

2023-09-06



SAMVERKAN GÄLLANDE UNGDOMSMOTTAGNINGENS VERKSAMHET I JÄMTLANDS LÄN

Bakgrund, nuläge och framtid

Elin Ring, Samordnare Social välfärd/RSS
Helena Danielsson, Samordnare barn och utbildning
Catharina Gützkow Lundström, chef Ungdomsmottagningen
Maria Lindgren, utredare Folkhälsoenheten

Innehåll

1.	INLEDNING	3
1.1	Syfte.....	3
1.2	Upplägg.....	3
1.3	Genomförande	4
2.	UNGDOMSMOTTAGNINGEN NATIONELLT	4
2.1	Definition av ungdomsmottagningen	4
2.2	Målgrupp.....	5
2.3	Ungdomsmottagningarnas uppdrag och insatser.....	5
2.4	Professioner på ungdomsmottagningen.....	5
2.5	Ungdomsmottagningarnas organisation och huvudmannaskap.....	6
2.6	Finansiering.....	6
3.	UNGDOMSMOTTAGNINGEN I JÄMTLAND/HÄRJEDALEN.....	7
3.1	Bakgrund	7
3.2	Ungdomsmottagningen Jämtland Härjedalen idag.....	9
3.3	Statistik.....	13
3.4	Utredning om ungdomsmottagningar i alla kommuner.....	14
3.5	Viktigt i framtida samverkan mellan Ungdomsmottagningen och kommunerna.....	15
4.	ANALYS OCH FÖRSLAG PÅ FORTSATT SAMVERKAN	15

1. INLEDNING

Den första ungdomsmottagningen i Sverige öppnade år 1970 och i dag finns cirka 250 ungdomsmottagningar i landet. Ungdomsmottagningar är ingen remissinstans utan ska ses som ett komplement till övrig hälso- och sjukvård dit ungdomar söker på eget initiativ och egna villkor. Ungdomsmottagningar utgör, tillsammans med bland annat skolans elevhälsa och socialtjänstens förebyggande verksamhet, basnivån för ungdomar när det gäller hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser. Ungdomsmottagning är en frivillig verksamhetsform, det vill säga kommuner och regioner väljer själva om de vill bedriva ungdomsmottagningar i sitt ansvarsområde och hur verksamheten ska se ut. Både kommun och region kan bedriva ungdomsmottagningsverksamhet, var och en för sig eller gemensamt. Det finns inga nationella styrdokument eller vägledande dokument som är specifika för ungdomsmottagningar.

Kommunernas socialchefer/motsvarande påkallade våren 2023 behov av se över och framarbeta avtal gällande kommunernas finansiering av kuratorstjänst vid ungdomsmottagningen. Detta för att tydliggöra finansiering och psykosocialt uppdrag för kuratorsfunktionen. Härjedalen påkallade samtidigt intresse av att ingå i ett länsöversgemensamt avtal och ej stå för egen kurator vid mottagningen i Sveg. Företrädare för ungdomsmottagningen instämde i att det förelåg behov av avtal. Vid SamReKo HSI/Fredagsgruppen den 10/2 beslutades det att frågan skulle lyftas till SVOM för politisk dialog. SVOM beslutade vid sitt sammanträde 24/2 2023 att:

- Uppdrag ges till Fredagsgruppen och SamReKo HSI att utse en arbetsgrupp som ska arbeta fram förslag på avtal, finansiering och samverkan kring Ungdomsmottagningen i samverkan med Elevhälsan,
- Återrapportering av uppdraget ska ske till Fredagsgruppen och SamReKo HSI 29 september 2023 och till SVOM 13 oktober 2023.

Information om uppdraget gavs vid Barnarenans sammanträde den 29/5 2023.

1.1 Syfte

Syftet med rapporten är att ge Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner ett underlag för fortsatt samverkan inom ramen för ungdomsmottagningen.

1.2 Upplägg

I rapportens inledning beskrivs syfte, upplägg och genomförande. Kapitel 2 innehåller en utblick där ungdomsmottagningen beskrivs ur ett nationellt perspektiv och hur samverkan inom ramen för ungdomsmottagningen ser ut i andra län. Kapitel 3 beskriver grunderna för kommunernas nuvarande finansiering av kurator på ungdomsmottagningen, ungdomsmottagningens nuvarande organisering och uppdrag samt en beskrivning av vad som kan vara viktigt i en framtida samverkan. Rapporten avslutas med en analys och förslag på fortsatt samverkan.

1.3 Genomförande

SamReKo HSI fastställde den 12 maj 2023 ett uppdrag för den kommande processen. Samtidigt beslutades att en arbetsgrupp med representanter från kommunernas individ- och familjeomsorg, skola/elevhälsa samt ungdomsmottagningen skulle sammankallas. Gruppens uppdrag har varit att arbeta fram ett underlag och förslag på avtal, finansiering och samverkan kring ungdomsmottagningen. Arbetsgruppen har sammankallats vid två tillfällen under processens gång. Samtliga IFO-chefer och elevhälsochefer bjöds in till träffarna. Vid första träffen 21 juni 2023 deltog Anda Embretzen (socialchef Härjedalen), Johan Westervall (IFO-chef Åre), Tommy Lekedal (bitr. förvaltningschef SAF Östersund) och Cecilia Lindstein (tf. IFO-chef Bräcke). Vid andra träffen 29 augusti 2023 deltog Cecilia Lindstein (tf. IFO-chef Bräcke kommun, Jonas Svärdstam (bitr. förvaltningschef Härjedalens kommun), Erik Fredriksson (förvaltningschef Östersunds kommun) och Magnus Ahlstrand (IFO-chef Strömsunds kommun).

Processen har samordnats av Elin Ring (samordnare social välfärd) Helena Danielsson (samordnare barn och utbildning), Catharina Gützkow Lundström (chef Ungdomsmottagningen) och Maria Lindgren (utredare Folkhälsoenheten). Då en utredning om ungdomsmottagningen i alla kommuner pågår parallellt med denna process har samverkan skett utredningarna emellan (ansvariga för den utredningen är Maria Lindgren och Catharina Gützkow Lundström).

Arbetsgruppen har inför träffarna tagit del av utkast till rapport/avtal och deltagarnas synpunkter och framförda behov har sedan utgjort grund för revideringar av materialet. Förutom arbetsgruppens inspel har rapporten baserats på:

- [Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen - en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar \(SKR, 2016\)](#)
- [Ungdomsmottagningen i första linjen för psykisk hälsa \(FSUM, 2018\)](#)
- [Ungdomsmottagningars arbete med ungas psykisk hälsa \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)
- Uppdragsbeskrivning uppdrag ungdomsmottagningarna Regionjh
- Utredning från LAKO 2003

2. UNGDOMSMOTTAGNINGEN NATIONELLT

Sveriges kommuner och landsting (SKL), Uppdrag Psykisk Hälsa, genomförde 2016 en kartläggning av samtliga Sveriges ungdomsmottagningar. 221 av 267 identifierade mottagningar deltog i kartläggningen. Syftet med arbetet var att ta fram ett underlag som beskriver hur ungdomsmottagningarna arbetar idag och vilka förutsättningar som finns för att arbeta med psykisk hälsa.

2.1 Definition av ungdomsmottagningen

SKL:s kartläggning visade att det inte finns någon definition framtagen av någon myndighet av vad en ungdomsmottagning är och inga ramar för vad en verksamhet måste vara för att få kallas för ungdomsmottagning. Gemensamt är att mottagningarna riktar sig till unga, oftast från 13 år

och uppåt och att unga kan få råd och vård när det gäller sexualitet och relationer. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) som är en intresseförening som arbetar för att driva frågor som handlar om ungdomsmottagningar har tagit fram beskrivning av vad en verksamhet bör uppnå för att kallas för ungdomsmottagning och som många mottagningar arbetar efter. Det övergripande målet för ungdomsmottagningarna är enligt FSUM:s handbok att främja fysisk och psykisk hälsa med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland unga. Arbetet ska utgå utifrån en psykosocial, psykologisk och medicinsk helhetssyn samt ett rättighetsperspektiv där unga har rätt till information, kunskap, stöd och behandling.

2.2 Målgrupp

Enligt FSUM:s handbok är ungdomsmottagningarnas målgrupp ungdomar och unga vuxna. I målgruppen ska ingen diskrimineras på grund av kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, ålder eller funktionsvariation. Ungdomsmottagningen bör kunna välkomna alla unga mellan 12 och 25 år.

2.3 Ungdomsmottagningarnas uppdrag och insatser

Insatserna på ungdomsmottagningen handlar om medicinska, psykosociala eller psykologiska insatser med fokus på sexuell hälsa och rättigheter för unga. Det finns inga lagtexter som är specifika för ungdomsmottagningar, verksamheten regleras genom de lagar och andra rättsregler som gäller för hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten.

SKR:s rapport beskriver att då det inte finns några nationella styrdokument gällande ungdomsmottagningarnas verksamhet så ser de olika ut och har olika uppdrag. Det finns ofta riktlinjer gällande de medicinska insatserna på mottagningarna (ex. gällande preventivmedel eller provtagning för könssjukdomar) dock saknas ofta riktlinjer gällande psykosociala och psykologiska insatser. På en del mottagningar erbjuder kuratorer psykosociala insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och på andra mottagningar arbetar kuratorerna enligt socialtjänstlagen. Vad som avgör vilken lagstiftning som ska styra kuratorernas arbete tolkas olika, en del gör tolkningen att det är vart kuratorn är anställd (i kommunen eller regionen) som avgör, andra att det är vem som är huvudman för mottagningen och en tredje tolkning är att det är vilken typ av arbetsuppgifter som utförs som styr. I likhet med avsaknaden av riktlinjer för det psykosociala och psykologiska insatserna saknas även ofta riktlinjer gällande utåtriktat arbete (ex. regelbundna träffar högstadielklasser). FSUM:s handbok beskriver att huvudmännen för ungdomsmottagningen ansvarar för att klargöra vilken lagstiftning de anställda arbetar efter. Vem personen är anställd av och i vilken befattning, samt vilka lagar som styr verksamheten, avgör hur rapportering, dokumentation och ansvar ser ut.

2.4 Professioner på ungdomsmottagningen

Enligt SKL:s rapport arbetar på de allra flesta mottagningar barnmorska och kurator. Tillgången till läkare kan variera mellan olika mottagningar, både när det gäller antal timmar som finns tillgängliga och vilken typ av specialist läkare som finns tillgänglig. På vissa mottagningar arbetar sjuksköterska och undersköterska. FSUM anser att en rimlig lägsta service- och kvalitetsnivå i

dag uppnås och upprätthålls vid ett befolkningsunderlag på 3 000 ungdomar, om ungdomsmottagningen bemannas med motsvarande:

- barnmorska 1,0 tjänst
- kurator/psykolog 1,0 tjänst
- läkare 10 tjänstgöringstimmar/vecka

2.5 Ungdomsmottagningarnas organisation och huvudmannaskap

SKL:s rapport visar att ungdomsmottagningar är organiserade på flera olika sätt. I en del län finns en tydlig länsövergripande organisation med en gemensam struktur för hur mottagningarna är organiserade och vilket uppdrag det har. I andra län saknas en sådan struktur. Kommun och region kan var och en för sig och gemensamt vara huvudman för en mottagning. En majoritet (57 %) av mottagningarna har enligt SKL:s rapport regionen som huvudman medan lite drygt var tionde mottagning har kommunen som huvudman (10,9%). Knappt var tredje mottagning (28,5%) är en mottagning där kommunen och regionen båda är huvudmän för en mottagning

Huvudman	SKL Mottagningar som svarat på SKL-enkät under VT 2016	FSUM Statistik från FSUM, uppdateras kontinuerligt av mottagningarna själva
Total	221	220
Region	126 (57,0%)	96 (43,6%)
Kommun	24 (10,9%)	25 (11,4 %)
Region och kommun	63 (28,5%)	71 (32,3%)
Privat	3 (1,4%)	
Privat tillsammans med kommun/region	4 (1,8%)	
Idéburen organisation	1 (0,5 %)	
Annan		28 (12,7%)

Tabell 1: Huvudmannaskap för ungdomsmottagningar i landet.

2.6 Finansiering

Oavsett om det är kommun eller region som är huvudman så är det vanligt att båda bidrar till en mottagning. För de mottagningar som i SKL:s kartläggning svarade på frågan om fördelningen mellan hur stor andel kommunen och regionen stod för var det regionen som stod för merparten av kostnaden.

- Av 76 mottagningar stod regionen för 100% av kostnaden för 25 mottagningar och för mer än 75 % av kostnaden för ytterligare 25 mottagningar. För 3 mottagningar stod kommunen för 100% av kostnaden och för 4 mottagningar stod kommunen för mellan 50-75 % av kostnaden. För 5 mottagningar bidrog kommun och region med 50% var.

- För de 64 mottagningar där regionen var huvudman stod regionen för merparten av kostnaden för samtliga 64 mottagningar.
- Regionen stod även för merparten av kostnaden när det var kommunen som var huvudman.
- I de fall där kommun och region båda var huvudman för en mottagning (14 mottagningar) stod regionen för merparten av kostnaden för 10 av mottagningarna, för två mottagningar stod kommunen för en större andel av kostnaden och för två mottagningar delade man lika.

3. UNGDOMSMOTTAGNINGEN I JÄMTLAND/HÄRJEDALEN

3.1 Bakgrund

Sedan 1989 finns en ungdomsmottagning i länet. Fram till hösten 2000 var huvudinriktningen abort- och könssjukdomsförebyggande verksamhet. 1996 diskuterades ett förslag på en länsövergripande breddad ungdomsmottagning med fasta resurser av många olika professioner, såväl medicinska som psykosociala, samfinansierad mellan landstinget och länets kommuner. Av olika skäl, främst avsaknad av resurser och att enighet om behov och ansvar inte kunde nås mellan samtliga intressenter, dvs. landstinget och länets kommuner, lades förslaget åt sidan. Efter ytterligare några år beslutade landstinget och Östersunds kommun att inleda en försöksverksamhet i mindre skala. Försöksverksamheten inleddes hösten 2000. Bakgrunden till försöksverksamheten var att många ungdomar som besökte ungdomsmottagningen hade behov av psykosocialt stöd vilket belastade personalen då vare sig tjänstetrymme eller besöksformer tillät detta. Dessutom hade olika professionella inom verksamheter i Östersunds kommun pekat på behovet av tidigt förebyggande insatser i arbetet med ungdomar. Uppdraget i försöksverksamheten var att tidigt upptäcka och erbjuda ungdomar i riskzonen stöd. Det långsiktiga målet var att kunna erbjuda ungdomar i Jämtlands län en enhet med gemensam värdegrund och samlad kompetens under ett tak som motsvarar ungdomars behov och som skulle utgöra ett komplement till skolans, socialtjänstens, hälsocentralens och sjukhusets resurser. Vid starten av försöksverksamheten påpekades att besöksfrekvensen per kommun skulle följas och utifrån detta skulle det övervägas om dialog med övriga kommuner i länet skulle återupptas i ett senare skede.

Efter mätning i oktober 2001 samt oktober 2002 som visade att 39 % respektive 32 % av besöken gjordes av ungdomar utanför Östersunds kommun initierades en dialog med breddad ungdomsmottagning för hela länet. Mottagningen var under projektiden inrymd i lokaler i centrala Östersund och hade i tjänstetrymmet 2,3 tjänster barnmorska och 0,8 tjänst kurator. Flera enheter inom landstinget och Östersunds kommun avsatte också personal inom befintlig budget för att några timmar per vecka arbeta vid ungdomsmottagningen. Ledningsgruppen för breddad ungdomsmottagning konstaterade att den breddade ungdomsmottagningen skulle ha fasta psykosociala resurser. I försöksverksamheten konstaterades det att projektets uppläggning med "låna" in delar av tjänster från andra verksamheter inte var bra. Många små resurser krävde

mycket samordning. Det var svårt att organisera upp samarbete, samsyn och effektiviteten var inte tillräcklig.

Beslut togs 2003 om att bredda ungdomsmottagningen med en utökning av psykosociala resurser med 1,0 årstjänst. Genom denna utökning skulle det ges möjlighet till följande:

- Samtal/krishantering på individnivå
- Utåtriktad verksamhet - tidigt förebyggande (medverka i temadagar, studiebesök, riktade grupper vid skolor, socialtjänst m fl)
- Samarbete med skolor - lärare och skolhälsa
- Samarbete med socialtjänstens individ- och familjeomsorg
- Samarbete med UPM (ungdomspsykiatrisk mottagning)
- Samarbete med polis
- Samarbete med BUP

Eftersom förslaget byggde på en samverkan mellan landstinget och kommunerna föreslogs det även att det skulle utses en samverkansgrupp med representation från landstinget och kommunerna. I samverkansgruppen skulle ingå representanter vardera från kommunerna och primärvården, Östersund. Samverkansgruppens uppgift skulle vara att följa verksamheten, vara informationsförmedlare till huvudmännen samt ett stöd/"bollplank" för personalen vid ungdomsmottagningen. Någon sådan samverkansgrupp finns år 2023 ej upprättad, det är oklart om den har funnits tillbaka i tiden.

Breddningen innebar att mottagningen skulle ha i tjänsteutrymmet 2,3 tjänster barnmorska och 1,8 tjänst kurator. De kommunala kostnaderna skulle fördelas med 67 % på Östersunds kommun och resterande 33% på övriga sju kommuner (fördelat utifrån besöksfrekvens året innan). Kommunerna skulle gemensamt bekosta 1,0 kurator samt del av lokalkostnader/övriga kostnader, Kostnaderna för lokaler/övriga kostnader schablonfördelades mellan landstinget och kommunerna utifrån antalet tjänster. Av utredningsdokument framgår att total kostnad för breddningen för kommunernas del uppgick till 439 000 kr (varav personalkostnad uppgick till 380 000 kr och 58 000 kr avsåg del av lokaler/övriga kostnader). Fördelningen av kostnader mellan Östersunds kommun och övriga kommuner baserades troligen på den mätning som gjordes 2001-2002. Fördelningen av kostnaderna innebar att landstinget skulle stå för 79,9% av kostnaderna och kommunerna för 20,1% av kostnaderna.

KOSTNADER	
Personal, basorganisationen 3,1 årtjänster	1 405 000
Personal, breddningen 1,0 tjänst	380 000
Värdet av inlånade resurser länssjukvården	100 000
Lokaler	258 000
Övriga kostnader	37 000
Summa	2 180 000
FINANSIERING	
Landstinget, Primärvården Östersund	1 641 000
Landstinget, värdet av inlånade tjänster	100 000
Kommunerna	439 000
Summa	2 180 000

Tabell 2: Budget för breddad ungdomsmottagning 2003.

HUM, Härjedalens ungdomsmottagning, startade 1995. Mellan 1995 och 2011 stod Härjedalens kommun för 5% kurator och lokal. 2011 flyttades ansvaret för HUM till UM Östersund och samtidigt ökade kurator via kommunen till 20 %. Lokal har under hela samarbetet bekostats av kommunen. Efter 2011 har Härjedalen alltså stått med egna kuratorsresurser och ej varit en del i den gemensamma breddningen.

Ungdomsmottagningen startade 2016 även en filial i Strömsund. Resurser kopplat till filialen har sedan starten bekostats av läns-gemensamma stimulansmedel psykisk hälsa (riktade till ungdomsmottagningen). Lokal bekostas av kommunen.

3.2 Ungdomsmottagningen Jämtland Härjedalen idag

Av ”Uppdragsbeskrivning uppdrag ungdomsmottagningarna regionjb” framgår att verksamheten är anslagsfinansierad och tillhör primärvården inom Region Jämtland Härjedalen. Uppdraget är att stödja ungdomar till en god och säker sexuell hälsa, stärka identitetsutveckling, förebygga och tidigt upptäcka psykisk ohälsa och sociala problem. Mottagningen omfattar både mottagningsverksamhet och ett hälsofrämjande förebyggande utåtriktat arbete. Verksamheten är s.k. lågtröskelverksamhet som innebär att unga enkelt ska kunna ta kontakt och bli erbjudna besök inom närtid. Den unga söker av egen fri vilja och personalen ska utgå från att ungdomen är expert på sig och sina behov. Arbetet görs på uppdrag av ungdomen vilket innebär att ungdomsmottagningarna ej tar emot remisser. Verksamheten ska med ett ungdomsperspektiv arbeta på ett inkluderande förhållningssätt så alla unga i målgruppen, oavsett ålder, kön, funktionsvariation, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell orientering eller könsöverskridande identitet eller uttryck, ska känna sig välkomna.

3.2.1 Mottagningar

UM Östersund

Samtliga kommuner förutom Härjedalen bekostar gemensamt en kuratorstjänst. Bemannas av kurator 2.0, barnmorska 4.0, allmänläkare 0.2 undersköterska 1.0. Öppet alla vardagar, samt en kväll/vecka.

HUM Härjedalens UM

Region JH som är huvudman och bekostar barnmorska 0,2 och läkare. Härjedalens kommun bekostar kurator 0.2 och lokal. Öppet en dag/vecka. Läkare 1 dag/6:e vecka.

SUM Strömsunds UM

Drivs med hjälp av riktade statsbidrag psykisk hälsa. Strömsunds kommun bekostar lokal. Personal från UM Östersund bemannar med kurator, läkare och barnmorska. Öppet en dag/vecka. Läkare 1 dag/6:e vecka.

Mottagningarna har gemensam enhets- och verksamhetschef

3.2.2 Målgrupp och uppdrag

Barn och ungdomar i Jämtland Härjedalen i åldrarna 13 till och med 22 år.

Verksamheten ska bedriva hälsofrämjande, förebyggande utåtriktat arbete och mottagningsarbete

Utåtriktat arbete

- Med utåtriktat arbete menas det arbete som riktar sig till ungdomar, utan att personuppgifter behandlas. Målet med detta är att arbeta förebyggande hälsofrämjande med ungdomar i Region Jämtland Härjedalens upptagningsområde.
- Exempel på detta arbete kan vara studiebesök av klasser på mottagningarna, besök på skolor, deltagande i evenemang, gruppverksamhet mm. Det kan också innebära insatser som riktar sig till vuxna i ungdomars närhet i syfte att främja de ungas hälsa.
- Mottagningarnas strävan är att det utåtriktade arbetet ska utgöra 20% av den totala verksamhetstiden. Både barnmorska och psykosocial personal är delaktig i det utåtriktade arbetet.

Mottagningsverksamhet

Den unga ska erbjudas hälsofrämjande, rådgivande, stödjande enskilda samtal kring:

- Sexologiska frågor och problem
- Sexuell och reproduktiv hälsa
- Identitets- och könsutveckling
- Relationer till partners, familj, vänner och omgivning
- Pubertets- och psykologisk utveckling

- Livsstilsfrågor och levnadsvanor
- Riskbruk av alkohol och droger (inklusive doping)
- Riskfyllt spelande om pengar samt överdrivet användande av dator- och Tv-spel.
- Våldsutsatthet och våldsutövande
- Lindriga symtom och svårigheter kopplat till psykisk ohälsa.
- Barns och ungas rättigheter

Medicinsk personal ska även i förekommande fall erbjuda undersökning, bedömning, förskrivning och/eller behandling kring:

- Sexuell och reproduktiv hälsa
- Sexuellt överförbara infektioner/sjukdomar
- Gynekologiska och andrologiska problem

Basåtagande psykisk ohälsa

- Bedöma symtom, svårighetsgrad och behov av ev. insatser.
- Uppmärksamma psykosociala problem.
- Uppmärksamma våldsutsatthet, våldsutövande, riskbruk av alkohol, droger och riskfyllt spelande.
- Erbjud stödjande, psykoedukativa och rådgivande insatser vid lindriga symtom och svårigheter.
- Genom hälsofrämjande utåtriktade insatser arbeta förebyggande även för ungdomarna som inte sökt vård

Basåtagande medicinsk personal

- Information, rådgivning och samtal om preventivmedel, receptförskrivning, spiralsättning/uttag, p-stav, pessartupprovning, akutupiller och graviditetstest.
- Information, rådgivning och samtal vid graviditet till båda partners om möjligt. Uppföljande samtal efter abort.
- Provtagning STI (sexuellt överförbara infektioner). Behandling vid klamydiainfektion, mycoplasmainfektion. Bedriva smittspårning vid klamydia.
- Kroppsundersökning i ett normaliserande syfte.
- Uppmärksamma riskfaktorer. Exempelvis vålds utsatt eller utsätter, alkohol, droger och, tobak, kost, motion, köper/säljer sex, med mera.
- Stöd vid könsidentitetsfunderingar.
- Rådgivning, undersökning och bedömning av:
 - mensproblematik, tidig utlösning, potensproblematik och därefter behandling
 - underlivsbesvär (oavsett kön) och vulvasmärta samt ev. behandling
- Uppmärksamma och i vissa fall göra bedömningar psykisk ohälsa.

3.2.3 Vårdprogram och riktlinjer

Verksamheten ska följa relevanta nationella riktlinjer, regionala och lokala vård- och handlingsprogram/planer och överenskommelser som arbetsgivaren beslutat om. Exempelvis bör de nationella riktlinjerna från FSUM avseende verksamhetsinriktning, värdegrund, arbetsområden och organisering av arbetsuppgifter för respektive yrkesgrupp följas så långt som möjligt.

3.2.4 Samverkan

Ungdomsmottagningarna ska aktivt bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från andra vårdgivare och huvudmän. För patienter som behöver insatser från flera enheter samtidigt ska en samordnad vårdplan upprättas där framgår vad respektive verksamhet ansvarar för. Särskilt samarbete sker med nationell hemsida umo.se.

3.2.5 Personal och kompetens

Verksamheten ska ha personal i den omfattning som krävs för att utföra uppdraget och bör ha läkare med medicinskt ledningsuppdrag. Uppdraget kräver att personal har specifik erfarenhet, intresse för och kunskap om psykologiska, medicinska, biologiska, sociala aspekter på tonårsutveckling och vuxenblivandeprocess, könsidentitet samt könsuttryck, sexuell hälsa och ohälsa.

Personalen ska:

- inneha kunskap om ungdomars livssituation och vad som rör sig i ungdomskulturen
- arbeta utifrån ett salutogent perspektiv på hälsa, vilket innebär fokus på faktorer som skapar och bibehåller hälsa snarare än att ha ett sjukdomsinriktat arbetssätt.
- bemanna alla länets ungdomsmottagningar vid behov.
- vid patientkontakt kunna tala, förstå samt läsa svenska.

Personal bör ha:

- utbildning i sexologi och andrologi
- tillgång till annan kompetensutveckling i för verksamheten relevanta områden, vid behov.
- tillgång till yrkeshandledning av utbildad handledare, kring patientfall där det ingår som en naturlig del att kritiskt granska sig själva.
- basutbildning i psykoterapi, s.k. steg 1. (Psykosocial personal)

3.2.6 Verksamheternas bedrivande och tillgänglighet

- Verksamheten i Östersund ska bedrivas minst 40 tim./vecka. Mottagningar utanför Östersund ska bedrivas en dag/vecka
- Planerade och oplanerade öppenvårdsbesök ska kunna erbjudas alla vardagar på Östersunds mottagning och minst en gång/vecka på övriga mottagningar.

- Det ska gå att kontakta mottagningen i Östersund via telefon alla vardagar. Om mottagningen ej går att nå ska det finnas möjlighet att lämna meddelande och bli kontaktad senast nästa vardag.
- Mottagningarna ska svara på inkomna ärenden i 1177 vårdguiden e-tjänster enligt rutin. Information om verksamheten ska ses på 1177 vårdguiden, Region Jämtland Härjedalens hemsida, umo.se och ev. flera möjliga plattformar där unga finns.
- Mottagningarna ska utveckla formerna för digital/online-kontakt via videosamtal och text/chatt i strävan efter en lättillgänglig, jämlik och rättvis vård för alla unga i länet.
- Avgränsade samtalskontakter erbjuds med maxantal besök (upp till 8 samtal beroende på bedömning) och chans för patient att söka på nytt på enkelt sätt även efter avslut.

3.2.7 Årlig uppföljning

Verksamheten ska årligen förutom i Region Jämtland Härjedalens övriga system för uppföljning avseende budget, kvalitet, patientsäkerhet också följas upp via bokslut och verksamhetsplan framåt.

3.3 Statistik

3.3.1 Statistik över antal personer med journalförda mottagningsbesök på Ungdomsmottagningen per år

Nedan framgår besök hos Östersund UM (ÖUM), Härjedalen UM (HUM), Strömsund UM (SUM) åren 2020–2022.

2020

Folkbokförings-kommun	Antal 13–22 år Boende i J/H	Antal personer som besökt: ÖUM/HUM/SUM	Procent av antal åldersgruppen	Procent av totalt antal besök hos UM
Ragunda	478	68/0/0	14,2	3,2
Bräcke	673	78/0/0	11,6	3,6
Krokom	1723	236/0/2	13,8	11,1
Strömsund	1101	67/0/39	9,6	4,9
Åre	1295	67/0/0	5,2	3,1
Berg	709	88/0/0	12,4	4,1
Härjedalen	1015	51/90/0	13,4	6,8
Östersund	7034	1319/35/3	19,3	63,2
Totalt Jämtland	14 028	2143	15,2	

Övriga län alla mott	126	Totalt alla län	2269
----------------------	-----	-----------------	------

Tabell 3: Besöksstatistik ungdomsmottagningen 2020

2021

Folkbokförings-kommun	Antal 13–22 år Boende i J/H	Antal personer som besökt: ÖUM/HUM/SUM	Procent av antal åldersgruppen	Procent av totalt antal besök hos UM
Ragunda	471	54/0/0	11,5%	2,4
Bräcke	615	78/0/0	12,7%	3,5
Krokom	1825	242/1/4	23,1%	11,1
Strömsund	1069	46/0/68	10,6%	5,1
Åre	1332	63/0/0	4,7%	2,8
Berg	749	69/1/0	9,3%	3,1
Härjedalen	919		16,7%	6,9
Östersund	7381	1434/7/8	19,6%	65,0
Totalt Jämtland	14 361	2229	15,5%	

Övriga län alla mott	89	Totalt alla län	2318
----------------------	----	-----------------	------

Tabell 4: Besöksstatistik ungdomsmottagningen 2021.

2022

Folkbokförings-kommun	Antal 13–22 år Boende i J/H	Antal personer som besökt: ÖUM/HUM/SUM	Procent av antal åldersgruppen	Procent av totalt antal besök
Ragunda	485	47/0/0	9,7 %	2,2
Bräcke	620	84/0/0	13,5 %	4,0
Krokom	1948	238/1/1	12,3 %	11,5
Strömsund	1071	34/0/84	9,6 %	5,6
Åre	1370	75/0/0	5,4 %	3,6
Berg	759	75/0/0	9,9 %	3,6
Härjedalen	915	60/74/0	12,8 %	6,4
Östersund	7344	1309/6/5	17,9 %	63,1
Totalt Jämtland	14 512	2093	14,4%	

Övriga län alla mott	124	Totalt alla län	2217
----------------------	-----	-----------------	------

Tabell 5: Besöksstatistik ungdomsmottagningen 2022.

3.4 Utredning om ungdomsmottagningar i alla kommuner

2022 gav Regionstyrelsen Regiondirektören i uppdrag att utreda behovet av ett införande av ungdomsmottagningar i alla kommuner. Utredningen har samordnats av Folkhälsoenheten inom Region Jämtland Härjedalen. Vid Barnarenans sammanträde den 30/5 2022 beslutade Barnarenan att godkänna att samverkan sker med Barnarenan inkl. länets kommuner under utredningsprocessens gång.

En arbetsgrupp med representation från kommunernas IFO och elevhälsa har träffats vid flera tillfällen och flera kommunrepresentanter har delgett att det finns ett kommunalt intresse att ha en filial/Närmottagning i kommunen. Andra kommunrepresentanter har delgett att kommunen

inte ser behovet, alternativt ej har möjlighet att frigöra lokaler i dagsläget. Enligt förslag ska regionen stå för utökat bemanningsbehov med anledning av att eventuella filialer/Närmottagningar etableras och kommunen för lokaler.

Då aktuell process och utredningen om ungdomsmottagningen i alla kommuner pågår parallellt har samverkan skett dem emellan och till viss del länkats samman. I det fall ett avtal fastställs gällande samverkan inom ramen för ungdomsmottagningen bör även möjliga former/avtal för lokala filialer/Närmottagningar ingå.

3.5 Viktigt i framtida samverkan mellan Ungdomsmottagningen och kommunerna

En arbetsgrupp med chefer från kommunernas Individ- och familjeomsorg/elevhälsa och Region Jämtland Härjedalen har bjudits in till två möten (juni och augusti) i syfte att ge synpunkter på utredningen samt delge behov av samverkan inom ramen för ungdomsmottagningen.

Vad gäller samverkan mellan Ungdomsmottagningen och elevhälsan så närvarade ej chefer från elevhälsan vid arbetsgruppens möten, dock fördes dialog med elevhälsocheferna vid särskilt möte i augusti 2024. Ungdomsmottagningen ser att samverkan mellan Ungdomsmottagningen och elevhälsan skulle behöva formaliseras tydligare. Det samverkas redan idag men upplevs vara svårt att hitta forum för samverkan mer än i enskilda fall. Samverkan avseende förebyggande/främjande arbete kan utvecklas. Det behövs samarbete mellan lokal nivå och team från Ungdomsmottagningen som bemannar ev. etablerad Närmottagning.

Vad gäller samverkan mellan Ungdomsmottagningen och IFO framfördes primärt behov av en övergripande samverkan. Viktigt att formalisera former för samverkan i avtal. Denna form av samverkan kan ske i etablerade länsarenor, men även lokala samverkansarenor kan vara lämpliga forum för samverkan. Där kan dialog föras mellan Ungdomsmottagningen och respektive kommun i syfte att underlätta kontaktvägar och att tydliggöra förväntningar på varandra. Samverkan med länets nyetablerade Mini Maria mottagning anses vara viktig för att nå ungdomar som befinner sig i ett riskbruk. Med fördel kan eventuella Närmottagningar/filialer samlokaliseras med Mini Maria. Detta är dels kostnadseffektivt, dels främjar det samverkan mellan verksamheterna.

4. ANALYS OCH FÖRSLAG PÅ FORTSATT SAMVERKAN

Som framgår av underlag och omvärldsbevakning bygger verksamheten vid ungdomsmottagningarna på en aktiv samverkan mellan kommun och region och den gemensamma verksamheten bidrar till stärkta hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser till målgruppen, vilket är i linje med intentionerna i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. För kommunernas del väntas en ny Socialtjänstlag träda i kraft 2025 som trycker än mer på socialtjänstens ansvar för förebyggande och tidiga insatser. Huvudmännen tar genom ungdomsmottagningen ett gemensamt ansvar för psykisk hälsa, förebyggande,

uppsökande och utåtriktade insatser för barn och ungdomar. Genom ungdomsmottagningen samverkar kommunerna och regionen för att utjämna skillnader i hälsa och socioekonomiska förutsättningar.

Omvärldsbevakningen visar att finansieringen av tjänster på landets ungdomsmottagningar skiljer sig åt mellan länen, men oavsett om det är kommun eller region som är huvudman så är det vanligt att båda bidrar till en mottagning. Nationella siffror visar att av 76 mottagningar bidrog kommunerna till delar av kostnaderna i 34 st av dem, 4 mottagningar bekostades till 100% av kommun och 25 mottagningar bekostades till 100% av region. Enligt underlag till LAKO "Breddad ungdomsmottagning" skulle regionen stå för 79,9% av kostnaderna och kommunerna för 20,1% av kostnaderna för ungdomsmottagningen i länet. Idag har antalet tjänster inom ungdomsmottagningen utökats vilket medför att kommunernas del av den totala kostnaden är lägre än i LAKO-utredningen. Att kommunerna bekostar en mindre del ligger i linje med riket, där det vanligaste är att kommunerna finansierar delar av ungdomsmottagningen.

I Jämtlands län bekostar idag sju av kommunerna en kuratorstjänst på ungdomsmottagningen medan Härjedalen bidrar med egen personal in i verksamheten (men önskar nu istället vara med och bekosta en kurator på huvudmottagningen). På andra ställen i Sverige är det inte ovanligt att samverkan ser ut såsom den gjort i Härjedalen, det vill säga att mottagningen har två huvudmän och kommunerna bidrar med egna psykosociala resurser. Att sju av Jämtlands läns kommuner bekostar en kuratorstjänst som har regionen som arbetsgivare har sin bakgrund i det projekt som på 2000-talet bedrevs mellan Östersunds kommun och dåvarande landstinget. Erfarenheter från projektet visade dels att ungdomarna som besökte ungdomsmottagningen ofta kom från andra kommuner i Östersund, därav skulle alla kommuner bidra till de psykosociala resurserna och dels att inlåning av resurser från olika verksamheter var utmanande och ineffektivt. Västernorrlands län är exempel på ett annat län som har samma lösning som Jämtlands län, dvs. att kommunerna står för lokalkostnader och bekostar en kurator som har regionen som arbetsgivare. Fördelen med att kommunerna är arbetsgivare för psykosociala resurser är att det blir tydligare på vilket uppdrag och utifrån vilken lagstiftning kuratorn arbetar. Utmaningen är samtidigt att resurser i mindre kommuner sällan uppgår till en tjänst och uppdraget blir delat med andra arbetsuppgifter. För att överbrygga den utmaningen skulle kommunerna kunna gå samman och bekosta en kurator som är anställd i en av kommunerna. Samtidigt riskerar uppdraget att bli ensamt och komplext även med det upplägget utifrån att kuratorn troligen är den enda person som arbetar på mottagningen som har en annan chef och arbetsgivare än övriga. Fördelen med att kuratorn är anställd inom regionen är just att det blir en mer sammanhållen tillvaro för den anställde. Utmaningen ligger dock samtidigt i att tydliggöra kuratorns uppdrag gentemot kommunerna, detta behöver tydliggöras i avtal i det fall samverkan ska ske på detta sätt framledes.

Förslag samverkansavtal

Utifrån den omvärldsbevakning och analys som har genomförts är den sammantagna bedömningen att det även fortsatt bör ske en samverkan inom ramen för Ungdomsmottagningen. Det är av stor vikt att tydliggöra uppdrag och struktur för den samverkan som sker och ett länsövergripande samverkansavtal föreslås fastställas som reglerar

detta. Framtaget förslag till samverkansavtal innehåller bland annat förslag på övergripande mål, gemensamma utgångspunkter, verksamhetsinnehåll, organisationsmodell och tillgänglighet (inkl. lokala avtal för Närmottagningar), kompetens och bemanning, samverkan och samarbete, ekonomi och kostnadsfördelning samt dokumentation och uppföljning.

Det avtalsförslag som arbetats fram utgår från att verksamheten vid ungdomsmottagningen även framledes samfinansieras av Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län gemensamt:

1. Kommunerna i Jämtlands län bekostar gemensamt 1,0 kuratorstjänst vid ungdomsmottagningen.
2. Region Jämtland Härjedalen bekostar övrig personal vid mottagningen.
3. Lokalkostnader och övriga kostnader vid huvudmottagningen i Östersund schablonfördelas mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna utifrån antalet tjänster.
4. Närmottagningar kan etableras i kommunerna i syfte att öka tillgängligheten till Ungdomsmottagningen. För att reglera samverkan och ansvarsfördelning samt att förankra varje Närmottagning lokalt, tecknas lokala samverkansavtal mellan respektive kommun/avtalspart och Region Jämtland Härjedalen. Kommunen står då för lokalkostnader, någon ytterligare finansiering från kommunerna ska ej förekomma utöver den kuratorstjänst som regleras det länsövergripande huvudavtalet.

Baserat på tidigare utredning samt aktuell tjänstgöringsgrad vid ungdomsmottagningen uppskattas nedan grundbudget för mottagningens verksamhet. Det innebär en utökning i grundtjänster från 4,1 tjänster (i LAKO-utredningen) till 10,6 tjänster i nytt avtal. Budget och tjänster kan ses som en grund som kan variera från år till år utifrån tillskott till verksamheten, ex. genom särskilda satsningar och statliga bidrag. 2023 uppgår exempelvis antalet tjänster inom ungdomsmottagningen till 13,6 tjänster (6,2 barnmorska, 5,0 kurator, 0,4 läkare, 1,0 receptionist, 1,0 psykolog + enhetschef/verksamhetschef). Av aktuella resurser utgör således 3,0 tjänster utökning med tillfälliga medel (exempelvis kommun- och regiongemensamma statsbidrag psykisk hälsa riktat mot ungdomsmottagningen).

Kostnader	Total kostnad	Region Jämtland Härjedalen	Kommunerna
400% kurator	2 800 000	(300%) 2 100 000	(100%) 700 000
520% barnmorska	3 900 000	3 900 000	0
40% allmänläkare	670 000	670 000	0
100% undersköterska	560 000	560 000	0
Lokaler i Östersund (fördelning utifrån antalet tjänster)	850 000	(90%) 765 000	(ca 10%) 85 000*
Summa	8 780 000	7 995 000	785 000

Tabell 6. Uppskattad årlig driftkostnad av Ungdomsmottagningen Jämtland Härjedalen för 2024. Årligen tillkommer en uppräknig av kostnaden för kommunerna med 2,7%.

*Lokalkostnader vid Närmottagningar tillkommer. Föreslås regleras i lokala avtal. Se punkt 4 ovan.

Avslutningsvis synliggörs tre alternativa fördelningar av kostnader gällande ungdomsmottagningen. Tabell 7 visar den fördelning som ingår i förslag till samverkansavtal (fördelning utifrån befolkningens mängd). Modellen, baserat på befolkningssiffror för 2022, innebär att Östersunds kommun står för 48,8% av kostnaderna och övriga kommuner för 51,2% av kostnaderna. Modellen föreslås i avtalet då det är den modell som är etablerad för fördelning av kostnader kopplat till kommungemensamma verksamheter. Det kan diskuteras om denna modell är fördelaktig med utgångspunkt i demografiska förhållanden men det är den gällande modellen och den bör således användas även för ungdomsmottagningens verksamhet. Behov av att se över modell för fördelning av kostnader lyftes 2021 från SocSam till dåvarande Primärkommunala rådet (idag styrelse för Kommunförbundet Jämtland Härjedalen) och där sades att etablerad fördelningsmodell ska användas fram till att annat bestäms på kommunövergripande nivå.

Tabell 8 visar fördelning mellan kommunerna utifrån besöksandel och är den fördelningsmodell som hittills använts gällande ungdomsmottagningen. Modellen är unik för Ungdomsmottagningen och är troligen baserad på mätningar gjorda i oktober 2001 samt oktober 2002. Mätningarna visade att övriga kommuners ungdomar (utöver Östersunds) stod för 39% respektive 32% av besöken vid ungdomsmottagningen. Östersund har enligt den modellen stått för 67% av kostnaderna och övriga kommuner för 33% (fördelning mellan övriga kommuner har skett utifrån besöksfrekvens året innan). Ungdomsmottagningens besöksstatistik för åren 2020–2022 visar att fördelningen mellan besök från Östersunds kommun och övriga kommuner är relativt likartade idag. Ungdomar från Östersunds kommun har 2020–2022 i medel stått för 63,8% av besöken vid ungdomsmottagningen och övriga kommuners ungdomar har stått för 36,2%. Siffrorna i tabellen har justerats till att utgå från det aktuella medelvärdet, dvs att Östersunds kommun står för 64% av kostnaderna och övriga kommuner för 36% av kostnaderna.

I tabell 9 visas fördelning mellan kommunerna utifrån befolkningsandel i åldern 13–22 år, dvs Ungdomsmottagningens målgrupp. En sådan modell innebär att Östersunds kommun står för 50,6% av kostnaderna och övriga kommuner för 49,4%.

Fördelning utifrån befolkningens mängd 0 år och uppåt

Fördelning mellan parterna		%	Kostnad per år
Region Jämtland Härjedalen		91,1%	7 995 000
Kommunerna i Jämtlands län		8,9%	785 000
Totalt		100%	8 780 000
Kommun	Befolkning 2022	%	Kostnad 2024
Ragunda	5 188	3,9%	30 615
Bräcke	6 155	4,6%	36 110
Krokom	15 481	11,7%	91 845
Strömsund	11 391	8,6%	67 510
Åre	12 277	9,3%	73 005
Berg	7 154	5,4%	42 390
Härjedalen	10 196	7,7%	60 445
Östersund	64 642	48,8%	383 080
SUMMA	132 484	100,0%	785 000

Tabell 7. Uppskattad driftkostnad av Ungdomsmottagningen Jämtland Härjedalen fördelat på parterna. Respektive kommuns andel utgår från befolkningsmängd 2022-11-01 (www.scb.se). Årligen tillkommer en uppräknig av kostnaderna med 2,7 %.

Fördelning utifrån besöksandel

Fördelning mellan parterna		%	Kostnad per år
Region Jämtland Härjedalen		91,1%	7 995 000
Kommunerna i Jämtlands län		8,9%	785 000
Totalt		100%	8 780 000
Kommun	Besök 2022	%	Kostnad 2024
Östersunds kommun	1320	64%	502 400
Övriga kommuner	773	36%	282 600
SUMMA		100%	785 000
Kommun	Besök 2022	%	Kostnad 2024
Ragunda	47	6,1%	17 239
Bräcke	84	10,9%	30 803
Krokom	240	31,0%	87 606
Strömsund	118	15,3%	43 238
Åre	75	9,7%	27 412
Berg	75	9,7%	27 412
Härjedalen	134	17,3%	48 890
SUMMA		100,0%	282 600

Tabell 8. Uppskattad driftkostnad av Ungdomsmottagningen Jämtland Härjedalen fördelat på parterna. Fördelning mellan kommunerna utgår från medelvärde av besök åren 2020–2023. Östersund står för 64% av kommunernas kostnader, övriga kommuner för 36% (fördelning dem emellan utifrån besöksandel 2022).

Fördelning utifrån befolkningsmängd 13–22 år

Fördelning mellan parterna		%	Kostnad per år
Region Jämtland Härjedalen		91,1%	7 995 000
Kommunerna i Jämtlands län		8,9%	785 000
Totalt		100%	8 780 000
Kommun	Befolkning 13–22 år 2022	%	Kostnad 2024
Ragunda	485	3,3%	26 235
Bräcke	620	4,3%	33 538
Krokom	1948	13,4%	105 373
Strömsund	1071	7,4%	57 934
Åre	1370	9,4%	74 108
Berg	759	5,2%	41 057
Härjedalen	915	6,3%	49 495
Östersund	7344	50,6%	397 260
SUMMA		100,0%	785 000

Tabell 9. Uppskattad driftkostnad av Ungdomsmottagningen Jämtland Härjedalen fördelat på parterna. Respektive kommuns andel utgår från befolkningsmängd 13–22 år 2022-11-01 (www.scb.se).