

En växande patientgrupp och ett gemensamt ansvar

VÅRDPERSONAL BEHÖVER KUNSKAP OM UNGDOMAR OCH UNGA VUXNA

Anna Gutniak, specialist i allmänmedicin, ungdomsmottagningarna, Region Stockholm; sekreterare, Svensk förening för ungdomsmedicin

Johanna Forsberg, läkare, Beroendekliniken i Stockholm; ordförande, Nätverket Unga för tillgänglighet
● johannacforsberg@gmail.com

Charlotte Nylander, med dr, specialist i barn- och ungdomsmedicin, Centrum för klinisk forskning, Region Sörmland; Uppsala universitet; ordförande, Svensk förening för ungdomsmedicin

Under och efter puberteten sker en omfattande fysisk, psykisk, social och sexuell utveckling som inte enbart påverkas av könshormoner [1]. Denna förutsägbara utveckling mellan ca 10 och 24 års ålder har betydelse för vård och hälsa inom allt från levnadsvanor till läkemedelsmetabolism, från smärtupplevelse till suicidrisk [2]. I kliniska situationer bör varje område beaktas, det vill säga biologisk utveckling (kroppens strukturella och funktionella förändring), psykologisk utveckling (identitet, kognitiva och exekutiva funktioner), social utveckling (sociala arenor och vänskapsrelationer) samt sexuell utveckling (sexuell identitet, könsuttryck och romantiska relationer). Bedömningen krävs för att kunna anpassa handläggning och kommunikation samt avgöra beslutsförmåga eller behov av stöd från närstående [3]. Otakt mellan utvecklingsområden kan också bidra till ohälsa [4]. Biopsykosocial utveckling delas in i tre faser med något överlappande övergångar (Tabell 1): Tidig adolescens (ca 10–14 år), mellanadolescens (ca 14–17 år) och sen adolescens/ung vuxen ålder (ca 17–24 år) [1].

Tidig adolescens. Puberteten startar vid ca 10 års ålder hos flickor och något år senare hos pojkar, vilket visar sig genom brösttillväxt och längdspurt hos flickor och testikeltillväxt hos pojkar. I tidig adolescens ses genomsnittsåldern för menarke (ca 13 år) och för att första gången söka upp pornografi på nätet (ca 12 år). Optimism inför framtiden präglar ofta denna tid. Det finns en nyfikenhet på kroppen, men den är också källa till genans, vilket kan påverka upplevelsen av en kroppssundersökning.

Individen identifierar sig som en del av sin familj, umgås med någon eller några vänner i taget och rör sig mellan hemmet, skolan, fritidsaktiviteter och sociala medier. Det finns ett ökat behov av att klara sig själv och stänga dörren om sig. Tidsspännet som överblickas är kort och behovet av vuxenstöd är stort, men den unga förstår och resonerar alltmer abstrakt och kan börja göras delaktig i sin vård på ett nytt sätt.

Mellanadolescens. Under mellanadolescensen utvecklas kroppens könskaraktäristiska drag. Samtidigt sker den maximala identitetsutvecklingen. I sökandet efter sig själv testas den unga olika stilar och sätt att vara. Kamratrelationer blir centrala, och intresset för att undersöka intimitet, sexualitet och relationer är stort. Spänningssökande beteenden kan innebära hälsorisker, till exempel berusning eller att köra utan hjälm.

Individens ansvar och autonomi ökar, och det finns

en minskad benägenhet att söka vuxenråd, vilket inte ska tolkas som att vuxna och deras råd är betydelselösa eller inte uppskattade. Tidshorisonten vidgas till veckor, och dygnsrytmen förskjuts [5].

Senadolescens och ung vuxen ålder. I denna fas fortsätter ökning av behåring och ben- och muskelmassa. Tidsuppfattning och abstraktionsförmåga når sent i tonåren en vuxens nivå. Efter att jämnårigas åsikter tidigare värderats högt blir nu vuxna återigen sedda som rådgivare och diskussionspartners. Frågor om livsval och identitet är svåra och ibland betungande när framtiden blir en realitet. I denna ålder är kärleksrelationer mer ömsesidiga, och det är vanligt med tankar om familjebildning.

Unga vuxna är kompetenta, men de behöver uppmärksammas särskilt. De har ofta svag ekonomi, osäker boendesituation och ett skört socialt nätverk på grund av flyttning och splittrad kamratkrets. Det finns också en insikt om vad man »borde« klara av och känna till som vuxen [6]. Det kan göra det svårt att fråga om enkla saker, till exempel hur man hämtar ut recept eller om man själv behöver boka återbesöket.

Hjärnan

En omfattande strukturell förändring pågår åtminstone till 25-årsåldern, vilket har betydelse för inläring och hälsovanor. Psykosociala faktorer, fysisk ak-

HUVUDBUDSKAP

- Nya patientgrupper överlever barndomsåren, och många unga har behov av hälso- och sjukvård.
- Från pubertetsstart till vuxen ålder sker en förväntad biopsykosocial utveckling. Sjukdom påverkar utvecklingen och vice versa.
- Vid ungdomsvänlig vård är kommunikation, miljö, attityd och vårdkedjor anpassade för unga. Sådan vård förbättrar ungas hälsa, hälsolitteracitet och tilltro till vården, med effekt på folkhälsan.
- Även kompetenta unga vuxna kan behöva stöd av närstående.
- Information om tystnadsplikt samt enskilt samtal är grundläggande för anamneskvalitet och förtroende. Samtidigt övar patienten på att hantera sin sjukdom och vårdkontakter.
- Alla som möter unga patienter bör ha ungdomskunskap.

TABELL 1. Biopsykosociosexuell utveckling

Fas/domän	Tidig adolescens, ca 10–14 år	Mellanadolescens, ca 14–17 år	Sen adolescens och ung vuxen, ca 17–24 år
Biologi	Pubertetsstart. Kropp i förändring påverkar kroppsuppfattning, smärta, sinnesintryck.	Könskaraktäristisk kropp, ändrat sömn-mönster.	Fortsatt kroppslig utveckling. Hjärnan som en vuxens vid ca 25 års ålder.
Kognition/identitet	Konkreta > abstrakta tankegångar. Ökad förståelse för samband och fakta. Fantasier, associationer. Optimism. Identitet i familjen. Ifrågasätter vuxna i trygg miljö. Begynnande risktagande beteende, belöningsorientering, spänningssökande. Nu-orienterad. Tidshorisont 1–2 dagar.	Experimenterande med stilar, maximal identitetsutveckling. God logisk förmåga under optimala förhållanden, men svårt att abstrahera och värdera vid stress. Distanserar sig från vuxna, rådfrågar jämnåriga. Sårbar för risktagande, särskilt med jämnåriga. Tidshorisont vecka/veckor.	Tidshorisont och abstraktion samt ordförråd när vuxen nivå. Tankar om livsval, identitet i samhället. Vuxna åter som rådgivare och diskussionspartner.
Social arena/autonomi	Familj, skola, fritidsaktivitet, mindre vänskrets. Behov av eget utrymme. Begynnande autonomi i vardagen och hantering av egenvård.	Vänner, aktiviteter. Många geografiska, sociala, virtuella arenor. Skola, arbete. Självständighetshävdande och klarar att ta ansvar, men inte kontinuerligt och inte inom alla områden. Fortsatt behov av stöd från föräldrar och vuxna.	Studier, yrkesliv, fritidsintressen. Svag ekonomi begränsar. Osäker/varierande boendesituation. Flyttning splittrar kompiskrets och vårdkontinuitet. Det sociala skyddsnätet och stöd från omgivningen svagare. Autonom och kompetent att fatta beslut, men kan sakna faktakunskap och erfarenhet.
Sexualitet	Intresse för den egna kroppen, utseendet. Sexuell medvetenhet, njutning. Smek, hångel.	Utforskande av sexualitet, sexuell identitet, relationer.	Stabiliserad sexuell identitet. Tankar om familjebildning, långvariga relationer. Ömsesidighet i relationer.
Förslag för kliniken	Introducera enskilt samtal som del av besöket. Konkret och tydlig information och kommunikation. Lyhördhet vid kroppsuppsökning. Prata om egenvård, levnadsvanor. Stötta föräldrar i att fortsätta ansvara men ge ökande handlingsutrymme.	Belys och uppmuntra goda beteenden och ansatser. Psykosocial anamnes i fokus. Enskilt och gemensamt samtal, påminn om tystnadsplikt. Hjälper föräldrar i att vara engagerade, stöttande och gränssättande, men även att respektera och uppskatta den ökande självständigheten. Betona föräldrars viktiga roll i att skapa förutsättningar för att den unga i ökande grad ska kunna hantera sjukdom och vårdkontakter. Välkomna jämnåriga som medföljande på vårdbesök.	Ta ekonomi och boende-/livssituation i beaktande vid val av behandling och uppföljningsplan. Vid långvarig sjukdom, tänk på möjlig fördröjd social mognad, inklusive frigörelse från föräldrar och debut av riskbeteenden. Välkomna samtal om hur sjukdom påverkar framtidsplaner (inklusive familjeplanering) och vice versa. Skapa utrymme för patienten att visa okunskap om sådant man »borde veta«. Fråga om patienten har stöd, och i så fall vilket, och erbjud möjligheten att närstående är med vid besök och beslut.

tivitet, sömn och nutrition påverkar hjärnans utveckling, vilket gör det särskilt gynnsamt att uppmuntra och stötta ungas goda vanor [7].

Den strukturella förändringen sker centralt till periferin och occipitalt till frontalt [7], varvid exekutiva och inhiberande områden mognar sist, medan det limbiska systemet är uppreglerat och särskilt känsligt i närvaro av jämnåriga [8]. Ungas avvägningar präglas därför av ökad acceptans för risk och mindre frontal hämning jämfört med vuxnas, särskilt i känsloladdade situationer. En positiv konsekvens av experimenterande beteenden är att dopamin i det limbiska systemet aktiveras, vilket i sin tur bidrar till mognad i frontala regioner [9].

Parallellt med att den grå substansen minskar ökar den vita substansen och därmed nervledningshastigheten. Kopplingarna mellan hjärnans olika områden blir större och starkare [9]. Allt fler studier belyser pubertetshormonernas komplexa betydelse för delar av ungdomshjärnans utveckling.

Hjärnans utveckling, pubertetshormoner och sociala förändringar innebär också att smärta och andra sinnesintryck påverkas [10]. Detta är viktigt att ha i åtanke när unga söker för smärta samt inför ingrepp eller procedurer.

Ungas levnadsvanor, hälsa och sjukdom

Enligt Ungdomsbarometern anger ungdomar ett stort fokus på hälsa, vänner och familj och ett betydan-

de intresse för klimatfrågor. Ungas tobaks- och alkoholkonsumtion har minskat över tid, vilket är särskilt glädjande eftersom hälsoskadliga beteenden sällan debuterar efter ungdomsåren [11]. Den psykiska ohälsan ökar dock bland unga i hela världen [2, 12] och i Sverige [13]. Förekomsten av psykiatriska tillstånd och söktrycket till barn- och ungdomspsykiatri ökar [14]. När det gäller den fysiska hälsan är den förhållandevis god. Ändå uppskattas ca 20 procent eller fler av alla barn och unga i Sverige leva med en långvarig sjukdom.

När en ung person blir sjuk, eller när barnet med långvarig sjukdom går in i adolescensen, kan tillståndet påverka den biopsykosociala utvecklingsprocessen [1, 4]. Unga vuxna patienter kan vara både mer och mindre mogna än förväntat när de går över till vuxensjukvård. Bland unga med långvarig sjukdom är dessutom förekomsten av neuropsykiatriska problem och psykisk ohälsa större än bland friska [15]. Riskbeteenden är vanligare, och de unga omges av färre skyddsfaktorer än friska jämnåriga [15].

Utöver tillväxt och hormonella omställningar är psykosociala faktorer väsentliga för sjukdomsförlopp och behandling, inte minst stöd och krav från familj, kamrater och skola. Hjärnans intensiva utveckling under ungdomsåren leder också till nya sätt att prioritera. Vårdnadshavare utgör ofta den unga personens viktigaste stöd i egenvården och kan behöva sjukvårdens hjälp med såväl att släppa på ansvar som att ge

FAKTA 1. Tips inför möten med unga i vården

- Träffa patienten enskilt och med anhörig. Att ha enskilt samtal är nödvändigt och ska därför göras rutinmässigt på läkarens initiativ (och utan att den unga indirekt skickar ut föräldern genom att svara ja på frågan om föräldern ska gå ut).
- Visa med ord och kroppsspråk att patienten är huvudpersonen i mötet.
- Informera om tystnadsplikten.
- Var lyhörd och visa genuint intresse för det du får höra.
- Använd HEEADSSS (Fakta 2). Ställ öppna frågor inom dessa områden. I svaren på frågorna finns information som påverkar hälsa, vård och behandling. Återkoppla gärna de styrkor och psykosociala resurser som framkommer i samtalet.
- Var beredd på att oväntade ämnen, till exempel hur det är hemma, kan vara mer känsliga än till exempel substansbruk eller våld för individen du pratar med.
- Ha en icke-dömande attityd och visa uppskattning för den ungas ansträngningar och framsteg.
- Kommunicera och förklara individanpassat – stäm av med patienten för att hamna på rätt nivå.
- Ge tips om relevanta webbplatser (Fakta 3).
- Gör kroppsundersökning med respekt för integriteten. Förklara vad du gör eller letar efter och vad du noterar (till exempel att det ser normalt ut).
- Låt patienten sammanfatta vad ni kommit fram till.

FAKTA 2. Psykosocial anamnes enligt HEEADSSS. Baserad på [16].

H (HOME): Hemmamiljö och familjerelationer
E (EDUCATION/EMPLOYMENT): Utbildning och arbete, inklusive trivsel, miljö, ekonomi
E (EATING): Kost, ätande och kroppsuppfattning
A (ACTIVITIES): Fritidsintressen, vänner, fysisk aktivitet
D (DRUGS): Hälsoskadliga substanser, till exempel tobak, alkohol, narkotika, lustgas och dopning
S (SEX): Sexualitet och intima relationer
S (SAFETY): Säkerhet, våld och riskbeteenden i fysiska miljön och på nätet
S (SUICIDE): Allmänt mående, nedstämdhet och ångest, självskada, suicidtankar

FAKTA 3. Tips om webbplatser

FÖR UNGDOMAR: UMO.se, Mediprep.se, 1177.se eller relevanta patientföreningars sidor.
FÖR PROFESSIONEN: Ungdomsbarometern.se, CAN.se, <https://sffu.barnlakarforeningen.se/>

bättre stöd till sin ungdom, även efter 18 års ålder. Experimenterande och hälsoskadliga beteenden kan ge risk för sjukdomsförsämring och rentav död. Det är därför av största vikt att stärka omgivande skyddsfaktorer bland unga med långvariga sjukdomar [15]. Psykosocialt stöd som komplement till vård för långvariga sjukdomar efterfrågas av ungas patientorganisationer och skulle sannolikt förbättra hälsoutfall och livskvalitet.

Ungdomsvänlig vård

Konceptet »ungdomsvänlig vård« etablerades internationellt för drygt 20 år sedan och omfattar kunskap om ungas utveckling och deras särskilda behov, utmaningar och förutsättningar [2, 3]. Vården ska vara tillgänglig, kompetent, ändamålsenlig, behovsanpassad, icke-diskriminerande, tillgodose juridiska rättigheter, ske i samverkan med relevanta aktörer och utvärde-

»Sedan 2023 råder konsensus om att kunskap om unga ska införlivas i alla ST-målbeskrivningar inom EU ...«

ras genom datainsamling och analys. Ungas hälsolitetacitet och delaktighet är avgörande. Sedan 2023 råder konsensus om att kunskap om unga ska införlivas i alla ST-målbeskrivningar inom EU för att tillgodose ungdomars och unga vuxnas rätt till kompetent vård, bemötande och behandling.

Utöver medicinsk kompetens kräver ungdomsvänlig vård att personal har kunskap om ungdomars utveckling och ungdomsanpassad kommunikation [16] (Fakta 1). Ett personcentrerat bemötande och att fo-

kusera på personens styrkor och det som fungerar snarare än på problem ingår, liksom ökande inslag av enskilda samtal med patienten. När den unga personen upplever tillvaron och vård eller behandling som meningsfull, hanterbar och begriplig blir både följsamhet och hälsa bättre. I WHO:s riktlinjer belyses också betydelsen av stöd från samhället och samverkan mellan olika instanser och involverade unga [17].

I dag har vårdnadshavare tillgång till journal via 1177.se till dess att ungdomen fyller 13 år, och från 16 års ålder har den unga själv tillgång till journalen. Möjlighet finns för vårdgivaren att anpassa åtkomsten utanför dessa regler. Arbete gällande förändring av åldersgränser och åtkomst pågår.

För att säkerställa effektiva vårdkedjor behövs goda fysiska och digitala kommunikationsvägar. Kommunicerande dokumentations- och journalsystem kan vara grunden i det sistnämnda. Systemen bör omfatta uppgifter och indikatorer som kan användas för systematisk uppföljning av ungdomars hälsa och av hälso- och sjukvården [2].

Tystnadsplikt och egentid

Unga patienter behöver få information om tystnadsplikten och dess begränsningar. Det inger förtroende och öppnar för samtal om känsliga frågor [18]. Tystnadsplikt kan även råda gentemot vårdnadshavare, och ungdomar har rätt till samtal på egen hand. Information om ungas rättigheter bör finnas överallt där unga personer söker vård, till exempel i form av väntrumsanslag och/eller information till den enskilda. Det är lämpligt att som rutin informera om tystnadsplikten inklusive dess begränsningar och ha enskilt möte med den unga, åtminstone under en del av besöket, med start i tidig adolescens [19].

Tillsammans underlättar dessa åtgärder övergång från barn- till vuxensjukvård och skapar tilltro till vården och den egna förmågan [19]. Samtidigt stärks

föräldrarna, som kan behöva stöd i att lämna över ansvar för vård och behandling till patienten.

Genom ungdomsvänlig vård kan hälsa på individ- och gruppnivå förbättras, med effekt även på framtida hälsa. Studier visar dessutom att personalnöjdheten ökar när vårdgivare får utbildning inom ungdomsmedicin [20]. Med kunskap, konkreta verktyg för

kommunikation och ungdomsvänliga arbetssätt kan vårdkvaliteten förbättras inom både barn- och vuxensjukvård. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:24126

Läs mer!

Engelsk
sammanfattning på
Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Pocket book of primary health care for children and adolescents. Guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2022.
2. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HAI). Guidance to support country implementation. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health-care settings. A tool for health-care providers. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Itzep N, Roth M. Psychosocial distress due to interference of normal developmental milestones in AYAs with cancer. *Children (Basel)*. 2022;9(3):309.
5. Crowley SJ, Wolfson AR, Tarokh L, et al. An update on adolescent sleep: new evidence informing the perfect storm model. *J Adolesc*. 2018;67:55-65.
6. Gianinazzi ME, Kiserud CE, Ruud E, et al. Who knows? Information received, and knowledge about, cancer, treatment and late effects in a national cohort of long-term childhood, adolescent and young adult cancer survivors. *Cancers (Basel)*. 2022;14(6):1534.
7. Peper JS, Burke SM, Wierenga LM. Sex differences and brain development during puberty and adolescence. *Handb Clin Neurol*. 2020;175:25-54.
8. Chein J, Albert D, O'Brien L, et al. Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry. *Dev Sci*. 2011;14(2):F1-10.
9. Romer D, Reyna VF, Satterthwaite TD. Beyond stereotypes of adolescent risk taking: placing the adolescent brain in developmental context. *Dev Cogn Neurosci*. 2017;27:19-34.
10. Nahman-Averbuch H, Li R, Boerner KE, et al. Alterations in pain during adolescence and young adulthood. *Trends Neurosci*. 2023;46(4):307-17.
11. Yuen WS, Chan G, Bruno R, et al. Adolescent alcohol use trajectories: risk factors and adult outcomes. *Pediatrics*. 2020;146(4):e20200440.
12. GBD 2019 Adolescent Mortality Collaborators. Global, regional, and national mortality among young people aged 10-24 years, 1950-2019: a systematic analysis for the Global burden of disease study 2019. *Lancet*. 2021;398(10311):1593-618.
13. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22. Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2023. Artikelnr 22228.
14. Psykiatri i siffror. Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2022. Stockholm: Sveriges Kommuner och regioner; 2022.
15. Nylander C, Fernell E, Tindberg Y. Chronic conditions and coexisting ADHD – a complicated combination in adolescents. *Eur J Pediatr*. 2015;174(9):1209-15.
16. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent Psychosocial Assessment: the HEEADSSS. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2017;55(5):24-7.
17. Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Vol 1-4. Geneva: World Health Organization; 2015.
18. Haraldsson J, Pingel R, Nordgren L, et al. Confidentiality matters! Adolescent males' views of primary care in relation to psychosocial health: a structural equation modelling approach. *Scand J Prim Health Care*. 2022;40(4):438-49.
19. Chung RJ, Lee JB, Hackell JM, et al; Committee on Adolescence; Committee on Practice & Ambulatory Medicine. Confidentiality in the care of adolescents: policy statement. *Pediatrics*. 2024;153(5):e2024066326.
20. Riley M, Patterson V, Lane JC, et al. The Adolescent Champion model: primary care becomes adolescent-centered via targeted quality improvement. *J Pediatr*. 2018;193:229-36.e1.

SUMMARY

A growing patient group and a shared responsibility. Healthcare providers must have knowledge about adolescents and young adults

Adolescents and young adults represent a growing patient group in various clinical settings. To effectively address their needs, healthcare providers must have knowledge about the unique developmental aspects of this age group, which includes physical, psychological, social, and sexual maturation. Young people, defined as ages 10 to 24, experience critical changes in identity formation, autonomy, and social relationships, all of which influence diverse parameters such as health behaviours, pain perception, and treatment outcomes. Developmental milestones are divided into early, middle, and late adolescence/young adulthood, each with its specific characteristics regarding bodily changes, identity exploration, and increased independence. The structural and functional maturation of the brain continues into the mid-20s, affecting decision-making and risk perception.

Health behaviours in youth are important predictors of long-term well-being, while chronic illness during this period can complicate the biopsychosocial development process. The concept of adolescent-friendly health care emphasizes a tailored approach, including appropriate communication, respect for confidentiality, and support for decision-making autonomy. As health care systems strive to improve care for young people, there is a need for integrated, youth-centered services that account for both medical and psychosocial factors. This approach has been shown to enhance patient satisfaction and improve long-term health outcomes for young patients.