras uppdrag och lägger grunden för en ökad tillit. Genom detta skulle samverkan bli mer långsiktig och hållbar.

Införandet av **kvalitetsledningssystem** handlar om att stärka ungdomsmottagningarnas förmåga att bedriva en evidensbaserad vård och att stärka förutsättningarna att tillhandahålla en vård på lika villkor.

Kompetensutvecklingsinsatserna för ungdomsmottagningarnas personal skulle ge ökad kunskap och kunna förändra och vidareutveckla ungdomsmottagningarnas arbetssätt.

De fem fokusområdena överlappar varandra. Exempelvis finns i ansökningarna många beskrivningar av hur ungdomsmottagningen ska kompetensutveckla personalen för att kunna nå vissa grupper (exempelvis kompetensstärkning i andrologi för att bättre kunna möta killars behov) och på så vis stärka tillgängligheten för målgrupper som är svåra att nå. Ett annat exempel är hur samverkan ska ske med andra aktörer (exempelvis skolor) i syfte att befinna sig på arenor utanför mottagningen och nå ut till vissa grupper. Här blir alltså kompetensutveckling och samverkan medel för att nå målet om ökad tillgänglighet till vissa grupper. Det innebär att aktiviteterna som planerades inom ett fokusområde många gånger är samma som aktiviteterna som planerades inom ett annat.

22. En preliminär bild över satsningens logik skapades av utvärderarna i dialog med den partsgemensamma gruppen. Denna logik har legat till grund för att tydliggöra fokusområdenas innehåll och syfte.

Att kunna skilja på mål och medel är centralt vid en utvärdering där uppdraget är att följa upp och utvärdera satsningens resultat. Ett försök att tydliggöra vad som i satsningen ska betraktas som mål och vad som ska betraktas som medel för att nå målet har därför gjorts och det övergripande målet har brutits ned i tre olika delmål:

Delmål A: Stärkt tillgänglighet till länets ungdomsmottagningar i allmänhet för personer med psykisk ohälsa, eller risk att utveckla, psykisk ohälsa.

Delmål B: Stärkt tillgänglighet till länets ungdomsmottagningar för särskilda målgrupper med psykisk ohälsa eller risk att utveckla psykisk ohälsa.

Delmål C: Stärkt kvalitet i verksamheternas insatser för psykisk hälsa.

Det är dock viktigt att vara tydlig med att delmålen utgör utvärderarnas tolkning av intentionerna och är därför en sorts efterkonstruktion av målsättningarna.

Det som i ansökningshandlingarna anges som medel för att nå dessa delmål har kartlagts och kategoriserats i relation till det mål som de huvudsakligen bedöms hänga ihop med, se tabell 23 nedan. Vad vi landar i är en beskrivning av satsningens innehåll där de olika medel som används tydliggörs och kopplas ihop med det som uppfattas vara målsättningen på kort sikt. Denna tabell beskriver vad man skulle kunna kalla för satsningens logik och ligger till grund för det fortsatta utvärderingsarbetet.

Tabell 23: Satsningens logik

Medel (insatser som finns i ansökningarna)	Mål på kort sikt	Mål på mellanlång sikt
<p>Ökad bemanning för att kunna ta emot fler ungdomar</p> <p>Hålla kvälls- och helgöppet för att kunna ta emot på andra tider (ofta sker detta genom samverkan mellan mottagningar)</p> <p>Tekniska lösningar (telefonsystem och videomöten)</p> <p>Förstärka det utåtriktade arbetet – allmänt (göra mer och därmed nå fler)</p> <p>Utöka gruppverksamheterna (kunna hjälpa fler)</p> <p>Genomföra kompetensutvecklingsinsatser för personalgrupperna på ungdomsmottagningarna (exempelvis i nya metoder att jobba med grupper och därmed kunna nå fler)</p>	<p>Delmål A: Stärkt tillgänglighet till länets ungdomsmottagningar i <i>allmänhet</i> för personer med, eller risk att utveckla, psykisk ohälsa</p>	<p>Ungdomar i Västra Götaland ska i större utsträckning än tidigare kunna erbjudas effektiva individ- och behovsanpassade insatser av god kvalitet när det gäller området psykisk hälsa</p>
<p>Förstärka det utåtriktat arbete mot särskilda målgrupper.</p> <p>Rikta det utåtriktade arbetet mot särskilda arenor genom samverkan med andra aktörer (SiS, HVB, elevhälsan, fritidsgårdar etc.)</p> <p>Vidareutveckla material (t ex normkritisk granskning) eller rutiner för det utåtriktade arbetet)</p> <p>Anpassa former för insatserna (t. ex. mottagning på skolan)</p>	<p>Delmål B: Stärkt tillgänglighet till länets ungdomsmottagningar för <i>särskilda målgrupper</i> med eller risk att utveckla psykisk ohälsa.</p>	
<p>Implementera kvalitetsledningssystem (genom samverkan mellan mottagningar)</p> <p>Verksamhetsutvecklingstjänster för att arbeta med kvalitet och samordning.</p> <p>Genomföra kompetensutvecklingsinsatser för personalgrupper på ungdomsmottagningarna (t. ex. i bedömningsinstrumentet CORE)</p>	<p>Delmål C: Stärkt kvalitet i verksamheternas insatser för psykisk hälsa.</p>	

Fråga 2: Vad av det som planerades har genomförts?

Den andra frågan som utvärderingen ska besvara handlar om vad ungdomsmottagningarna faktiskt har genomfört för insatser med hjälp av de nationella medlen.

Det är viktigt att understryka att det som redovisas är insatser som genomförts med stöd av den statliga satsningen. De olika mottagningarna har valt att utifrån behov prioritera olika insatser. Vissa mottagningar har exempelvis utvecklat ett gemensamt telefonsystem medan detta redan fanns på andra mottagningar. Det som redovisas är alltså inte ungdomsmottag-

ningarnas utvecklingsarbete i allmänhet utan det som genomförts med stöd av de statliga medlen. Det är också viktigt att understryka att den gränsen ibland är svår att dra. Både i enkätsvar och i intervjuer framstår det ibland som något oklart vad som är en insats genomförd med dessa medel, eller vad som är ett resultat av just denna satsning, och vad som utgör en del av det ordinarie utvecklingsarbetet.

Satsningens innehåll presenteras nedan i tre olika grupper av insatser i förhållande till delmålen. Presentationen avser att ge en översiktlig bild över hela bredden av insatser samt tillhandhålla några fördjupande nedslag för att skapa en bättre förståelse för satsningens innehåll. Dock utgör redovisningen inte en fullständig beskrivning av *samtliga* insatser som ungdomsmottagningarna genomfört.

Delmål A: Insatser för stärkt tillgänglighet i allmänhet

Det första delmålet rör insatser för stärkt tillgänglighet i allmänhet till länets ungdomsmottagningar. I den enkät som skickades ut hösten 2017 till enhetschefer på länets ungdomsmottagningar ställdes frågor om vilka insatser som genomförts när det gäller stärkt tillgänglighet. Tabell 24 ger en överblick över dessa insatser och hur de fördelar sig mellan olika geografiska områden.

Alla som besvarat enkäten uppger att de bedrivit mer utåtriktat arbete direkt mot ungdomar samt startat upp eller utökat befintlig gruppverksamhet. Vidare svarar alla utom Göteborg att de använt satsningen för att utöka sin telefontillgänglighet. Vi ser också att fem av nio områden med hjälp av satsningen har startat upp eller utökat omfattningen på sin drop-in-verksamhet. För fyra områden uppger enhetscheferna att arbete påbörjats med att hålla öppet kvällstid, vardagar efter klockan 17. Helgöppet har påbörjats inom fyra områden och planeras i ytterligare två. Slutligen uppges att det inom tre områden skapats möjligheter till digitala möten eller väntrum och att det finns planer att göra det inom ytterligare tre.

Tabell 24: Beskrivning av insatser för stärkt tillgänglighet

	Skapat möjligheten till digitala möten/väntrum	Utökat möjligheterna till webbokning	Utökat telefon-tillgänglighet	Hållit öppet vardagar efter kl. 17:00	Hållit öppet under helger	Startat upp eller utökat omfattningen på drop-in	Startat upp eller utökat befintlig gruppverksamhet	Bedrivit mer utåtriktat arbete direkt mot ungdomar
Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga	Planerar	Planerar	Ja	Ja (snitt 1h/v)	Nej	Ja (snitt 2h/v)	Ja	Ja
Borås, Bollebygd, Ulricehamn, Tranemo, Mark, Svenljunga	Ja	Ja	Ja	Nej	Planerar	Nej	Ja	Ja
Lidköping, Vara, Nossebro, Skara, Grästorp, Götene	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Mariestad, Töreboda, Gullspång	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Mölnadal, Mölnlycke, Ale, Kungälv, Partille, Öckerö	Planerar	Ja	Ja	Nej	Planerar	Ja (snitt 3h/v)	Ja	Ja
Uddevalla, Orust, Munkedal, Lysekil, Sotenäs, Tanum och Strömstad	Planerar	Planerar	Ja	Ja (snitt 3h/v)	Nej	Ja (snitt 3h/v)	Ja	Ja
Trollhättan, Vänersborg, Lilla Edet, Mellerud, Färgelanda, Dals Ed, Bengtsfors, Åmål.	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Falköping, Skövde, Hjo, Karlsborg, Tibro, Tidaholm	Nej	Nej	Ja	Ja (snitt 2,5h/v)	Ja	Ja (snitt 2,5h/v)	Ja	Ja
Göteborg (Olskroken, Angered, Gamlestan, Centrum, Väst, Hisingen)	Nej	Ja	Nej	Ja (snitt 2,5h/v)	Ja	Ja (snitt 4h/v)	Ja	Ja

Källa: Informationen är insamlad via en webbenkät till enhetschefer.

Beskrivning: Följande fråga ställdes: "Har er ungdomsmottagning under 2016–2017 använt SKL-medel för något av följande?" Nio respondenter besvarade frågan.

Dessa enkätsvar ger endast en övergripande bild av det arbete som bedrivits. I syfte att skapa en djupare förståelse beskrivs nedan olika delar som kan sägas hänga ihop med målet om stärkt tillgänglighet till ungdomsmottagningarna i allmänhet. Analysen grundar sig på information som finns i ansökningarna och enkätsvaren, samt intervjuer med enhetschefer och verksamhetsutvecklare på länets ungdomsmottagningar.

Utvidgade insatser genom ökad bemanning

En del av satsningen har handlat om att utvidga redan befintliga insatser genom att förstärka ordinarie verksamhet för ungdomarna. Det har handlat om att mottagningarna utökade personalresurserna för att kunna ta emot fler ungdomar individuellt, i grupp eller genom att bedriva mer av det utåtriktade arbetet.

Att fånga omfattningen av detta är svårt. Ett sätt att försöka beskriva omfattningen är att titta på den resursförstärkning som de statliga medlen inneburit. En klar majoritet av de statliga medlen uppges i ansökningar och redovisningen ha använts till ökad bemanning på ungdomsmottagningarna (redovisning SKL 2016 och 2017). I kronor räknat motsvarar den ökade bemanningen 60 procent av hela satsningen 2016 och 77 procent året efter. Under 2017 uppges bemanningen ha ökat med 9,2 barnmorska, 13,1 kurator/socionom och 0,3 psykolog (redovisning till SKL för 2017). Sammanlagt har förstärkningen i länet under detta år inneburit 22,6 årsarbetare.

Denna personal har dock inte kunnat användas enbart för att utvidga insatserna. En del av satsningen handlade om kompetensveckling och det är tydligt när man läser ansökningshandlingarna att just kompetensutvecklingen bedömdes kräva resursförstärkning för att kunna upprätthålla befintlig nivå på service. En kompetensutvecklingsinsats kräver att personalen kan avsätta tid för utbildningen, vilket gör att vikarier behöver sättas in.

I enkäten som skickats ut till ungdomsmottagningarnas enhetschefer ställdes därför en fråga om hur stor andel av den ökade bemanningen som uppskattats ha gått till att ersätta befintlig personal som fått kompetensutveckling som en del av SKL-satsningen. Syftet var att avgränsa och fånga in den del som faktiskt har kunnat användas till extra insatser. Enkätsvaren varierar. För fyra av de nio geografiska områdena uppskattas minst 60 procent gått till att bemanna verksamheten när personal fått kompetensutveckling. För två områden uppskattas mellan 40 och 59 procent ha krävts och ytterligare ett område uppskattar att kompetensutvecklingsinsatsen krävt mellan 20 och 39 procent av den ökade bemanningen. Ett område har inte använt den ökade bemanningen alls på detta sätt och ytterligare ett område bedömer det vara för svårt att besvara frågan.

Utvidgade insatser genom nya metoder

Ett sätt att nå fler ungdomar med befintliga resurser är att erbjuda insatser i grupp. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en metod som kan användas på detta sätt. Metoden sägs vara baserad på kognitiv beteendeterapi och har enligt tidigare studier visat sig fungera för att minska stress och förbättra hälsan hos unga (i utbildningsmaterialet som använts till ungdomsmottagningarnas personal refereras exempelvis Frögéli et al 2015).

Sammanlagt har 62 personer under 2017 utbildats som en del av satsningen, vilket utgör cirka en tredjedel av den totala personalstyrkan på länets ungdomsmottagningar. Utbildningen bestod i fyra heldagar där deltagarna tillhandahölls stödmaterial samt parallellt med utbildningen ledde en egen grupp. Grupperna med ungdomar som personalen ledde omfattade antingen fyra tillfällen à tre timmar eller sju tillfällen à två timmar.

I kartläggningen redovisades den information som finns att tillgå i verksamhetsstatistiken när det gäller antal grupper som genomförts under 2017, se tabell 17 på sidan 46. Det är dock svårt att avgöra vilka av dessa som är ett konkret resultat av den statliga satsningen och vilka som ändå skulle genomförts.

I enkätundersökningen ställdes därför frågan om mottagningarna startat upp eller utökad *befintlig gruppverksamhet med stöd av SKL-medel*. I respondenternas svar finns en variation som är intressant att notera. Dels finns redogörelser för insatser i grupp, exempelvis att ett antal ACT-grupper har genomförts och hur många som deltagit, dels redogörs för insatser som mer liknar det ordinarie utåtriktade arbetet, exempelvis:

alla ensamkommande kommit via gymnasiet till UM. Diverse aktiviteter på bibliotek, alla i åk 7 på två skolor (Respondent D)

I svaren varierar uppskattningen av antalet ungdomar som kunnat ta del av *gruppverksamheten* från 32 till 1 300 individer inom de olika områdena. Det verkar således som tolkningen av vad som kan definieras som en gruppverksamhet skiljer sig åt mellan respondenterna och enkätfrågan borde ha specificerats ytterligare för att kunna särskilja informationsspridning från insatser där man vid upprepade tillfällen samlar ungdomar i grupp och använder en särskild metod. Det är därför svårt att ge en tillförlitlig bild av den omfattning som målgruppen, som ett resultat av den särskilda satsningen under de studerade åren, kunnat ta del av denna form av insats. Det enda vi kan säga är att under 2016 och 2017 fick cirka en tredjedel av personalstyrkan på länets ungdomsmottagningar en kompetensutvecklingsinsats som handlade om metoden ACT.

Förbättra samverkan för att nå fler

Samverkan var ett av de fokusområden som prioriterades av den partsgemensamma gruppen. I ansökningshandlingarna finns många beskrivningar av hur ungdomsmottagningarna vill arbeta med att utveckla samverkan. Ofta kopplas samverkan ihop med det utåtriktade arbetet och ses som ett medel för att stärka denna del av verksamheten. Genom att samverka med externa parter ska ungdomsmottagningen nå ut till fler ungdomar genom att göra sig känd och genom att erbjuda sina tjänster även på andra ställen.

Skolorna tycks ha varit den vanligaste samverkansparten. Samverkan är ett begrepp med många betydelser. I detta fall tycks det framförallt handla om informationsutbyte och praktikaliteter, men inte gemensamma aktiviteter.

Samarbetet handlar om tillgång till skolan helt enkelt. [...] Vi kan vara med på [elevhälsans] möten kanske om det blir en öppning. Att vi kan ha en regelbunden träff med skolsköterskorna, det är ju dem framförallt det handlar om, men inte att vi gör något gemensamt projekt eller så. Det har vi inte gjort hittills i alla fall. Vi jobbar med samma målgrupp och ska vi jobba i två parallella led så är det lättare att jag vet att den skolsköterskan jobbar där, hur den jobbar och jag vet vad [skolorna] har för bekymmer så är det lättare. Då är det lättare att anpassa våran... vi kanske måste vara mer på nån skola och mindre på en annan för att nå dem som behöver oss. (Enhetschef U)

Ett exempel på samverkan med skolan handlar om att ungdomsmottagningen deltagit på temadagar som skolan årligen genomför. Själva samverkan har i dessa fall handlat om att elevhälsopersonal – ofta en skolsköterska – varit behjälplig med att tipsa om vilka dagar som är lämpliga att komma på (så att eleverna inte är borta på en idrottsdag eller praktik) och att få tillgång till ett bord att ställa upp sina saker på. Det finns också mottagningar som har kontakt direkt med lärare som bjuder in dem att medverka på en lektion. Sådana lärare beskrivs som enskilda eldsjälar. Det finns också exempel på mottagningar som försökt genomföra individuella insatser på skolan, t.ex. erbjuda provtagning eller ett samtal. Då har samverkan även handlat om att få tillgång till elevhälsans mottagningsrum. Det tycks dock i realiteten inte varit någon större efterfrågan hos eleverna på att få del av insatser på skolan; de kommer hellre till mottagningen, enligt intervjupersonerna.

Skolbesök är inte något nytt och sker i olika omfattning beroende på lokal kontext. Det är därför svårt att avgöra om det sker i större utsträckning nu än tidigare.

Införa tekniska lösningar för ökad tillgänglighet

En annan del av satsningen har bestått i olika tekniska lösningar i syfte att öka tillgängligheten till ungdomsmottagningarna i allmänhet för personer med psykisk ohälsa eller risk att utveckla psykisk ohälsa. På samtliga av Närhälsans mottagningar har ett gemensamt telefonsystem införts som kallas för Call-me. Istället för att ungdomen sitter i en telefonkö får den välja vilken tid den vill bli uppringd. Telefonsystemet samlar också in data om vilken tid ungdomarna ringer och när de önskar att bli uppringda, vilket används som underlag för att styra vilka uppringstider som ges och beskrivs fungera som ett diskussionsunderlag i ledningsgrupper.

Genom att analysera när personer ringer och vill bli uppringda kan verksamheten planeras bättre. Telefonsystemet blir således både ett sätt att öka tillgängligheten för ungdomen och ett underlag för verksamhetsutveckling. Systemet beskrivs i intervjuer som ett viktigt arbete för ökad tillgänglighet och det finns beskrivningar av hur nöjdheten i brukarenkäter förbättrats väsentligt på vissa mottagningar sedan införandet. En liten farhåga med detta system som lyfts fram i intervjuer är att alla ungdomar inte behärskar tekniken eller att det finns ungdomar som föredrar att telefonsamtalet direkt leder fram till någon anställd på ungdomsmottagningen.

Inom Närhälsan finns också möjligheter att boka tid via webben. Det innebär att ungdomen kan gå in och själv välja de tider som passar, utan hjälp av personal. Detta system fanns inom Närhälsan redan innan den statliga satsningen, men har nu i större utsträckning också gjorts möjlig att använda för den psykosociala personalen. Enligt intervjuerna har detta frigjort tid för personal som istället för tidsbokning kan lägga den på samtal. En utmaning som identifierats är att ungdomen ibland bokar in sig på för korta möten.

Ytterligare en teknisk lösning som införts inom Närhälsan är möjlighet att via videosamtal få stöd och hjälp av ungdomsmottagningens personal. Ungdomen får då ladda ned en applikation i telefonen och kan ställa sig i kö för att på vissa tider möta personal i ett videosamtal. Bemanningen av dessa tider sköts genom en samverkan mellan ungdomsmottagningarna i Närhälsan. Några områden har påbörjat utvecklingsarbetet och redan provat arbetssättet under 2017. Sommaren 2018 kommer möjligheten att söka stöd via videosamtal införas brett bland ungdomsmottagningarna i Närhälsan. Planen är att tillhandhålla en personal från den medicinska sidan och en kurator eller psykolog vid två timmar per dag under fyra dagar i veckan. En av enhetscheferna lyfter i intervjun fram vinsterna med videosamtal för ungdomar boende på mindre orter:

Om du bor i Gullspång och så ska du ta dig till Mariestad, det är sju mil emellan. Det kan ju bli lite problem. Då kan du ju träffa oss via den här webb-dropinen och få någon form av hjälp. (Intervju med enhetschef E)

De verksamhetsutvecklare inom Närhälsan som arbetat med att införa dessa tekniska lösningar beskriver att de syftar till att stärka tillgängligheten brett bland länets ungdomar, det vill säga inte i första hand stärka tillgängligheten för en särskild grupp. De säger också att de statliga medlen har varit viktiga; den extra personalförstärkning som satsningen inneburit bedöms ha varit central för möjligheterna att kunna bedriva detta utvecklingsarbete.

Förändra öppettiderna för ökad flexibilitet

En annan del av satsningen har bestått i att utvidga eller förändra öppettider. Det handlar om att kunna ta emot fler ungdomar och att kunna ta emot ungdomarna på andra tider än de traditionella kontorstiderna. Idén bygger på att stärka tillgängligheten till verksamheterna genom att ha öppet på tider som passar ungdomarnas behov.

Vi ser i enkätsvaren att ett sådant utvecklingsarbete sägs vara initierat eller ska påbörjas inom sex av de geografiska områdena. Ett av dessa är mottagningarna med Falköping som

huvudmottagning. Arbetet påbörjades under 2016 efter att brukarundersökningar visat att ungdomarna efterfrågat detta, vilket ledde till att personalen på mottagningarna tog initiativ till ett utvecklingsarbete. Idag hålls öppet varannan lördag och mottagningarna inom området turas om att hålla öppet. Efterfrågan på de tider som tillhandhålls uppges ha varit stor. På dessa lördagar kan ungdomar möta både medicinsk personal och samtalspersonal. Satsningen har följts upp genom en enkät till ungdomarna. Där konstaterades bland annat att skälet till att de sökte på en lördag var att de inte ville missa jobb eller skola.

I Göteborg påbörjades hösten 2017 ett försök med lördagsöppet. De sex ungdomsmottagningarna kom överens om att hålla öppet på lördagar enligt ett rullande schema. Fram till och med april 2018 hade mottagningarna turats om att hålla öppet sammanlagt 18 lördagar. Vid dessa tillfällen har ungdomarna kunnat möta samma professioner som på vardagar. Ungdomsmottagningarna i Göteborg har följt upp detta genom både besöksstatistik, en enkät till personalen och en enkät till ungdomarna. I maj 2018 är inte analysen av detta material slutförd och det finns en pågående diskussion i verksamheterna om huruvida införandet av lördagsöppet är rätt sätt att stärka tillgängligheten.

En svårighet som lyfts i intervjuerna är att utökade öppettider kräver god tillgång på personalresurser, annars kan det bli svårt att upprätthålla arbetsrättsliga principer om personalens ledighet, särskilt på mindre mottagningar. De statliga medlen, och den resursförstärkning i form av personal som de inneburit, beskrivs som centrala för att kunna tillhandhålla denna form av tillgänglighet.

Delmål B: Stärkt tillgänglighet för särskilda målgrupper

Det andra delmålet handlar om stärkt tillgänglighet för särskilda målgrupper. Analysen börjar med ett resonemang om vad som i detta sammanhang avses med "särskilda målgrupper".

Vad är särskilda målgrupper?

Målen utgör efterkonstruktioner skapade i syfte att möjliggöra en mål- och resultatanalys av satsningen. Det finns dock en viktig skillnad mellan delmål B och formuleringarna i ansökningshandlingarna. I ansökningshandlingarna ställdes följande fråga till ungdomsmottagningarna: *Kommer ni använda medel för nya arenor och nya målgrupper?* (Ansökningsblankett för förstärkning av verksamheten på ungdomsmottagningar inom området psykisk hälsa s. 3). Det som nämns är alltså *nya* och inte särskilda målgrupper.

Omformuleringen görs eftersom det vid en genomläsning av ansökningshandlingarna framstår som att ungdomsmottagningarnas ambition inte alltid var att nå just *nya* målgrupper utan att det snarare handlade om att lyfta ut och fokusera på behoven hos en viss grupp av individer, som varit ny eller gammal i förhållande till ungdomsmottagningarnas uppdrag. Många ansökningar anger exempelvis insatser för att nå killar och hbtq-personer, vilka här inte bedöms som *nya* målgrupper inom ungdomsmottagningsverksamheterna. Bedömningen görs att formuleringen *särskilda målgrupper* bättre fångar in det som ungdomsmottagningarna faktiskt har arbetat med.

Om medel skulle användas för detta ändamål ombads ungdomsmottagningarna att kortfattat beskriva på vilket sätt de skulle arbeta. Ansökningshandlingens angav följande exempel: *uppsökande och utåtriktat arbete, killar, nyanlända*. Denna formulering gav möjlighet att göra egna tolkningar av vilka grupper som insatserna skulle riktas mot och också vad som skulle göras. Styrningen av ungdomsmottagningarna var alltså begränsad i ansökningsförfarandet.

I vissa ansökningar preciseras insatser för personer med psykisk ohälsa i allmänhet. Här tolkas dock insatser för personer som har behov av stöd med sin psykiska hälsa, utan vidare avgränsning, som mer logiskt sammanhängande med delmålet om tillgänglighet i allmänhet; eftersom hela satsningen handlar om att stärka ungdomsmottagningarnas arbete med

psykisk hälsa kan inte ungdomar med psykisk ohälsa i detta sammanhang betraktas som en *särskild* grupp. Särskilda målgrupper måste istället vara personer som antingen har någon form av gemensam identitet eller egenskap (exempelvis juridiskt kön) eller ett gemensamt behov (exempelvis bearbetning av våldsutsatthet), eller en kombination av båda (exempelvis transperson utsatt för hatbrott).

I ansökningarna beskrivs insatser riktade mot olika grupper. För att få reda på mer ställdes i enkäten till enhetscheferna en fråga om vilka särskilda målgrupper som ungdomsmottagningarna försökt nå där svarsalternativ formulerades med grund i vad som fanns uttryckt i ansökningshandlingarna. Samtliga respondenter uppgav att insatser riktats mot gruppen nyanlända och ensamkommande ungdomar. De näst vanligaste grupperna är killar och unga män, institutionsplacerade ungdomar, personer med intellektuella funktionsnedsättningar och personer utsatta för våld eller sexuella övergrepp. Minst fem enhetschefer angav att insatser riktats mot dessa målgrupper inom det geografiska området, se tabell 25. Förutom de färdiga svarsalternativen uppgav mottagningarna i Göteborg att de också riktat insatser mot "unga i en hederskontext". Ungdomsmottagningen i Kungälv beskrivs ha arbetat med kvinnor med samlagsmärta och personer med under- eller övervikt.

Tabell 25: Vilka särskilda målgrupper som satsningar riktats mot.

	Killar	Nyanl./ Ensamk.	Boende på institu- tion	Hbtq-ung- domar	Fysisk funktions- neds.	Intellek- tuell funktions- neds.	Social utsatthet	Yngre än 13 år	Utsatta för våld	Utsatta för sexuella övergrepp
Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Borås, Bollebygd, Ulricehamn, Tranemo, Mark, Svenljunga	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Göteborg (Olskroken, Angered, Gamlestan, Centrum, Väst, Hisingen)	Plane- rar	Ja	Ja	Plane- rar	Plane- rar	Plane- rar	Plane- rar	Nej	Nej	Ja
Lidköping, Vara, Nossebro, Skara, Grästorp, Götene	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Mariestad, Töreboda, Gullspång	Plane- rar	Ja	Nej	Nej	Nej	Plane- rar	Nej	Nej	Plane- rar	Plane- rar
Mölnadal, Mölnlycke, Ale, Kungälv, Partille, Öckerö	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Plane- rar	Plane- rar
Uddevalla, Orust, Munkedal, Lysekil, Sotenäs, Tanum och Strömstad	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Trollhättan, Vänersborg, Lilla Edet, Mellerud, Färgelanda, Dals Ed, Bengtstors, Åmål.	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Falköping, Skövde, Hjo, Karlsborg, Tibro, Tidaholm	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej

Beskrivning: Information är insamlad via enkät. Den fråga som ställdes var: Har er ungdomsmottagning under 2016–2017 använt SKL-medel för att i större utsträckning nå ut till följande specifika grupper? Svarsalternativen var "Nej", "Nej, men planerar att använda medlen" och "Ja". Nio personer har besvarat frågorna.

Enhetscheferna fick även ange vilka typer av insatser som riktats mot olika målgrupper. I svaren angavs att kompetensutvecklingsinsatser samt informationsinsatser och utåtriktat arbete på en fysisk arena för gruppen nyanlända och ensamkommande varit de mest vanligt förekommande insatserna. Sex av nio enhetschefer uppgav att ett sådant arbete har genomförts eller planerades inom det geografiska området under 2016–2017. Minst vanligt förekommande var svarsalternativen "Börjat använda ny teknik", "Erbjudit provtagning eller medicinsk behandling" och "Bedrivit arbete på digital arena". I svaren framkommer också att insatser mot särskilda målgrupper i lägst utsträckning riktats mot hbtq-ungdomar och personer med fysiska funktionsnedsättningar under den studerade perioden. Se tabell 26 nedan.

Tabell 26: Vilka insatser har riktats mot vilka målgrupper?

GRUPP	Samtal enskilt/par	Informerat om UM	Kompe- tensutv. för att möta behov	Bedrivit utåtriktat arbete på fysisk arena	Informerat om ämne/ fråga	Utvecklat metod för att kunna möta behov	Grupp- samtal	Börjat använda ny teknik	Erbjudit provtag- ning el. med. be- handling	Bedrivit arbete på digital arena
Nyanlända	5	6	6	6	4	4	3	2	2	1
Killar	3	3	4	3	2	2	2	1	1	1
Placerade på institution	3	3	2	2	3	1	2	1	1	1
Social utsatthet	3	3	2	3	2	2	1	1	2	
Intellektuell funktionsned.	4	4			2	2		1		
Utsatta för sex. övergrepp	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1
Yngre än 13 år	2	2	2	2	2	2	1	1		
Utsatta för våld	2	1	2	1		2				
Fysisk funktionsned.	2	2		1			1			1
HBTQ-identitet	1						1	1	1	1

Källa: Information är insamlad via enkät till enhetschefer.

Beskrivning: Den fråga som ställdes var: Har er ungdomsmottagning under 2016–2017 använt SKL-medel för att i större utsträckning nå ut till följande specifika grupper? Svarsalternativen var "Nej", "Nej, men planerar att använda medlen" och "Ja". Nio personer har besvarat frågorna.

Den här beskrivningen ger endast en övergripande bild av det arbete som bedrivits i förhållande till delmål B. I syfte att skapa en djupare förståelse beskrivs insatserna mer nedan. Analysen grundar sig på informationen i ansökningar och redovisningar samt intervjuer med enhetschefer och verksamhetsutvecklare på ungdomsmottagningarna.

Samverkan som medel för att nå särskilda målgrupper

I ansökningshandlingarna syns en tydlig ambition att via samverkan med andra, huvudsakligen offentliga aktörer, nå ut till särskilda grupper av ungdomar. Samverkan framstår många gånger som ett medel för att få tillträde till vissa arenor.

Starta upp samverkan med kommunens fritidsgårdsverksamhet för att identifiera grupper som behöver särskilda insatser utifrån UM:s uppdrag och särskilt med fokus att förebygga psykisk ohälsa. (Ansökningshandling nummer 13)

Exempel på samverkansinsatser som nämnts i intervjuerna är att träffa nyanlända ungdomar på språkintruktionsprogram och att söka sig till de gymnasieskolor där det finns yrkesprogram och därmed också många killar. Även att söka sig till andra skolor där eleverna kan förväntas ha ett särskilt behov av att träffa ungdomsmottagningen, till exempel på en internatskola eller på skolor där eleverna får extra lång tid på sig att klara gymnasiet. Det har också handlat om att ta emot studiebesök från hem för vård och boende (HVB) för ensamkommande och att besöka särskilda ungdomshem (som drivs av Statens Institutionsstyrelse, SiS) där ungdomarna inte får lämna boendet.

Syftet är att visa upp att vi finns och vad vi kan hjälpa till med, men också att möta ungdomar och svara på frågor. De som inte kommer till oss, att de får ett ansikte på oss och att de får prata om psykisk ohälsa och att förebygga psykisk ohälsa. Och det kan ju vara, som på SiS-boende, så grundläggande saker som att man sover på natten och är vaken på dagen. (Enhetschef K)

Andra exempel handlar om att besöka samverkansarenor där ungdomar som står utanför studier och arbetsmarknad finns och att samverka med lokala föreningar. Det finns dock inte så många exempel på att satsningen inriktats på sådan samverkan, i alla fall inte i någon större omfattning. Det finns många förklaringar till varför det är svårt att få till en hållbar

samverkan, men det kan exempelvis handla om att en förening på en mindre ort är aktiv under en period, men inte en annan.

Den bild som framträder i analysen av ansökningarna är att de arenor som ungdomsmottagningarna har arbetat med på många sätt, precis som när det gäller målgrupper, inte alltid är att betrakta som nya. De arenor som nämns i ansökningarna är skolor (på olika nivåer) och elevhälsa, särskilda ungdomshem (SiS), HVB-hem (Hem för vård och boende), fritidsgårdar, socialtjänst, missbruksenheter, samverkansarenor (till exempel aktivitetshus, familjehus), pride-festivaler och hbtq-caféer. Möjligtvis innebär satsningen en förstärkning av det utåtriktade arbetet mot just gymnasieskolor, som före satsningen inte varit möjligt att genomföra. Men eftersom det inte preciseras vilken *förändring* eller *förbättring* som aktiviteterna innebär är det omöjligt att utifrån ansökningarna avgöra om satsningen är ny eller inte.

I intervjuerna blir det tydligt att vissa aktiviteter inte har blivit av. Det kan handla om att den andra parten inte är intresserad av samverkan, eller att det varit för turbulent i den andra verksamheten eller kring en målgrupp. Det kan också handla om att en verksamhet har avvecklats eller helt enkelt inte öppnat, liksom att andra aktiviteter har prioriterats.

Kompetensutvecklingsinsatser för att möta särskilda målgrupper

Det går att se hur flera av kompetensutvecklingsinsatserna syftar till att stärka kompetensen hos ungdomsmottagningarnas personal när det gäller att möta behov hos särskilda grupper. Genom en sammanställning av utbildningsinsatser under 2017 kan vi skapa oss en uppfattning om inriktningen, se bilaga 8.

Den utbildningsinsats som flest gått under 2017 handlar om trauma vilket kopplas ihop med psykisk ohälsa och arbete med särskilda målgrupper. Kunskap om trauma beskrivs som nödvändig för att möta ungdomar som varit utsatta för våld, exempelvis ungdomar som flytt till Sverige. 90 procent av ungdomsmottagningarnas personal, och det handlar om personal från de flesta områden, har deltagit i denna endagsutbildning.

Vidare har 32 personer, som kommer från de flesta delar av länet, erbjudits vidareutbildning i andrologi motsvarande 7,5 högskolepoäng. Denna utbildning handlar om att göra ungdomsmottagningarna bättre på att erbjuda adekvat stöd och hjälp till killar som grupp.

I Göteborg har elva medarbetare fått en utbildning i metoden *Sexuell och reproduktiv hälsa på HVB-hem*. Dessa medarbetare har sedan i sin tur hållit kurser för personal på HVB-hem.

Ytterligare ett exempel på utbildning som kan sägas vara kopplad till en särskild grupp är Sexit som syftar till att identifiera ungdomar som löper ökad risk för sexuell ohälsa. Här finns en förståelse för att den psykiska och sexuella hälsan hänger ihop och påverkar varandra. Inom ramen för satsningen har 29 personer från Skaraborg och Norra Bohuslän tillhandhållits möjligheten till kompetensutveckling i en metod för att på ett tidigt stadium kunna identifiera ungdomar som är sexuellt riskutsatta eller risktagande och kunna erbjuda dem tidiga insatser. Genom utbildningsinsatsen och det tillhörande metodstödet i form av handbok samt ett standardiserat frågeformulär ska ungdomsmottagningens personal bli bättre på att identifiera dessa ungdomar. Utbildningen genomfördes under 2017 och planeras att implementeras under 2018.

Utveckling av arbetssätt för att möta särskilda målgrupper

Förutom att satsningen har innehållit kompetensutveckling av personal, försök till förbättrad samverkan med andra aktörer och mer av utåtriktat arbete, finns också exempel på hur satsningen använts för att vidareutveckla metoder och arbetssätt när det gäller att nå nya målgrupper.

Ett exempel är Göteborgs ungdomsmottagningars samarbete inom ramen för det som kallas HälsUM där personal från de sex mottagningarna sedan tidigare arbetar samlat med det utåtriktade arbetet. I intervjuer uppges att den statliga satsningen har använts för skapa

en ökad tydlighet i hur det utåtriktade arbetet ska bedrivas. Man har tagit fram material som stöd för den personal som möter ungdomarna, samt tydligare riktlinjer för vad ett klassbesök ska innehålla och hur man ska tala om ungdomsmottagningens verksamhet. Sådana riktlinjer har bland annat utarbetats för ungdomsmottagningarnas möte med elever i språkintroduktions- och särskoleklasser. Förbättringsarbetet beskrivs som en ambition att i större utsträckning professionalisera ungdomsmottagningarnas utåtriktade verksamhet. Vidareutvecklingen av HälsUM har också inneburit att det utåtriktade arbetet, som tidigare inom HälsUM främst bedrevs av samtalspersonal, nu även involverar den medicinska personalen. Inom HälsUM har också åldersgruppen utvidgats från att tidigare enbart bestå av gymnasieungdomar till att nu röra hela ungdomsmottagningens målgrupp.

I Göteborg har också ungdomsmottagningarna som en del av satsningen utvecklat ett samarbete mellan mottagningarna för att fånga upp och tillhandhålla stöd för personer utsatta för sexuella övergrepp. En av mottagningarna har sedan tidigare erbjudit samtalsgrupper för denna målgrupp. Genom den statliga satsningen har samverkan skett mellan mottagningarna i Göteborg och på så vis har fler ungdomar kunnat erbjudas detta stöd. Under 2017 fick 15 ungdomar möjlighet att ta del av denna stödinsats.

Delmål C: Stärkt kvalitet i verksamheternas insatser för psykisk hälsa

Vi ska slutligen titta på det sista delmålet: *Stärkt kvalitet i verksamheternas insatser för psykisk hälsa*. Tydligast kopplat till detta mål är kompetensutvecklingsinsatsen samt införandet av kvalitetsledningssystem inom Närhälsans ungdomsmottagningar och tillsättande av verksamhetsutvecklingstjänster inom både Närhälsan och på Göteborgs ungdomsmottagningar.

Kompetensutveckling av personal

Ovan har beskrivits att vissa av kompetensutvecklingsinsatserna riktats för att stärka ungdomsmottagningarnas arbete med särskilda grupper. Men i sin helhet kan kompetensutvecklingsinsatsen ses som ett försök att stärka kvaliteten av ungdomsmottagningarnas insatser för psykisk hälsa.

Utbildningsinsatsen är inte avslutad men fram till och med 2017 har ungdomsmottagningens personal gått någon av de utbildningsinsatser som redovisas i bilaga 8. Sammanlagt handlar det om 719 tillfällen, där en individ genomgått någon av utbildningarna.

Utbildningarna har varierat i omfång med allt ifrån endagarskurser till vidareutbildning på högskolenivå. I sammanställningen av listan på utbildningsinsatser syns exempelvis att åtta av länets drygt 60 kuratorer har getts möjlighet att gå en steg 1-utbildning i psykoterapi, att två kuratorer getts möjlighet att gå steg 2-utbildning i psykoterapi och att 172 personer har fått möjlighet att gå endagarskursen om trauma.

Ett annat exempel är utbildningen i bedömningsinstrumentet CORE. Under 2017 gavs 45 personer anställda inom Närhälsans mottagningar möjlighet till sådan utbildning. Instrumentet är utformat för att mäta resultat av psykoterapi och stödjande samtal och syftar till att utvärdera effekter av behandling vid ungdomsmottagningarna (i utbildningsmaterialet hänvisas bland annat till Barkham et al 2006). Arbetssättet består i att frågor ställs till ungdomen om nedstämdhet, ångest, sömn, funktion, välbefinnande och suicidalitet och att detta görs vid upprepade tillfällen under behandlingen för att följa utvecklingen över tid. I dagsläget uppges i intervjuer att det endast är några mottagningar inom Närhälsan som använder instrumentet. I Göteborg pågår en diskussion kring vilka mätinstrument som är lämpliga att använda inom den psykosociala verksamheten men ännu är inga beslut fattade enligt intervjupersoner.

En av utbildningsinsatserna beskrivs i intervjuer inte ha mött förväntningarna. Kursupplägg och innehåll i högskoleutbildningen i sexologi ifrågasattes av flera kursdeltagare. Ungefär hälften av deltagarna avslutade därför kursen i förtid och valde istället en liknande kurs hos en annan utbildningsanordnare.

Kvalitetsarbete på ungdomsmottagningarna i Göteborg

I Göteborg har den statliga satsningen delvis använts för att anställa en verksamhetsutvecklare för att stärka och samordna ungdomsmottagningarnas kvalitetsarbete. Personen, som arbetar med samtliga ungdomsmottagningar i Göteborg, började sin tjänst i september 2017 och beskriver ett påbörjat utvecklingsarbete inom flera områden. Tidigare fanns ingen liknande verksamhetsutvecklartjänst för Göteborgs ungdomsmottagningar och tjänsten sägs vara viktig för att kunna samordna och driva ett gemensamt utvecklingsarbete samt att koppla ihop utvecklingsarbetet i Göteborg med vad som sker på nationell och regional nivå, men också vad som sker på lokal nivå i Göteborgs Stad.

Arbetet har hittills bestått i att stötta Göteborgs mottagningar när det gäller kompetensutveckling av personal samt stärka kommunikationen och de professionellas delaktighet i utvecklingsarbetet, bland annat genom att kalla till och leda referensgrupper med medicinsk respektive psykosocial personal. Personen har också arbetat med att införa webbaserad e-learning samt att utveckla ungdomsmottagningarnas digitala kanaler, via exempelvis 1177. Ytterligare en viktig del i arbetet har handlat om att stärka patientsäkerheten, bland annat genom att ta fram rutiner för ett åstadkomma ett systematiskt kvalitetsarbete i verksamheterna.

Kvalitetsledningssystem för samtalspersonal på Närhälsans ungdomsmottagningar

Slutligen ska nämnas att inom Närhälsans mottagningar har en del av satsningen bestått i att förstärka ett redan pågående arbete med att ta fram och implementera ett kvalitetsledningssystem för ungdomsmottagningarna. Systemet omfattar både den medicinska och den psykosociala personalen och är tänkt att användas på samtliga av Närhälsans mottagningar. Ett befintligt kvalitetsledningssystem för medicinsk personal hade utvecklats inom mödravården i Västra Götalandsregionen, vilket kunde användas och anpassas för ungdomsmottagningarna.

Med hjälp av den statliga satsningen gavs möjlighet att använda resurser för att vidareutveckla kvalitetsledningssystemet så att det också innefattar arbetet för psykisk hälsa. Syftet med systemet uppges i intervjuer vara att få personal inom olika mottagningar att göra mer lika, samt underlätta för nyanställd personal att komma in i arbetet och för befintlig personal att få stöd när de möter mer ovanliga ärenden. Ytterst syftar vidareutveckling av arbetssättet till att främja en ökad kvalitet av verksamheten och en mer jämlik vård på länets ungdomsmottagningar.

Ansvarig tjänsteperson inom Närhälsan uppger att utvecklandet av systemet är klart och att en certifiering är planerad att genomföras under 2018. En utmaning som lyfts handlar om implementeringsarbetet med att få personalen att använda systemet.

Fråga 3: Vilka resultat går att se redan nu?

I de föregående avsnitten har beskrivits att satsningen skulle leda till (a) stärkt tillgänglighet i allmänhet, (b) stärkt tillgänglighet för särskilda målgrupper och (c) stärkt kvalitet i ungdomsmottagningarnas insatser för att möta psykisk ohälsa bland länets ungdomar. I det här avsnittet ska de resultat som går att synliggöra fram till och med 2017 redovisas och diskuteras.

Delmål A: Stärkt tillgänglighet i allmänhet

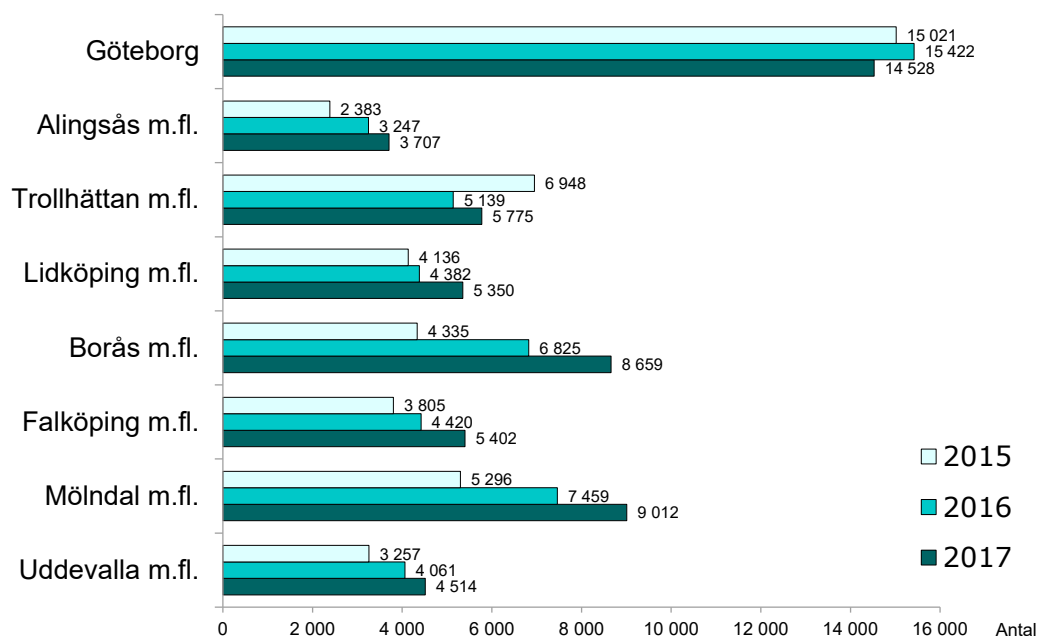
Vi börjar redovisningen med att konstatera att enhetscheferna på länets ungdomsmottagningar gör en positiv bedömning av måluppfyllelsen när det gäller stärkt tillgänglighet i allmänhet. I enkäten som skickades ut hösten 2017 ställdes följande fråga: *I vilken utsträckning bedömer du att SKL-medlen i sin helhet har lett till ökad tillgänglighet till ungdomsmottagningen för personer med, eller risk att utveckla, psykisk ohälsa?* Åtta av nio chefer menar att satsningen i *mycket stor utsträckning* lett till denna form av ökad tillgänglighet, en svarar i *ganska stor utsträckning*.

I den självrapporterade verksamhetsstatistiken finns relevant information beträffande tillgängligheten till ungdomsmottagningarna, bland annat antal besökare och antal besök samt väntetider och öppettider under 2015, 2016 och 2017. Frågan är om det går att belysa en förändring i tillgängligheten till länets ungdomsmottagningar genom att studera denna information.

Antalet besök ökar i länet som helhet

I diagram 14 redovisas antal unika besökare på länets ungdomsmottagningar över tid uppdelat på åtta geografiska områden. I länet som helhet ökade antalet unika besökare med 11 766 individer mellan 2015 och 2017, från 45 181 till 56 947, motsvarande 26 procent. Ökningen gäller dock inte för alla områden i länet. I Göteborg och på mottagningarna runt Trollhättan syns tvärtom en minskning av antalet unika besökare mellan 2015 och 2017, men utan tydlig trend. För övriga områden handlar det om en successiv ökning efter 2015.

Diagram 14: Antal unika besökare 2015–2017 uppdelat på geografiska områden

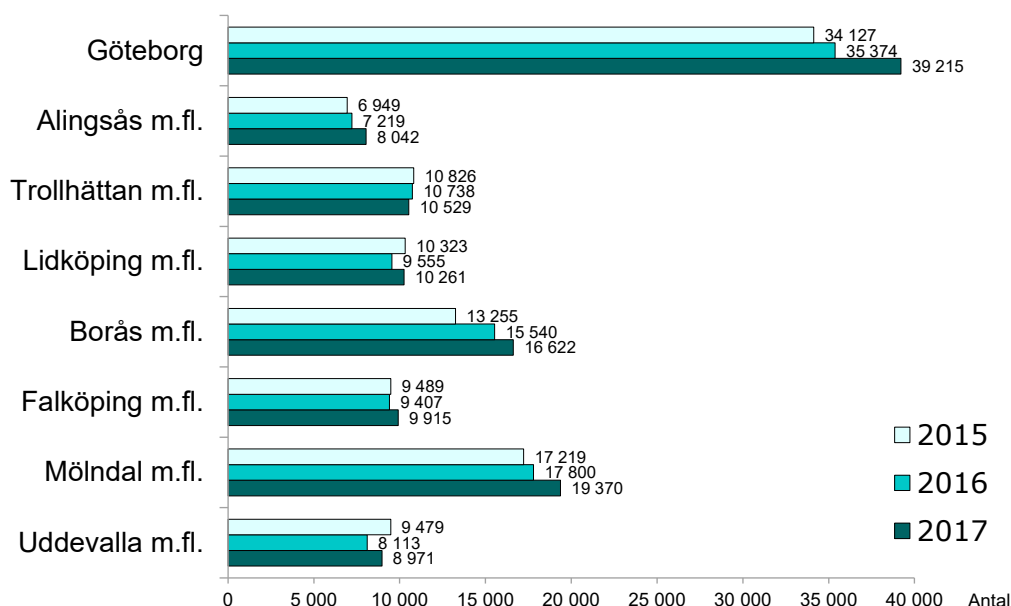


Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet unika besökare 2015–2017.

Beskrivning: Information från Tjörn och Stenungsund saknas.

Studerar vi istället det totala antalet *besök* under samma period blir bilden en annan. Göteborg, som vi sett hade färre *unika* besökare 2017 än 2015, hade ändå påtagligt fler besök totalt sett (diagram 15). Trollhättan redovisar däremot en svag minskning även i detta avseende, tillsammans med ungdomsmottagningarna runt Uddevalla och Lidköping. I övriga fyra områden ökade antalet besök under den studerade perioden, tydligast i Borås och Mölndal. I länet som helhet har antalet besök enligt verksamhetsstatistiken ökat från 111 667 besök år 2015 till 122 925 besök år 2017, motsvarande 10 procent (11 258 besök).

Diagram 15: Antal besök 2015–2017 uppdelat på geografiska områden



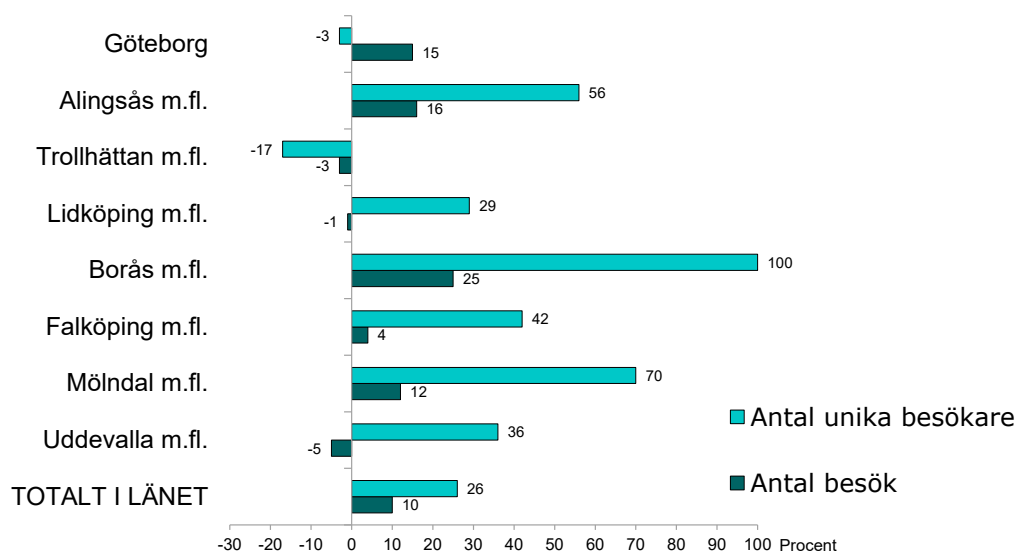
Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet besök totalt 2015–2017.

Beskrivning 1: I 'besök' ingår besök till samtliga professioner på en ungdomsmottagning.

Beskrivning 2: I intervjuer förklaras att ökningarna på ungdomsmottagningarna runt Alingsås och Borås delvis skulle kunna spegla en förstärkning av personalresurserna som tillfördes redan 2015. Hela ökningen i dessa områden kan alltså inte kopplas ihop med den statliga satsningen. Information från Tjörn och Stenungsund saknas.

För att beskriva besöksförändringarna på ett sätt som gör det lättare att jämföra små och stora mottagningsområden, redovisar vi i diagram 16 även den procentuella förändringen mellan 2015 och 2017. Om vi ovan konstaterade att antalet unika besökare i hela länet har ökat med 26 procent och antalet besök med 10 procent, är det inte en utveckling som återspeglas i något av de åtta geografiska områdena taget för sig. Variationen är särskilt stor beträffande antalet *unika besökare*: medan detta har fördubblats i Borås handlar det om en minskning med 17 procent i områdena runt Trollhättan och med 3 procent i Göteborg. I övriga fem områden har antalet unika besökare ökat med mellan 26 och 70 procent. Beträffande antalet *besök* syns en ökning på mellan 4 och 25 procent i fem områden (Falköping, Mölndal, Göteborg, Alingsås, Borås) och en minskning mellan 1 och 5 procent i tre områden (Lidköping, Trollhättan, Uddevalla). Bortsett från Göteborg och Trollhättan har antalet *unika besökare* ökat i högre grad än antalet besök.

Diagram 16: Förändring av antal unika besökare och antal besök mellan 2015 och 2017 (i procent)



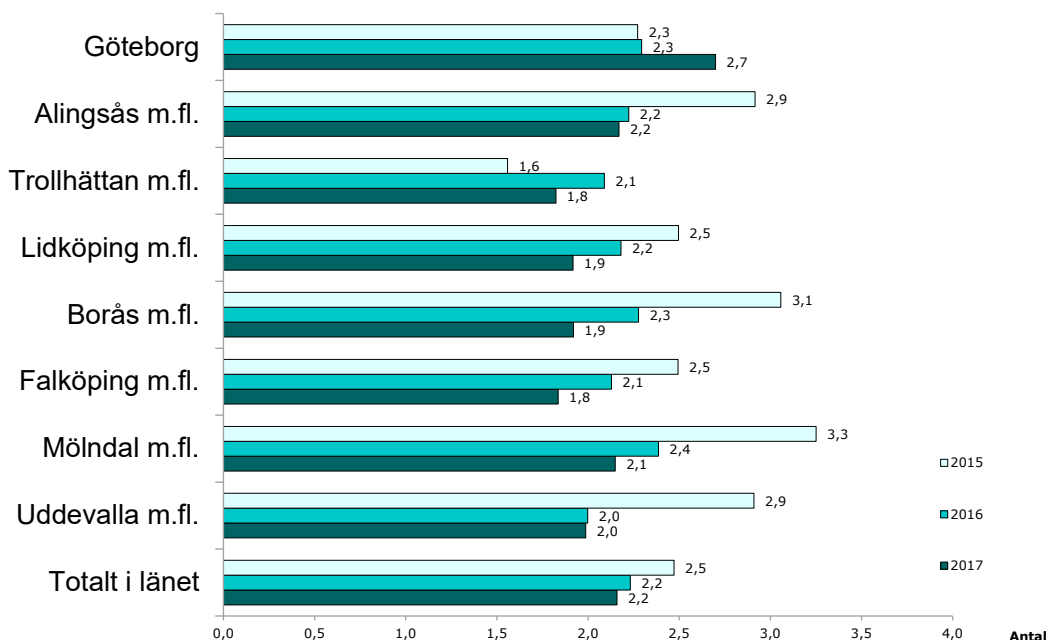
Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet unika besökare 2015–2017.

Beskrivning 1: Diagrammet visar förändring mellan 2015 och 2017 i procent.

Beskrivning 2: I intervjuer förklaras att ökningarna på ungdomsmottagningarna runt Alingsås och Borås delvis skulle kunna spegla en förstärkning av personalresurserna som tillfördes redan 2015. Hela ökningen i dessa områden kan alltså inte kopplas ihop med den statliga satsningen. Information om Stenungsund och Tjörn saknas.

Att antalet unika besökare i flertalet studerade områden ökat i högre grad än antalet besök innebär att den genomsnittlige ungdomen i dessa områden gör färre besök 2017 än 2015. Detta förhållande tydliggörs i diagram 17. Här visas samtidigt hur det omvända gäller för Göteborg samt ungdomsmottagningarna runt Trollhättan – där besökarna i genomsnitt tvärtom gör *fler* besök 2017 än 2015.

Diagram 17: Antal besök per individ – genomsnitt



Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet unika besökare 2015–2017 och antal besök.

Beskrivning: Diagrammet visar genomsnittligt antal besök per individ 2015, 2016 och 2017 när alla professioner är inräknade. Den analyserade verksamhetsstatistiken möjliggör ingen analys av genomsnittligt antal besök per profession. Information om Stenungsund och Tjörn saknas.

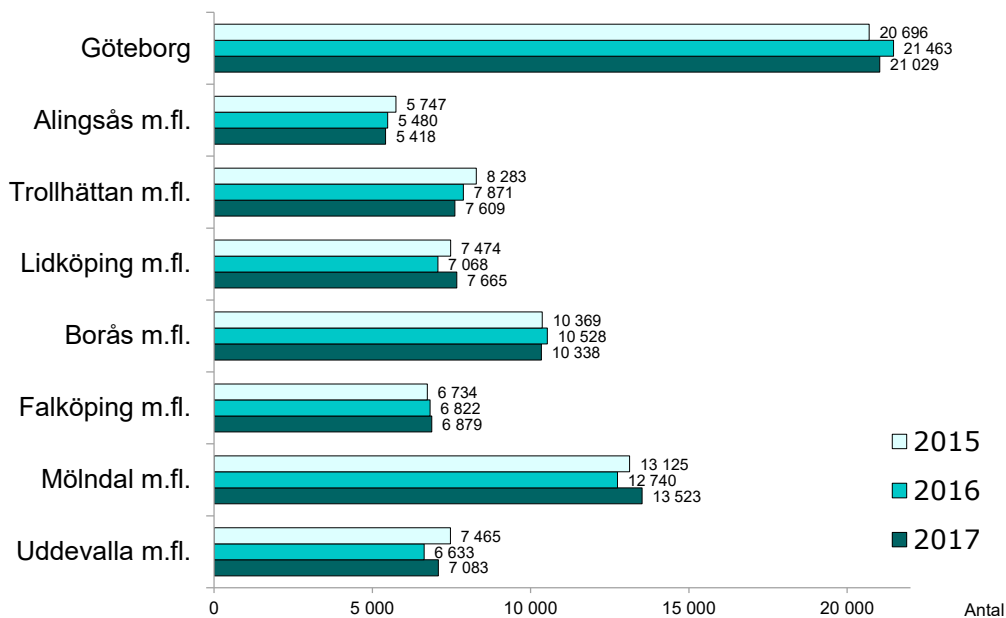
Det är intressant att ställa ökningen av besök i länet som helhet i relation till ökningen av personalresurser som den statliga satsningen inneburit under samma period. Ökningen av antal besök var 10 procent och ökningen av personalresurser med hjälp av statliga medel var under samma period 13 procent.²³ En del av ökningen i besöksstatistiken kan förklaras av andra saker än den statliga satsningen, men en möjlig tolkning är att personalförstärkningen har omvandlats till konkreta insatser där ungdomarna tas emot och journalförs på ungdomsmottagningarna.

Antalet besök hos kurator och psykolog ökar

Eftersom fokus i satsningens ligger på psykisk hälsa är det intressant att lyfta ut registrerade besök hos de olika professionerna och studera dem för sig.

När det gäller besök hos barnmorska har det i länet som helhet bara skett marginella förändringar mellan de tre studerade åren. Antalet har minskat från 79893 besök år 2015 till 79544 besök år 2017 – det vill säga med knappt 350 besök (vilket motsvarar en minskning på 0,4 procent). Det här relativt stabila läget återfinns mer eller mindre i samtliga åtta geografiska områden (diagram 18). Tydligast negativ besökstrend syns i området runt Trollhättan.

Diagram 18: Antal registrerade besök hos barnmorska 2015–2017



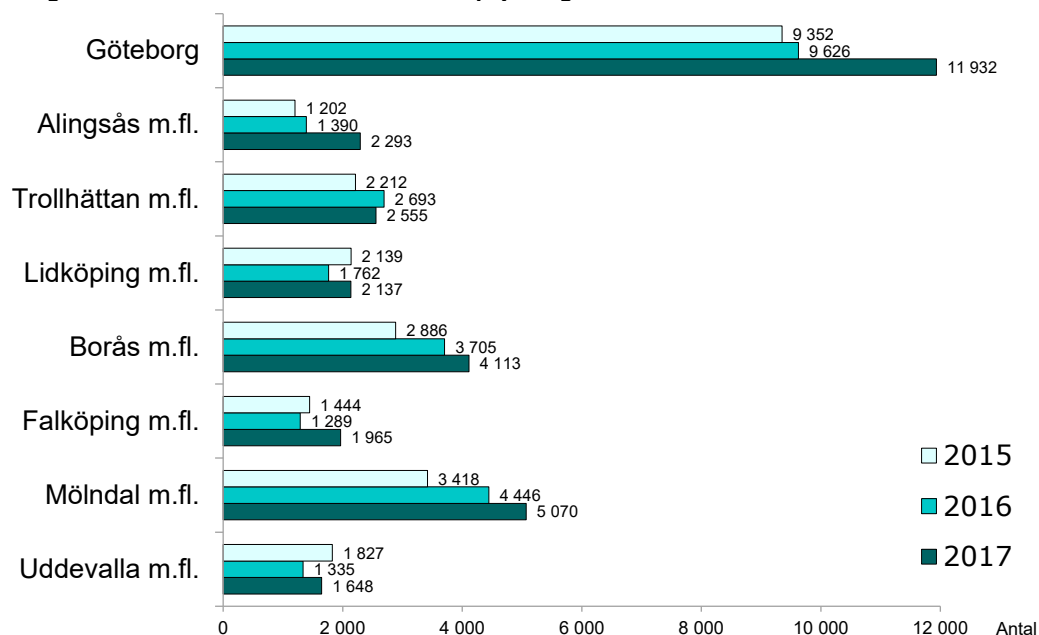
Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet registrerade besök hos barnmorska 2015–2017. Beskrivning: Information om Tjörn och Stenungsund saknas.

När det gäller besök hos kurator eller psykolog syns istället en mycket större generell ökning än vad vi kan se för besök hos barnmorska. I länet som helhet ökade antalet besök till kurator eller psykolog med 7233 mellan 2015 och 2017, från 24480 till 31713, motsvarande 30 procent (diagram 19).

Antalet registrerade besök hos kurator/psykolog har ökat mellan 2015 och 2017 i alla områden utom Lidköping och Uddevalla. Den positiva trenden är särskilt tydlig i Göteborg, Alingsås, Borås och Mölnadal. I Lidköping är antalet besök i princip oförändrat mellan 2015 och 2017 medan de minskar med ett par hundra i Uddevalla.

23. 2017 fanns drygt 182 årsarbetare på länets mottagningar (Kartläggning av länets ungdomsmottagningar) och förstärkningen av personal på ungdomsmottagningarna innebär nästan 24 extra årsarbetare (redovisning SKL), vilket betyder en ökning på 13 procent.

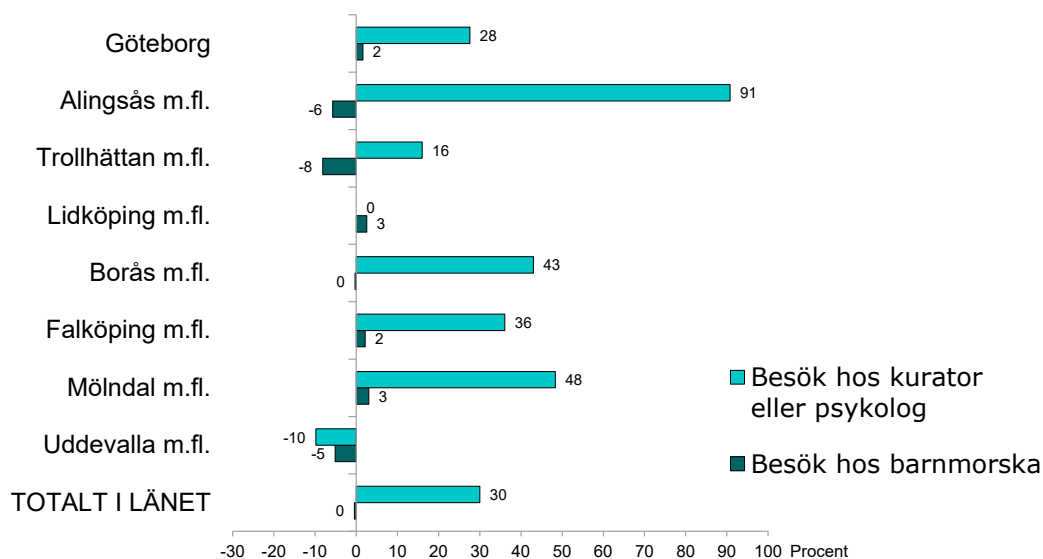
Diagram 19: Antal besök hos kurator eller psykolog 2015–2017



Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet registrerade besök hos kurator eller psykolog 2015–2017. Information om Tjörn och Stenungsund saknas.

För bättre jämförbarhet mellan de olika geografiska områdena visas den procentuella förändringen i antalet besök hos de två professionsgrupperna i diagram 20. Här blir det tydligt hur antalet besök hos kurator eller psykolog har förändrats mycket mer än antalet besök hos barnmorska. I länet som helhet har besöksantalet i det första fallet alltså ökat med 30 procent – medan det är i princip oförändrat i det senare fallet. Det område som tydligast avviker från den övergripande länsbilden är Alingsås, där antalet besök hos kurator eller psykolog nästan har fördubblats mellan 2015 och 2017 – ökningen motsvarar 91 procent.

Diagram 20: Förändring av antal besök hos kurator och psykolog samt hos barnmorska mellan 2015 och 2017 (i procent)



Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet unika besökare och antal besök 2015–2017. Beskrivning: Diagrammet visar förändring mellan 2015 och 2017 i procent. Information från Tjörn och Stenungsund saknas.

Också här är det intressant att ställa ökningen av antalet besök som vi ser beträffande kurator eller psykolog i förhållande till ökningen av psykosocial personal. Förstärkningen av psykosocial personal under 2017 var 19 procent²⁴ och antalet besök till kurator och psykolog ökar med 30 procent.

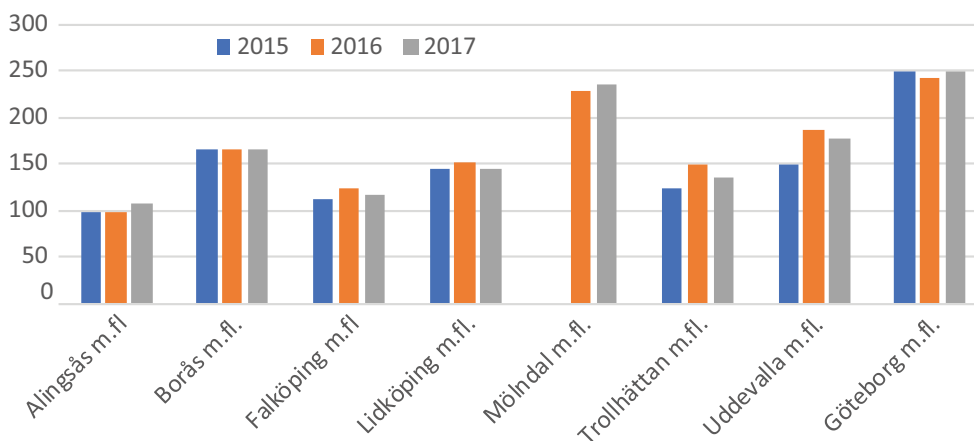
Förändring av öppettider mellan 2015 och 2017

Ett annat sätt att studera tillgängligheten till ungdomsmottagningarna är att studera öppettiderna. En jämförelse mellan 2015 och 2017 visar en ökning av antalet timmar öppet per vecka på totalt 55 timmar när länet i sin helhet studeras (mottagningar med Mölndal som huvudmottagning är borträknade eftersom det saknas information för 2015). Ökningen finns huvudsakligen i områdena med Alingsås, Trollhättan och Uddevalla som huvudmottagningar. Övriga områden rapporterar i princip samma antal timmar öppet 2017 som 2015. Se diagram 21.

Eftersom satsningen påbörjades först 2016 är det även intressant att studera eventuella förändringar mellan 2016 och 2017. I den verksamhetsstatistik som finns redovisad minskar istället det totala antalet timmar öppet på länets ungdomsmottagningar med 19 timmar mellan satsningens första och andra år.

Det kan konstateras att förändringen mellan 2016 och 2017 varierar inom olika geografiska områden: antalet timmar öppet ökar något i tre mottagningsområden: Göteborg, Mölndal och Alingsås. I fyra områden minskar öppettiderna mellan 2016 och 2017: Falköping, Lidköping, Trollhättan och Uddevalla. I Borås är det totala antalet timmar öppet i princip oförändrat.

Diagram 21: Antal timmar öppet per vecka i geografiskt område



Källa: Informationen är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet timmar öppet per vecka 2015–2017.

Beskrivning: Information från Tjörn och Stenungsund saknas för samtliga år. Information från Mölndal saknas för 2015.

Den största ökningen sker alltså mellan 2015 och 2016 och sedan sker en minskning mellan 2016 och 2017. Eftersom ambitionen är att öka tillgänglighet till ungdomsmottagningarna i allmänhet är det relevant att fundera på vad som skulle kunna förklara den rapporterade minskningen av öppettiderna. En möjlig orsak är att förändringen av öppettider påbörjades sent under 2017 och därför ännu inte går att notera i verksamhetsstatistiken, en annan att verksamhetsstatistiken inte är korrekt rapporterad.

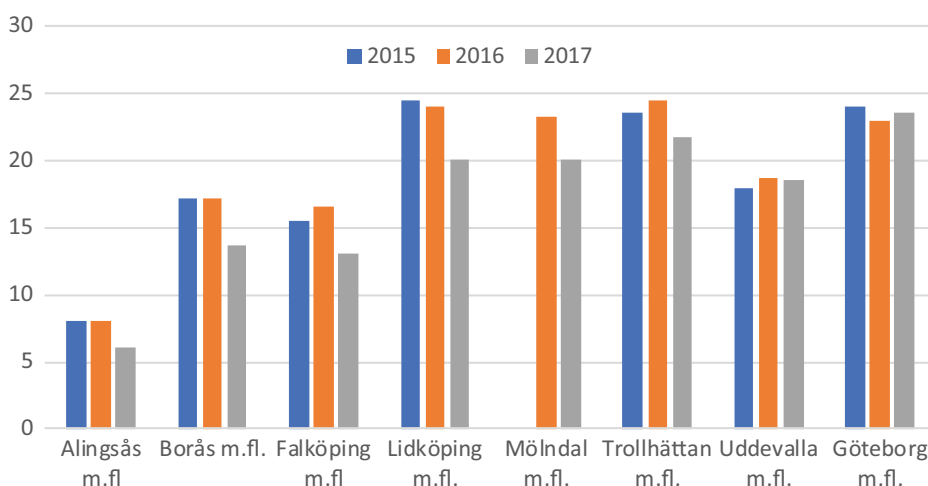
En annan ambition inom satsningen var att hålla öppet på tider som ligger utanför det som brukar kallas för kontorstider. I den rapporterade verksamhetsstatistiken ser vi också

24. 2017 fanns 69,7 årsarbetare kuratorer eller psykologer på länets mottagningar och förstärkningen av personal på ungdomsmottagningarna innebär 13,4 årsarbetare (redovisning SKL), vilket betyder en ökning på 19 procent.

här en minskning när vi studerar hela länet. Det sammanlagda antalet rapporterade timmar öppet efter 16:00 var knappt 27 timmar färre 2017 än 2016 och skillnaden mellan 2017 och 2015 är en minskning på drygt 14 timmar.²⁵ Även detta indikerar en minskning av denna form av tillgängligheten om vi studerar länet som helhet.

Om vi tittar på olika geografiska områden minskar antalet timmar öppet efter 16:00 i alla områden utom Uddevalla när vi jämför 2015 och 2017, se diagram 22. Denna bild kan i viss utsträckning sägas bryta mot enkätsvaren som redovisas i tabell 24 på sid 83, där fyra områden angavs ha arbetat med att utvidga öppettiderna efter 17:00. Skillnaden skulle kunna bero på att enhetscheferna inte svarat på det frågan handlade om – en *förändring* med stöd av de statliga medlen – utan på hur öppettiderna ser ut, eller att öppettider efter 16:00 har justerats så att fler timmar hamnar efter 17:00. Eftersom verksamhetsstatistiken inte redovisar hur många av timmarna som mottagningarna är öppna efter 17:00 är det inte möjligt att inom ramen för denna analys studera huruvida antalet timmar öppet efter 17:00 faktiskt har ökat eller inte. Det enda vi kan säga är att enligt verksamhetsstatistiken minskar det totala antalet timmar öppet efter 16:00 under den studerade perioden.

Diagram 22: Antal timmar öppet efter kl. 16:00.



Källa: Information är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet timmar öppet efter 16:00 2015–2017.

Beskrivning: Information från Tjörn och Stenungsund saknas för samtliga år. Information från Mölndal saknas för 2015.

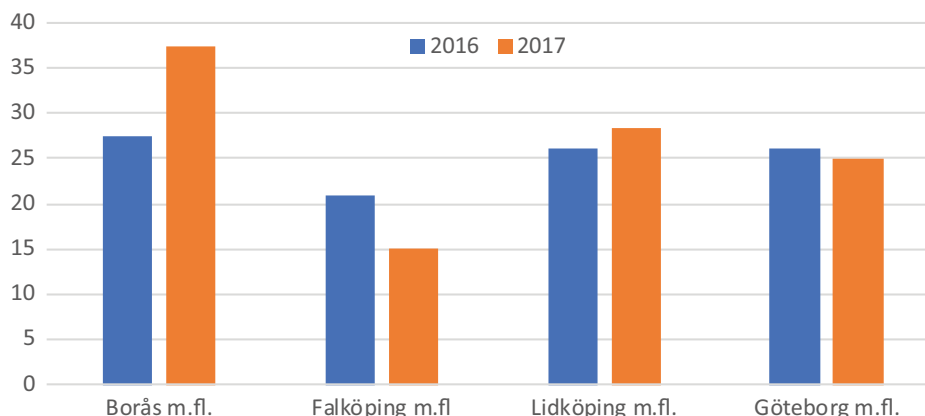
Vidare uppger många mottagningar att det genomförts satsningar på fler drop-in-tider. Fyra av de geografiska områdena som besvarat enkäten uppger att ett sådant förändringsarbete har inletts med stöd av de statliga medlen. Det kan handla om att börja tillhandahålla eller utöka befintliga drop-in-tider. I verksamhetsstatistiken finns inte fullständig information för alla områden när det gäller antal timmar som mottagningarna tillhandahåller drop-in. Det är endast för fyra områden som information finns avseende både 2016 och 2017. Inom övriga områden rapporteras för något av åren endast huruvida drop-in-verksamhet finns eller inte finns på mottagningen. En jämförelse blir därmed inte möjlig att göra.

Med avgränsning till de 31 mottagningar för vilka informationen är fullständig har det totala antalet timmar ökat med två timmar per vecka i hela länet när vi jämför 2016 och 2017. För de geografiska områden där en analys är möjlig ser utvecklingen ut som i diagram 23 nedan. I två områden har drop-in-tiderna ökat och i två har de minskat. Av de områden som i enkätsvaren anger att de med stöd av den statliga satsningen arbetat med att utvidga drop-in-tiderna har vi endast information om drop-in-tider avseende Falköping och kringliggande mottagningar samt Göteborg. Det är intressant att notera att båda dessa geografiska områden, som i enkätsvaren uppges ha ökat antalet timmar drop-in-verksamhet, i verksam-

25. I jämförelse mellan 2015 och 2017 ingår inte mottagningar med Mölndal som huvudmottagning eftersom det saknas information för 2015 och mottagningarna i Herrljunga och Vårgårda har utelämnats eftersom de var oklart hur informationen skulle tolkas.

hetsstatistiken istället rapporteras ha minskat antalet timmar. Även detta skulle kunna förklaras av att förändringen ännu inte syns i verksamhetsstatistiken eller att verksamhetsrapporterna inte speglar verkligheten.

Diagram 23: Antal timmar drop-in-verksamhet 2016 och 2017



Källa: Information är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik för antalet timmar drop-in per vecka 2015–2017.

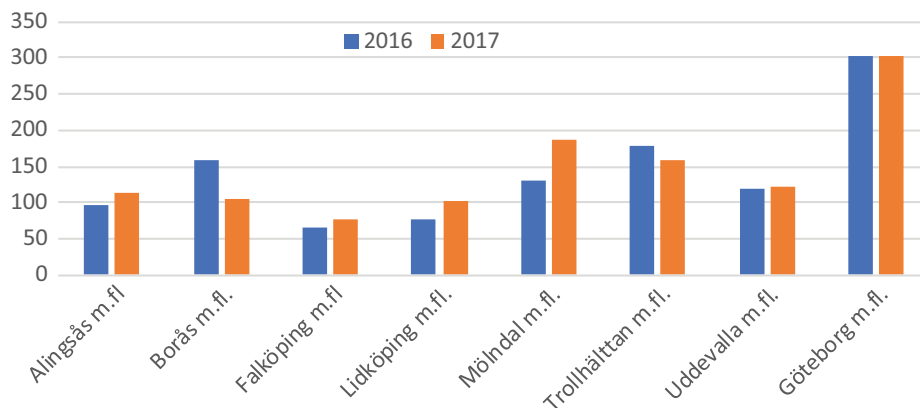
Beskrivning: Information saknas från Tjörn och Stenungsund samt mottagningar med Mölndal, Uddevalla, Trollhättan eller Alingsås som huvudmottagning.

Klassbesök

Omfattningen på det utåtriktade arbetet som bedrivits med stöd av statliga medel är svår att fånga i verksamhetsstatistiken. Som redan konstaterats dokumenterar ungdomsmottagningarna antal genomförda klassbesök vilket utgör ett mått som är långt ifrån tillfredsställande på omfattningen av det utåtriktade arbetet.²⁶ Förutom klassbesök sker en mängd andra aktiviteter på andra arenor vilka inte synliggörs in verksamhetsstatistiken.

Klassbesöken kan ju också sägas utgöra en del av ungdomsmottagningarnas grunduppdrag och är inte resultatet av en tillfällig satsning. Det är ändå intressant att notera att antalet rapporterade klassbesök i länet som helhet ökar mellan 2016 och 2017 (siffror för 2015 är inte fullständiga). År 2016 rapporterades 1063 klassbesök och året efter 1093 besök, vilket motsvarar en ökning med cirka 3 procent. Inom de olika områdena har antalet klassbesök ökat i samtliga utom mottagningarna med Borås respektive Trollhättan som huvudmottagning, se diagram 24.

Diagram 24: Antal rapporterade klassbesök 2016 och 2017



Källa: Information är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet klassbesök 2016 och 2017.

Beskrivning: Information från Tjörn och Stenungsund saknas.

26. För Göteborgs mottagningar redovisas antal klasser på klassbesök i årskurs 8 och 9 inom upptagningsområdet samt antal språkintrouktionsklasser på klassbesök. Närhälsans mottagningar rapporterar istället antal klasser/grupper på studiebesök vilka i intervjuer sägs handla om elever i årskurs 8 och 9. Men det framgår inte i verksamhetsstatistiken om också exempelvis andra årskurser ingår.

Väntetider

En annan aspekt av tillgängligheten till länets mottagningar berör väntetider till de olika professionerna. Också detta täcks av den verksamhetsstatistik som ungdomsmottagningarna rapporterar. Dock finns vissa problem med hur informationen redovisas, vilket gör den svår att sammanfatta. Rapporteringen görs i olika tidsspann som ofta är överlappande. Vidare sker redovisningen på olika sätt för Närhälsans och Göteborgs mottagningar när det gäller den psykosociala personalen. Närhälsans mottagningar rapporterar kuratorer och psykologer separat medan Göteborgs mottagningar redovisar informationen samlat. Göteborgs mottagningar skiljer också på väntetid till första mottagningssamtal och väntetid till samtal med den psykosociala personalen.²⁷

I tabell 27 går att se att kortast väntetid finns till barnmorskorna och att den minskar över tid. År 2016 rapporterar 41 av 52 mottagningar att de har max två veckors väntetid, året efter 49 av 52 mottagningar.

Även för kuratorer inom Närhälsan rapporteras väntetiderna minska under den studerade perioden. 2016 rapporteras 30 mottagningar ha en väntetid på två veckor eller kortare, året efter ytterligare 12 mottagningar.

Inom Närhälsan är väntetiden till psykologerna längre än till kuratorerna och på en stor andel av mottagningarna uppges att det saknas psykologer. De mottagningar som har tillgång till psykologer rapporterar en längre väntetid 2017 än 2016, så här verkar utvecklingen gå åt fel håll.

Bland Göteborgs psykosociala personal finner vi den längsta väntetiden. 2016 redovisar tre mottagningar i Göteborg en väntetid som är åtta veckor eller längre för samtal hos kuratorer och psykologer. Endast två av sex mottagningar har en väntetid som är fyra veckor eller kortare. Året efter rapporterar istället ingen mottagning ha en väntetid längre än åtta veckor och fyra mottagningar rapporterar en väntetid på fyra veckor eller kortare. Här går alltså att se en förkortning av väntetiderna mellan de två studerade åren. Detta bryter dock mot information som framkommer i intervjuer där ett ökat söktryck beskrivs och en upplevelse av att väntetiderna snarast blivit längre.

Tabell 27: Antal mottagningar med väntetider motsvarande olika tidsintervall

		Antal mottagningar med en väntetid motsvarande:					Antal mottagningar där profession eller information saknas	Summa mottagningar
		1 vecka eller mindre	1–2 veckor	2–4 veckor	4–8 veckor	8 veckor eller mer		
Länet – barnmorska	2016	26	15	11	0	0	0	52
	2017	42	7	3	0	0	0	52
Närhälsan – kurator	2016	21	9	7	6	0	1	46
	2017	24	18	1	1	1	1	46
Närhälsan – psykolog	2016	0	2	12	4	0	28	46
	2017	0	3	3	13	1	26	46
Göteborg kurator och psykolog (samtal)	2016	0	0	2	2	2	0	6
	2017	0	1	2	2	1	0	6

Källa: Information är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över väntetiderna till de olika professionerna.

Beskrivning 1: Informationen samlas in på olika sätt för mottagningarna inom Närhälsan och mottagningarna i Göteborg. Närhälsan delar upp väntetiderna mellan kurator och psykolog medan de rapporteras samlat i Göteborg. I Göteborg delas väntetiden upp i "mottagningssamtal" och "samtal". Det som redovisas i tabellen är väntetid till "samtal". Information från Tjörn och Stenungsund saknas.

Beskrivning 2: De tidsintervall som anges i verksamhetsstatistik varierar och är överlappande. Sammanställningen har krävt viss tolkning.

27. Sammanställningen har inneburit vissa tolkningar när det gäller kategoriseringarna av mottagningarna, exempelvis var mottagningar som uppger 1–3 veckor ska placeras. För att motverka systematiska fel har varannan mottagning klassats med en längre och varannan med en kortare väntetid när det varit oklart i vilken kategori mottagningen skulle placeras.

Sammantaget kan sägas när det gäller delmål A att enhetscheferna bedömde att satsningen lett till stärkt tillgänglighet i allmänhet till ungdomsmottagningarna, vilket delvis kan bekräftas när vi studerar verksamhetsstatistiken. Antal besökare och antal besök ökar över tid i länet under den studerade perioden, särskilt när det gäller antal besök till kurator eller psykolog. Dock ser utvecklingen olika ut inom olika delar av länet. När det gäller öppettider det går inte att notera någon större förändring i länet som helhet och antalet timmar öppet utanför kontorstider ser enligt verksamhetsstatistiken ut att minska. Under den studerade perioden indikerar verksamhetsstatistiken att väntetid till barnmorskor och kuratorer har minskat i länet medan den har ökat till psykologer inom Närhälsan.

Delmål B: Stärkt tillgänglighet för särskilda målgrupper

I enkäten till enhetscheferna ställdes även följande fråga: *I vilken utsträckning bedömer du att SKL-medlen i sin helhet har lett till ökad tillgänglighet för specifika målgrupper som tidigare varit svåra att nå?* Här framstår enhetscheferna inte lika övertygade om måluppfyllelsen, se tabell 28 nedan.

Två av enhetscheferna anger att de inte kan bedöma måluppfyllelsen vilket sannolikt hänger ihop med svårigheterna att faktiskt synliggöra specifika målgruppers nyttjande av ungdomsmottagningens verksamhet. Två anger att satsningen i viss utsträckning kunnat leda till denna form av ökad tillgänglighet. Övriga är något mer positiva i sina bedömningar. Fyra bedömer att satsningen i ganska stor utsträckning och en person att den i mycket stor utsträckning lett till ökad tillgänglighet för specifika grupper.

Tabell 28: I vilken utsträckning bedömer du att SKL-medlen i sin helhet ha lett till ökad tillgänglighet till för specifika målgrupper som tidigare varit svåra att nå?

Geografiskt område	Bedömning
Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga	Viss
Borås, Bollebygd, Ulricehamn, Tranemo, Mark, Svenljunga	Viss
Göteborg (Olskroken, Angered, Gamlestan, Centrum, Väst, Hisingen)	Kan inte bedöma
Lidköping, Vara, Nossebro, Skara, Grästorp, Götene	Ganska stor
Mariestad, Töreboda, Gullspång	Ganska stor
Mölnadal, Mölnlycke, Ale, Kungälv, Partille, Öckerö	Ganska stor
Uddevalla, Orust, Munkedal, Lysekil, Sotenäs, Tanum och Strömstad	Mycket stor
Trollhättan, Vänersborg, Lilla Edet, Mellerud, Färgelanda, Dals Ed, Bengtsfors, Åmål.	Ganska stor
Falköping, Skövde, Hjo, Karlsborg, Tibro, Tidaholm	Kan inte bedöma

Källa: Informationen är insamlad genom en enkät till enhetscheferna hösten 2017.

Beskrivning: Frågan som ställdes var "I vilken utsträckning bedömer du att SKL-medlen i sin helhet ha lett till ökad tillgänglighet till för specifika målgrupper som tidigare varit svåra att nå?" Svarsalternativen var "Inte alls", "I viss", "Ganska stor", "Mycket stor" och "Kan inte bedöma".

Vi har ovan redogjort för vilka grupper som avsågs inom ramen för satsningen. I ansökningshandlingarna går att se att det huvudsakligen handlade om killar, nyanlända och/eller ensamkommande, boende på institution, hbtq-ungdomar, personer med fysisk eller intellektuell funktionsnedsättning, personer som lever i "social utsatthet", personer under 13 år, personer utsatta för våld och personer utsatta för sexuella övergrepp.

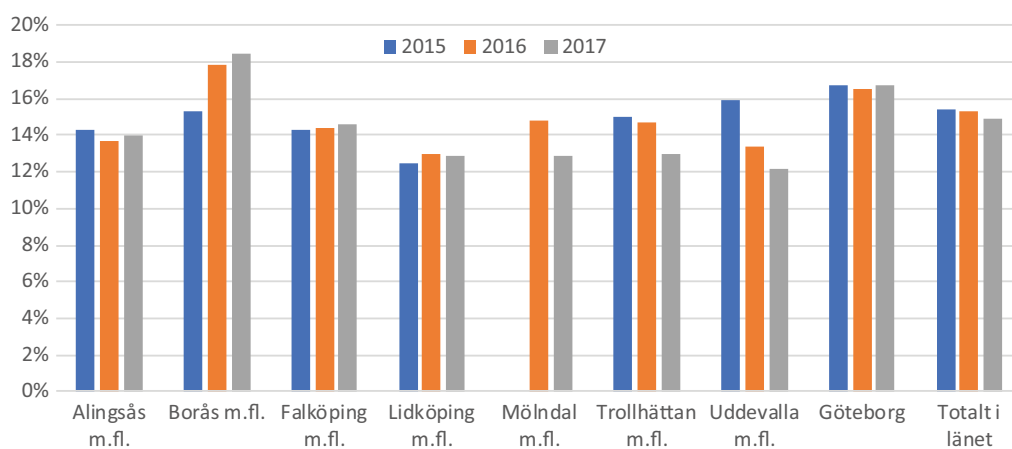
Vi kan konstatera att för de allra flesta av dessa grupper är det inte möjligt att med utgångspunkt i verksamhetsstatistik eller journaldata säga något om i vilken utsträckning dessa grupper nås. Ungdomarnas sexuella identitet eller funktionsvariation dokumenteras av goda skäl inte när ungdomen söker hjälp. Här finns en utmaning som är svår att komma ifrån när det gäller att svara på huruvida satsningen faktiskt leder till stärkt tillgänglighet till särskilda målgrupper.

För att kunna besvara frågor om tillgänglighet för särskilda målgrupper behöver vi mer

information. Denna information kan vi söka genom att ställa frågor till dem som faktiskt kommer till ungdomsmottagningarna, så som görs i patient- eller brukarenkäter. Idag samlas dock endast in några få bakgrundsvariabler (se avsnitt *Resultat från brukarenkäter* på sidorna 46–47), vilket bland annat sägs bero på brist på utrymme i enkäten. Informationen är således svår att använda för att analysera vem som kommer till mottagningarna. Information kan också sökas genom att vända sig till ungdomar som bor i länet. Ambitionen var att inom ramen för denna utvärdering genomföra fokusgrupper med representanter för de målgrupper som ungdomsmottagningarna uppfattar som svåra att nå, och via dem öka förståelsen för hur tillgängligheten till ungdomsmottagningarna uppfattas av de grupper som berörs. Det visade sig dock mycket svårt och tidskrävande. Inledningsvis gjordes en handfull intervjuer med olika intresseorganisationers företrädare, men när fokusgrupperna skulle genomföras var det inte möjligt att samla ihop tillräckligt många ungdomar och arbetet fick avbrytas på grund av tidsbrist. Materialet från de intervjuer som genomförts presenteras i en separat rapport.

En kategori av ungdomar utgör ett undantag när det gäller vår förmåga att följa utvecklingen över tid och därmed att synliggöra någon form av resultat. Om vi med killar avser juridiskt kön finns det i verksamhetsstatistiken information att hämta. Vi vet att dokumentationsrutinerna ser olika ut när det gäller kondomutlämning, vilket gör att statistiken ibland är lägre än den faktiska uppgiften, och utgör problem när vi ska jämföra mellan olika mottagningar, men informationen ger oss i alla fall någon form av indikation. Enligt besöksstatistiken var 15,4 procent av besökarna registrerade som killar 2015. Två år senare var andelen 14,9 procent, det vill säga något lägre. Hur könsfördelningen bland besökarna ser ut inom de olika geografiska områdena över tid visas i diagram 25 nedan.

Diagram 25: Andel män av besökare



Källa: Information är hämtad från självrapporterad verksamhetsstatistik över antalet unika besökare 2015-2017 uppdelad på juridiskt kön.
Beskrivning: Information från Tjörn och Stenungsund saknas för samtliga år samt för Mölndal år 2015.

Vi kan således inte se någon ökning av andelen killar mellan de studerade åren, men det är en kort tidsperiod som har studerats. Det är också så att besöksstatistiken inte synliggör det utåtriktade arbetet där könsfördelningen på de ungdomar ungdomsmottagningarna möter sannolikt är mer jämn. För övriga ungdomsgrupper är det dock inte möjligt att med grund i verksamhetsstatistiken bilda sig en uppfattning om vilket resultat som nåtts. Här får vi helt enkelt nöja oss med beskrivningen av vad satsningen har innehållit för insatser, och samla in mer information via exempelvis kommande brukarundersökningar.

Delmål C: Stärkt kvalitet i verksamheternas insatser för psykisk hälsa

När det slutligen gäller delmål C, stärkt kvalitet i verksamheternas insatser för psykisk hälsa, finns stora svårigheter att redan nu bedöma måluppfyllelse. Satsningen har bestått i kompetenshöjning för personal på alla länets mottagningar. Närhälsan har bland annat börjat att införa kvalitetsledningssystem och ta fram mätinstrument för att bedöma resultatet av de psykosociala insatserna, och i Göteborg har en verksamhetsutvecklingstjänst tillsatts för att jobba med kvalitetsarbete och samordning mellan mottagningarna. Men dessa insatser är nyligen påbörjade, på väg att implementeras eller nyligen genomförda. Att i detta skede svara på vad satsningen fått för resultat är således svårt. Vi kan ge en bild av var i processen ungdomsmottagningarna befinner sig, men inte säga något om hur satsningen påverkat ungdomsmottagningarnas kvalitet.

För att kunna mäta kvaliteten i insatserna behöver vi mer information: dels vad som faktiskt görs när det handlar om psykosociala insatser, dels vad insatserna får för resultat på målgruppsnivå. Det är svårt att i dagsläget se varifrån denna information ska hämtas, i alla fall med ett regionalt perspektiv.

När det gäller vad som görs, själva insatserna och stödet till ungdomarna, skulle det exempelvis kunna handla om hur många tillfällen som ungdomarna träffar en kurator samt vilken metod eller arbetssätt som används. I den regionala kartläggningen konstaterades att data över åtgärder vid ungdomsmottagningarna med kommunal huvudman inte registreras i vårddatabasen, vilket gör att den missar cirka 20 procent av länets besökare. Det konstaterades också att användandet av åtgärds-koder mellan mottagningar varierar och att det i alla fall tidigare funnits en lokal anpassning av de koder som använts. Detta gör att information om åtgärds-koder blir svår att använda som grund för en regional eller nationell analys. Om olika mottagningar har rapporterat åtgärder på olika sätt är informationen helt enkelt inte tillförlitlig som grund för en fördjupad analys av insatserna. Om vi på sikt vill ha information om vad som görs på länets ungdomsmottagningar när det gäller psykisk hälsa behöver vi en gemensam regional användning av åtgärds-koderna och möjlighet att lägga samman data i ett gemensamt system. Detta finns idag inte på plats. Utvecklingsarbete pågår inom olika mottagningar, men när det gäller det regionala perspektivet återstår fortfarande mycket arbete.

När det gäller resultatet av insatserna på målgruppsnivå behövs också utfallsmått som säger oss något om huruvida insatserna leder till förväntade resultat. Förbättras ungdomens psykiska hälsa som ett resultat av de insatser som ungdomsmottagningarna tillhandhåller? Här behövs sätt att mäta och följa ungdomens psykiska hälsa över tid. Inom ramen för denna utvärdering har inte samtliga mätinstrument som används på ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län kartlagts, men intervjuer med enhetschefer pekar på ett behov av att utveckla och implementera sådana. En del av kompetensutvecklingsinsatsen bestod i att utbilda personal inom Närhälsan i CORE, vilket skulle kunna fylla en sådan funktion. I dagsläget används instrumentet dock endast på några få mottagningar och i Göteborg pågår ett samtal om val av bedömningsinstrument. För att på sikt kunna göra regionala analyser behövs gemensamma mätmetoder, gemensamma på regional nivå.

Avslutningsvis

Vi har övergripande beskrivit satsningens innehåll och gett fördjupande nedslag i det utvecklingsarbete som bedrivits. Vi har kunnat visa att verksamhetsstatistiken på länsnivå indikerar en ökning av antal besökare, och att ökningen i antalet besök ungefär motsvarar ökningen av personalresurser som satsningen inneburit när vi studerar länet i sin helhet. Vi har kunnat se en oförändrad eller minskad omfattning på öppettider och tid för drop-in-verksamhet, men förkortade väntetider till barnmorskor och kuratorer, samtidigt som väntetiderna ser ut att ha blivit längre till psykologer inom Närhälsans ungdomsmottagningar.

Vi ska avsluta redovisningen med enhetschefernas bedömning av satsningen i förhållan-

de till det som angavs som det långsiktiga målet med satsningen, nämligen att *Ungdomar i Västra Götaland i större utsträckning än tidigare ska kunna erbjudas effektiva individ- och behovsanpassade insatser av god kvalitet när det gäller området psykisk hälsa*. I enkäten ställdes frågan om satsningen stärkt ungdomsmottagningarnas förutsättningar att ge sådana insatser dels till dem som redan har en utvecklad psykisk ohälsa, dels till personer med risk att utveckla psykisk ohälsa, se tabell 29 nedan.

Svaren som ges indikerar att enhetscheferna uppfattar att satsningen stärkt ungdomsmottagningarnas förutsättningar. I ett par fall bedöms frågan för svår att besvara och ett par svar bedömer att satsningen endast i viss utsträckning stärkt deras förutsättningar. Men de allra flesta anger att satsningen i ganska eller mycket stor utsträckning inneburit stärkta förutsättningar att ge individ- och behovsanpassade insatser för personer med, eller risk att utveckla, psykisk ohälsa.

Tabell 29: I vilken utsträckning anser du att SKL-satsningen har stärkt ungdomsmottagningens förutsättningar att....

Geografiskt område	...ge individ- och behovsanpassade insatser för personer med psykisk ohälsa?	...ge individ- och behovsanpassade insatser för personer med risk att utveckla psykisk ohälsa?
Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga	Mycket stor	Kan inte bedöma
Borås, Bollebygd, Ulricehamn, Tranemo, Mark, Svenljunga	Kan inte bedöma	Viss
Göteborg (Olskroken, Angered, Gamlestan, Centrum, Väst, Hisingen)	Mycket stor	Mycket stor
Lidköping, Vara, Nossebro, Skara, Grästorp, Götene	Viss	Ganska stor
Mariestad, Töreboda, Gullspång	Mycket stor	Mycket stor
Mölnadal, Mölnlycke, Ale, Kungälv, Partille, Öckerö	Ganska stor	Mycket stor
Uddevalla, Orust, Munkedal, Lysekil, Sotenäs, Tanum och Strömstad	Mycket stor	Mycket stor
Trollhättan, Vänersborg, Lilla Edet, Mellerud, Färgelanda, Dals Ed, Bengtsfors, Åmål.	Ganska stor	Ganska stor
Falköping, Skövde, Hjo, Karlsborg, Tibro, Tidahlolm	Mycket stor	Mycket stor

Källa: Informationen är insamlad genom en enkät till enhetscheferna hösten 2017.

Beskrivning: Frågorna som ställdes var "I vilken utsträckning anser du att SKL-satsningen har stärkt ungdomsmottagningens förutsättningar att ge individ- och behovsanpassade insatser för personer med psykisk ohälsa?" samt "I vilken utsträckning anser du att SKL-satsningen har stärkt ungdomsmottagningens förutsättningar att ge individ- och behovsanpassade insatser för personer med risk att utveckla psykisk ohälsa?" Svartalternativen var "Inte alls", "I viss", "Ganska stor", "Mycket stor" och "Kan inte bedöma".

Satsningen i Västra Götalands län i förhållande till intentionerna på nationell nivå

Vi har så här långt diskuterat satsningen i förhållande till lokala förväntningar på resultat av satsningen och använt detta som grund för analysen. Slutligen ska vi lyfta blicken och också diskutera den satsning som genomförts i Västra Götalands län i förhållande till de intentioner som finns uttryckta i den nationella överenskommelsen.

Innehållet i överenskommelsen skulle för 2016 kunna sammanfattas på följande sätt:

- Personer med psykisk ohälsa är en utsatt grupp.
- Framtidens utmaningar kräver ökat fokus på prevention och hälsofrämjande insatser.
- Det finns obefogade skillnader i hälsa, vård- och stödinsatser mellan olika grupper varför beaktande av jämställdhet, jämlikhet och ickediskriminering är viktigt.
- Det finns behov av mer sammanhållna vård- och stödprocesser som utgår från den enskildes behov och rättigheter vilket gör att mer samordning är nödvändig.

- Gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer är viktigt.
- Flyktningmottagande innebär ökade behov och accentuerar behovet av fungerande samverkan.
- Delaktigheten i vården behöver öka – särskilt för barn och unga.
- Det ska ges utrymme för nytänkande.
- Relevant verksamhetsutveckling bör vara kunskapsbaserad och det finns behov av en bättre kunskapsutveckling och kunskapspridning inom området.

Det övergripande syftet med satsningen angavs vara att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa. Kommuners och landstings kapacitet och möjligheter att göra analyser av behov och utmaningar skulle förstärkas och analyser skulle ligga till grund för arbetet med att identifiera lokala och regionala utmaningar på kort och lång sikt.

För ungdomsmottagningarna anges endast att medlen skulle "fördelas till kommuner och landsting för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete" (SKL 2016b) och att medlen kunde användas för att exempelvis "utöka ungdomsmottagningarnas öppettider, förstärka psykosocial kompetens, öka tillgänglighet för unga med psykisk ohälsa eller liknande" (SKL 2016b). Preciseringsen av förväntningarna på ungdomsmottagning var således inte särskilt stor.

Satsningens fem fokusområden angavs vidare vara följande:

1. **Förebyggande och främjande arbete**, där barns och ungas behov särskilt lyfts fram.
2. **Tillgängliga tidiga vård- och stödinsatser**, där det framhålls vara svårt för personer med psykisk ohälsa att hitta rätt och att det är viktigt att använda sig av kunskapsbaserade insatser.
3. **Enskildas delaktighet och rättigheter** är viktig att beakta i insatserna där det framhålls viktigt att se inte se den enskilde som passiv mottagare.
4. Viktigt att i arbetet utgå från **utsatta gruppers** behov och den psykiska hälsan inom dessa grupper. Bland annat nämns personer med funktionsnedsättningar, placerade barn, våldsutsatta och nyanlända samt att det finns en koppling mellan sexuell och reproduktiv hälsa.
5. **Ledning, styrning och organisation** framhålls som viktiga och att det krävs en utökad samverkan mellan olika aktörer.

Som bedömningskriterier vid utvärdering kan dessa intentioner sägas vara väldigt brett formulerade vilket å ena sidan innebär att när den satsning som genomförts på ungdomsmottagningar i Västra Götalands län ska värderas i förhållande till dessa kriterier är det ganska lätt att säga att innehållet legat i linje med intentionerna. Satsningen har handlat om förebyggande och främjande arbete, som ju är en central del av ungdomsmottagningarnas grunduppdrag. Tillgängligheten har varit i stort fokus och vi kan också se en ökad tillgänglighet i form av fler besök har kunnat göras hos den psykosociala personalen 2017 än åren innan. Frågor om rättigheter och den unges delaktighet i den vård som ges ligger också i grundidéen för hur en ungdomsmottagning bedriver sin verksamhet, och i de brukarundersökningar som ungdomsmottagningarna regelbundet gör ger besökarna generellt ett gott betyg till verksamheterna. Utsatta gruppers behov har varit i fokus för satsningen, även om det finns stora svårigheter med att synliggöra resultatet av detta arbete så har försök gjorts att nå ut. Det bedömningskriterierna skulle hjälpa oss att sätta fokus på är den utmaning som finns hos länets ungdomsmottagningar med ett uppdelat huvudmannaskap och vad det innebär när det gäller samverkan. Det saknas idag en gemensam arena för styrning och ledning av ungdomsmottagningarnas insatser när vi antar ett regionalt perspektiv. Idag är den uppdelad mellan olika parter och regleras endast via ett regionalt inriktningsdokument. Här har satsningen

inneburit en tillfällig arena att mötas, men det är svårt att se hur utvecklingsfrågor framöver ska bedrivas med fokus på regional utveckling av ungdomsmottagningarnas verksamheter. Man skulle också kunna lyfta att det inte går att se att en tydlig probleminventering gjordes innan satsningen sattes igång, och att tiden vid uppstart var pressad, vilket gör att satsningen i stor utsträckning byggt vidare på och förstärkt befintligt utvecklingsarbete. Möjligheterna till nytänkande var därför begränsade.

Å andra sidan skulle formuleringar av intentionerna på nationell nivå kunna sägas vara så pass breda att de blir uddlösa som bedömningskriterier och att de i realiteten inte innebar någon tydlig styrning. Överenskommelsen sätter fokus på arbete för att förbättra insatserna för personer med psykisk (o)hälsa och efterfrågar ett jämlikhetsperspektiv i utvecklingsarbetet samt en ökad samverkan och samordning mellan aktörerna. Men detta är något som redan finns reglerat i lagstiftningen. De offentliga aktörerna ska verka för ökad jämlikhet och aktörerna har redan krav på sig att samverka. Satsningen blir därmed så pass bred och allmän att medlen som landar på regional nivå kan fylla på och vidareutveckla ett pågående utvecklingsarbete, men innebär inte någon reell styrning av satsningens konkreta innehåll. Här verkar idén om tillit vara central. Det sägs att "En viktig utgångspunkt vid överenskommelser mellan regeringen och SKL är en tillitsbaserad styrning som bl.a. syftar till att ge mer långsiktiga planeringsförutsättningar" (SKL 2016c s.3). Det lokala behovet och de lokala förutsättningarna ska alltså få utrymme att styra innehållet. Frågor uppstår då vad vi ska värdera satsningen emot. Om de lokala förutsättningarna ska styra så blir det ytterst de lokala aktörernas bedömning som kan ge oss svar på satsningens värde. Här ser vi att enhetschefernas bedömer att satsningen stärker deras förutsättningar.

Vi har genom denna analys kunnat se hur fler ungdomar fått möjlighet att ta del av ungdomsmottagningarnas verksamhet 2017 än tidigare år vilket antagligen delvis kan kopplas ihop med stimulansmedlen. Men det finns anledning att fundera över hållbarheten över tid. En del av satsningen kan gissningsvis få en mer långsiktig påverkan. Kompetensutvecklingsinsatsen och tekniska tillgänglighetslösningar är exempel på mer beständiga utvecklingsarbeten. Men en del av den tillgänglighetsökning vi ser kan antas hänga ihop med resursförstärkningen i form av ökad bemanning och är därmed beroende av tillförsel av resurser. Det finns också anledning att fundera över vems tillgänglighet det är som stärkts. Än så länge är det svårt att veta om ökningen av antalet besökare sker i de grupper som ungdomsmottagningarna vill nå, de som här kallats för särskilda grupper. Här finns mer analysarbete att göra.

Det bestående intrycket av utvärderingsarbetet är att det finns vissa strukturella utmaningar för ungdomsmottagningarnas utvecklingsarbete på regional nivå. De styrs av en mängd aktörer och det är relevant att fråga sig vilken av dessa som ser ungdomsmottagningsverksamheterna ur ett regionalt perspektiv. Utvärderingsarbete av den sort som bedrivits här kräver tillgång till tillförlitlig information vilket varit en utmaning i analysarbetet. Det finns idag mycket information men den är svår att sammanställa och därmed att svår att analysera.

Ska tillförlitlig information sammanställas om ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län så måste den efterfrågas av någon. Utvärderingens avslutande mening blir därför en fråga som har många mottagare: Vilka aktörer ser ungdomsmottagningarna ur ett regionalt perspektiv och kan efterfråga information som stödjer en regional utveckling av ungdomsmottagningsverksamheterna?

Avslutande kapitel – Ungdomsmottagningarna och rätten till bästa möjliga hälsa

I detta avslutande kapitel lyfter vi blicken och diskuterar ungdomsmottagningarna i förhållande till rätten till bästa möjliga hälsa. Vi ska diskutera ungdomsmottagningarnas potential/möjlighet att bidra till att ungdomar kan tillvarata sin rätt till bästa möjliga (psykiska) hälsa och lyfta frågor om vad som krävs för att ungdomsmottagningarna ska möta behoven hos länet ungdomar. Detta sker genom att utgå från ett *rättighetsperspektiv*.

Att anta ett rättighetsperspektiv i studier av hälso- och sjukvård har setts som relevant vid synliggörandet av jämlikhetsaspekter av den vård som tillhandhålls invånarna.

“Over the last 20 years the public health community has come to a largely shared perspective that a human rights lens on health helps shape understandings of who is disadvantaged and who is not; who is included and who is ignored; and whether a given disparity is merely a difference or an actual injustice.” (Gruskin et al. 2010)

Det är också motiverat givet formuleringen av verksamheternas långsiktiga mål: att ungdomar i Västra Götalands län ska få sin rätt till bästa möjliga hälsa stärkt. Juridiskt finns dessa rättigheter uttryckta i flera av de internationella konventioner som Sverige som stat åtagit sig att följa, framförallt i FN:s konvention om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-konventionen). Med de internationella konventioner Sverige ratificerat följer också ett ansvar och en skyldighet för både regionala och kommunala verksamheter.

I en tolkning av betydelsen av ”rätt till bästa möjliga hälsa” menar FN:s kommitté för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment no. 14 och no. 20) att statens förmåga att leva upp till denna rättighet kan bedömas utifrån fyra olika kriterier, de så kallade AAAQ-kriterierna: availability, accessibility, acceptability och quality. På svenska översätts begreppen ofta till *tillgång*, *tillgänglighet*, *acceptabel* och *kvalitet*. Nedan diskuteras Västra Götalands läns ungdomsmottagningar och den statliga satsningen på förstärkt arbete med psykisk hälsa i relation till dessa fyra begrepp. Syftet är att stimulera pågående utvecklingsarbete.

Tillgång (availability):

Detta kriterium handlar om att rätten till bästa möjliga hälsa kräver att det finns tillgång till fungerande hälso- och sjukvårdsinrättningar i tillräcklig omfattning (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment no. 14 och no. 20). Utmaningen med detta kriterium ligger i att svara på vad som ska betraktas som tillräcklig omfattning.

Vi vet att det idag finns ungdomsmottagningar i hela länet, men att den reella tillgången till dessa varierar beroende på var du bor och att personalresurserna ser olika ut på olika mottagningar. Vi vet också att ungdomsmottagningarna arbetar med att kompensera för detta genom samverkan mellan mottagningar. Här ges alltså (oftast) tillgång till samma typ av personalresurser för ungdomarna, oavsett boendeort, men det kräver att vissa ungdomar är beredda att förflytta sig när de söker vård. En del av den statliga satsningen har också handlat om tekniska lösningar (telefonsystem eller webblösningar) vilka kan betraktas som ytterligare sätt att stärka den faktiska tillgången till ungdomsmottagningen. Kan du inte resa för att möta personalen ska du kunna använda dig av videosamtal. Satsningen har också bidragit till en större tillgång på insatser. Genom de statliga medlen har bemanningen ökat och fler ungdomar verkar därmed ha kunnat få hjälp på en ungdomsmottagning. Dock bör här påpekas att denna ökade tillgång är beroende av externa medel och därmed riskerar att vara tillfällig.

Vad vi också vet är att söktrycket på ungdomsmottagningarnas verksamheter är högt. Dels ger enhetschefer uttryck för detta, dels ser vi en ökning i besöksstatistiken när mer personalresurser tillförs. Vi vet också att ungdomsmottagningarna rapporterar väntetider på ibland flera månader för att få tillgång till psykosocial personal. Detta skulle kunna betyda att omfattningen *inte* är tillräcklig för att möta behoven. Samtidigt väcker det frågor om hur vi ska se på ungdomsmottagningarnas uppdrag. Vi får av enhetscheferna beskrivet att många ungdomar söker sig till ungdomsmottagningarna med behov som ligger *utanför* ungdomsmottagningarnas uppdrag och vi får berättelser om att ungdomarna ibland *blir kvar* i verksamheterna i väntan på att andra vårdgivare ska ta emot.

Ungdomsmottagningarna strävar alltså efter att alla ungdomar ska ha tillgång till deras tjänster och har genomfört förändringar som tycks leda till förbättrad tillgång. Frågan är dock om alla ungdomar som skulle behöva hjälp utifrån sin psykiska ohälsa vid en ungdomsmottagning idag också kan få tillgång till sådan – är tillgången anpassad till behov? För att kunna besvara det krävs dels en analys av hur stor målgruppen är, dels en analys av vilka vårdgivare som ska möta upp målgruppens behov. Om målgruppen är ungdomar som *riskerar att utveckla* psykisk ohälsa och som utvecklat *lindriga* problem så är det en omfattande grupp unga. Gruppen blir ännu större om vi också inkluderar de med medelsvåra problem.

Som stöd för tanken kan figur 5 nedan användas. SKL²⁸ uppskattar att mellan två och fem procent av barn och unga i Sverige är i behov av en specialiserad och/eller omfattande vård och omsorg. Om vi översätter det till ett regionalt perspektiv och antar att siffrorna också stämmer för ungdomsmottagningarnas åldersgrupp motsvarar det mellan 4600 och 11500 ungdomar. Vidare uppskattar SKL att mellan 20 och 30 procent av barn och unga i Sverige har behov av vård och omsorg som faller inom primärvårdens ram. Det skulle i ett regionalt perspektiv och för ungdomsmottagningarnas åldersgrupp betyda någonstans mellan 46000 och 69000 ungdomar. Målgruppen för det främjande och förebyggande arbetet innefattar hela åldersgruppen vilket i länet är 230000 ungdomar och unga vuxna.

Figur 5: Ungas behov av vård och omsorg



Utmaningen för ungdomsmottagningarna verkar ligga i att definiera vilken typ av psykisk ohälsa som faller inom deras uppdrag. Det är stor skillnad mellan olika tillstånd och begreppet kan innefatta allt från lättare besvär till omfattande svårigheter som faller inom psy-

28. Uppdrag psykisk hälsa/SKL har använt pyramiden i många olika sammanhang. Se t.ex. hemsidan eller materialen "Vänd dig hit" eller "Första linjenboken".

kiatriska diagnoser. I kartläggningen beskrivs att ungdomsmottagningens personal *inte* ska ställa diagnoser, men på något sätt måste de ändå kunna avgöra vad för slags problematik en ungdom har och om den är lindring, medelsvår eller svår. Frågan är då vilka bedömningsinstrument som den psykosociala personalen ska använda? Om personalen *inte* ska använda bedömningsinstrument eller diagnosmanualer, hur ska de då avgöra om en ungdom ligger i riskzon eller redan har utvecklat ohälsa, liksom hur allvarlig ohälsan är? Vidare blir det utifrån en tydligare definition av målgruppen relevant att också fråga sig vilken kompetens som ungdomsmottagningspersonalen i så fall behöver ha och om denna kompetens idag finns i verksamheterna?

Frågor om målgruppen och hur den identifieras är alltså avgörande för att verkligen kunna diskutera tillgång. Det är även frågan om var i vårdkedjan ungdomsmottagningarna finns. Idag finns inte, såvitt vi funnit, ungdomsmottagningarna i vårdkedjan utan snarare bredvid. Det finns dock en pågående diskussion om huruvida de bör få ett uttalat uppdrag att tillhöra det som kallas *första linjens vård*, det vill säga den vårdnivå som föregår specialistvården (i detta fall framförallt barn- och ungdomspsykiatri). SKL har genom Uppdrag psykisk hälsa/PSYNK drivit frågan att barn och unga behöver en förstärkt första linje för psykisk ohälsa. De har föreslagit att ungdomsmottagningarna skulle kunna vara en sådan, men även elevhälsan (SKL 2017). Idag är det vårdcentraler som fyller denna roll och i Västra Götaland har ett antal sådana fått ett förstärkt uppdrag för psykisk ohälsa sedan 2016 (VGR 2016). Det behöver därför förtydligas hur ungdomsmottagningar och vårdcentraler i så fall ska komplettera varandra, eller om de ska anses ha likvärdig kapacitet. I ett redan komplext vårdlandskap kan det annars bli förvirrande med parallella utförare både för vårdgivare och användare.

Tillgänglighet (accessibility):

Begreppet tillgänglighet handlar om att de tjänster som tillhandhålls invånarna måste vara tillgängliga för alla utan diskriminering. Det innebär konkret att tjänsterna ska vara icke-diskriminerande, fysiskt tillgängliga, ekonomiskt tillgängliga, och tillgängliga ur informationssynpunkt (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment no. 14, 2000).

Till att börja med kan konstateras att ordet "lättillgänglig" är centralt i ungdomsmottagningarnas verksamhetslogik. En av de grundläggande idéerna med ungdomsmottagningarna i länet är att vara en "lågtröskelverksamhet" där arbetet på många sätt kan sägas handla om att, så långt man klarar, ytterligare "sänka trösklarna". Genom att vara lättillgänglig ska insatser kunna sättas in i ett så tidigt skede som möjligt. Det utåtriktade arbete som bedrivs på ungdomsmottagningarna kan placeras i kärnan av denna idé. Det utåtriktade arbetet, via samverkan med andra aktörer och genom att möta ungdomarna på deras arenor, ska reducera eventuella hinder som har med informationstillgänglighet att göra.

Det som också kan konstateras är att ofta när ordet *tillgänglighet* används i svensk hälso- och sjukvård syftar det på kriteriet *tillgång* som diskuterades i tidigare avsnitt. Mått på vårdens tillgänglighet handlar ofta om väntetider, vilket även är fallet i utvärderingen av resultatet av den statliga satsningen på ungdomsmottagningarna.

Betydelsen av kriteriet tillgänglighet tolkas här istället främst hänga ihop med diskrimineringsgrunderna. Oavsett exempelvis kön och könsidentitet eller funktionsvariation ska du kunna ta del av och nyttja insatserna. Vad vi kan se är att många av ungdomsmottagningarnas styrdokument också lyfter detta kriterium som centralt för arbetssättet och vi kan se i intervjuerna att ungdomsmottagningarna beskriver strategier för att utveckla insatserna utifrån enskilda grupperns behov. Vi kan också konstatera att den statliga satsningens fokus på särskilda arenor och målgrupper kan tolkas som försök att utveckla tillgängligheten på detta sätt.

Vissa brister har också lyfts fram i kartläggningen av ungdomsmottagningarna. Det handlar exempelvis om behov av att tydligare anta ett intersektionellt perspektiv i jämlikhetsarbe-

tet i syfte att kunna identifiera vilka ungdomar som har ett behov av särskild uppmärksamhet genom att de lever i någon form av förstärkt utsatthet. Det handlar också om att lokalerna inte alltid kan betraktas som fysiskt tillgängliga och svårigheter att alltid kunna erbjuda professionellt tolkstöd. Det är rimligt att anta att ungdomsmottagningarna, liksom all annan offentlig verksamhet, behöver hålla frågan om tillgänglighet levande för fortsatt utveckling.

För att kunna avgöra om ungdomsmottagningarna uppfattas som tillgängliga behöver vi hämta in synpunkter från olika grupper. Det var inte möjligt att göra inom ramen för detta uppdrag men är möjligt att genomföra i framtiden. Det bedöms också vara viktigt att i uppföljningen av ungdomsmottagningsverksamheten utveckla flera olika mått på tillgänglighet. Mätning av exempelvis väntetider och öppettider eller könsfördelningen bland besökarna ger oss viss information, men behov finns av att fortsätta utveckla än mer precisa mått.

Acceptabel (acceptability):

Detta kriterium sägs handla om att:

“All health facilities, goods and services must be respectful of medical ethics and culturally appropriate, i.e. respectful of the culture of individuals, minorities, peoples and communities, sensitive to gender and life-cycle requirements, as well as being designed to respect confidentiality and improve the health status of those concerned;” (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment no. 14, 2000 s. 5)

Det är i ett första skede svårt att direkt se hur detta kriterium skiljer sig från kriteriet om tillgänglighet som diskuterades ovan. En möjlig tolkning är att det handlar om aspekter som inte riktigt fångas i begreppet *icke-diskriminering*. Det vill säga att det rör sig om hinder för att jag ska kunna nyttja hälso- och sjukvårdsservicen som inte innebär att jag diskrimineras i rättslig mening men att jag trots detta inte får en *reell* tillgång till insatsen. Ord som ”respectful” och ”culture of individuals” sätter fokus på värden viktiga för människan och som i praktiken kan krocka med den hälso- och sjukvård jag erbjuds. En tänkbar situation är en troende individ med särskilda rutiner för bön som på något sätt hindras att utöva sin tro på grund av det sätt vården är utformad. Utförandet av den offentliga tjänsten är inte diskriminerande i sig, men den innebär likväl ett informellt hinder på vägen för individen som söker vård genom att den personliga tron kan komma i konflikt med personens behov av att söka vård. Kriteriet acceptabel tolkas här syfta till att sätta fokus på behov av en flexibilitet i tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänsterna så att när det är möjligt kunna agera med respekt för enskilda individers kultur, religion eller identitet.

Det är en utmaning att svara på hur ungdomsmottagningarna och den statliga satsningen förhåller sig till detta kriterium. Vi vet att de som nyttjar ungdomsmottagningarna idag i stor utsträckning är nöjda med det bemötande de får, men vi har mycket svårt att ta reda på huruvida det finns ungdomar som väljer bort att söka stöd för det sätt på vilket ungdomsmottagningen tillhandahåller och erbjuder sitt stöd.

Företrädare för ungdomsmottagningarna framhåller att det är viktigt att ha stort fokus på ungdomarnas behov. Här finns beskrivet i styrdokument och uttryckt i intervjuer ett ständigt pågående arbete med att utgå från det faktum att patienten är ung. Exempelvis diskuteras och problematiseras lokalernas utformning eller bemötandefrågor utifrån ett ungdomsperspektiv. Här märks alltså en respekt för ungdomars behov och intressen.

När det gäller andra delar av vad de innebär att vara människa, att exempelvis ha en religiös trosuppfattning eller en viss könsidentitet, finns det också med i ungdomsmottagningarnas utvecklingsarbete och strategier för att anpassa verksamheterna finns uttryckta, både i styrdokument och i intervjuerna. Men ett par utmaningar har berörts i denna studie som skulle kunna kopplas ihop med kriteriet acceptabel. Det handlar om att uppmärksamma och diskutera vad det får för konsekvenser att arbetsgruppen är homogen. En avsaknad av en bred representation av erfarenheter i personalgrupper kan möjligtvis göra det mer

utmanande att vara "respectful of the culture of individuals". Slutligen kan också de beskrivna förändringar av normer och språkbruk i ungdomsgrupperna, och som sägs ibland kunna utmana personalgrupperna, kopplas ihop med detta kriterium.

Kvalitet (quality):

Det sista kriteriet handlar om kvalitet i insatserna och det sägs att hälso- och sjukvårdinsatserna ska vara "scientifically and medically appropriate and of good quality". Detta anges bland annat kräva att behandlingarna ska vara vetenskapligt och medicinskt lämpliga och att personalen ska vara välutbildad (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment no. 14, 2000).

Utvecklingsarbete har bedrivits inom ramen för den statliga satsningen i syfte att stärka kvaliteten. Det som framkommit i materialet handlar om kompetensutvecklingsinsatser och strategier för att stärka det systematiska kvalitetsarbetet. När det gäller kompetensutveckling har vi inte här värderat om de håller en tillräcklig kvalitet eller om de bidrar till en ökad vårdkvalitet. Det som framkommit i utvärderingen är att det handlat om mycket skilda utbildningar; från endagarsarrangemang till kurser med högskolepoäng. För att satsningarna ska bidra till en ändamålsenlig och god kvalitet behöver de kopplas både till de behov som finns hos besökarna och till vad som anses vara bästa tillgängliga kunskap för just detta behov.

Med den stora variation som finns i mottagningsstorlek kan rimligtvis inte samma insatser erbjudas på alla orter. En viktig fråga blir därför hur en bibehållen kvalitet i utbudet kan erbjudas överallt. Ska vissa mottagningar stå för vissa specialkunskaper? Vi har i detta material inte kunnat se att det finns någon sådan regional överblick eller uppdelning. En kvalitetsaspekt är därmed samordning mellan mottagningarna. I intervjuerna är det flera som lyfter att samordning har påbörjats tack vare verksamhetsutvecklarna. De menar också att kvaliteten inom och mellan mottagningar höjts av att medarbetare samlats kring såväl gemensamma utbildningar som kvalitetsledningsfrågor. Det handlar då om kvalitet i form av likvärdighet och kollegialt lärande.

En förutsättning för att kunna bedriva ett utvecklingsarbete som styr mot ökad kvalitet i insatserna är tillgång till tillförlitliga data. Denna studie har på flera ställen pekat på att en analys på regional nivå försvåras av att det inte finns gemensamma mått eller att till exempel åtgärds-koder inte har använts på ett likartat sätt. Det är möjligt att dessa frågor får en skjuts av förstärkningen av kvalitetsarbetet som satsningen har möjliggjort, men det är också tydligt att det krävs en aktiv implementering för att personal från olika yrken och mottagningar ska göra liknande tolkningar. Det är också rimligt att påpeka att ett framtida regionalt underlag behöver användas i ett aktivt kvalitetsarbete och att någon har ansvaret för att den efterfrågas och sammanställs.

Avslutningsvis

Detta FoU-arbete har beskrivit och analyserat ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län i syfte att öka förståelsen för vilka de är och vad de har för uppdrag. Vissa frågor har kunnat besvaras någorlunda enkelt, andra har kanske väckt fler frågor än svar. Det som blivit tydligt är att ungdomsmottagningarna har höga ambitioner för vilken roll de ska spela för länets ungdomar och att de som idag besöker en mottagning är ytterst nöjda med den hjälp de får. Samtidigt är det tydligt att det är svårt att dra gränsen för ungdomsmottagningarnas uppdrag och därmed att följa upp om de når sina målsättningar. Detta är en generell svårighet för verksamheter med ett förebyggande och främjande uppdrag, men inte desto mindre viktigt att i framtiden försöka förtydliga, inte minst för att kunna hänvisa ungdomar till rätt vårdnivå.

Referenser

- Barkham, M., J. Mellor-Clark, Connell, J. & Cahill, J. (2006). *A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System*, *Counselling and Psychotherapy Research*, March 2006; 6(1): 3-15
- CESCR. (2000). *Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment N° 14 (2000) on the right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*. www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf
- Eriksson, B. G. & Karlsson, P.Å. (2016). *Att utvärdera välfärdsarbete*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? - Utvecklingen under perioden 1985–2014*. (www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material)
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2018*. www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling--arsrapport-2018
- Folkhälsomyndigheten. (2014) *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14 Barn och ungas hälsa, vård och omsorg. Fördjupad rapport*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Forte. (2017). *Ungdomars och unga vuxnas levnadsvillkor i Sverige. En kunskapsöversikt med fokus på ojämlikhet*. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.
- FSUM. (2018). *Ungdomsmottagningen i första linjen för psykisk (o)hälsa*. (www.fsum.org)
- Gruskin, S., Bogecho, D., Ferguson, L., (2010). Rights-based approaches' to health policies and programs: Articulations, ambiguities, and assessment. *Journal of Public Health Policy July 2010, Volume 31, Issue 2*, s. 129–145.
- McDavid, J.C. & Hawthorn, L. (2006). *Program Evaluation & Performance Measurement – An introduction to practice*. California: Sage Publication.
- MUCF. (2015). *När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.
- Myndigheten för vårdanalys. (2014). *En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande, Rapport 2014:7*. (www.vardanalys.se)
- Myndigheten för vårdanalys. (2017). *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum. Rapport 2017:3*. (www.vardanalys.se)
- Mörk, E., Sjögren, A. och Svaleryd, H. (2015). *Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa*. Rapport 2015:13. Uppsala: IFAU.
- SKL. (2009). *Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL. (2016a). *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen - en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*, Uppdrag psykisk hälsa. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL. (2016b). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016*. Uppdrag psykisk hälsa. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting.
- SKL. (2016c). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. Uppdrag psykisk hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- SKL. (2017). *Slutrapport 2017: Stöd till riktade insatser inom området hälsa – Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. Uppdrag psykisk hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen. (2009). "God vård. Vård på lika villkor – hur jämlik är vården?" i Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2012). *Om evidensbaserad praktik*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017a). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017b). Statistik om dödsorsaker 2016. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20668/2017-9-10.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017c). *Handbok för utveckling av indikatorer*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- VGR. (2010). *Kartlägningsrapport Ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2010*. Bilaga till Inriktningsdokumentet för Ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2011-2015.
- VGR. (2016). *Stärkt första linjens vård vid psykisk ohälsa hos barn och unga*. Diarienummer HS 2016-00046.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Förteckning över kartlagda styrdokument

Inriktningsdokument för ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2018–2022.

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

Vårdöverenskommelse 2018 mellan Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för beställd primärvård. (DNR: HSNN 2017-00105)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Vänersborg mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Vänersborgs kommun (DNR: HSNN-2015-00021-1)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Dals-Ed mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Dals-Eds kommun (DNR: HSNN-2015-00036-4)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Orust kommun mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Orust kommun (DNR: HSNN-2015-00037-1)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Strömstad mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Strömstads kommun (DNR: HSNN-2015-00038)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Sotenäs mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Sotenäs kommun (DNR: HSN1-73-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Munkedal mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Munkedals kommun (DNR: HSN1-73-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Åmål mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden i Dalsland och Åmåls kommun (DNR: HSN2-67-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Bengtsfors mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Bengtsfors kommun (DNR: HSN2-67-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Mellerud mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Melleruds kommun (DNR: HSN2-67-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Färgelanda mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Färgelanda kommun (DNR: HSN2-67-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Trollhättan mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Vänersborgs kommun (DNR: HSN3-86-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Uddevalla mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Uddevalla kommun (DNR: HSN3-86-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Tanum mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Tanums kommun (DNR: HSN1-73-2014)

Samverkansavtal om ungdomsmottagning i Lysekil mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Lysekils kommun (DNR: HSN1-73-2014)

Västra hälso- och sjukvårdsnämnden

Vårdöverenskommelse 2018 mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för beställd primärvård. (DNR: HSNN 2017-00150)

Samverkansavtal om ungdomsmottagningsverksamhet i Alingsås mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Alingsås kommun 2016 (DNR: HSNV 2016-00077-4)

Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Lilla Edets kommun avseende samverkan vid ungdomsmottagningen i Lilla Edet 2016 (DNR: HSNV 2016-00094-4)

Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Härryda kommun avseende samverkan vid ungdomsmottagningen i Härryda 2016 (DNR: HSNV 2016-00097-4)

Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Öckerö kommun avseende samverkan vid ungdomsmottagningen i Öckerö 2016 (DNR: HSNV 2016-0006-1)

Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Lerums kommun avseende samverkan vid ungdomsmottagningen i Lerum 2016 (DNR: HSNV 2016-00098-4)

Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Mölndals stad avseende samverkan vid ungdomsmottagningen i Mölndal 2017 (DNR: HSNV 2016-00274)

Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Partille kommun avseende samverkan vid ungdomsmottagningen i Partille 2016 (DNR: HSNV 2016-00017-4)

Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Kungälv kommun avseende samverkan vid ungdomsmottagningen i Kungälv 2016 (DNR: HSNV 2016-00096-4)

Avtal mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Stenungsunds kommun avseende samverkan vid ungdomsmottagningen i Stenungsund 2016 (DNR: HSNV 2016-00271)

Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd

Avtal om Ungdomsmottagningen Gamlestaden 2016-2018 (DNR: HSNV 2015-00677-5)

Avtal om Ungdomsmottagningen Olskroken 2016-2018 (DNR: HSNV 2015-00678)

Avtal om Ungdomsmottagningen Hisingen 2016-2018 (DNR: HSNV 2015-00680-6)

Avtal om Ungdomsmottagningen Centrum 2016-2018 (DNR: HSNV 2015-00675-4)

Avtal om Ungdomsmottagningen Väst 2016-2018 (DNR: HSNV 2015-00676-4)

Avtal om Ungdomsmottagningen i Angered 2016-2018 (DNR: HSNV 2015-00679)

Östra hälso- och sjukvårdsnämnden

Överenskommelse 2017 mellan Östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Beställd Primärvård (DNR: HSNÖ 2016-00122-9)

Samverkansavtal ungdomsmottagningen i Lidköping (avtalsperiod 2015-01-01 till 2016-12-31, diarienummer saknas)

Samverkansavtal ungdomsmottagningen Karlsborg (avtalsperiod 2014-01-01-2015-12-31, diarienummer saknas)

Överenskommelse om samverkan ungdomsmottagningen Götene (DNR: PVSKA 7-2010)

Samarbetsavtal ungdomsmottagning i Hjo (avtalsperiod 2006-01-01 – 2006-12-31, diarienummer saknas)

Samverkansavtal ungdomsmottagningen Skara (avtalsperiod 2013-01-01 – 2015-12-31, DNR: ON13/177ADM)

Samverkansavtal – Överenskommelse mellan Mariestads kommun, Socialförvaltningen och Primärvården Skaraborg, Mariestads Primärvårdsområde. (DNR: PVIV 19-2006)

Samverkansavtal ungdomsmottagningen Tidaholm (avtalsperiod 2014-01-01 – 2016-12-31, diarienummer saknas)

Samverkansavtal ungdomsmottagningen i Tibro (avtalsperiod 2013-03-01 – 2014-12-31, diarienummer saknas)

Samverkansavtal ungdomsmottagningen i Töreboda (avtalsperiod 2015-06-01 – 2016-12-31, diarienummer saknas)

Samverkansavtal ungdomsmottagning i Vara (avtalsperiod 2015-01-01 – 2016-12-31, diarienummer saknas)

Samverkansavtal ungdomsmottagning i Nossebro (avtalsperiod 2013-12-01 – 2014-12-31, diarienummer saknas)

Lokalt samverkansavtal för ungdomsmottagning i Gullspångs kommun (DNR: PVSKA 7-2010)

Samverkansavtal ungdomsmottagning i Grästorp (avtalsperiod 2014-10-01 – 2015-12-31, diarienummer saknas)

Samverkansavtal ungdomsmottagning i Falköping (avtalsperiod 2014-10-01 – 2015-12-31, diarienummer saknas)

Södra hälso- och sjukvårdsnämnden

Vårdöverenskommelse 2017 mellan Södra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för beställd primärvård (DNR: HSNS 2016-00126-19)

Avtal ungdomsmottagning (anges ej men det avser Ulricehamn) (avtalsperiod 2007-01-01 tills vidare, diarienummer saknas)

Avtal ungdomsmottagning (anges ej men det avser Mark och Svenljunga) (avtalsperiod 2007-01-01 tills vidare, diarienummer saknas)

Avtal ungdomsmottagning Borås Stad (avtalsperiod 2012-01-01 – 2013-12-31, diarienummer saknas)

Avtal om ungdomsmottagning i Herrljunga mellan Södra hälso- och sjukvårdsnämnden och Herrljunga kommun (DNR: HSNS 2015-00041-8)

Avtal mellan Södra hälso- och sjukvårdsnämnden och Vårgårda kommun avseende samverkan vid ungdomsmottagning i Vårgårda 2018 (DNR: HSNS 2017-00044)

Bilaga 2: Intervjuguide – Kartläggningen

Intervjupersoner

De som ska intervjuas är enhetschefer och teamsamordnare på ungdomsmottagningarna i länet. I de fall enhetschefen är längre ifrån verksamheten intervjuas teamsamordnare eller motsvarande funktion.

Syfte med intervjuerna

Syftet med intervjuerna är att fånga IP:s uppfattningar/tolkningar av dels ungdomsmottagningarnas uppdrag och del betydelsen av "vård på lika villkor" och arbete för jämlikhet på en ungdomsmottagning. Syftet är också att fånga in vad IP uppfattar vara grupper som är svåra att nå och hur de faktiskt arbetar för att nå dessa grupper.

Intervjufrågorna

Frågeområde 1: IP:s uppfattning av vad som är UM:s uppdrag

Dessa frågor handlar om att få IP att beskriva hur hen förstår UM:s grunduppdrag. Denna kunskap är viktig för att kunna diskutera tillgänglighet till UM. Svaret på dessa frågor kan också användas för vidare analys i kartläggningen i höst.

Frågor att ställa:

1. Hur skulle du beskriva UM:s grunduppdrag? Vad är er uppgift?
2. Vilken är er målgrupp?
3. Vad ingår inte i ert uppdrag?
4. Vilka tillhör inte er målgrupp?
5. Finns det något som är särskilt svårt idag när det gäller avgränsningen av ert uppdrag?
6. Vad är uppdraget inom psykisk hälsa?

Frågeområde 2: IP:s förståelse av betydelsen av vård på lika villkor och arbete för ökad jämlikhet

7. Enligt HSL ska vården ges på lika villkor. Hur förstår du lagstiftarens intentioner med denna formulering? (Be IP konkretisera, ge exempel på när det uppnås och när det inte uppnås)
8. Vad betyder vård på lika villkor för er/dina ungdomsmottagning(ar)s verksamhet?
9. Hur arbetar ni idag konkret med att uppfylla denna del av lagstiftarens intentioner?
10. Finns det aspekter som är särskilt viktiga i förhållande till ungdomsmottagningarnas uppdrag när det gäller att ge vård på lika villkor?
11. Finns det idag några särskilda utmaningar/svårigheter med att uppnå vård på lika villkor i ungdomsmottagningsverksamheten?

Frågeområde 3: IP:s bild av vilka grupper som är svåra att nå

Dessa frågor handlar om att få en bild av mer precist vilka grupper som IP uppfattar inte i dagsläget har reell tillgång till ungdomsmottagningarnas verksamhet.

12. Uppfattar du att det finns grupper av ungdomar med behov av UM som ni idag inte når? (Fråga vidare om fler grupper än de som IP inledningsvis nämner.)
13. Varför har ni svårt att nå dessa grupper tror du?

Frågeområde 4: Ungdomsmottagningarnas konkreta verksamhet

Dessa frågor handlar om att kartlägga vilka konkreta arbetssätt som ungdomsmottagningarna använder för att nå ut till särskilda målgrupper.

14. Har ni på er mottagning idag ett aktivt arbete med att nå ut till särskilda grupper?
15. Hur ser det arbetet ut? (Vilka riktas det mot? Vad görs? Varför görs det som görs?)
16. Vilka lärdomar har ni dragit av ert utåtriktade/uppsökande arbete?
17. Finns det saker man skulle kunna göra ytterligare för att nå ut till fler?
18. Finns det idag några särskilda hinder/utmaningar när det gäller utåtriktat/uppsökande arbetet?

Bilaga 3: Grund- och vidareutbildning kuratorer

Geografiskt område	Ungdomsmottagning	Grundutbildning kurator	Vidareutbildning kurator
Göteborg	Göteborg Angered	3 st Socionom, Socialpedagog	MI, KBT steg 1
	Göteborg Centrum	4 st Socionom, Socialpedagog	Basutbildning psykoterapi, Påbyggnadsutbildning psykoterapi, MI
	Göteborg Gamlestaden	2 st Socionom, Beteendevetare	Basutbildning psykoterapi, KBT bas
	Göteborg Hisingen	6 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, ACT, MHFA, Familjeterapi, trauma, fokuserad KBT, EMDR
	Göteborg Olskroken	Ej svar	Ej svar
	Göteborg Väster	4 st Socionom, Beteendevetare	Basutbildning psykoterapi, MI, familjeterapi, traumafokuserad KBT, EMDR
Alingsås m.fl.	Alingsås	2 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, sexologi
	Herrljunga	2 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, sexologi
	Lerum	2 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, sexologi
	Vårgårda	2 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, sexologi
Borås m.fl.	Bollebygd	Socionom	hälsoutbildning, chefsutb, ätstörningsrel utb, HBTQ
	Borås	3 st Socionom, Annat	Basutbildning psykoterapi, Påbyggnadsutbildning psykoterapi, sexologi, mindfulness instruktör, Unga sex och våld. ACT, HBTQ
	Mark	Socionom	Basutbildning psykoterapi, Påbyggnadsutbildning psykoterapi, MI, HBTQ
	Svenljunga	Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI
	Tranemo	Socionom	LEAN Handledarutb, ,indfulness handledare, Repulse, HBTQ
	Ulricehamn	Socionom	Mindfulness, KBT, PUMT, Massage, Stresscoach, HBTQ
Falköping m.fl.	Falköping	Socionom	
	Tibro	Ej svar	Ej svar
	Tidaholm	Ej svar	Ej svar
	Hjo	Ej svar	Ej svar
	Karlsborg	Ej svar	Ej svar
	Skövde	Ej svar	Ej svar
Lidköping m.fl.	Grästorps	Annat	
	Gullspång	Socionom	
	Götene	Socionom	
	Lidköping	Socionom	lösningfokuserat arbete
	Mariestad	Annat	MI, Hemterapeut-utb, TA-utb (transaktionsanalytisk terapi), MI-utbildning, ART- Impulskontrollprogram, Sexologi 5 p, Familjeterapi 2 terminer, KOMET-utbildning (cert komet-ledare)m Nedkingsutb BRÅ, HBTQ-utb
	Nossebro	Socionom	MI med inr våld i relationer (FREDA), Schyssta relationer, KPF (Kognitivt psykologiskt förhållningssätt)
	Skara	Ej svar	Ej svar
	Töreboda	Ej svar	Ej svar
Mölndal m.fl.	Ale	Socionom, Annat	Basutbildning psykoterapi, Påbyggnadsutbildning psykoterapi, MI, familjeterapi, nätverksterapi, MDR, IPT, sexologi, andrologi, gruppterapi, HBTQ
	Härryda	2 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, Påbyggnadsutbildning psykoterapi, MI, HBTQ, Familjeterapi, leg psykoterapeut steg 2, KBT steg 1 fil mag psykosoc arbete
	Kungälv	2 st Socionom	MI, sexologi, andrologi, HBTQ
	Mölndal	2 st Socionom, Annat	Basutbildning psykoterapi, Påbyggnadsutbildning psykoterapi, MI, KBT
	Partille	3 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, kostrådgivare = dipl kostrådgivare
	Öckerö	Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, HBTQ, Sexologi 90 p, Barn och unga 30 p, IIska/aggr KBT Kris/Krisintervention 15 p. barnb som far illa, Våld i nära relationer mm
Trollhättan m.fl.	Bengtstors	Socionom	sexologi 30p, andrologi 7,5p, maskulinitet 7,5p
	Dals Ed	Socionom	MI, ASI, ICDP, HBTQ
	Färgelanda	Annat	Basutbildning psykoterapi
	Lilla Edet	Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, mindfulness, sexologi, HBTQ
	Mellerud	Beteendevetare, Annat	Basutbildning psykoterapi, MI
	Trollhättan	2 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, mindfulness, sexologi, HBTQ
	Vänersborg	2 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, mindfulness, sexologi, HBTQ
Ämål	Socionom	sexologi, andrologi, HBTQ	

forts.

forts.

Uddevalla m.fl.	Lysekil	Beteendevetare	familjeterapi 1+2
	Munkedal	Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI
	Orust	Beteendevetare, annat	MI
	Sotenäs	Ej svar	Ej svar
	Strömstad	Socionom	familjeterapi 60p, MI
	Tanum	Socionom	vägledande samspel 1+2
	Uddevalla	3 st Socionom	Basutbildning psykoterapi, MI, bla familjeterapi, kroppsorienterad terapi, socialisation ungdomsteori
	Stenungsund	Ej svar	Ej svar
	Tjörn	Ej svar	Ej svar

Bilaga 4: Frågor som ställs i brukar- och patientenkäter

Frågor i brukarenkät till Göteborgs ungdomsmottagningar

Bakgrundsvariabler

Ålder, kön, tid i Sverige, födelse land och föräldrars födelse land

HELHETEN, NKI

Hur nöjd är du med stödet som helhet?

Hur väl har stödet uppfyllt dina förväntningar?

Tänk dig det bästa stödet man kan få. Hur nära eller långt ifrån ett sådant stöd är det stödet du fått?

TILLGÄNGLIGHET

Hur nöjd är du med ... möjligheten att få kontakt med personalen?

Hur nöjd är du med ... hur snabbt du fick hjälp?

Hur nöjd är du med ... lokalernas tillgänglighet?

EFFEKTIVITET

Hur nöjd är du med ... hur väl personalen håller de tider som ni har bestämt?

Hur nöjd är du med ... hur snabbt du får besked?

Hur nöjd är du med ... hur personalen samarbetar för att hjälpa dig?

Hur nöjd är du med ... hur snabbt du får stöd eller hjälp?

INFORMATION

Hur nöjd är du med ... hur lätt det är att förstå den skriftliga informationen?

Hur nöjd är du med ... hur lätt det är att förstå den muntliga informationen?

Hur nöjd är du med ... informationen om vad du kan få hjälp med?

BEMÖTANDE

Hur nöjd är du med ... hur väl du tas emot av personalen?

Hur nöjd är du med ... hur personalen respekterar dig?

Hur nöjd är du med ... hur personalen lyssnar på dig?

INTEGRITET

Hur nöjd är du med ... möjligheten att i lugn och ro kunna tala med personalen?

Hur nöjd är du med ... hur personalen tar hänsyn till ditt privatliv?

Hur nöjd är du med ... hur personalen håller sin tystnadsplikt?

RÄTTSSÄKERHET

Hur nöjd är du med ... hur rättvist du blir behandlad?

Hur nöjd är du med ... hur du kan lita på vad personalen säger?

Hur nöjd är du med ... dina möjligheter att klaga om du är missnöjd?

DELAKTIGHET

Hur nöjd är du med ... hur personalen samarbetar med dig?

Hur nöjd är du med ... hur personalen diskuterar olika möjligheter med dig?

Hur nöjd är du med ... hur du kan påverka stödet?

Om det är aktuellt: Hur nöjd är du med ... hur du kan påverka genomförandeplanen?

SYNPUNKTER

Hur nöjd är du med ... hur personalen bemött dig när du framfört synpunkter?

Hur nöjd är du med ... hur man försökt åtgärda det du haft synpunkter på?

KOMPETENS

Hur nöjd är du med ... hur kunnig personalen är?

Hur nöjd är du med ... hur väl personalen förstår hur du har det?

Hur nöjd är du med ... hur väl personalen förstår vad du behöver ha hjälp med?

Hur nöjd är du med ... möjligheten att ta upp känsliga frågor?

Hur nöjd är du med ... hur väl personalen kan ge dig övrig samhällsinformation?

Frågor i patientenkäten till Närhälsans ungdomsmottagningar

Det framstår som att enda bakgrundsvariabeln är ålder.

Frågor som ställs:

Det var lätt att komma i kontakt med mottagningen.

Jag kände förtroende för personalen.

Jag fick möjlighet att ställa de frågor som jag önskade.

Jag kände mig delaktig kring min vård och behandling.

Jag är nöjd med mitt besök.

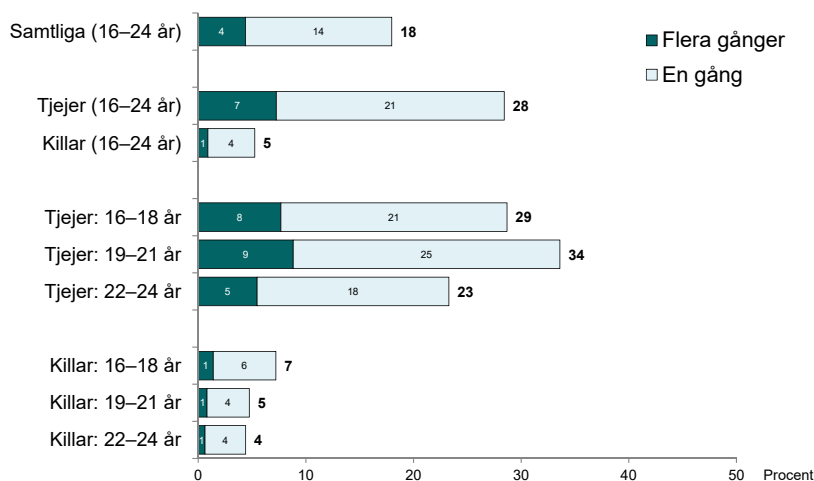
Vad tycker du fungerar bra hos oss?

Vad tycker du behöver förbättras?

Bilaga 5: Analys av folkhälsodata – Diagram och tabeller



B1. Besökt ungdomsmottagning senaste 3 månaderna – efter kön och ålder

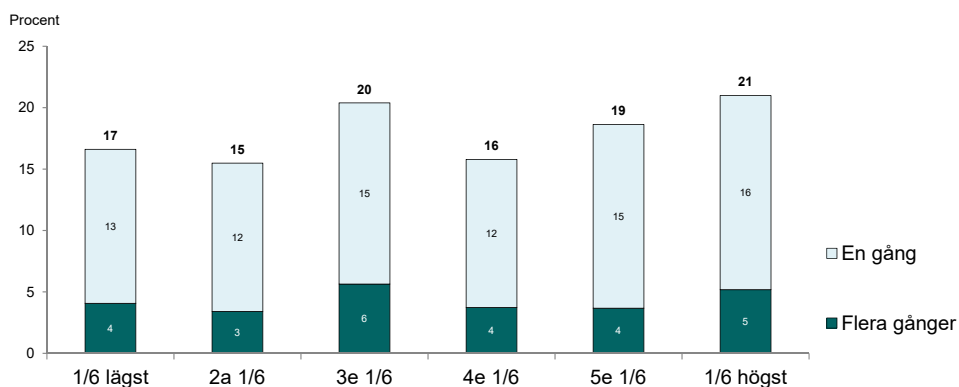


Kommentar: Om summan av "flera gånger" och "en gång" inte överensstämmer exakt med totalsiffran beror det på avrundningar i de förra. Bortfall på *enskild delfråga* i den större frågan om vårdkontakter, där ungdomsmottagning ingår, är genomgående tolkat som icke-besök.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015*, Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.



B2. Besökt ungdomsmottagning senaste 3 månaderna – ungdomar som bor med föräldrar/syskon utifrån hushållsinkomst per konsumtionsenhet*

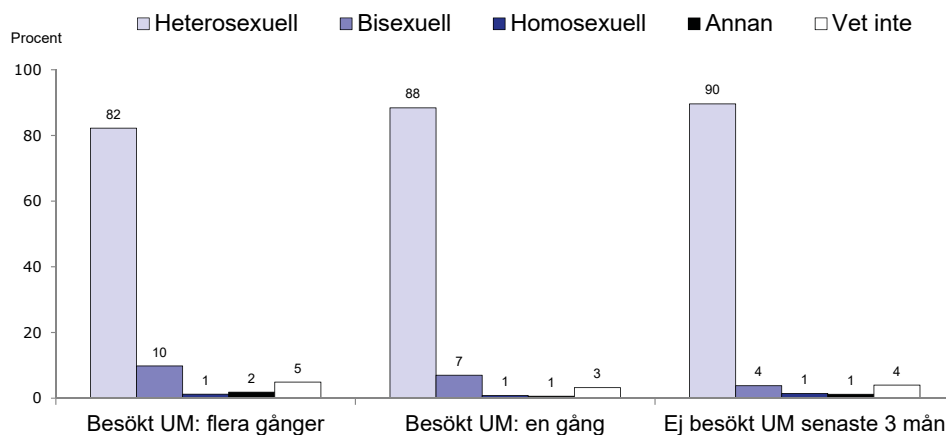


Kommentar: Baseras på svar från totalt 2 368 ungdomar/unga vuxna. Svarepersonerna är indelade i sex lika stora inkomstgrupper (då alla i undersökningen inte besvarat frågan om UM-besök gäller det ungefärligt). Inkomststoppgift baseras på registeruppgift från 2013.

*SCB-standard: Hushållets disponibla inkomst är dividerad med antalet konsumtionsenheter i hushållet, där "enheterna" ges olika värde (ensamboende=1; sammanboende=1,51; ytterligare vuxen=0,60; första barnet (0-19 år)=0,52; andra och påföljande barn=0,42).

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015*, Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B3. Sexuell läggning – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga

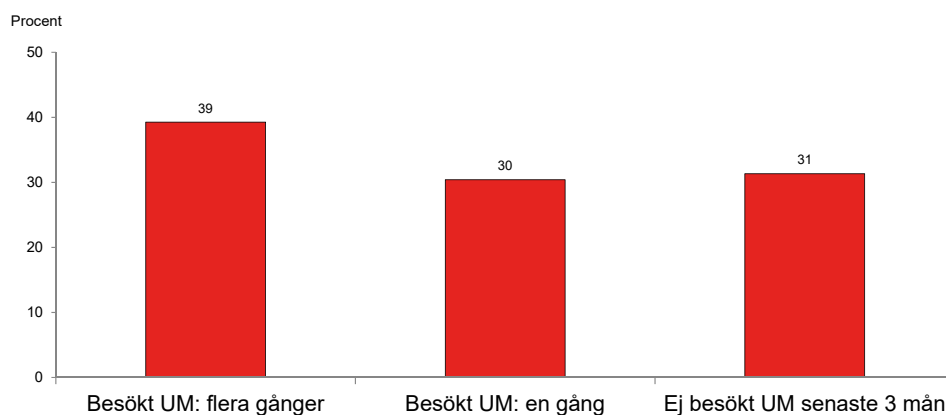


Kommentar: Frågan lyder *Hur definierar du din sexuella läggning?*, med svarsalternativen *Heterosexuell, Bisexuell, Homosexuell, Vet inte, Annan*.

De tre grupperna omfattar 163, 500 respektive 3 012 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B4. Begränsad ekonomisk marginal – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



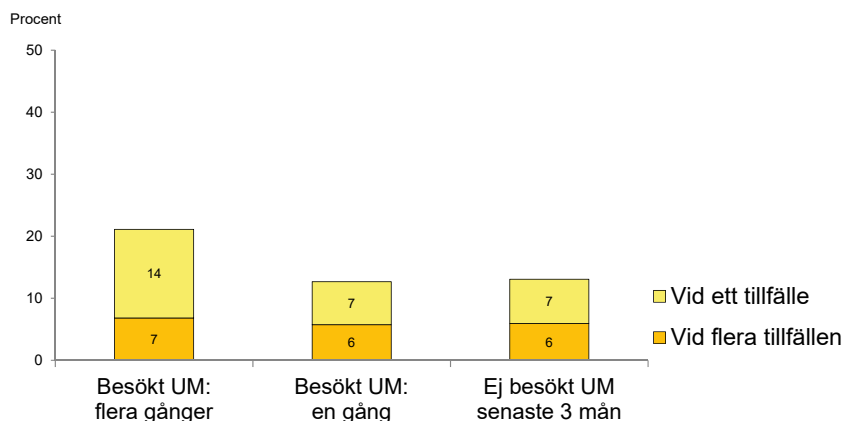
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?*, med svarsalternativen: *Ja; Nej*. Diagrammet visar andelen som svarat nej.

De tre grupperna omfattar 163, 500 respektive 3 029 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B5. Svårigheter klara löpande utgifter under de senaste 12 månaderna

– UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



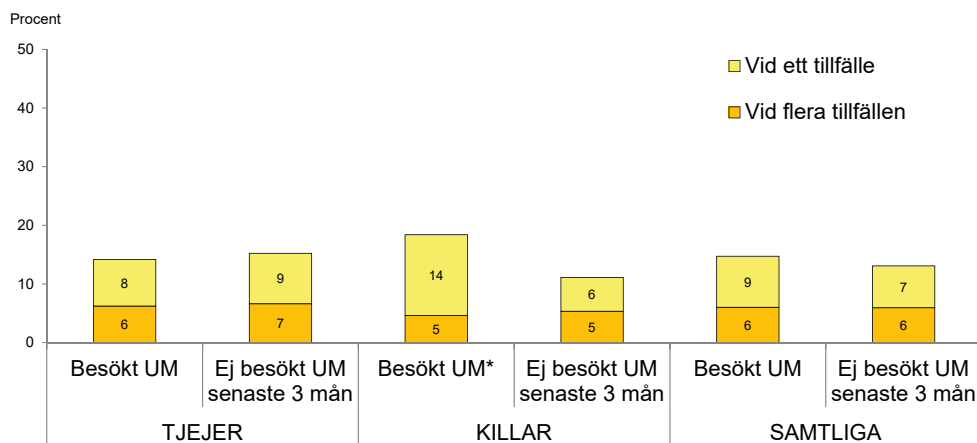
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?*, med svarsalternativen: Nej; Ja, vid ett tillfälle; Ja, vid flera tillfällen.

De tre grupperna omfattar 161, 505 respektive 3 028 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B6. Svårigheter klara löpande utgifter under de senaste 12 månaderna

– UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga TJEJER resp. KILLAR



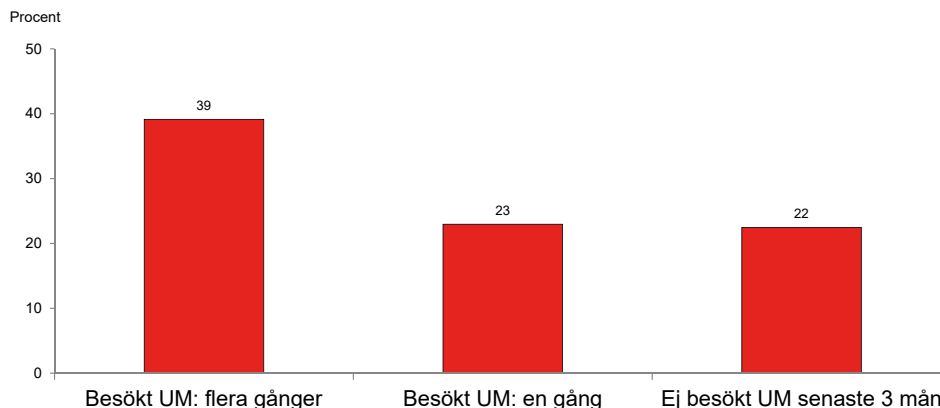
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?*, med svarsalternativen: Ja; Nej. Diagrammet visar andelen som svarat nej.

Tjej-gruppen som besökt en ungdomsmottagning omfattar 579 personer; motsvarande grupp killar: *87 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B7. Långvarig sjukdom/hälsoproblem/ funktionsnedsättning

– UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



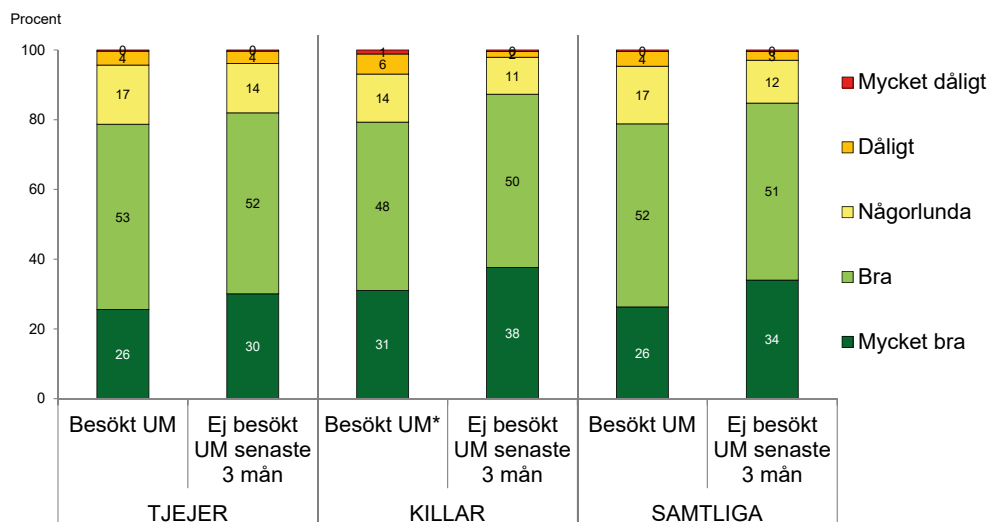
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?*, med svarsalternativen *Ja; Nej*.

De tre grupperna omfattar 161, 501 respektive 3 017 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B8. Självskattad hälsa

– UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga
TJEJER resp. KILLAR

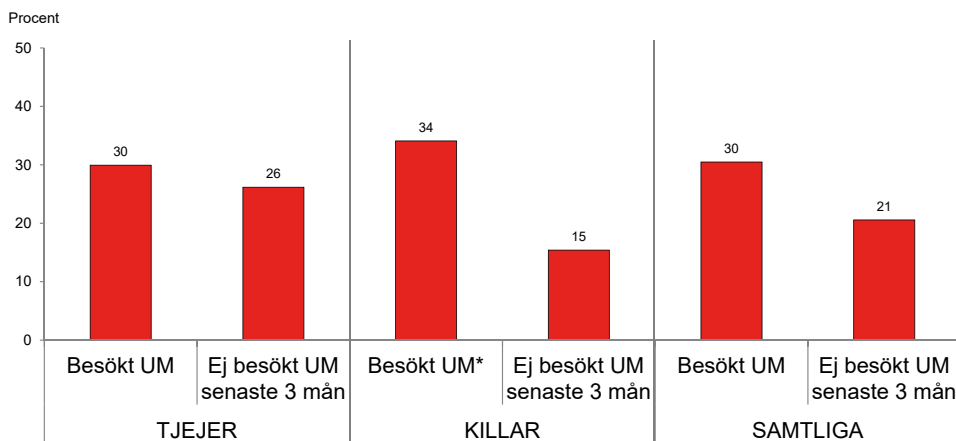


Kommentar: Enkätfrågan lyder *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?*, med svarsalternativ enligt redovisningen.

Tjej-gruppen som besökt en ungdomsmottagning omfattar 578 personer; motsvarande grupp killar: *87 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B9. Nedsatt psykiskt välbefinnande – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga, TJEJER respektive KILLAR

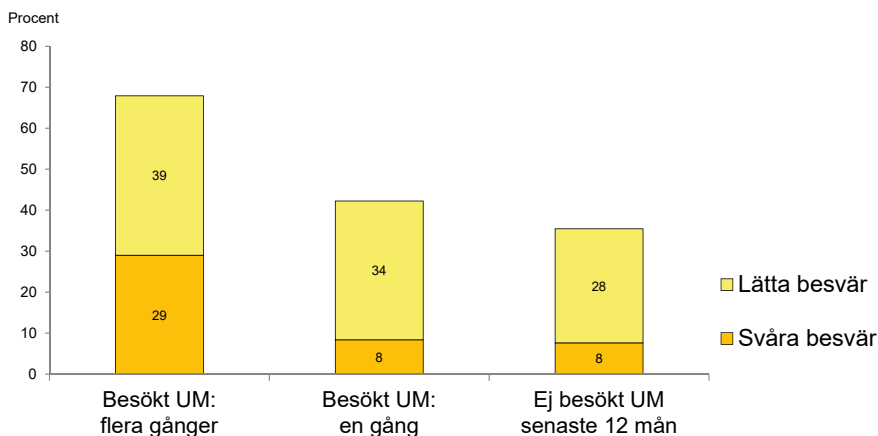


Kommentar: Resultaten utgörs av ett index baserat på ett internationellt standardiserat frågebatteri (GHQ 12) som mäter psykiska reaktioner på påfrestningar, med huvudsakligt fokus på oförmåga att klara av "normala" funktioner och uppkomsten av nya former av kris-/utmattningstillstånd.

Tjej-gruppen som besökt en ungdomsmottagning omfattar 578 personer; motsvarande grupp killar: *88 svarspersoner.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B10. Ängslan, oro eller ångest – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



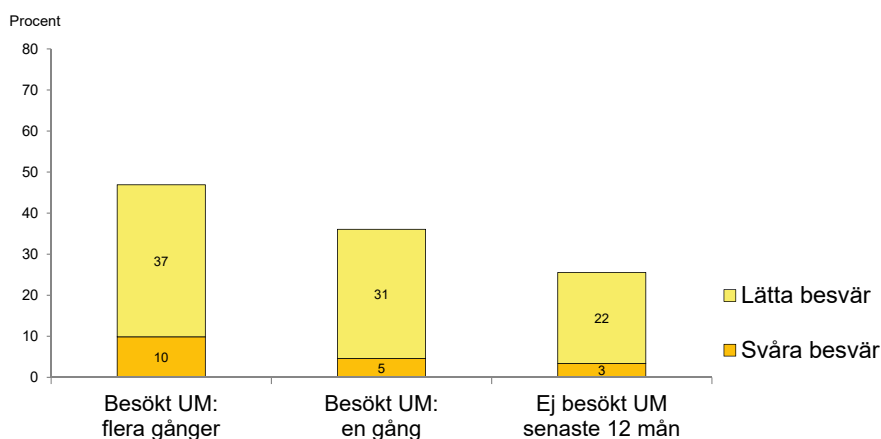
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du något/några av följande besvär eller symtom?*, med *Ängslan, oro eller ångest?* som en av 12 delfrågor. Svarsalternativ: *Nej; Ja, lätta besvär; Ja, svåra besvär.*

De tre grupperna omfattar 162, 502 respektive 3 034 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B11. Huvudvärk eller migrän

– UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



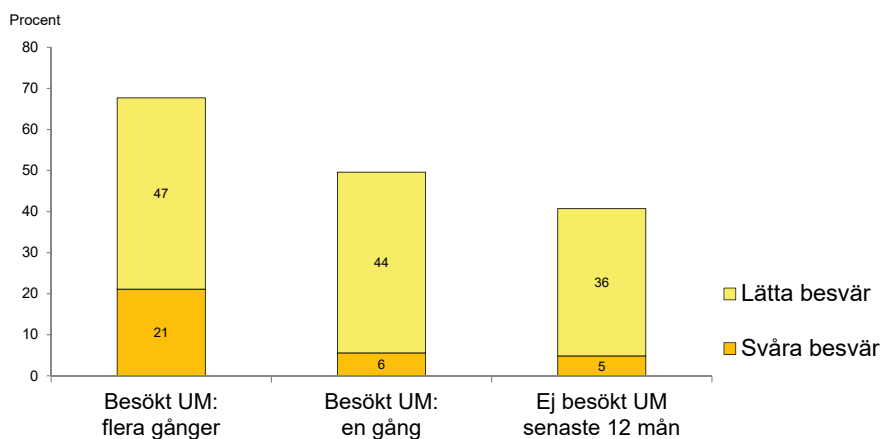
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du något/några av följande besvär eller symtom?, med Huvudvärk eller migrän?* som en av 12 delfrågor. Svartalternativ: *Nej; Ja, lätta besvär; Ja, svåra besvär.*

De tre grupperna omfattar 162, 502 respektive 3 019 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B12. Trötthet

– UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



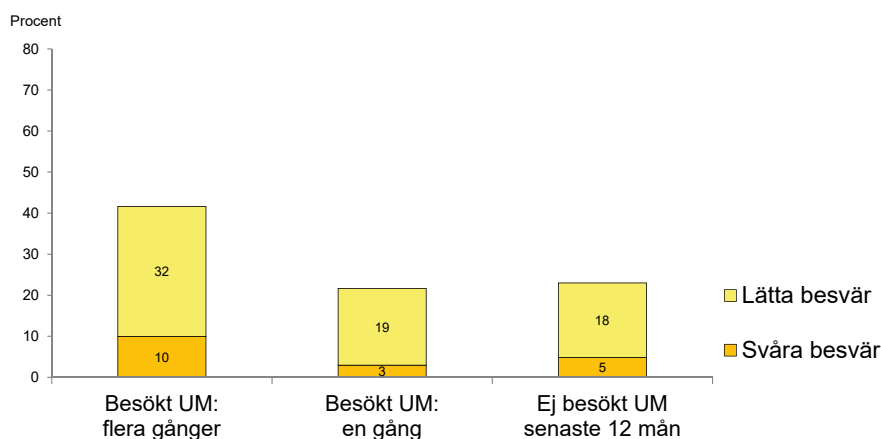
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du något/några av följande besvär eller symtom?, med Trötthet?* som en av 12 delfrågor. Svartalternativ: *Nej; Ja, lätta besvär; Ja, svåra besvär.*

De tre grupperna omfattar 161, 502 respektive 3 031 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B13. Sömnsvårigheter

– UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



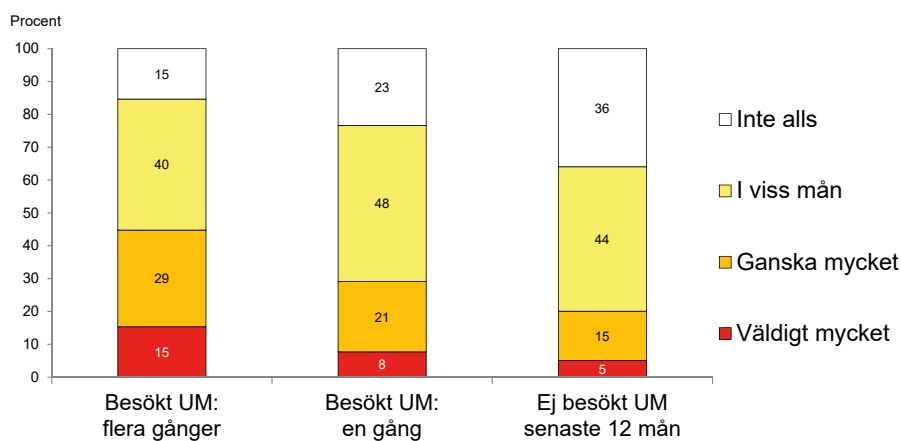
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du något/några av följande besvär eller symtom?, med Sömnsvårigheter?* som en av 12 delfrågor. Svartalternativ: *Nej; Ja, lätta besvär; Ja, svåra besvär.*

De tre grupperna omfattar 161, 503 respektive 3 024 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B14. Stress

– UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga

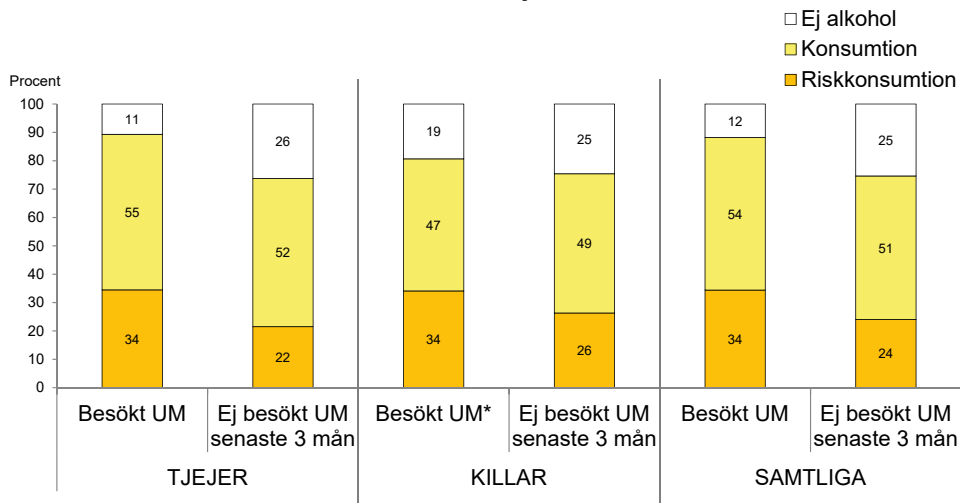


Kommentar: Enkätfrågan lyder *Känner du dig för närvarande stressad? Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.* Svartalternativ: *Inte alls; I viss mån; Ganska mycket; Våldigt mycket.*

De tre grupperna omfattar 163, 505 respektive 3 036 personer.

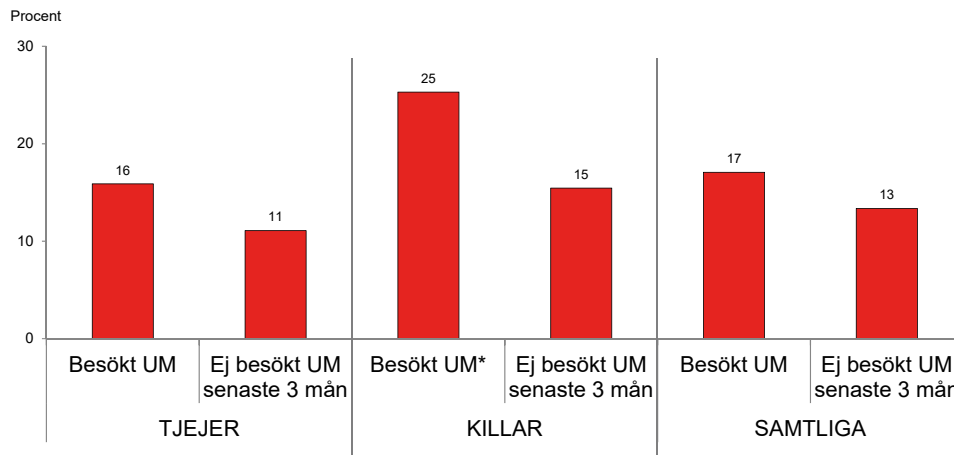
Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B15. Alkoholkonsumtion – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga TJEJER resp. KILLAR



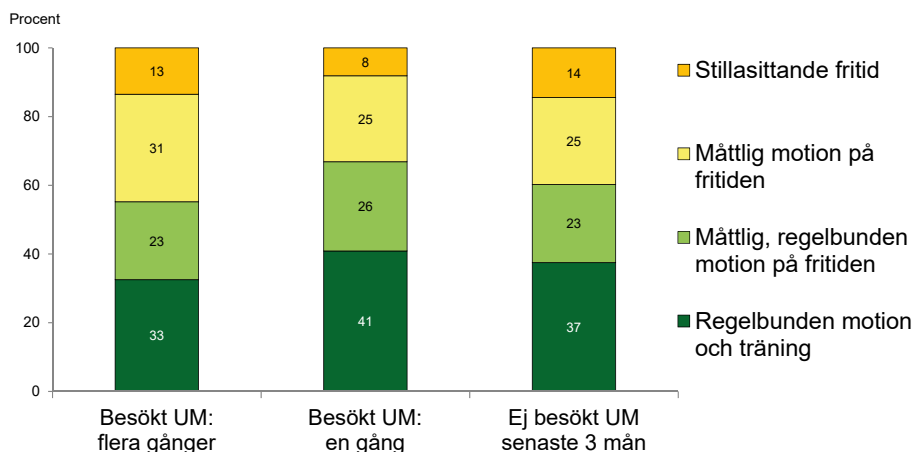
Kommentar: Riskabla alkoholvanor utgår från Folkhälsomyndighetens definition och baseras på ett internationellt standardiserat frågebatteri (AUDIT), dvs. grundat på självrapportering.
Tjej-gruppen som besökt en ungdomsmottagning omfattar 580 personer; motsvarande grupp killar: *88 svarspersoner.
Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B16. Prövat narkotika – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga TJEJER respektive KILLAR



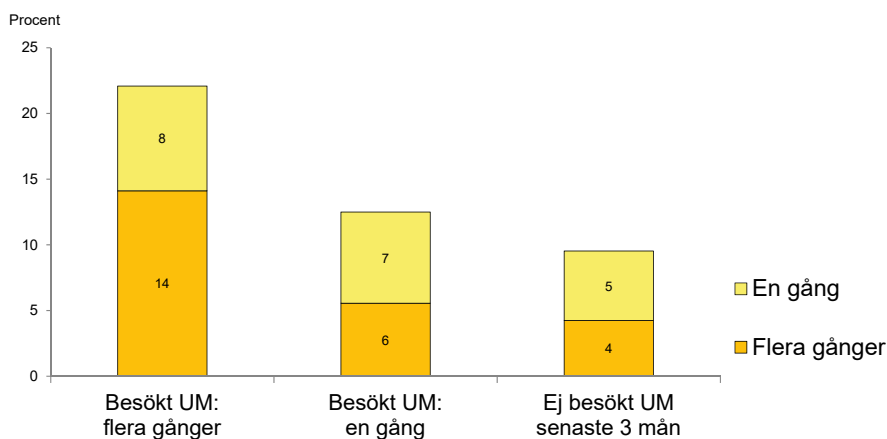
Kommentar: Narkotika avser hasch, marijuana eller annan narkotika, grundat på självrapportering genom enkäten.
Tjej-gruppen som besökt en ungdomsmottagning omfattar 573 personer; motsvarande grupp killar: *83 svarspersoner.
Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B17. Motionsvanor – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



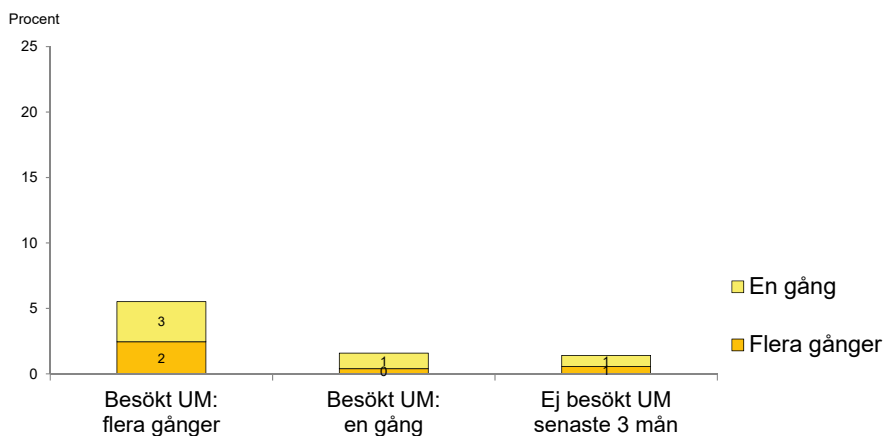
Kommentar: Enkätfrågan lyder *Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?*, med svarsalternativ enligt redovisningen samt förklarande/instruerande text till såväl fråga som svarsalternativ. De tre grupperna omfattar 163, 504 respektive 3 039 personer.
Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B18. Övervägt ta sitt liv under de senaste 12 mån – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga



Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du någon gång under de senaste 12 månaderna kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?*, med svarsalternativen *Nej; Ja, en gång; Ja, flera gånger*. De tre grupperna omfattar 163, 504 respektive 3 043 personer.
Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B19. Försökt ta sitt liv under de senaste 12 mån – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga

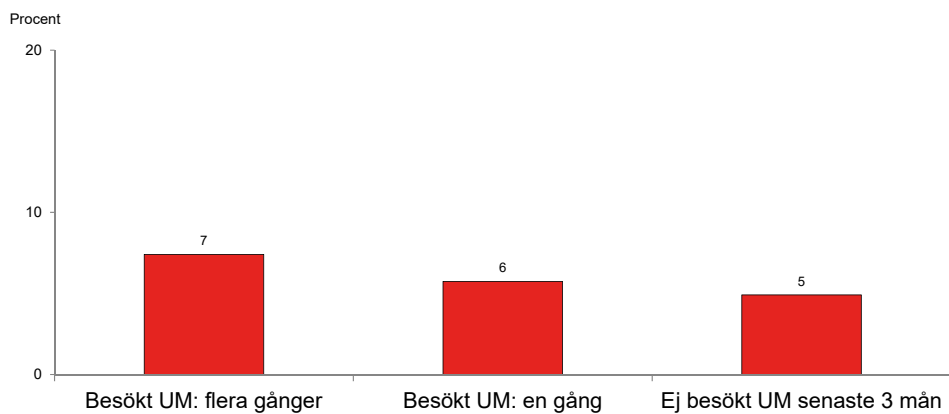


Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta ditt liv?*, med svarsalternativen *Nej; Ja, en gång; Ja, flera gånger*.

De tre grupperna omfattar 163, 505 respektive 3 044 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B20. Utsatt för fysiskt våld senaste året – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga

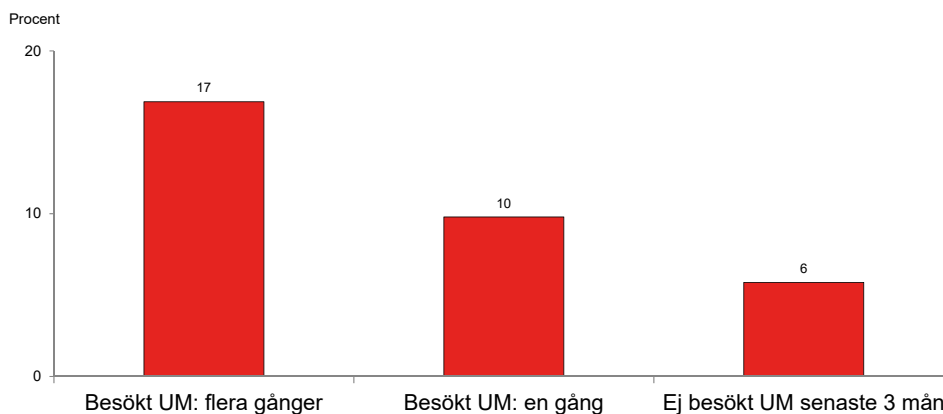


Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?*, med svarsalternativen *Ja; Nej*.

De tre grupperna omfattar 162, 505 respektive 3 034 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B21. Utsatt för hot eller hotelser om våld senaste året – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga

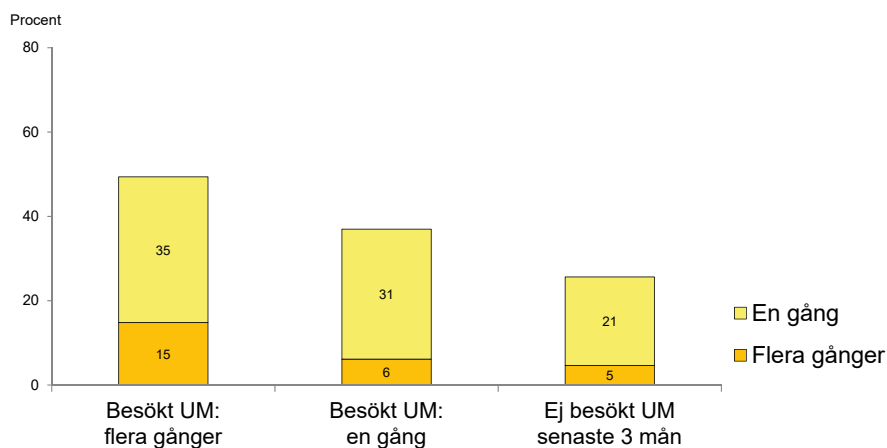


Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?*, med svarsalternativen *Ja; Nej*.

De tre grupperna omfattar 160, 500 respektive 3 010 personer.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B22. Känt sig kränkt de senaste 12 mån – UM-besökare senaste 3 månaderna jämfört med övriga

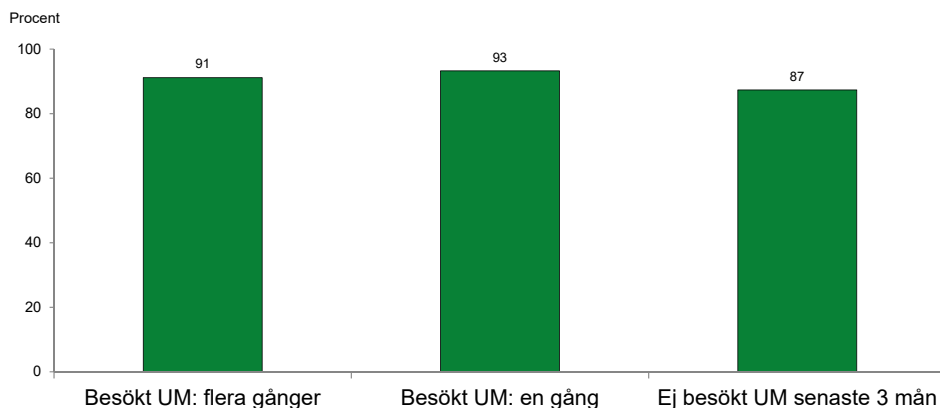


Kommentar: Enkätfrågan lyder *Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?*, med svarsalternativen *Nej; Ja, någon gång; Ja, flera gånger*.

De tre grupperna omfattar 162, 503 respektive 3 022 personer.

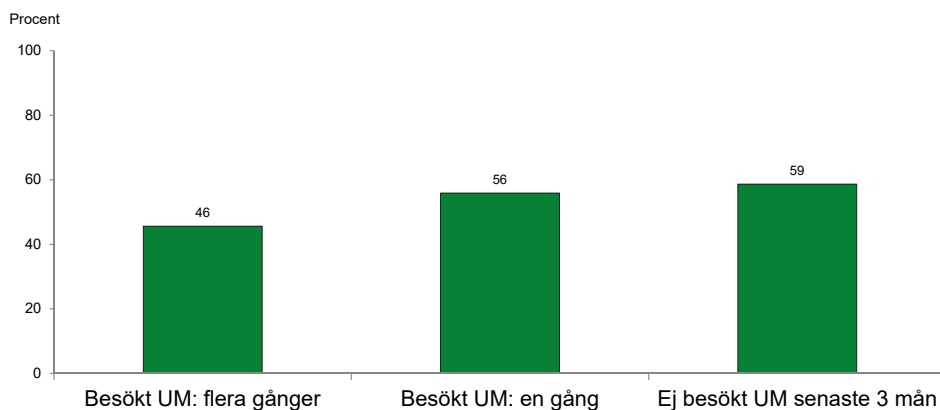
Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B23. Har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt – UM-besökare senaste 3 mån jämfört med övriga



Kommentar: Frågan lyder *Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?*, med svarsalternativen *Ja, Nej*. De tre grupperna omfattar 158, 505 respektive 3 019 personer.
Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B24. Litar i allmänhet på andra människor – UM-besökare senaste 3 mån jämfört med övriga



Kommentar: Frågan lyder *Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?*, med svarsalternativen *Ja, Nej*. De tre grupperna omfattar 160, 501 respektive 3 016 personer.
Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B25. Suicidrisk i relation till UM-besök (procent)

	Besökt UM senaste 3 mån	Ej besökt UM senaste 3 mån
Ej övervägt/försökt ta sitt liv senaste 12 mån	15 (n=568)	74 (n=2 751)
Övervägt/försökt ta sitt liv senaste 12 mån	3 (n=100)	8 (n=295)

Svarsunderlaget baseras på totalt 3 714 ungdomar/unga vuxna.

B26. Förtrogen relation i relation till UM-besök (procent)

	Besökt UM senaste 3 mån	Ej besökt UM senaste 3 mån
Har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt	17 (n=615)	72 (n=2 637)
Saknar någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt	1 (n=48)	10 (n=382)

Svarsunderlaget baseras på totalt 3 682 ungdomar/unga vuxna.

B27. Sexuell läggning i relation till UM-besök (procent)

	Besökt UM senaste 3 mån	Ej besökt UM senaste 3 mån
Heterosexuell läggning	16 (n=576)	73 (n=2 699)
Annan eller osäker sexuell läggning	3 (n=87)	8 (n=313)

Svarsunderlaget baseras på totalt 3 576 ungdomar/unga vuxna.

B28. Psykiskt välbefinnande i relation till UM-besök – ENBART TJEJER (procent)

	Besökt UM senaste 3 mån	Ej besökt UM senaste 3 mån
Psykiskt välbefinnande	20 (OBS: n=405)	53 (n=1 078)
Nedsatt psykiskt välbefinnande	8 (OBS: n=173)	19 (n=382)

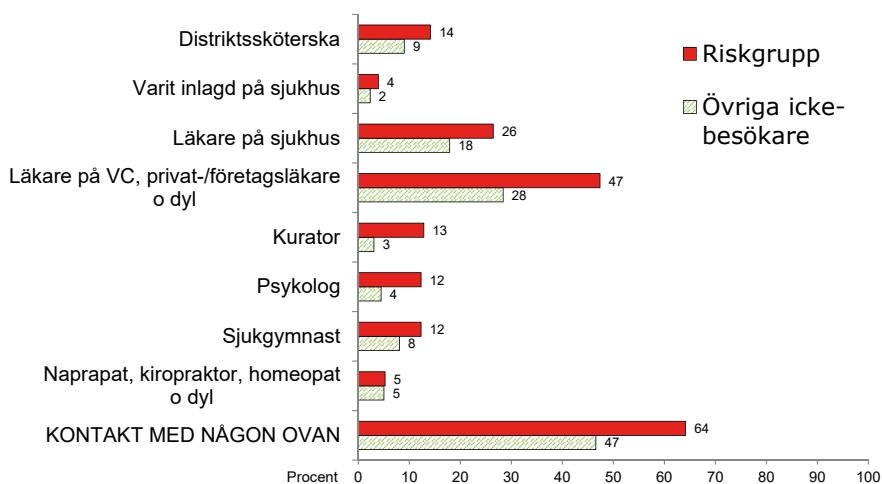
Svarsunderlaget baseras på totalt 2 038 tjejer.

B29. Psykiskt välbefinnande i relation till UM-besök – ENBART KILLAR (procent)

	Besökt UM senaste 3 mån	Ej besökt UM senaste 3 mån
Psykiskt välbefinnande	3 (OBS: n=58)	80 (n=1 340)
Nedsatt psykiskt välbefinnande	2 (OBS: n=30)	15 (n=244)

Svarsunderlaget baseras på totalt 1 672 killar.

B30. VÅRDKONTAKTER de senaste 3 månaderna i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare – TJEJER



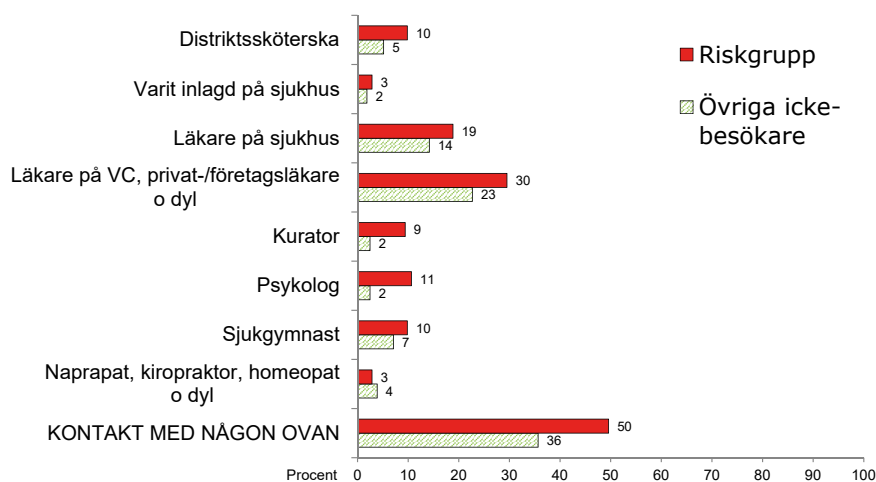
Kommentar: Riskgruppen avser tjejer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de tjejer som inte bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

Vårdkontakterna ska enligt enkätinstruktionen avse "egna besvär eller sjukdom".

Resultaten baseras på svar från 382 personer i riskgruppen; 1 078 i övrig-gruppen.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B31. VÅRDKONTAKTER de senaste 3 månaderna i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare – **KILLAR**



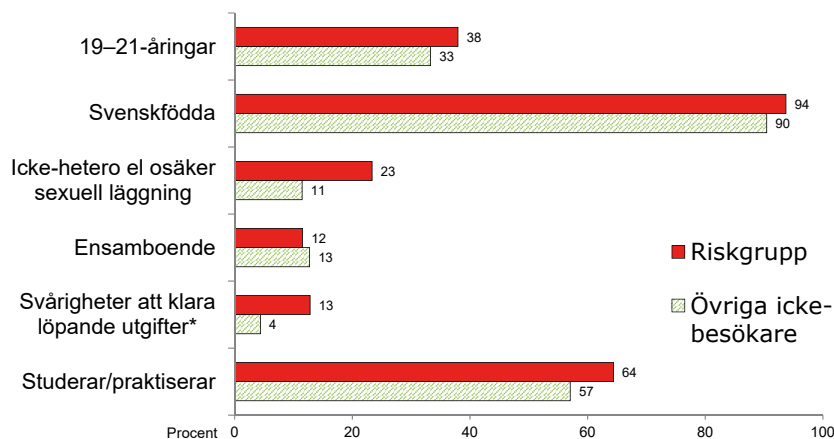
Kommentar: **Riskgruppen** avser killar som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen **övriga** utgörs av de killar som *inte* bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller *inte* har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

Vårdkontakterna ska enligt enkätinstruktionen avse "egna besvär eller sjukdom".

Resultaten baseras på svar från 244 personer i riskgruppen; 1 340 i övrig-gruppen.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B32. DEMOGRAFI OCH SOCIOEKONOMI i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare – **TJEJER**



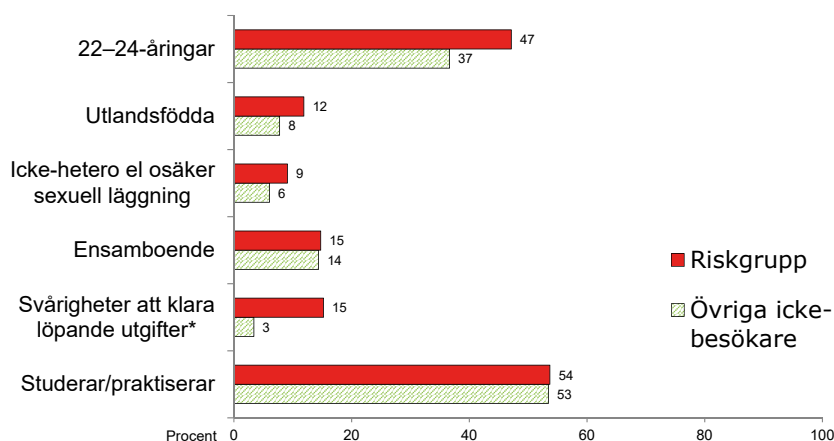
Kommentar: **Riskgruppen** avser personer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och *inte* har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen **övriga** utgörs av de som *inte* bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller *inte* har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

*Avser andelen som på enkätfrågan *Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?* svarat *Ja, vid flera tillfällen*.

Resultaten baseras på svar från 381–382 personer i riskgruppen; 1 064–1 078 i gruppen med övriga.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B33. DEMOGRAFI OCH SOCIOEKONOMI I potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare – KILLAR



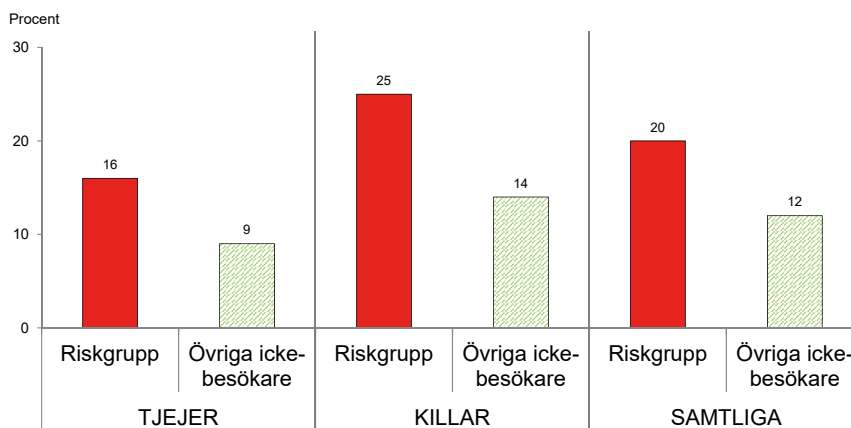
Kommentar: Riskgruppen avser personer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de som inte bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

*Avser andelen som på enkätfrågan *Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?* svarat Ja, vid flera tillfällen.

Resultaten baseras på svar från 242–244 personer i riskgruppen; 1 321–1 340 i gruppen med övriga.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B34. PRÖVAT NARKOTIKA i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare



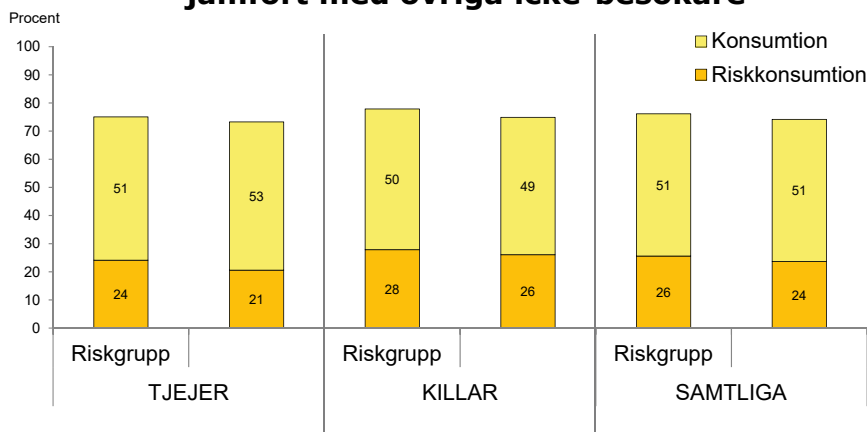
Kommentar: Riskgruppen avser personer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de som inte bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

Narkotika avser hasch, marijuana eller annan narkotika, grundat på självrapportering genom enkäten.

Resultaten baseras på svar från 381 tjejer och 243 killar i riskgruppen; 1 071 resp. 1 332 i övrig-gruppen.

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B35. ALKOHOLKONSUMTION i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare



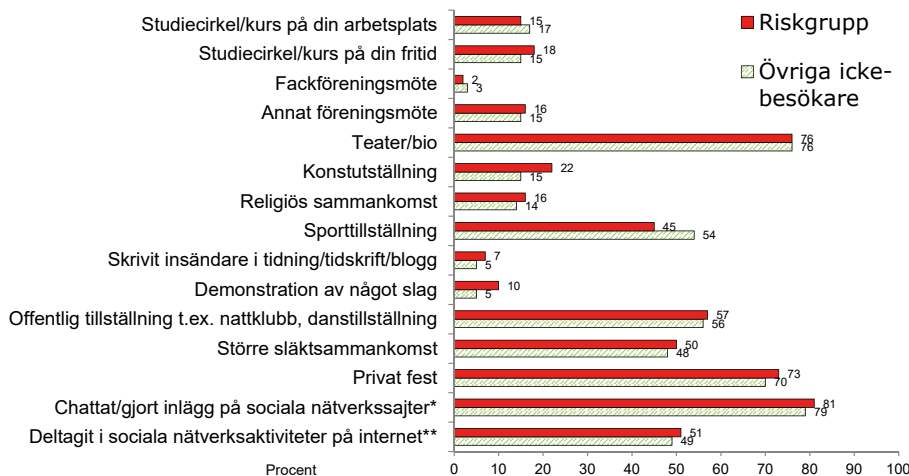
Kommentar: Riskgruppen avser personer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de som inte bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

Riskabla alkoholvanor utgår från Folkhälsomyndighetens definition och baseras på ett internationellt standardiserat frågebatteri (AUDIT), dvs. grundat på självrapportering.

Resultaten baseras på svar från 381 tjejer och 244 killar i riskgruppen; 1 078 resp. 1 339 i övrig-gruppen.

Datakälla: Hälsa på lika villkor 2015 (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B36. AKTIVITETER de senaste 12 månaderna i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare



Kommentar: Riskgruppen avser personer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de som inte bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

Enkätfrågan lyder *Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna?* Resultaten baseras på svar från 619 personer i riskgruppen; 2 383 i gruppen med övriga (som besvarat åtminstone någon delfråga i aktivitetsfrågan).

Två delfrågor i diagrammet är förkortade jämfört med enkätfrågan: * "...på internet"; ** "...t.ex. spel, diskussionsforum".

Datakälla: Hälsa på lika villkor 2015 (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B37. AKTIVITETER de senaste 12 månaderna i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare – **TJEJER**



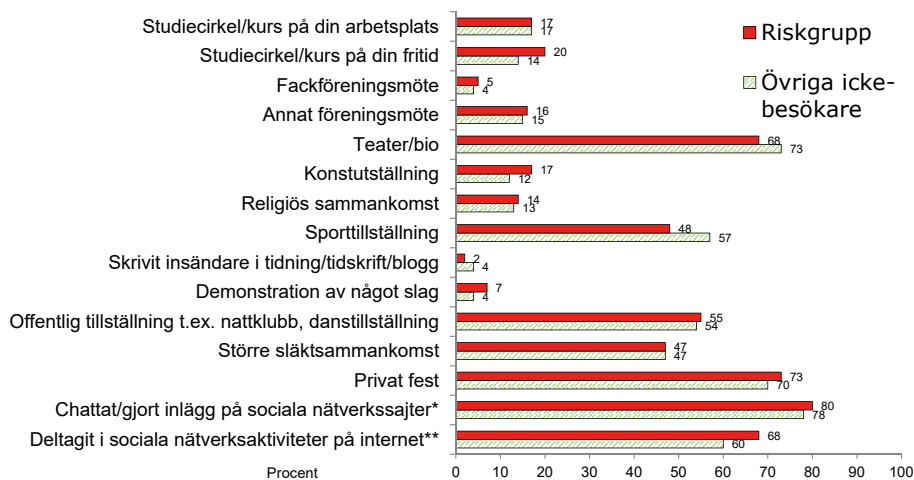
Kommentar: Riskgruppen avser tjejer som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de tjejer som *inte* bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

Enkätfrågan lyder *Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna?* Resultaten baseras på svar från 378 personer i riskgruppen; 1 065 i gruppen med övriga (som besvarat åtminstone någon delfråga i aktivitetsfrågan).

Två delfrågor i diagrammet är förkortade jämfört med enkätfrågan: * "...på internet"; ** "...t.ex. spel, diskussionsforum".

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B38. AKTIVITETER de senaste 12 månaderna i potentiell riskgrupp med psykiskt nedsatt välbefinnande jämfört med övriga icke-besökare – **KILLAR**



Kommentar: Riskgruppen avser killar som genom sina enkätsvar bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande (instrumentet GHQ 12) och inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna. Gruppen övriga utgörs av de killar som *inte* bedöms ha nedsatt välbefinnande och heller inte har besökt en ungdomsmottagning under de senaste 3 månaderna.

Enkätfrågan lyder *Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna?* Resultaten baseras på svar från 241 personer i riskgruppen; 1 318 i gruppen med övriga (som besvarat åtminstone någon delfråga i aktivitetsfrågan).

Två delfrågor i diagrammet är förkortade jämfört med enkätfrågan: * "...på internet"; ** "...t.ex. spel, diskussionsforum".

Datakälla: *Hälsa på lika villkor 2015* (oviktat dataunderlag), Västra Götalandsregionen. Bearbetningar FoU i Väst/GR.

B39. Vad "påverkar" ett UM-besök hos TJEJER? – enligt en logistisk regressionsmodell

	Oddsquot
Ålder (<i>referens: 16–18 år</i>)	-
Ålder: 19–21 år	0,8*
Ålder: 22–24 år	0,5
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)	1,1**
Alkohol (<i>referens: ingen konsumtion</i>)	-
Alkohol: ej riskkonsumtion	3,0
Alkohol: riskkonsumtion	4,6
Narkotikaerfarenhet	1,3*
Har en förtrogen relation	1,4*

Kommentar: Modellens *totala* förklaringskraft är mycket begränsad – i termer av Nagelkerke: 0,08.

* Begränsad signifikans (p-värdena 0,09–0,11)

** Ej signifikant resultat (p-värdet=0,36).

Övriga faktorer har signifikant betydelse (p-värden=0,000).

Se i övrigt föregående bild.

B40. Vad "påverkar" ett UM-besök hos KILLAR? – enligt en logistisk regressionsmodell

	Oddsquot
Ålder (<i>referens: 16–18 år</i>)	-
Ålder: 19–21 år	0,5
Ålder: 22–24 år	0,4
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)	3,3
Alkohol (<i>referens: ingen konsumtion</i>)	-
Alkohol: ej riskkonsumtion	1,8*
Alkohol: riskkonsumtion	2,6
Narkotikaerfarenhet	1,7*
Har en förtrogen relation	1,9*

Kommentar: Modellens *totala* förklaringskraft är mycket begränsad – i termer av Nagelkerke: 0,07.

* Begränsad signifikans (p-värdena 0,07–0,09)

** Ej signifikant resultat (p-värdet=0,36).

Övriga faktorer har signifikant betydelse (p-värden=0,000).

Se i övrigt föregående bild.

Bilaga 6: Grund för att beräkna fördelning av medel

Kommun	Befolkningsunderlag	Summa kr
Västra Götaland	235 085	21 000 000
Ale	4 299	38 4027
Alingsås	5 394	48 1843
Bengtstors	1 197	10 6927
Bollebygd	1 119	9 9960
Borås	16 387	1 463 841
Dals-Ed	629	56 188
Essunga	750	66 997
Falköping	4 649	415 292
Färgelanda	900	80 396
Grästorp	733	65 478
Gullspång	645	57 617
Göteborg	79 257	7 079 980
Götene	1 756	156 862
Herrljunga	1 326	118 451
Hjo	1 188	106 123
Härryda	5 138	458 974
Karlsborg	805	71 910
Kungälv	5 716	510 607
Lerum	5 698	508 999
Lidköping	5 443	486 220
Lilla Edet	1 783	159 274
Lysekil	1 795	160 346
Mariestad	3 232	288 713
Mark	4 848	433 069
Mellerud	1 220	108 982
Munkedal	1 383	123 543
Mölnadal	9 067	809 950
Orust	1 856	165 795
Partille	5 435	485 505
Skara	2 837	253 427
Skövde	8 449	754 744
Sotenäs	1 063	94 957
Stenungsund	3 589	320 603
Strömstad	1 668	149 001
Svenljunga	1 432	127 920
Tanum	1 502	134 173
Tibro	1 515	135 334
Tidaholm	1 837	164 098
Tjörn	1 914	170 976
Tranemo	1 631	145 696
Trollhättan	9 011	804 947
Töreboda	1 264	112 912
Uddevalla	7 923	707 757
Ulricehamn	3 250	290 321
Vara	2 116	189 021
Vårgårda	1 606	143 463
Vänersborg	5 281	471 749
Åmål	1 755	156 773
Öckerö	1 794	160 257

Bilaga 7: Enkät till enhetschefer

Enkät till ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län om förstärkningen av verksamhet inom området psykisk hälsa under 2016 och 2017

FoU i Väst/GR har fått i uppdrag att utvärdera förstärkningen av ungdomsmottagningarna i Västra Götalands län inom området psykisk hälsa. Dina enkätsvar är viktiga för att vi ska kunna göra en analys av vad förstärkningen konkret inneburit och fått för resultat. Enkäten skickas ut till enhetscheferna på länets samtliga ungdomsmottagningar. Svaren du ger är inte anonyma men kommer behandlas med konfidentialitet. FoU i Väst/GRs uppdragsgivare är den partsgemensamma grupp som haft ansvar för hur satsningen skulle prioriteras i länet. Har du några frågor om enkäten kan du kontakta Cornelia Björk på cornelia.bjork@grkom.se eller telefonnummer 0708-394 932.

Vilken eller vilka ungdomsmottagningar svarar du för?

Om du ansvarar för fler än en mottagning är det önskvärt att du besvarar enkäten en gång per mottagning. Särskilt om innehållet i satsningen skiljer sig åt. Är detta inte möjligt ange samtliga mottagningar som dina svar avser och använd kommentarsfälten för att beskriva eventuella skillnader mellan mottagningarna.

BEMANNING

Har er ungdomsmottagning under 2016–2017 använt SKL-medel för att utöka bemanningen (befintlig eller ny personal)?

- Ja
 Nej

I ansökan angav ni antal årsarbetare och yrkeskategori för den utökade bemanningen. Har medlen använts enligt vad som anges i ansökan?

- Ja
 Nej för 2016. Ange förändring och skäl. _____
 Nej för 2017. Ange förändring och skäl. _____

Uppskatta hur stor andel av den ökade bemanningen som använts för att ersätta befintlig personal som fått kompetensutveckling med stöd av SKL-medel?

- 0 procent
 1-19 procent
 20-39 procent
 40-59 procent
 60-79 procent
 80-100 procent
 Vet inte

Eventuell kommentar:

TILLGÄNGLIGHET

Har er ungdomsmottagning under 2016–2017 använt SKL-medel för något av följande?

	Nej/Hade redan	Nej, men planerar att använda medlen	Ja
Skapat möjligheten till digitala möten/väntrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hållit öppet under helger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hållit öppet under vardagar efter kl 17:00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Startat upp eller utökat omfattningen på drop-in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utökat telefontillgängligheten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Startat upp eller utökat befintlig gruppverksamhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utökat möjligheterna till webbokning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedrivit mer utåtriktat arbete direkt mot ungdomar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annan insats för förbättrad tillgänglighet:	<input type="text"/>	Nej, men planerar att använda medel <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Kommentera gärna ditt svar, särskilt om ni ännu inte använt men planerar att använda medlen. Ange även eventuella skillnader mellan mottagningar.

Hur många timmar per vecka har ni den senaste månaden i genomsnitt hållit öppet vardagar efter kl. 17:00?

Ange per mottagning om det skiljer sig åt mellan mottagningarna

Vilka personalkategorier har ungdomar kunnat möta vardagar efter kl. 17:00?

- Barnmorska
- Undersköterska
- Sjuksköterska
- Psykolog
- Kurator
- Annan: _____

Hur många timmar per vecka har ni den senaste månaden i genomsnitt haft öppet för drop-in?

Vilka personalkategorier har ungdomar kunnat möta under dessa drop-in-tider?

- Barnmorska
- Undersköterska
- Sjuksköterska
- Psykolog
- Kurator
- Annan: _____

Du svarade ovan att medel använts till att starta upp eller utöka gruppverksamhet. Hur många ungdomar uppskattar du har deltagit i dessa gruppverksamheter sammanlagt under 2016 och 2017?

Om du svarar för flera mottagningar, ange per mottagning.

Vad har de utökade möjligheterna till webbokning inneburit?

- Möjlighet att boka möten vid fler tider
- Möjlighet att boka möten med barnmorska
- Möjlighet att boka möten med undersköterska
- Möjlighet att boka möten med sjuksköterska
- Möjlighet att boka möten med psykolog
- Möjlighet att boka möten med kurator
- Möjlighet att boka möten med annan personalkategori, ange vilken: _____
- Annat: _____

NYA ARENOR OCH MÅLGRUPPER

Har er ungdomsmottagning under 2016–2017 använt SKL-medel för att i större utsträckning nå ut till följande specifika grupper?

	Nej	Nej, men planerar att använda medlen	Ja
Killar och unga män	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyanlända/ensamkommande ungdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomar yngre än 13 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomar med hbtq-identitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomar med fysiska funktionsnedsättningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomar med intellektuella funktionsnedsättningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomar i social utsatthet och/eller med missbruksproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomar som bor på institution (t ex HVB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan målgrupp:	<input type="checkbox"/>	Nej, men planerar att använda medel	Ja
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentera gärna ditt svar, särskilt om ni ännu inte använt men planerar att använda medlen:

Vilken typ av insatser har ni genomfört riktat, direkt eller indirekt, till (målgrupp) med stöd av SKL-medel under 2016–2017?

	Ja	Nej
Informerat om ungdomsmottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informerat om ett särskilt ämne/en särskild fråga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbjudit gruppsamtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Erbjudit enskilda samtal eller parsamtal
- Börjat använda ny teknologi till stöd för målgruppen
- Utåtriktat arbete på fysisk arena
- Utåtriktat arbete på digital arena
- Erbjudit test av könssjukdom
- Kompetensutvecklat personal för att kunna möta målgruppens behov
- Vidareutvecklat metoder och arbetssätt för att kunna möta målgruppens behov

Annat

KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

RESULTAT

Har ni under 2016-2017 använt SKL-medel till att utveckla kvalitetsledningssystem?

- Ja
- Nej

Beskriv vad ni gjort

I vilken utsträckning bedömer du att SKL-medlen i sin helhet har lett till något av följande:

	Inte alls	I viss utsträckning	I ganska stor utsträckning	I mycket stor utsträckning	Kan inte bedöma
Ökad tillgänglighet till ungdomsmottagningen för personer med, eller risk för att utveckla, psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökad tillgänglighet till ungdomsmottagningen för specifika målgrupper som tidigare varit svåra att nå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkt ungdomsmottagningens förutsättningar att ge länets ungdomar vård på lika villkor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkt ungdomsmottagningens förutsättningar att ge individ- och behovsanpassade insatser för personer med psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkt ungdomsmottagningens förutsättningar att ge individ- och behovsanpassade insatser för personer med risk att utveckla psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentera gärna ditt svar:

Bilaga 8: Kompetensutvecklingsinsatsen 2017

Utbildning	Antal personer (oavsett profession)	Andel av det totala antalet årsarbetare på länets ungdomsmottagningar (procent)
Traumakunskap 1 dag	172	83
Suicidprevention	84	41
Juridikutbildning 1 dag	79	38
Utbildning Våld	68	33
ACT-ledarutbildning	62	30
CORE	42	20
Traumakunskap 4 dagar	34	16
Andrologi 7,5 högskolepoäng	31	15
Sexit	29	14
Sexologi 15 högskolepoäng	25	12
Vulvasmärta	17	7
Utbildning om droger	15	7
SRHR på HVB-hem	11	5
MI-utbildning 4 dagar	9	4
Compassion-utbildning	8	4
Mindfulness	7	4
Steg 1	7	4
MI Telefonrådgivning	7	4
YAM	4	2
Övrigt	8	4

Källa: Informationen är hämtad från redovisningen till SKL för 2017.

Bilaga 9: Besöksstatistik i förhållande till befolkningsstatistik

Ungdoms- mottagning	Antal unika besökare 2017	Antal unika besökande - kvinnor	Antal unika besökande - män	Befolkning 13-24 år per 31/12 2017	Befolkning 13-24 år – tjejer	Befolkning 13-24 år- killar	Andel besökare av befolkning – totalt %	Andel besökare av befolkning – tjejer %	Andel besökare av befolkning – killar %
Ale	1 082	914	168	4 253	1 982	2 271	25	46	7
Alingsås	1 880	1 603	277	5 416	2 623	2 793	35	61	10
Bengtstors	452	364	88	1 223	584	639	37	62	14
Bollebygd	268	208	60	1 142	519	623	23	40	10
Borås	5 646	4 585	1 061	16 102	7 897	8 205	35	58	13
Dals Ed	197	151	46	614	279	335	32	54	14
Falköping	1 231	1 053	178	4 633	2 211	2 422	27	48	7
Färgelanda	198	167	31	863	386	477	23	43	6
Grästorp	143	128	15	711	362	349	20	35	4
Gullspång	83	71	12	644	297	347	13	24	3
Göteborg Angered	1 544	1 260	284	9 324	4 596	4 728	17	27	6
Göteborg Centrum	3 287	2 782	505	16 661	8 551	8 110	20	33	6
Göteborg Gamlestaden	2 364	1 878	486	7 533	3 838	3 695	31	49	13
Göteborg Hisingen	2 538	2 156	382	22 098	10 740	11 358	11	20	3
Göteborg Olskroken	1 856	1 620	236	7 892	4000	3 892	24	41	6
Göteborg Väster	2 939	2 403	536	15 430	7439	7 991	19	32	7
Götene	426	347	79	1 673	751	922	25	46	9
Herrljunga	187	165	22	1 244	572	672	15	29	3
Hjo	207	195	12	1 145	548	597	18	36	2
Härryda	1 549	1 367	182	5 180	2463	2 717	30	56	7
Karlsborg	155	131	24	782	380	402	20	34	6
Kungälv	1 691	1 494	197	5 756	2821	2 935	29	53	7
Lerum	1 458	1 249	209	5 754	2681	3 073	25	47	7
Lidköping	2 048	1 767	281	5 290	2543	2 747	39	69	10
Lilla Edet	287	263	24	1 793	856	937	16	31	3
Lysekil	482	431	51	1 734	804	930	28	54	5
Mariestad	1 060	951	109	3 106	1458	1 648	34	65	7
Mark	1 117	924	193	4 763	2269	2 494	23	41	8
Mellerud	297	253	44	1 202	538	664	25	47	7
Munkedal	377	321	56	1 314	596	718	29	54	8
Mölnadal	2 772	2 448	324	9 344	4519	4 825	30	54	7
Nossebro	142	128	14	705	359	346	20	36	4
Orust	424	379	45	1 806	855	951	23	44	5
Partille	1 525	1 285	240	5 370	2510	2 860	28	51	8
Skara	729	624	105	2 700	1281	1 419	27	49	7
Skövde	3 107	2 637	470	8 179	3794	4 385	38	70	11
Sotenäs	297	253	44	982	457	525	30	55	8
Stenungsund	x	x	x	3 636	1732	1 904	X	X	X
Strömstad	454	400	54	1 615	773	842	28	52	6
Svenljunga	236	186	50	1 394	653	741	17	28	7
Tanum	305	263	42	1 487	695	792	21	38	5
Tibro	327	281	46	1 480	721	759	22	39	6
Tidaholm	375	314	61	1 728	832	896	22	38	7
Tjörn	313	261	46	1 828	864	964	17	30	5
Tranemo	306	255	51	1 598	704	894	19	36	6
Trollhättan	2 404	2 116	288	8 919	4365	4 554	27	48	6
Töreboda	235	215	20	1 232	565	667	19	38	3
Uddevalla	2 175	1 916	259	7 857	3805	4 052	28	50	6
Ulricehamn	1 086	900	186	3 255	1527	1 728	33	59	11
Vara	484	432	52	2 103	983	1 120	23	44	5
Vårgårda	182	171	11	1 564	737	827	12	23	1
Vänersborg	1 364	1 212	152	5 345	2522	2 823	26	48	5
Åmål	576	501	75	1 730	803	927	33	62	8
Öckerö	393	347	46	1 726	749	977	23	46	5



Fou*väst* **GR**

Besök Anders Personsgatan 8 • **Post** Box 5073, 402 22 Gbg • **Tel** 031-335 50 00
e-post fou@grkom.se • **Webbplats:** <https://grkom.se/valfard>