

Utveckling av ungdomsmottagningarnas arbete

Slutredovisning S2025/01846

Förord

I oktober år 2025 fick Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för att utveckla ungdomsmottagningarnas arbete (S2025/01846).

Rapporten ger en samlad översikt av ungdomsmottagningarnas organisering. Den belyser även målgruppens behov, den geografiska tillgängligheten till ungdomsmottagningarna och ungdomsmottagningarnas samverkansaktörer. Dessutom lyfter rapporten behov av nationella kunskapsstöd och nationell uppföljning av ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten lämnar med utgångspunkt från den samlade bilden, förslag på fortsatta utvecklingsinsatser och redogör för hur vi enskilt och gemensamt kan stödja ett fortsatt utvecklingsarbete.

Rapporten har utarbetats av utredarna och projektledarna Carina Petersson, Socialstyrelsen, och Mika Fogelberg, Folkhälsomyndigheten. I arbetet med rapporten har utredarna Elin Fischer, Fox Foxhage, Kristina Lindholm och Sharareh Akhavan medverkat från Socialstyrelsen och utredaren Anna Nielsen från Folkhälsomyndigheten. Ansvariga enhetschefer har varit Maria Areblad, Socialstyrelsen och Elin Jacobsson, Folkhälsomyndigheten.

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	4
Skillnader över landet hur ungdomsmottagningarna organiseras	4
Ojämlig tillgänglighet för olika grupper	5
Utvecklingsförslag.....	5
Uppdraget	6
Ungdomsmottagningarna idag	7
Juridiska utgångspunkter.....	7
Metod och genomförande	12
Resultat	13
Ungdomsmottagningarnas uppdrag och styrning.....	13
Resultat från två litteraturöversikter	20
Förslag på utvecklingsinsatser och slutsatser.....	24
Myndigheternas förslag	24
Behov av en tydligare och mer enhetlig kunskapsstyrning för ungdomsmottagningar	25
Behov av stöd och insamling av information.....	26
Referenser.....	27
Bilaga 1. Metod och genomförande	29
Kartläggning av tidigare rapporter och utvärderingar	29
Dialogmöten	30
Intervjustudie.....	31
Bilaga 2. Litteratursökningar	32

Sammanfattning

Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens samlade bedömning är att ungdomsmottagningarna utgör en etablerad del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riktat till barn och unga. Deras arbetssätt, som integrerar arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och psykisk hälsa, gör dem till en betydelsefull verksamhet för hälsofrämjande insatser och tidigt stöd för unga. Ungdomsmottagningarna har ett högt förtroende bland unga och fyller en viktig funktion som första kontakt i vård- och stödsystemet. Det är tydligt att ungdomsmottagningar är en positiv och etablerad del i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med ungas hälsa. Regioner och kommuner är fria att själva besluta hur de ska organisera hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ser stora fördelar med att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten samordnar insatser till unga via ungdomsmottagningarna.

Skillnader över landet hur ungdomsmottagningarna organiseras

Den samlade bilden visar att det finns variationer i hur ungdomsmottagningarnas verksamhet organiseras och bedrivs. Det finns skillnader bland annat i uppdrag, styrning, huvudmannaskap, bemanning, målgrupper, åldersgränser för att få tillgång till en ungdomsmottagning och utbud av insatser. Den geografiska tillgången till ungdomsmottagningar är ojämlik och förutsättningarna att erbjuda en likvärdig verksamhet som svarar upp mot målgruppens behov skiljer sig åt i landet.

Ett kunskapsbaserat stöd behövs

Den samlade bilden visar att det finns variationer i ungdomsmottagningarnas uppdragsbeskrivningar, till exempel vad det gäller samverkan. Avsaknaden av ett tydligt och kunskapsbaserat stöd till regioner och kommuner riskerar att försvåra en likvärdig och jämlik tillgång till verksamheten och dess insatser. Det kan även påverka möjligheterna till ändamålsenlig samverkan med andra aktörer och bidra till en otydlighet om ungdomsmottagningarnas roll i vårdkedjan och i stödsystemet.

Ojämlig tillgänglighet för olika grupper

Studier visar att ungdomsmottagningarna har en viktig roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för ungas hälsa. Samtidigt framkommer att insatserna behöver stärkas för att nå alla grupper av unga i samma utsträckning. Idag nås vissa grupper i mindre utsträckning, däribland unga män, unga med utländsk bakgrund, unga hbtqi-personer (homosexuella, bisexuella, transpersoner, queera personer och personer med intersexvariation), unga i socioekonomiskt utsatta situationer, barn och unga i samhällsvård samt unga med funktionsnedsättning.

Utvecklingsförslag

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har identifierat behov av att genom kunskapsstöd ge regioner och kommuner ett tydligare stöd för att de ska kunna skapa en ökad enhetlighet och jämlikhet i ungdomsmottagningarnas arbete och insatser. Syftet är bland annat att underlätta ungdomsmottagningarnas arbete med ungas fysiska, psykiska samt sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter så att detta blir mer jämlikt, tillgängligt, sammanhållet och kunskapsbaserat.

Slutligen bedömer vi att det behövs stöd för insamling av information om ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser för att skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad utveckling av arbetet. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten kan gemensamt och enskilt stödja den utvecklingen.

Uppdraget

I oktober år 2025 fick Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genomföra insatser för att utveckla ungdomsmottagningarnas arbete med ungas fysiska, psykiska, sexuella och reproduktiva hälsa. Myndigheterna ska

- ta fram och presentera en samlad bild av ungdomsmottagningarnas organisering utifrån bland annat målgrupper och deras behov, den geografiska tillgången till ungdomsmottagningar och ungdomsmottagningarnas samverkansaktörer,
- belysa faktorer som är av betydelse för att öka kunskapen om ungdomsmottagningarnas verksamhet och organisation,
- se över behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer till stöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet och arbete,
- se över behovet av en utvecklad nationell uppföljning av ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser,
- föreslå fortsatta utvecklingsinsatser inom området, inbegripet hur Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, enskilt och gemensamt, kan stödja ett sådant utvecklingsarbete.

Myndigheterna ska även inhämta kunskap och erfarenheter från berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), kommuner, regioner, professionsföreningar, berörda civilsamhällesorganisationer såsom Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM), Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) och Svenska Barnmorskeförbundet (SBF).

I genomförandet av uppdraget har förslag från tidigare utvärderingar av ungdomsmottagningarnas arbete särskilt beaktats. Vidare har arbetet i pågående uppdrag, med koppling till de frågor som ryms inom uppdraget, tagits tillvara.

Inom ramen för arbetet med uppdraget har barnrättsperspektivet och jämställdhetsperspektivet, särskilt beaktats. Särskild hänsyn har tagits till jämställdhetspolitikens delmål om jämställd hälsa, att mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och utnyttjande i prostitution och människohandel ska upphöra samt att hedersrelaterat våld och förtryck ska upphöra. Vidare har hbtqi-perspektivet, ungdomsperspektivet, funktionshinderperspektivet samt perspektivet om barn och unga i samhällsvård beaktats.

Ungdomsmottagningarna idag

Ungdomsmottagningarna i Sverige erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser till unga inom fysisk, psykisk, sexuell och reproduktiv hälsa och psykosociala frågor. I rapporten avses med begreppet *unga* personer som är upp till 25 år. Verksamheten vänder sig i regel till unga, upp till 23–25 års ålder, men åldersgränser kan variera mellan regioner och kommuner.

På ungdomsmottagningarna arbetar flera olika yrkesgrupper. Där finns till exempel barnmorskor, kuratorer och medarbetare med psykosocial kompetens. Det finns också läkare, och ibland även psykologer och sjuksköterskor. Verksamheten omfattar rådgivning vid frågor om sexualitet, kroppen, relationer, normer och identitet, prevention av oplanerade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner, behandling av vissa sexuellt överförbara infektioner, samt stöd vid psykisk ohälsa eller utsatthet för våld.

Ungdomsmottagningarna är en lågröskelverksamhet där unga kan söka hjälp på eget initiativ. Besöken är som regel kostnadsfria, bygger på frivillighet och utgår från den unges behov.

Juridiska utgångspunkter

Viss rättslig reglering vad gäller hälso- och sjukvård

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. I lagen definieras bland annat som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 §). Enligt 8 kap. 1 § HSL ska regionen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bland annat den som är bosatt inom regionen.

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska vården särskilt vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och den ska vara lätt tillgänglig.

I 5 kap. 6–8 §§ HSL regleras särskilda skyldigheter när det gäller hälso- och sjukvård som avser barn. Dessa bestämmelser gör ingen åtskillnad på vilkenvårdform, verksamhet eller huvudman som tillhandahåller vården utan omfattar all hälso- och sjukvård. I 5 kap. 6 § HSL regleras den grundläggande principen att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn. I 5 kap. 7 § HSL regleras att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas i vissa situationer.

I 5 kap. 8 § HSL regleras vidare att hälso- och sjukvården, på socialnämndens initiativ, ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller som riskerar att fara illa. Bestämmelser om skyldigheten att vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa genast anmäla det till socialnämnden finns i 19 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400), SoL.

Det framgår även av 4 kap. 3 § patientlagen (2014:821) att när patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Det finns ytterligare bestämmelser som rör barn i bland annat patientlagen, patientsäkerhetslagen (2010:659) och lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Trots denna reglering saknas det närmare regler om hur barn- och ungdomshälsovården ska organiseras i regionerna. Det saknas också samsyn på nationell nivå om vad uppdraget för barn- och ungdomshälsovård omfattar.

Det finns inte heller någon nationell vägledning eller ett nationellt hälsoprogram för ungdomsmottagningar. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har utformat en kortare handbok och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas verksamhet.¹

Det bör noteras att det finns föreskrifter, handböcker och vägledningar som berör många av de specifika områden som ungdomsmottagningar arbetar med. Exempelvis har Socialstyrelsen föreskrifter och en handbok² för att öka förutsättningarna för att upptäcka våldsutsatthet som riktar sig bland annat till ungdomsmottagningar. Det finns också rekommendationer om hälsofrämjande och förebyggande insatser i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor.³

Ungdomsmottagningarnas organisering ser olika ut över landet. Vanligtvis har regionerna huvudmannskapet, men ett delat huvudmannskap, mellan regioner och kommuner, förekommer eftersom verksamheten kan omfatta både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det står regioner och kommuner fritt att besluta om den egna organisationen av ungdomsmottagningarna även om regionen är skyldig att tillhandahålla vård till barn och unga. Som framgår har dock Socialstyrelsen och

¹ Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*. [Internet]. 1:a uppl, 4:e versionen. Stockholm: Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar; 2024.

² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer och Våld i nära relationer – Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården.

³ Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att genomföra insatser för att utveckla ungdomsmottagningarnas arbete med ungas fysiska, psykiska, sexuella och reproduktiva hälsa. Den här rapporten är därför i första hand inriktad på ungdomsmottagningar, inte på regionernas generella arbete med att tillhandahålla hälso- och sjukvård till ungdomar.

Barns beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården

När ett barn söker hälso- och sjukvård möter grundprincipen om vårdnadshavarnas ansvar för sina barn det regelverk som gäller för hälso- och sjukvården där vård ska ges med patientens samtycke och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.⁴

Enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har vårdnadshavaren rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter.

Vårdnadshavaren ska dock i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Bestämmelsen har kommit att utgöra en grund för att ge barn ett medinflytande inom hälso- och sjukvården, men även för att ge de barn som har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig relevant information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut i en viss vårdfråga rätt att själva bestämma i den aktuella frågan.⁵

När det gäller små barn är det enligt praxis vårdnadshavaren som har bestämmanderätten över dessa barn. För barn över 15 år är emellertid huvudregeln den motsatta. Justitieombudsmannen (JO) har uttalat att det får anses vara en princip i svensk rätt att, om barnet fyllt 15 år och är i stånd att göra en rimlig bedömning av samtyckets innebörd och verkan, får åtgärder rörande barnets personliga angelägenheter inte vidtas enbart utifrån samtycke av vårdnadshavare och förmyndare.⁶

Av 4 kap. 3 § patientlagen framgår det att när patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

I förarbetena till regleringen anges att de barn som har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig den behövliga informationen och överblicka konsekvenserna av sitt beslut i en viss vårdfråga bör ges möjlighet att ge sitt samtycke till en vårdåtgärd. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Barnet har även möjlighet att själv initiera en åtgärd. Det kan t.ex. handla om att genomföra en abort eller att få tillgång till preventivmedel. Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste bedömas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av åtgärdens art och angelägenhetsgrad. Det är viktigt att understryka att även då ett barn är moget nog att själv fatta beslut om viss vård eller behandling bör hälso- och sjukvårdspersonalen

⁴ 4 kap. patientlagen (2014:821).

⁵ Prop. 2013/14:106 s. 65.

⁶ Prop. 2013/14:106 s. 65.

sträva efter att ändå involvera vårdnadshavarna om inte barnet motsätter sig det eller att det inte kan anses vara till barnets bästa. Vårdnadshavarna har även fortsättningsvis ett lagstadgat ansvar för barnet, som kan vara i behov av råd och stöd i större utsträckning än en vuxen patient.⁷

Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonal vid en ungdomsmottagning måste göra en individuell mognadsbedömning av barnet.

Särskilda bestämmelser om sekretess i förhållande till ett barns vårdnadshavare finns i 12 kap. 3 § första stycket offentlighet- och sekretesslagen, OSL. Enligt bestämmelsen gäller sekretess till skydd för ett barn även i förhållande till dennes vårdnadshavare. Sekretess gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § FB har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den underåriges personliga angelägenheter, såvida inte det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren.

Av 12 kap. 3 § andra stycket OSL framgår att om sekretess inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren förfogar denne ensam eller, beroende på den underåriges ålder och mognad, tillsammans med den underårige över sekretessen till skydd för den underårige på det sätt som anges i 12 kap. 2 §.

Socialtjänstlagen

Många ungdomsmottagningar bedrivs i samverkan där regionen svarar för barnmorske- och läkarinsatser och kommunen för kuratorsinsatser. I dessa fall aktualiseras bestämmelserna i socialtjänstlagen (2025:400), SoL, när det gäller kuratorsinsatserna.

En av nyheterna i den nya socialtjänstlagen är att socialnämnden ges en möjlighet att tillhandahålla insatser för personliga behov till enskilda utan någon individuell behovsprövning. Det är upp till varje socialnämnd att avgöra om insatser ska erbjudas utan individuell behovsprövning samt vilken eller vilka insatser som i sådant fall ska tillhandahållas på det sättet.⁸ När insatser tillhandahålls utan individuell behovsprövning kan den enskilde vända sig direkt till utföraren. Det är möjligt för socialnämnden att besluta om att erbjuda kuratorssamtal inom ungdomsmottagningen som en insats utan individuell behovsprövning.

Även socialtjänstens förebyggande arbete har lyfts fram i nya SoL.⁹ Syftet med det förebyggande arbetet är att förhindra eller motverka att ett problem eller behov uppstår, men även att förhindra eller motverka att redan

⁷ Prop. 2013/14:106 s. 66

⁸ Se 11 kap. 5 § SoL.

⁹ Se prop. 2024/25:89 s. 206.

uppkomna problem eller behov upprepas, förvärras eller blir mer omfattande.¹⁰

Av 10 kap. 1 § SoL framgår att socialnämnden ansvarar för att erbjuda insatser i form av rådgivning, omsorg, vård, stöd och annan hjälp till enskilda som behöver det.

Av 11 kap. 5 § SoL framgår att socialnämnden får tillhandahålla insatser för att tillgodose personliga behov utan individuell behovsprövning. Av bestämmelsen framgår dock att vissa insatser alltid kräver en individuell behovsprövning som till exempel kontaktperson, vård i familjehem, och vård i särskilda ungdomshem. (Rådgivning/samtalsstöd nämns inte utan är sådana insatser som socialnämnden har möjlighet att tillhandahålla utan individuell behovsprövning).

Av 11 kap. 6 § framgår vidare att den som genomför insatser som har beslutats enligt 5 § ska informera enskilda som vänder sig till verksamheten om möjligheten att ansöka om insatser enligt 1 §. Informationen ska lämnas på lämpligt sätt och i lämplig utsträckning.

Av 21 kap. 2 § SoL framgår att vårdnadshavarens samtycke krävs för att erbjuda insatser utan individuell behovsprövning till barn som inte har fyllt 15 år. Socialnämnden får dock tillhandahålla insatser utan individuell behovsprövning till barn som har fyllt 15 år utan vårdnadshavarens samtycke om insatsen är lämplig att tillhandahålla utan individuell behovsprövning. Av förarbetena till bestämmelsen framgår bland annat att socialnämnden vare sig behöver inhämta vårdnadshavarens samtycke eller informera vårdnadshavaren i dessa fall. Insatser får även tillhandahållas mot vårdnadshavarens uttryckliga vilja.¹¹

¹⁰ Se prop. 2024/25:89 s. 205.

¹¹ Se prop. 2024/25:89 s. 706.

Metod och genomförande

Med syfte att ta fram en samlad bild av ungdomsmottagningarnas verksamhet och se över de behov av nationellt stöd och nationell uppföljning som finns för ungdomsmottagningars verksamhet och insatser har vi:

- Sammanställt och analyserat rapporter, kartläggningar och utvärderingar publicerade mellan 2015 till och med november 2025. Sammanlagt identifierades och analyserades 115 rapporter och underlag från myndigheter, organisationer samt kommuner och regioner (se bilaga 1 för närmare beskrivning av metod och genomförande).
- Genomfört dialoger med berörda aktörer såsom företrädare från myndigheter, regioner, kommuner och SKR. Vi har även haft dialoger med professionsföreningar och civilsamhällesorganisationer, nationella programområden (NPO) barns och ungdomars hälsa, hud- och könssjukdomar, kvinnosjukdomar och förlossning, levnadsvanor och psykisk hälsa. Arbetet inom pågående uppdrag som berör barns och ungas hälsa har även tagits tillvara inom uppdraget (se bilaga 1).
- Genomfört litteratursökningar av forskning inom området för att undersöka målgruppens upplevelser av besök på ungdomsmottagningen, ungas erfarenheter av ungdomsmottagningen samt ungas behov av ungdomsmottagningarnas insatser (bilaga 2).

Resultat

Sammanfattningsvis beskrivs ungdomsmottagningarna som viktiga arenor för att möta ungas behov, främst i relation till frågor om sexuell och reproduktiv hälsa, oro, relationer och psykisk hälsa eller fysiska besvär och psykosociala frågor. Ungdomsmottagningarna lyfts särskilt som en lågröskelverksamhet, där unga kan söka för ”osorterade” problem utan krav på remiss.

Resultaten visar att det finns stora variationer i hur landets ungdomsmottagningar organiseras och bedrivs. Skillnaderna gäller bland annat ungdomsmottagningarnas uppdrag, styrning, bemanning, målgrupper och tillgänglighet. En tydligare kunskap om hur ungdomsmottagningarna arbetar skulle kunna bidra till mer ändamålsenliga prioriteringar och en ökad likvärdighet över landet som resultat.

I det första avsnittet redovisas sammanställningen (nedan refererad till som sammanställningen) av tidigare kartläggningar, utvärderingar och rapporter om ungdomsmottagningar i Sverige samt genomförda dialogmöten (nedan refererad till som dialogerna) under våren 2026. Det andra avsnittet presenterar resultaten från två litteraturöversikter.

Ungdomsmottagningarnas uppdrag och styrning

Variationen i utformningen av ungdomsmottagningarnas uppdrag och huvudmannskapets betydelse för ungdomsmottagningarnas verksamhet lyfts i sammanställningen och i flera dialoger. Beroende på hur uppdraget är utformat kan ansvaret för ungdomsmottagningarnas verksamhet vara enskilt för regionen eller delat mellan kommun och region. Omkring hälften av ungdomsmottagningarna har ett delat huvudmannskap, det vill säga mellan region och kommun [1, 2].

Huvudmannskapets utformning påverkar vilken verksamhet som kan bedrivs och därmed också själva uppdraget. Sammanställningen visar att ungdomsmottagningarna kan vara fristående verksamheter, integrerade i andra vårdverksamheter eller bedrivs som filialer till större mottagningar, ibland kompletterade med mobila enheter. Den organisatoriska formen speglas bland annat av hur huvudmännen valt att strukturera verksamheten samt vilka geografiska och verksamhetsmässiga förutsättningar som finns [3]. De flesta ungdomsmottagningar erbjuder hälso- och sjukvård som rör sexuell och reproduktiv hälsa. Många ungdomsmottagningar erbjuder råd och stöd inom ramen för socialtjänstens insatser. Insatser som rör psykisk hälsa, ofta i form av ett förstalinjeuppdrag, är ett ansvarsområde för några mottagningar vid sidan av sexuell och reproduktiv hälsa.

Sammanställningen visar att enskilt och delat huvudmannaskap har olika för- och nackdelar [2, 4, 5, 6]. Ett enskilt huvudmannaskap skapar bättre förutsättningar för enhetlig styrning, tydligare ledning och resursfördelning. Ett delat huvudmannaskap kan i stället underlätta samverkan och förankring i både regionala och kommunala verksamheter [2, 6]. Utredningen *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34) konstaterade att ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst har bättre förutsättningar att ge unga ett ändamålsenligt och brett stöd [7]. Samtidigt pekar tidigare kartläggningar på utmaningar med delat huvudmannaskap, framför allt i frågor som rör ansvarsfördelning och delad personalledning [2, 6].

I dialogerna beskriver flera att delat huvudmannaskap riskerar att skapa instabila förutsättningar, en risk för kortsiktighet och därmed bristande kvalitet av ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser. Samtidigt anses ett delat huvudmannaskap anses kunna bidra till att kombinera regionens hälso- och sjukvårdsperspektiv med kommunens sociala uppdrag och därigenom stärka helhetsperspektivet. Det kan dock finnas hinder för informationsöverföring, samordning och patientsäkerhet, särskilt vad gäller gemensamma, tvärprofessionella bedömningar, journalföring och sekretess.

Uppdragets utformning

Sammanställningen visar att ungdomsmottagningarnas uppdragsbeskrivningar spänner från att vara övergripande till tydligt specificerade. Vissa innehåller övergripande information om bemanning, målgrupp och dokumentation, medan andra är mer utförliga och specificerar hur ungdomsmottagningen ska arbeta för att öka tillgängligheten, syftet med det utåtriktade arbetet, hur uppföljning ska ske och hur samverkan med andra aktörer bör gå till [7]. Sammanställningen visar även att utformningen av uppdragsbeskrivningarna kan påverka tillgängligheten, mottagningarnas roll i vårdkedjan men också likvärdigheten, inte minst vad gäller ungdomsmottagningarnas förutsättningar att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser [2].

I dialogerna framkom en liknande bild. Skillnaderna i uppdragsbeskrivningar gäller bland annat vilka insatser och kompetens som ska ingå, på vilken vårdnivå verksamheten ska bedrivas, hur de medicinska och psykosociala delarna ska integreras samt vilka åldersgränser som ska gälla.

I dialogerna beskrivs vidare att otydlighet kring uppdrag och ansvarsnivåer kan vara en riskfaktor för ojämlig vård, särskilt vad gäller möjligheten att erbjuda adekvat medicinsk respektive psykosocial kompetens. Tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och kuratorer varierar. Vidare framkommer det att krav på legitimation för kuratorer samtidigt kan försvåra kompetensförsörjningen, särskilt i mindre kommuner och glesbygd. Behovet av långsiktig kompetensutveckling, inklusive kunskap om

ungdomars utveckling lyfts generellt som otillräckligt tillgodosett. Vidare framkom i dialogerna en risk för att ungdomsmottagningar brister i andrologisk kompetens och kunskap om pojkars och unga mäns sexuella och reproduktiva hälsa, vilket bedöms kunna begränsa verksamheternas förutsättningar att möta hela målgruppen på ett likvärdigt sätt.

I dialogerna lyftes även behovet av tydliga och gemensamma ramar för ungdomsmottagningarnas uppdrag. Detta omfattar bland annat ansvarsfördelning, målgruppsdefinition, åldersgränser samt gränsdragning mot andra verksamheter, särskilt inom området psykisk hälsa och i relation till exempelvis, barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Ett önskemål om ett tydligare uppdrag för ungdomsmottagningar framkom och bedöms vara viktigt både för ungdomsmottagningarnas interna arbete och för samverkan med andra aktörer.

Sammanställningen visar att avsaknaden av ett tydligt och enhetligt uppdrag bidrar till otydlighet kring ansvar, prioriteringar och arbetssätt [1]. Det är en bild som bekräftas i dialogerna i vilka önskemålet, eller det uttalade behovet, av ett mer enhetligt, långsiktigt och reglerat uppdrag för ungdomsmottagningarna är ett återkommande tema. Många aktörer efterfrågar ett tydligare uppdrag som presenterar gemensamma mål, en grundnivå av krav för vad som ska gälla för att en verksamhet ska kunna benämnas ungdomsmottagning och en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmän.

I sammanställningen framkommer att många verksamheter strävar efter att arbeta i enlighet med den målbeskrivning och de riktlinjer som tagits fram av FSUM, Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar [1, 4, 5].

Uppdraget kring psykisk hälsa

Sammanställningen visar att de flesta av landets ungdomsmottagningar har i uppdrag att arbeta med psykisk hälsa, men att uppdragets utformning och omfattning varierar. Nästan alla mottagningar arbetar främjande och stödjande vid lättare psykiska besvär, medan endast ett fåtal har i uppdrag att erbjuda vård vid mer omfattande problematik. Sammanställningen pekar på att gränsdragningen mellan stöd och behandling kan vara otydlig samt att mottagningarnas uppdrag ofta är mindre konkreta när det gäller psykisk hälsa jämfört med medicinska insatser kopplade till fysisk, sexuell och reproduktiv hälsa [3, 8].

Även om det påvisats att de flesta mottagningar har ett formellt uppdrag att arbeta med psykisk hälsa, visar en kartläggning att det enbart var en femtedel av ungdomsmottagningarna som hade ett formellt första linjeuppdrag för psykisk hälsa [3].

Samverkan och vårdkedjor

Sammanställningen visar att formerna för ungdomsmottagningarnas samverkan med andra aktörer varierar betydligt över landet. I vissa regioner finns etablerade rutiner och arbetssätt, medan samverkan i andra delar av landet i högre grad är beroende av enskild personal och lokala initiativ [2].

I dialogerna lyfter aktörer behov av en mer formaliserad och långsiktig samverkan särskilt med skola, elevhälsa, primärvård och socialtjänst. Ett utåtriktat arbete i skolmiljö samt uppsökande arbete inom andra arenor där unga befinner sig bedöms som centralt för att nå grupper som annars inte vänder sig till ungdomsmottagningar. Detta beskrivs samtidigt som resurskrävande och svårt att prioritera vid låg personaltäthet. Flera aktörer betonar även vikten av att värna ungas anonymitet och integritet i skolmiljön, vilket ytterligare kan försvåra utformningen av ändamålsenliga samverkansformer.

Av sammanställningen framgår att olika samverkansmodeller, filialverksamheter och mobila enheter knutna till en huvudmottagning kan bidra till en ökad geografisk tillgänglighet genom ett samordnat utnyttjande av kompetens och personalresurser [1, 3].

Den organisatoriska placeringen av ungdomsmottagningarna varierar mellan olika verksamhetsområden, oavsett huvudmannaskap. Regionalt styrda ungdomsmottagningar är vanligtvis organiserade inom primärvården, men kan också vara placerade inom exempelvis kvinnosjukvård eller psykiatri [1]. I vissa regioner är ungdomsmottagningarnas verksamhet organisatoriskt integrerad med mödrahälsovården, vilket kan innebära gemensam enhetschef för barnmorske- och ungdomsmottagning samt att personal från mödrahälsovården vid vissa tider bedriver ungdomsmottagningsverksamhet. En sådan organisering beskrivs som ändamålsenlig, bland annat eftersom kompetens och utbildningsinsatser kan samordnas [9].

I dialogerna framkommer att ungdomsmottagningar verkar i ett komplext landskap av vård-, omsorgs- och stödfunktioner. En återkommande fråga gäller gränsdragningen mellan ungdomsmottagningarnas ansvar och hälso- och vårdcentraler/primärvård, första linjens psykiatri för barn och unga, BUP, andra specialistverksamheter samt skola, elevhälsa och socialtjänst. Dessa otydligheter bedöms kunna bidra till dubbelarbete och riskerar att medföra brister i kontinuitet och samordning i vårdkedjor, särskilt i samband med övergångar. Sammanfattningsvis efterfrågas mer systematiska och tydliga strukturer och processer för hur ungdomsmottagningar ska samverka med övriga vård-, omsorgs- och stödinsatser.

Tillgänglighet och utbud

Både sammanställningen och dialogerna visar att tillgången till ungdomsmottagningar varierar betydligt mellan olika delar av landet. Skillnaderna rör både geografisk närhet, öppettider, bemanning, åldersgränser, utbud av insatser och kontaktvägar (fysiskt, digitalt, via drop-in med mera).

Sammanställningen visar att flera delar av landet behöver göra avvägningar mellan geografisk närhet och möjligheten att erbjuda tillräcklig bemanning och kompetens. Detta bedöms bidra till skillnader i hur verksamhetens tillgänglighet upplevs av såväl personal som besökare [3, 10]. Större ungdomsmottagningar är i regel lokaliserade till centralorter och har öppet flera dagar i veckan, medan mottagningar på mindre orter ofta har mer begränsade öppettider. Det beskrivs även som generellt svårare att säkerställa tillgång till relevant kompetens och ett brett utbud av insatser på mindre orter jämfört med ungdomsmottagningar i centralorter [1, 3, 4].

Tillgången till digitala lösningar uppges variera mellan regioner, men många regioner erbjuder digitala besök. I regionala kartläggningar framkommer att avstånden till närmaste mottagning, även i regioner med flera mottagningar, kan vara långa. En digital mottagning bedöms ha möjlighet att tillhandahålla ett mer jämlikt tjänsteutbud, oavsett var i länet en ungdom befinner sig [1, 2, 11].

Vidare framkommer i dialogerna att information om ungdomsmottagningarnas utbud, samt om hur unga kan söka stöd, inte alltid är lättillgänglig. Representant från UMO.se lyfter behovet av en samordnad nationell informationsstruktur, liksom att relationen till 1177 som kontaktväg behöver förtydligas. Brister i samordning av information och kontaktvägar bedöms kunna försvåra för unga att orientera sig, särskilt i områden där unga rör sig över kommun- och regiongränser, till exempel i större studieorter.

Digitala besök viktiga för svårnådda unga

I sammanställningen lyfts att digitala besök kan utgöra ett centralt verktyg för ungdomsmottagningar att nå specifika målgrupper. Digitala kontakter bedöms vara särskilt betydelsefulla för unga i glesbygd, hemmasittande ungdomar samt unga som av olika skäl inte vill eller kan besöka en fysisk mottagning [2, 10]. Digitala lösningar beskrivs även kunna förbättra förutsättningarna för att nå unga män, som enligt flera undersökningar i högre utsträckning söker stöd och information online [2, 10].

Bemanning vid ungdomsmottagningar

Sammanställningen visar att de flesta ungdomsmottagningar har barnmorska och kurator anställda, men det finns stora skillnader till exempel i tillgång till psykologer och läkare. Att bemanningen varierar mellan regioner och kommuner redovisas i en undersökning som genomfördes av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2024 [1]. Där framkommer även att det i genomsnitt finns cirka 4 200 ungdomar i åldern 12–26 år per årsarbetande barnmorska, och cirka 5 800 ungdomar per årsarbetande kurator. Dessa variationer i bemanning och tillgång till olika professioner bedöms påverka ungdomsmottagningarnas förutsättningar att arbeta utifrån ett brett uppdrag och med samlad kompetens.

Målgrupp, sökorsaker och upplevelser av ungdomsmottagningar

Det framgår av sammanställningen att ungdomsmottagningarnas åldersgränser definieras olika runt om i landet. I vissa fall saknas en uttalad nedre åldersgräns, men de flesta mottagningar har en nedre åldersgräns på 12 eller 13 år. Den övre åldersgränsen sträcker sig från cirka 20 upp till 26 år. I flera fall skiljer sig åldersgränserna för mottagningar inom samma region. Det finns även exempel på mottagningar som tillämpar olika åldersgränser för unga som identifierar sig som tjejer och killar [1, 2, 6], vilket utgår från en tvåkönsnorm och riskerar att osynliggöra unga som inte definierar sig inom denna indelning.

I dialogerna betonas att ungdomsmottagningar har ett högt förtroende bland unga och en tydlig lågtröskelprofil. De beskrivs som en verksamhet som unga själva väljer att vända sig till, ofta utan föregående kontakt med andra delar av vård- och omsorgssystemet. Sökorsakerna beskrivs ofta vara sammansatta av flera delar, exempelvis frågor om sexuell och reproduktiv hälsa, oro, relationer och psykisk hälsa eller fysiska besvär och social problematik.

Flera framhåller att en bärande del av ungdomsmottagningarnas legitimitet är möjligheten för unga att söka utan remiss samt ett helhetsperspektiv med möjlighet att ta upp fler än en fråga vid besöket. De ungas upplevelse av bemötande, trygghet och sekretess ses som avgörande för att de ska söka hjälp och eller återvända vid behov. Att mottagningen uppfattas som fristående från exempelvis skola, socialtjänst och traditionell hälso- och sjukvård lyfts som särskilt betydelsefullt. Vissa regioner anger anonymitet som en grundläggande kvalitetsaspekt, särskilt vid kontakt med kurator.

I dialogerna uttrycker flera aktörer oro för att organisatoriska och administrativa krav, samt stark styrning utifrån vårdkedjor och interna processer, riskerar att tränga undan ungdomsperspektivet. Det uttrycks att

verksamheten i ökande grad riskerar att styras utifrån huvudmännens organisatoriska logik snarare än utifrån ungdomars faktiska behov och sökorsaker. Detta anges kunna urholka det förtroende och den lågtröskelprofil som beskrivs som kärnan i ungdomsmottagningarnas uppdrag.

Besöksmönster inom målgruppen

Det saknas tillgång till nationell besöksstatistik för ungdomsmottagningarna men sammanställningen pekar på att besöksmönstret vid ungdomsmottagningar skiljer sig åt inom målgruppen. I den könsuppdelade statistiken (unga kvinnor/män) står unga kvinnor för 80–90 procent av besöken och skillnaderna kopplas bland annat till att frågor om mens och preventivmedel i högre grad berör unga kvinnor. Unga mäns besök avser främst samtalskontakter och i lägre utsträckning andra tjänster. Unga med andra könsidentiteter synliggörs inte i den aktuella statistiken. Förutom unga män, inkluderar underrepresenterade grupper unga med utländsk bakgrund, personer med funktionsvariation, unga hbtqi-personer, unga i socioekonomiskt utsatta områden, unga med skadligt bruk eller beroende, personer med begränsad förmåga att själva ta initiativ till kontakt och de unga som lever i hederskontexter. En kartläggning från Folkhälsomyndigheten 2020 visar dock att nyanlända unga män i högre utsträckning än nyanlända unga kvinnor söker ungdomsmottagningar, vilket kontrasterar mot mönstret i övriga befolkningen. Dessutom beskrivs unga män generellt ha en lägre benägenhet att söka stöd [2, 12, 13, 14].

Riktade insatser

I sammanställningen framkommer det att många ungdomsmottagningar arbetar aktivt för att nå grupper som besöker verksamheten i begränsad omfattning. Det sker bland annat genom utåtriktat arbete i skolor och andra arenor där unga befinner sig, samt genom särskilda mottagningar, anpassade öppettider eller aktiviteter riktade till specifika målgrupper. Samtidigt framkommer att det finns en medvetenhet om att riktade insatser i vissa fall kan uppfattas som exkluderande, vilket gör frågan om målgruppsanpassning komplex [2, 10].

Behov av kunskapsstöd och uppföljning

I dialogerna framkom att majoriteten av aktörerna ansåg att det finns flera kunskapsstöd som används men att dessa kan behöva samordnas. Det efterfrågades även nationella, samlade och kvalitetssäkrade kunskapsstöd snarare än många lokala eller regionala varianter. Det lyftes att kunskapsstöden i hög grad bör vara praktiskt inriktade och ge vägledning kring arbetssätt, samverkan, organisering och processer, inte enbart förmedla ämnesspecifik medicinsk eller psykosocial kunskap. En gemensam

kunskapsgrund för alla professioner som möter unga lyfts fram som särskilt betydelsefull. Behovet av att integrera dessa frågor i utbildningar för berörda yrkesgrupper betonas, mot bakgrund av att nuvarande utbildningar upplevs ge begränsat utrymme åt barn- och ungdomsperspektiv.

I dialogerna betonas vikten av tillgång till gynekologisk kompetens, samlat kunskapsstöd och en tydligare styrning av ungdomsmottagningarna som centralt. Detta bedöms även kunna säkerställa en likvärdig kvalitet i verksamheten, bidra till bättre förutsättningar för systematisk uppföljning av ungdomsmottagningarnas innehåll, arbetssätt och resultat.

Behov av struktur för kunskapsstöd och uppföljning

I dialogerna betonar många aktörer att ungdomsmottagningarnas begränsade förutsättningar för att utveckla verksamheten är relaterat till bristande strukturer för kunskapsstyrning och uppföljning. Flera aktörer, däribland regioner, pekar på behovet av ett tydligare uppdrag för ungdomsmottagningarna med definierade mål, ett nationellt register eller motsvarande för att följa tillgänglighet, kvalitet och likvärdighet.

Ett särskilt behov som lyftes i dialogerna är att ungas egna perspektiv i dag inte tas tillvara på ett tillräckligt systematiskt sätt i utveckling, styrning och uppföljning av ungdomsmottagningar. Aktörerna betonade att för att bättre förstå målgruppen, sökorsaker och hinder måste unga själva involveras. Detta gäller både unga som använder och de som inte använder ungdomsmottagningarna.

Resultat från två litteraturöversikter

Ungas upplevelser av och tillgång till ungdomsmottagningar

Resultaten i detta avsnitt bygger på en systematisk kartläggning av svensk forskning om ungdomsmottagningar, med fokus på tre centrala frågeställningar: 1) ungas upplevelser av besök på ungdomsmottagningar, 2) vilka grupper av unga som inte besöker ungdomsmottagningar, samt 3) jämlik tillgång till ungdomsmottagningar. Den systematiska kartläggningen finns som bilaga, (bilaga 2). En beskrivning av hur litteratursökningen genomfördes finns i bilaga 2.

Ungas upplevelser av besök på ungdomsmottagningar

Ungdomar beskriver ungdomsmottagningar som en viktig och trygg plats för både sexuell och reproduktiv hälsa och psykiskt stöd. Positiva upplevelser förutsätter dock integritet, respektfull dialog och anpassning till ungas livsvillkor. Upplevelsen av ungdomsmottagningar varierar beroende på kön, utrikes födda och socioekonomiska villkor.

Unga som uteblir från ungdomsmottagningar – hinder, motiv och exkluderande mekanismer

Forskningen identifierar tre typer av icke-besök:

1. unga med behov som inte söker vård alls
2. unga som söker mer sällan än behovet motiverar
3. unga som utesluts på grund av verksamhetens utformning.

Hinder såsom bristande kunskap, språksvårigheter, stigma, låg upplevd relevans och organisatoriska barriärer gör att vissa grupper, särskilt unga män, unga utrikes födda och unga i socioekonomisk utsatthet, inte tar del av stödet som erbjuds vid ungdomsmottagningar. Icke-besök beror sällan på bristande motivation, utan snarare på ett samspel mellan strukturella och individuella faktorer som hindrar att behov av stöd leder till ett besök på ungdomsmottagningen.

Jämlig tillgång till ungdomsmottagningar – ojämlikheter mellan grupper och strukturella förklaringar

Ungdomsmottagningar beskrivs som ungdomsvänliga, men tillgången är ojämlik i praktiken. Ojämlikheten uppstår i mötet mellan ungas livsvillkor (som kunskap, språkliga förutsättningar, normer och socioekonomiska villkor) och verksamhetens utformning (öppettider, bemanning, sekretess och kommunikation). För att stärka jämlikheten krävs organisatoriska anpassningar, kulturell lyhördhet, aktivt inkluderingsarbete och förtroendeskapande insatser, inte enbart informationspridning.

Kunskapsläget har begränsningar, bland annat på grund av regionala skillnader och underrepresentation av vissa grupper i studierna, vilket riskerar att underskatta ojämlikheten.

Ungas behov av ungdomsmottagningarnas insatser

I detta avsnitt presenteras en sammanställning av ungas behov av ungdomsmottagningarnas insatser utifrån tidigare forskning. Se bilaga 1 för en närmare beskrivning av metod och litteratursökning.

Unga har behov av information, rådgivning och tillgång till vård

Vanliga anledningar till att besöka ungdomsmottagningar enligt unga är behov av information kring sexuell och reproduktiv hälsa eller hjälp med fysiska eller psykiska problem [14, 15]. Ungdomsmottagningar beskrivs av många unga som trygga och ungdomsanpassade verksamheter där unga kan ta upp olika frågor i en respektfull miljö [15].

I en studie nämner unga kvinnor bland annat problem med menstruation som en anledning att söka vård, medan unga män nämner testning för sexuellt överförbara infektioner (STI) och tillgång till kondomer. Det framkommer att unga kan sakna möjlighet eller vilja att prata med sin familj om olika problem, vilket förstärker behovet av att söka externa instanser, såsom ungdomsmottagningar för rådgivning [14]. Dock visar forskning att osäkerhet kring sekretess är ett hinder för unga att söka vård eller insatser trots behov [14, 15, 16]. Rädsla för att information ska komma till vårdnadshavarnas kännedom kan vara en orsak till att unga avstår från att besöka ungdomsmottagningen, detta gäller särskilt pojkar, som generellt uppvisar lägre besöksfrekvens än flickor. Det finns även ett uttalat behov från unga av tydligare information om ungdomsmottagningarnas uppdrag och utbud av insatser – inte minst avseende insatser som inte är kopplade till sexuell hälsa [14].

Skillnader i relation till kön och jämlik tillgång

Ungdomsmottagningar i Sverige når inte unga män i samma utsträckning som unga kvinnor [17]. Tidigare forskning visar att ungdomsmottagningar inte har tillräcklig förmåga att tillgodose unga mäns behov och att de kan uppfattas som "tjejkliniker" [17]. En slutsats är att det behövs fler insatser för att öka unga mäns kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och att öka deras tillgång till ungdomsmottagningar [17].

Behov hos särskilt utsatta grupper

Forskning visar att unga med utländsk bakgrund ofta har stora behov av sexuell och reproduktiv hälso- och sjukvård men att de möter hinder i Sverige med att få tillgång till vård [18]. Vidare visar forskningen att kunskapen om transpersoners hälsa behöver öka generellt, både inom specialiserad vård och andra vårdmiljöer, för att förhindra att transpersoner

upplever alienation och att de är exkluderade från hälso- och sjukvården [19].

Ungas behov av ungdomsmottagningen möts delvis idag men inte jämlikt

Forskningen visar att ungdomsmottagningarna i hög grad uppfattas som trygga, respektfulla och ungdomsanpassade miljöer [15, 20]. Styrkor som lyfts är att ungdomsmottagningarna är en lågtröskelverksamhet som har ett helhetsperspektiv, att bemötandet är stärkande och icke-dömande samt att ungdomsmottagningarna arbetar med integritet och sekretess.

I tidigare forskning lyfts ett antal utvecklingsområden för att utveckla ungdomsmottagningar, såsom att stärka jämlikheten i tillgång till vård för utsatta grupper [14, 18, 21] nå unga män, utveckla arbetet med psykisk hälsa [20, 21, 22, 23] förbättra tillgängligheten i glesbygd [24] och utveckla verksamheten för att öka ungas delaktighet [20, 23].

Förslag på utvecklingsinsatser och slutsatser

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har tagit fram en samlad bild av ungdomsmottagningarnas organisering. Myndigheterna har även sett över behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer till stöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet och arbete samt sett över behovet av en utvecklad nationell uppföljning av ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser.

Det är tydligt att ungdomsmottagningar är en positiv och etablerad del i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med ungas hälsa. Regioner och kommuner är fria att själva besluta hur de ska organisera hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ser stora fördelar med att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten samordnar insatser till unga via ungdomsmottagningarna.

Myndigheternas förslag

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår därför att ge regioner och kommuner ett tydligare stöd för att de ska kunna skapa en ökad enhetlighet och jämlikhet i ungdomsmottagningarnas arbete och insatser.

Vi föreslår att:

Socialstyrelsen får ett uppdrag för att ta fram stöd för regioner och kommuner så att ungdomsmottagningarnas arbete med ungas fysiska, psykiska, sexuella och reproduktiva hälsa blir enhetligt, jämlikt, tillgängligt, sammanhållet och kunskapsbaserat.

Vår samlade bedömning är att stödet kan bidra till att omsätta de samlade nationella satsningarna i praktiken och säkerställa att alla unga får tillgång till likvärdig vård och stöd oavsett var i landet de bor. Ett tydligare stöd kan stärka arbetet med genomförandet av den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention (S2025/02379) och uppdraget att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga (S2023/02379), liksom arbetet med den nationella strategin och handlingsplanen mot hiv, aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner (S2025/01399) samt uppdraget om en nationell plan för bättre beroendevård och stärkt förebyggande arbete (S2025/01284).

Behov av en tydligare och mer enhetlig kunskapsstyrning för ungdomsmottagningar

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bedömer att det finns en risk för ojämlig tillgång till stöd och vård vid ungdomsmottagningarna, eftersom olika dimensionering och organisatoriska förutsättningar påverkar ungdomsmottagningarnas arbete och insatser. De skillnader som framkommer i ungdomsmottagningarnas insatser medför att unga i liknande livssituationer får olika möjligheter att ta del av råd, stöd och vård beroende på bostadsort och lokal organisering. Den samlade bilden pekar på ett behov av att de kunskapsstöd som finns och används är kvalitetssäkrade på nationell nivå och samlade på ett ställe. Det finns ett behov av att kunskapsstöd stödjer i det praktiska arbetet och ger vägledning till exempel kring arbetssätt, samverkan och processer inte enbart förmedla ämnesspecifik medicinsk eller psykosocial kunskap. Det finns vidare behov av att de kunskapsstöd som tas fram inom regeringsuppdraget för Nationellt hälsoprogram för barn och unga tas tillvara, samt att de som redan nu tagits fram samordnas för att underlätta för bland annat ungdomsmottagningarnas personal att hitta rätt stöd på ett enkelt sätt. Det har också lyfts som centralt att bättre ta vara på ungas perspektiv och involvera unga i uppföljning och utveckling av ungdomsmottagningar för att bättre förstå målgruppen.

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bedömer därför sammantaget att det är viktigt att stötta regioner och kommuner genom att ta fram nationella kunskapsstöd som kan ge vägledning för ungdomsmottagningarnas arbete. Detta är centralt för att stärka och utveckla regionernas och kommunernas arbete med ungas fysiska, psykiska, sexuella och reproduktiva hälsa.

Ett sådant kunskapsstöd bör utgå från ungas behov och erfarenheter, bygga på ett helhetsperspektiv på ungas hälsa, stödja ett brett hälsofrämjande och förebyggande arbete samt bidra till mer jämlik och likvärdig tillgång till insatser. Det gäller särskilt unga som i dag nås i mindre utsträckning, till exempel unga män, unga hbtqi-personer, unga med funktionsnedsättning, unga i socioekonomiskt utsatta situationer och unga i samhällsvård.

Exempelvis kan ett kunskapsstöd innehålla förslag på centrala insatser och samverkan med andra aktörer och arbetssätt. Genom detta kan Socialstyrelsen ge huvudmännen ett mer samlat stöd för planering och samverkan av den hälso- och sjukvård samt de insatser från socialtjänsten som erbjuds ungdomar, i enlighet med de behov och utvecklingsområden som identifieras i denna rapport.

Vidare bedömer Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att det finns behov av att skapa bättre förutsättningar för kunskapsstyrning och insamling av information om ungdomsmottagningarnas insatser och verksamhet. Vi bedömer att det finns ett behov av att ta fram kunskapsstöd som stödjer i det praktiska arbetet och ger vägledning kring arbetssätt, samverkan och processer, inte enbart förmedla ämnesspecifik medicinsk eller psykosocial kunskap.

Behov av stöd och insamling av information

Den samlade bilden visar att ungdomsmottagningarna inte når alla unga och att ungdomsmottagningarna har svårt att nå vissa målgrupper. Konsekvensen blir en ojämlik vård och stöd där ungdomsmottagningarna i högre grad riskerar att nå relativt resursstarka grupper, medan unga med mer omfattande eller komplexa behov, inklusive unga med låg hälsolitteracitet, riskerar att inte nås, uppmärksammas eller ges möjlighet att ta del av adekvata insatser. Detta motverkar ambitionen om likvärdig tillgänglighet och en sammanhållen kedja av insatser för barn och unga.

Det behövs insamling av information om ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser. Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens samlade bedömning är att en sådan insamling kan omfatta uppgifter från verksamheterna, såsom åldersgränser, antal besök och besöksorsaker, vilka åtgärder som vidtas samt former för samverkan med andra aktörer. Detta är i linje med utredningen om Bättre förutsättningar för att följa upp barns och ungas hälsoutveckling (S2025/).

Genom att samla information om och följa ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser kan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten även stödja utvecklingen av en jämlik tillgång till och en kunskapsbaserad utveckling av verksamheten. Myndigheterna tar fram och förmedlar kunskap inom flera olika områden, såsom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, hälsosamma levnadsvanor, ANDTS (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spelberoende) samt psykisk hälsa och suicidprevention där ungdomsmottagningarna är en viktig målgrupp.

Referenser

1. Sveriges Kommuner och Regioner. *Ungdomsmottagningars arbete med psykisk hälsa – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*. 2024. s. 13–15.
2. Sveriges Kommuner och Regioner. *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa: nuläge och vägar framåt*. 2020. s. 31, 36.
3. Sveriges kommuner och Regioner. *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*. Stockholm: Uppdrag Psykisk Hälsa; 2016. s. 25–36
4. Västmanlands Kommuner och Landsting. *“Man gör det bästa möjliga”: olika perspektiv på UM i Västmanland*. Västerås: Västmanlands Kommuner och Landsting; 2015. s. 8–9, 77–79.
5. Region Norrbotten. *Sjukvårdsberedningens verksamhetsrapport 2021*. Luleå: Region Norrbotten; 2021. s. 13–14.
6. Sweco. *Barnkonsekvensanalys: omorganisering av ungdomsmottagningarna i Stockholms län*. Stockholm: Sweco; 2021. s. 34–35
7. Statens offentliga utredningar. *Det börjar med barnen – en sammanhållen god och nära vård för barn och unga*. Stockholm: SOU; 2021. SOU 2021:34.
8. Folkhälsomyndigheten. *Psykisk hälsa och suicidprevention: kommuners och regioners arbete med stöd av statliga stimulansmedel – Folkhälsomyndighetens lägesrapport 2023*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. s. 31, 35
9. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Över tiden? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2023. s. 38–39.
10. Folkhälsomyndigheten (2024). *Ungdomsmottagningarnas betydelse i arbetet med ungas psykiska hälsa: fallstudier i tre län*, s. 35–36.
11. Riksförbundet för sexuell upplysning RFSU (2025). *Avstånd som avgör – kartläggning av regionalt vårdutbud för sexuell och reproduktiv hälsa*, s. 19–70.
12. Folkhälsomyndigheten (2020). *Migration, sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention*, s. 98.
13. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor MUCF (2015). *Fokus 15; Ungas sexuella och reproduktiva rättigheter* s. 87-88, 171.
14. Hällström, M., et al. *Adolescent health care in a multi-cultural area: A qualitative study from adolescents' perspective*. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2017, 22 (1): 107–121.
15. Thomson, A., et al. *A safe place - Adolescents' and young adults' perceptions of youth clinics in northern Sweden*. *Sex Reprod Healthc*. 2022, 33: 100752.

16. Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, I. A.. Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 2007, 369, 1565–1573.
17. Pettersson, J. and M. Baroudi. Exploring barriers and strategies for improving sexual and reproductive health access for young men in Sweden: Insights from healthcare providers in youth clinics. *Sex Reprod Healthc.* 2024, 39: 100942.
18. Baroudi, M., et al.. Access of Migrant Youths in Sweden to Sexual and Reproductive Healthcare: A Cross-sectional Survey. *Int J Health Policy Manag.* 2022, 11(3): 287–298.
19. Lindroth, M. Competent persons who can treat you with competence, as simple as that' - an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals. 2016, *J Clin Nurs* 25(23-24).
20. Goicolea, I., et al.. Widening the scope of mental health with a 'youth centred' approach: a qualitative study involving health care professionals in Sweden's youth clinics. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2024, 19 (1): 2348879.
21. Mosquera, P. A., et al. Equitable health services for the young? A decomposition of income-related inequalities in young adults' utilization of health care in Northern Sweden. *Int J Equity Health.* 2017, 16(1): 20.
22. Baroudi, M., San Sebastian, M., Hurtig, A.-K., & Goicolea, I.. The perception of youth health centres' friendliness: Does it differ between immigrant and Swedish Scandinavian youths? *European Journal of Public Health*, 2020, 30 (4)
23. Andersén, M. B., et al. It's about how you take in things with your brain" - young people's perspectives on mental health and help seeking: an interview study. *BMC Public Health.* 2024, 24(1): 1095.
24. Goicolea, I., et al. Health care access for rural youth on equal terms? A mixed methods study protocol in northern Sweden. *Int J Equity Health.* 2018, 17(1): 6.
25. Regeringens skrivelse 2024/25:77. Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Sid. 15.

Bilaga 1. Metod och genomförande

I denna bilaga beskriver vi metod, material och genomförande.

Kartläggning av tidigare rapporter och utvärderingar

I syfte att få en samlad bild av ungdomsmottagningarnas arbete har tidigare kartläggningar, rapporter och utvärderingar sammanställts och analyserats tematiskt. Sammanlagt identifierades och analyserades 115 rapporter och underlag från myndigheter, organisationer samt kommuner och regioner. Sökningarna genomfördes i två steg, inledningsvis genomföres en bred och systematisk sökning på myndigheters och organisationers hemsidor. För att fördjupa sammanställningen gjordes en andra sökning av dokument utfärdade av kommuner och regioner. Webbplatsernas sökfunktioner användes för sökningar på begreppet ”ungdomsmottagning”. Om den första sökningen resulterade i fler än 150 träffar, genomfördes i stället motsvarande sökning på respektive webbplats publikationssamlingar. Sökstrategin kompletterades med två öppna sökningar, där regionens eller kommunens namn kombinerades med sökorden ”ungdomsmottagning rapport” respektive ”ungdomsmottagning överenskommelse

Enbart dokument som var publicerade från och med 2015, och som bedömdes relevanta, inkluderades i sammanställningen. Bedömningen baserades på dokumentens huvudtitel och dokumenttyp. Samtliga regioner inkluderades i sökningen. Urvalet av kommuner gjordes därefter i två steg. Inledningsvis valdes sex regioner ut baserat på tillgång till relevanta dokument, geografisk spridning och befolkningstäthet. På motsvarande sätt valdes sedan fem kommuner per region, det vill säga totalt 30.

Arbetet genomfördes mellan november 2025 och januari 2026. Dokument publicerade från och med 2015 fram till november 2025 inkluderades i analysen. Sammanställningen baseras på en systematisk genomgång av rapporter, utredningar och andra kunskapsunderlag som har analyserats utifrån ett ramverk med sex olika analysdimensioner som speglar centrala aspekter av ungdomsmottagningarnas verksamhet och förutsättningar.

Dessa är:

- uppdragsbeskrivningar
- bemanning
- organisering

- styrning och huvudmannaskap
- målgrupper
- lokalisering och tillgänglighet

Ramverket har använts som utgångspunkt vid sökning och sammanställning av befintlig kunskap, och fungerat som ett stöd för att på ett heltäckande sätt kunna besvara arbetets vägledande frågeställningar.

Dialogmöten

Syftet med dialogmötena har varit att inhämta kunskap och erfarenheter från myndigheter. De professionsföreningar och civilsamhällesorganisationer vi har haft dialoger med är: Akademikerförbundet SSR, Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM), Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksföreningen för skolsköterskor, Svenska Barnmorskeförbundet (SBF), Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Tonårsgynekologi, arbetsgrupp inom SFOG, TON-ARG, Svensk kuratorsförening, Svenska Läkaresällskapet, Webbplats för alla mellan 13 och 25 år UMO.se, Ungdomsmottagningar i Samverkan (UMSAM) Vision och Vårdförbundet samt Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Materialet från enskilda dialogmöten, regional dialog samt skriftliga inspel är en tematiserad sammanställning där personuppgifter tagits bort. Under analysen har materialet sammanställts utifrån de mest vanligt förekommande temana för att skapa en samlad bild. Vi har vidare fått skriftliga inspel från sex av nio organisationer som tillfrågades i frågan om en eventuell nationell uppföljning av ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser. Dessa sex organisationer är: FSUM, NSPH, SBF, Svenska Läkaresällskapet, UMSAM och Vårdförbundet. Vi har under dialogerna ställt frågor inom tre teman, det första frågetemat handlar om bilden av ungdomsmottagningarna och ungas behov, den andra frågetemat handlade om jämlik tillgänglighet till ungdomsmottagningarna och det tredje frågetemat handlade om behov av kunskapsstöd, nationella riktlinjer eller stöd för uppföljning av ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser.

Vi har inhämtat synpunkter från kommuner även skickat frågor till Barn- och unga nätverket, som samordnas av SKR. I nätverket finns bland annat utvecklingsledare från regionala samverkans- och stödstrukturer representerade. De frågor som skickades ut var samma som under övriga dialoger, se frågeteman ovan. Totalt inkom svar från fyra län (Göteborg, Jämtland-Härjedalen, Skaraborg och Värmland).

Vi har haft kontakt med personer för nationella programområden (NPO) på Socialstyrelsen. Vi har vidare tagit tillvara arbetet i närliggande och pågående regeringsuppdrag på Socialstyrelsen.

Vi har haft samråd med de myndigheter som deltar i myndighetssamverkan för SRHR och hiv/STI prevention som leds av Folkhälsomyndigheten. Utöver Socialstyrelsen är Jämställdhetsmyndigheten, Myndigheten för ungdomspolitik och civilsamhällesfrågor, Migrationsverket, Myndigheten för delaktighet, Nationellt Centrum för kvinnofrid, Sida, Brottsoffermyndigheten, Kriminalvården, Barnafrid och Skolverket representerade i nätverket. Vi har också haft dialog med strategier med ansvar för SRHR och hiv/STI prevention på regional nivå. Samtliga regioner är representerade i nätverket.

Intervjustudie

Inom ramen för uppdraget har Folkhälsomyndigheten genomfört en studie om unga heterosexuella killars upplevelse av ungdomsmottagningar. Studien baseras på resultat från en kvalitativ intervjustudie genomförd av Stockholms universitet med unga män i åldern 16–29 år och kommer att publiceras som en rapport på Folkhälsomyndighetens webbsida.

Bilaga 2. Litteratursökningar

Två litteratursökningar har genomförts av Folkhälsomyndigheten respektive Socialstyrelsen.

Forskning om ungas upplevelser av ungdomsmottagningar, vilka grupper av unga som inte besöker ungdomsmottagningar och jämlik tillgång till ungdomsmottagningar

En systematisk kartläggning av svensk forskning om ungdomsmottagningar, med fokus tre centrala frågeställningar: 1) ungas upplevelser av ungdomsmottagningar, 2) vilka grupper av unga som inte besöker ungdomsmottagningar, samt 3) jämlik tillgång till ungdomsmottagningar har genomförts av Folkhälsomyndigheten. Den systematiska kartläggningen finns som en bilaga, se bilaga 2. Litteratursökningen gjordes i december 2025 i databaser som PubMed och Web of Science. Efter en tvåstegsgranskning (titel/sammanfattning och fulltext) inkluderades 71 studier i analysen (40 kvalitativa, 26 kvantitativa och fem med mixad metod). Materialet ger en mångsidig bild av ämnet, med analyser av ungas, personalens och strukturella perspektiv.

Forskning om ungas behov av ungdomsmottagningarnas insatser

En sammanställning av tidigare forskning om ungas behov av ungdomsmottagningarnas insatser i Sverige utifrån tidigare forskning har också genomförts. Följande frågeställningar ställdes: Vilka behov har barn och unga av ungdomsmottagningarnas insatser? Möts ungas behov av ungdomsmottagningen idag? Litteratursökningen gjordes i januari 2026 i databaserna PubMed, Swepub, SocIndex, Cinahl, PsycInfo och PsycArticles. 46 artiklar inkluderades och resultaten sammanställdes.

