

**2021-11-22**

# Förstudie MiniMaria i Jämtland Härjedalen

BESLUTSUNDERLAG

**Arbetsgrupp;**

Lena Danielsson, Social -och arbetsmarknadsförvaltningen Östersund

Catrine Skoglund, Enheten Velfärd och klimat, Region Jämtland Härjedalen

## Innehåll

1.	INLEDNING.....	2
1.1	Utredningsuppdrag.....	2
1.2	Genomförande .....	2
2.	BAKGRUND .....	3
2.1	Myndigheternas samverkansskyldighet.....	3
2.2	Socialstyrelsens nationella riktlinjer.....	3
2.3	Barnkonventionen som lag.....	3
2.4	Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag.....	4
2.5	Samsjuklighetsutredningen .....	4
3.	NYTTAN AV EN MINIMARIA-MOTTAGNING I JÄMTLAND HÄRJEDALEN .....	5
3.1	Utvärdering av behandlingsresultat .....	6
3.2	Nyttan för verksamheterna .....	6
3.3	Nyttan för individen .....	7
3.4	Ekonomiska nyttan samt räkneexempel för placering.....	7
4.	OMVÄRLDSANALAYS .....	7
4.1	Kortfattat resultat av omvärldsanalys .....	7
4.2	Resultat av samtal med referensgruppen .....	8
4.3	Unga i Jämtland Härjedalen .....	9
4.4	Räkneexempel gällande bemanning .....	10
5.	UTREDNINGENS FÖRSLAG .....	11
5.1	Förslag på målgrupp och uppdrag.....	11
5.2	Förslag på lokalisering och tillgänglighet.....	12
5.3	Förslag på huvudmannaskap och avtal .....	13
5.4	Huvudmännens ansvarsområde/åtagande .....	13
5.5	Fördelning av kostnader .....	14
6.	FORTSATT ARBETE .....	15
6.1	Beslut att fatta.....	15

## 1. INLEDNING

MiniMaria-mottagningar är specialiserade öppenvårdsenheter som vänder sig till ungdomar med risk- och missbruksproblem. Mottagningarna började, med Maria Ungdom i Stockholm som förebild, att byggas upp i de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö under 2000-talets första decennium. Under senare år har det även tillkommit ett flertal liknande integrerade verksamheter i andra större städer/regioner och finns bl a på Gotland och i Södra Älvsborg, Sollentuna, Sundbyberg.

Öppenvårdsmottagningarna bedrivs i olika former av samverkan mellan kommuner och regioner och på mottagningarna ges behandling av alkohol- och narkotikamissbruk samt rådgivning och stöd för ungdomar och/eller anhöriga. Gemensamt för de flesta mottagningarna är att man erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning kring missbruk av alkohol och droger, drogtestar, individuell eller familjeterapeutisk behandling samt manualbaserade behandlingsprogram. I uppdraget ingår ofta också information och rådgivning till andra verksamheter och yrkesgrupper som kommer i kontakt med ungdomar. En viktig utgångspunkt för MiniMaria är att nå unga människor och deras närstående i ett tidigt skede av risk -och missbruk för att förhindra utveckling av allvarigare problematik och att mottagningen skall arbeta hälsofrämjande. Det finns även en målsättning att MiniMaria skall vara välkänt av ungdomar och deras familjer, samt av andra professionella som träffar målgruppen.

Den genomsnittliga vårdtiden är fyra till sex månader och personalen består av socionomer, sjuksköterskor, psykologer och läkare.

### 1.1 Utredningsuppdrag

I september 2021 erhöll Lena Danielsson, Verksamhetsutvecklare vid Social -och arbetsmarknadsförvaltningen i Östersunds kommun, uppdrag från Barnarenan att under tiden 1 september – 30 november 2021 ansvara för att utreda förutsättningar och behov för ett tillskapande av en länsgemensam integrerad verksamhet för unga med missbruk och psykisk ohälsa i länet. Information om utredningen har även getts i Sociala vård- och omsorgsgruppen, SVOM.

Bakgrunden till uppdraget var att Östersunds kommun, tillsammans med Barn- och ungdomspsykiatri, hösten 2020 ansökte om projektmedel för uppstart av MiniMaria. Projektet beviljades dock ej medel med anledning av att det var av så pass stor omfattning och avsåg en etablering av en ny verksamhet. Bedömningen var att ytterligare förankringsarbete behövde göras på flera nivåer inom regionen och med övriga kommuner som är en del av regionens upptagningsområde. Utredningen ska därför inriktas på att kartlägga vilka behov och förutsättningar som finns hos länets samtliga kommuner samt inom både Barn - och ungdomspsykiatri, Vuxenpsykiatri och Primärvården inom Region Jämtland Härjedalen.

### 1.2 Genomförande

En arbetsgrupp bestående av Lena Danielsson, Social -och arbetsmarknadsförvaltningen och Catrine Skoglund, Enheten Velfärd och Klimat, Region Jämtland Härjedalen, har träffats regelbundet under utredningstiden för att planera arbetet, omvärldsbevaka, inhämta och sammanställa materialet.

En referensgrupp bestående av representanter från;

- IFO-verksamheterna i länets kommuner - IFO-chefer, enhetschefer och en samordnare för öppenvården
- Region Jämtland Härjedalen - Områdeschef Barn Unga Vuxna, tf enhetschef för beroendeenheten och tf Primärvårdsschef
- Enhets -och verksamhetschef för Ungdomsmottagningarna Jämtland Härjedalen,
- Jämtlands Gymnasium via Elevhälsochef och skolläkare
- JLB samt Tilia

har bidragit med kunskaper angående behoven i länet. Referensgruppen har träffats i olika konstellationer under arbetsprocessen och via återkoppling genom mail. Enskilda möten har skett med Tilia och ungdomsmottagningen.

## 2. BAKGRUND

### 2.1 Myndigheternas samverkansskyldighet

Det finns en allmän lagstadgad skyldighet för myndigheter att samverka och regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården vilket regleras bl.a. i socialtjänstlagen (SoL) och i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Hälso- och sjukvården har sedan tidigare ansvar för att behandla spelberoende, precis som vid andra psykiatriska tillstånd. 1 januari 2018 utvidgades, via en lagändring, socialnämndens ansvar som tidigare bara gällt vid missbruk av beroendeframkallande medel till att gälla även vid spelmissbruk (spel om pengar).

Sedan 1 juli 2013 finns även en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk och beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel. Länets överenskommelse är nyligen reviderad och gäller för åren 2021-2023.

Av SKL:s ”Handlingsplan mot missbruk och beroende, - Tidig upptäckt, Tidiga insatser, Stöd och Behandling för personer i åldern 13-29 år” tydliggörs det att det råder en stor samstämmighet kring vikten av att arbeta med tidiga och samordnade insatser. Utgångspunkten är att hjälpen ska finnas där barnen, föräldrarna, de unga och unga vuxna är. Kommuner och regioner bör utveckla arbetet med tidiga och samordnade insatser mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola för barn, unga och unga vuxna.

Av Socialstyrelsens nationella riktlinjer gällande vård och stöd vid missbruk från 2019 framgår även att samverkan är central. Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna i riktlinjerna kommer att kräva utökad samverkan, både mellan kommuner och regioner, och mellan olika kommuner. Det framgår att det är viktigt med samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna. Vidare kan det innebära att små kommuner behöver samarbeta för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser samt en integrerad vård och behandling. Det framgår också att det är troligt att man i flertalet län väljer att organisera fasta strukturer för att säkerställa en smidig och integrerad samverkan. Erfarenheterna från utvecklingen av samverkande vårdssystem, till exempel från Stockholms integrerade mottagningar (där MiniMaria är ett exempel), är att regioner och kommuner kan spara resurser genom en ökad samverkan.

### 2.2 Socialstyrelsens nationella riktlinjer

I riktlinjerna tar Socialstyrelsen upp vikten av att ungdomar ges både psykologisk och psykosocial behandling samtidigt. Vid missbruk hos ungdomar samspelar ofta psykiska och sociala faktorer och påverkar missbruket. Förekomsten av samtidigt missbruk och psykiska problem är hög. Liksom för vuxna är det viktigt att samsjukligheten med psykiska problem uppmärksammas och att ungdomarna får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Både bedömning och behandling av psykiska tillstånd behöver därför genomföras samtidigt som de insatser som rekommenderas i dessa riktlinjer. Med ungdomar avses i dessa riktlinjer personer i åldern 12–18 år. Detta åldersspann behöver dock inte ses som en strikt gräns för när rekommenderade behandlingsmetoder är tillämpliga. I de studier som ligger till grund för rekommendationerna har deltagarna varit 10–23 år, med en majoritet i 16-årsåldern.

(Läs mer på s 59; <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>)

### 2.3 Barnkonventionen som lag

Den 13 juni 2018 fattade Riksdagen beslut om att inkorporera FN:s konvention om barnets rättigheter i svensk lag den 1 januari 2020. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. En inkorporering av barnkonventionen bidrar till att synliggöra barnets rättigheter. Det är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)).

Barnkonventionen handlar om barnets rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda. Den innehåller fyra grundläggande principer som ska vara styrande för tolkningen av övriga artiklar, men som också har en självständig betydelse. Det är principen om ickediskriminering (artikel 2), principen om barnets bästa (artikel 3), rätten till liv och utveckling (artikel 6) samt rätten att få komma till tals och bli respekterad (artikel 12).

## 2.4 Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag

Utredningen Framtidens socialtjänst lämnar ett flertal förslag som tillsammans skapar förutsättningar för en hållbar socialtjänst. Utredningens större förslag handlar om en förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, övergripande planering och planering av insatser, kunskapsbaserad socialtjänst och möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående behovsprövning. Utredningen remissbehandlades fram till februari 2021 och beräknas träda i kraft 1 januari 2023.

Förslagen som handlar om att socialnämnden ges möjlighet att tillhandahålla insatser på service utan föregående individuell behovsprövning och biståndsbeslut leder till att den enskildes delaktighet och självbestämmande ökar och även att det förebyggande arbetet kan stärkas.

Genom lätt tillgängliga insatser och låga trösklar kan den enskildes egna initiativ tas till vara när motivationen finns där. Utredningens förslag ger kommunerna en möjlighet att skapa en effektivare organisation med ökad tillgänglighet, självbestämmande, valfrihet, mindre byråkrati samt att fokusera mer på förebyggande och stödjande arbete. ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)).

## 2.5 Samsjuklighetsutredningen

Samsjuklighetsutredningens uppdrag syftar till att skapa förutsättningar för att personer med samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Utredningen planerar att föreslå att kommunernas och regionernas ansvar för att bedriva en samordnad vård- och stödsamordning regleras i lag. Verksamheten bör om det är möjligt omfattas av särskilda bestämmelser om sekretess, dokumentation och journalföring som underlättar samarbetet.

Samsjuklighetsutredningen bedömer att för att samordnade insatser ska kunna säkerställas måste samordningen utgå från personens egna mål, behov och resurser. Utredningen har i sitt inledande arbete genom en kvalitativ metod undersökt vilka mål som personer med samsjuklighet och anhöriga anser är viktigast att samhällets samlade insatser uppnår. Dessa är framförallt:

- Tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk
- Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den
- Stöd och vård som hänger ihop som en helhet
- Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk

Det finns faktorer i dagens system som försvårar att verksamheter med ansvar inom området kan ge samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser. När det gäller verksamheternas kvalitet och innehåll så är utredarna av den åsikten att förebyggande och tidiga insatser kan förstärkas samt att tillgången till vård- och behandlingsinsatser är otillräcklig och ojämlig över landet. Hälso- och sjukvården behandlar inte beroende och psykisk sjukdom samtidigt och de anser att integrerade verksamheter inte erbjuds i tillräcklig omfattning och att det dessutom inte stöds av nuvarande regelverk.

De tar upp organisatoriska faktorer, bland annat att Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens delade ansvar för vård och behandling av missbruk och beroende är inte ändamålsenligt samt att lagstadgade krav på organisatorisk samverkan hittills inte har fått önskat resultat.

Utredningen gör bedömningen att för att fullgöra uppdraget på ett sätt som motsvarar syftet krävs förslag på sex områden. Några av dessa områden handlar om att säkerställa att regioner och kommuner samordnar insatser utifrån den enskildes behov och resurser samt att ta fram förslag på hur man ska arbeta för att uppnå en förbättrad hälsa och ökad samordning kring barn och unga som har eller riskerar att utveckla samsjuklighet

Utredningens inriktning är därför att kommuner och regioner ska ha *skyldighet* att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Verksamheten ska så långt det är möjligt innehålla psykiatrisk vård (inklusive beroendevård), psykologiska insatser, omvårdnadsinsatser, stöd till boende och stöd till sysselsättning. Inom ramen för insatsen ska psykiatrisk behandling, inklusive behandling för beroende, finnas tillgänglig. Verksamheten ska arbeta uppsökande och vara lätt att ta kontakt med, vilket innebär att delar av verksamheten måste kunna vara mobil. Insatserna ska så långt det är möjligt kunna ges där den enskilde befinner sig. Verksamheten ska samarbeta med personens nätverk om hen inte motsätter sig det.

Vidare är samsjuklighetsutredningens inriktning att hälso- och sjukvården ska ansvara för

1. Medicinsk -
2. Psykologisk -och
3. Psykosocial behandling

på samtliga vårdnivåer för samtliga psykiatriska diagnoser, inklusive skadligt bruk och beroende.

Socialtjänsten ska, enligt utredningen, ha fyra huvudsakliga ansvarsområden när det gäller personer som har ett skadligt bruk eller beroende.

1. Uppsökande verksamhet, information om och förmedling till samhällets stöd.
2. Stöd för basala behov som försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang.
3. Stöd för att utveckla den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv.
4. Stöd till närstående

Vid sidan om frågan om ansvarsfördelningen undersöker utredningen även möjligheten att lägga konkreta förslag som ökar samordning, behovspassning och personcentrering för barn och unga med samsjuklighet. Utredningens har i denna del valt att fokusera på barn och unga som riskerar att utveckla skadligt bruk eller beroende, som samtidigt har annan psykisk ohälsa och som riskerar att fara illa på grund av övergrepp eller försummelse eller på grund av sitt eget beteende. Huvudsakligen kommer utredningen koncentrera sig på hur hälso- och sjukvårdsbehovet hos den gruppen med komplexa problem kan tillgodoses bättre än idag. ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)).

### 3. NYTTAN AV EN MINIMARIA-MOTTAGNING I JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Det övergripande målet med att införa en MiniMaria-mottagning i Jämtland Härjedalen är att unga med en begynnande psykisk ohälsa och risk/missbruksproblem skall få lättillgänglig, effektiv och god behandling och vård. På MiniMaria skall behandling och stöd erbjudas enligt beprövade och rekommenderade metoder för målgruppen och deras närstående. Vidare är målsättningen att samtliga ungdomar och deras familjer i upptagningsområdet skall få samma möjligheter till riktat och specialiserat stöd enligt beprövade och rekommenderade metoder oberoende av vart i länet de bor. Genom att bedriva en integrerad mottagning innebär det att ungdomarna och deras familjer kan ha endast en vårdkontakt istället för två eller tre.

I den nyligen reviderade Länsöverenskommelsen förs behovet fram av att en integrerad mottagnings- och behandlingsenhet i likhet med MiniMaria skulle behövas också i Jämtland Härjedalen. Huvudmännen är

överens om att gemensamt fortsätta utveckla en lösning på detta behov med sikte på att ställningstagande kring detta är klart senast till nästa revidering av denna överenskommelse.

Då mottagningen skall vara integrerad kommer det att innebära samordningsvinster för både kommunerna och Regionen. MiniMaria skall även vara en naturlig del i vårdkedjan och erbjuda konsultativt stöd vad gäller missbruk, riskbruk och beroende till andra professionella inom exempelvis skola, socialtjänst och primärvård. Genom att erbjuda riktat tvärprofessionellt stöd genereras även sociala vinster när fler unga tidigare snabbt får tillgång till rätt riktat stöd.

Det finns flertalet olika nyttoaspekter med en MiniMaria-mottagning. Forskning visar bland annat på positiva behandlingsresultat. Nedan följer en kort beskrivning av behandlingsresultat följt av nyttan ur ett verksamhets -och individperspektiv.

### 3.1 Utvärdering av behandlingsresultat

En direkt vinst av en MiniMaria-mottagning är att arbetssättet motverkar dubbelarbete och skapar samordningsvinster genom direkta kommunikationsvägar i samverkan mellan mottagningens olika huvudmän. MiniMaria skall syfta till att möjliggöra och erbjuda en mer sammanhållen vårdkedja för unga personer med missbruksproblematik och det långsiktiga målet med vårdinsatserna på MiniMaria är att minska utanförskap för personer med missbruksproblematik samt skapa en effektiv och god vård och behandling för målgruppen. Fångar mottagningen upp fler unga i missbruk i ett tidigt skede innebär det att mottagningen blir en god social investering. En målsättning med MiniMaria är att den genom att erbjuda riktat tvärprofessionellt stöd genererar sociala vinster när fler unga tidigare snabbt får tillgång till rätt riktat stöd.

Arbetet på MiniMaria i Stockholm, Göteborg och Malmö följs systematiskt. Projektet Trestad2 ligger bakom arbetet med att ta fram sätt att följa upp behandlingsresultatet. Projektet har bedrivits inom ramen för den nationella satsningen mot ungdomars ökade användning av cannabis. Syftet med projektet Trestad2 har varit att utveckla och implementera en modell för kontinuerlig uppföljning av MiniMaria:s behandlingsresultat. Den systematiska uppföljningen av resultatet kan ske genom att använda sig av en strukturerad intervju utvecklad för unga med missbruksproblem Ung-DOK vilken är utvecklad specifikt för MiniMaria tillsammans med forskare från Linnéuniversitetet i Växjö.

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/ungdok/>

Anderberg och Dahlberg m fl publicerade 2015 en rapport "Lokal uppföljning av ungdomar med missbruksproblem vid Mini-Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö" där behandlingsresultaten för unga som varit aktuella på MiniMaria presenteras. Rapporten visar på goda behandlingsresultat. Påtagliga skillnader i användningsfrekvens av den primära drogen mellan inskrivning och uppföljning påvisas.

### 3.2 Nyttan för verksamheterna

Vid ett införande av en MiniMaria mottagning innebär det nytta för verksamheterna sammanfattningsvis enligt nedan:

- Ett utökat utbud och kvalitet på insatser för unga med missbruk, ett kompetenscentrum och specialiserad vård och stöd som inte finns idag.
- Riktade och effektiva insatser och spetskompetens kring målgruppen gällande både substansmissbruk och spel om pengar som även genererar sociala vinster.
- En integrerad mottagning som innebär samordningsvinster för båda huvudmännen.
- Sparar tid och resurser för professionella.



### 3.3 Nyttan för individen

En MiniMaria-mottagning genererar stor nytta för de individer och deras anhöriga som kommer i kontakt med mottagningen. Följande positiva effekter blir märkbara för ungdomarna och deras närstående;

- Tidig upptäckt och insats motverkar allvarligt missbruk och förebygger psykisk ohälsa.
- Minskat lidande för familjen och den enskilde ungdomen.
- Ett ställe att gå till och en sammanhållen vårdkedja som innebär trygghet.
- Fokus på hela ungdomen och nätverket.
- Hög tillgänglighet och snabb insats.
- Rätt riktat stöd utifrån professioner med rätt kompetens.
- Likvärdig vård/stöd i hela regionen. Unga med missbruksproblem i Jämtland Härjedalen skall ha samma tillgång till kvalitativ vård som unga i storstadsområdena.

### 3.4 Ekonomiska nyttan samt räkneexempel för placering

Heldygnsvård för unga är en dyr kostnad för kommunerna. Heldygnsvård på ett HVB-hem för unga kan variera oerhört i kostnad beroende på vårdbehovet hos den unge. En placering för en ungdom med ett inte allt för omfattande vårdbehov men med ett avancerat etablerat missbruk kan kosta kommunerna i länet som minst ca 3500 kr per dygn, en placering kan pågå från allt mellan 3 månader upp till flera år.

En placering på ett HVB-hem i sex månader med en dygnskostnad på 3.500 kr innebär en kostnad på 630 000 kr. En placering på SiS, Statens institutionsstyrelse, låst avdelning innebär en kostnad på ca 8.600 kr per dygn (behandlingsplats), vilket efter sex månader innebär en kostnad 1 548 000 kr.

Det innebär att om MiniMaria-mottagningen kan fånga upp unga i ett tidigt skede av missbruket och på så vis undvika heldygnsvård blir mottagningen en god investering av skattemedel. Enkelt räknat så innebär det att för vissa av de mindre kommunerna i länet så räcker det att undvika en placering för att mottagningen blir direkt ekonomiskt försvarbar (se fördelning nedan).

Kommun	Befolkning	%	Kostnad per år
Berg	5 209	5,43	126 519
Bräcke	6 207	4,74	110 442
Härjedalen	10 045	7,66	178 478
Krokom	15 027	11,47	267 251
Ragunda	5 209	3,97	92 501
Strömsund	11 495	8,77	204 341
Åre	11 981	9,14	212 962
Östersund	63 987	48,82	1 137 506
<b>Totalt:</b>	<b>131 064</b>	<b>100</b>	<b>2 330 000</b>

Figur 1. Fördelning enligt kommunernas folkmängd 2020-11-01

## 4. OMVÄRLDSANALAYS

### 4.1 Kortfattat resultat av omvärldsanalys

Arbetsgruppen har gjort en omvärldsanalys och det samlade resultatet av det presenteras här mycket kort. Förutom att arbetsgruppen har sökt upp relevant information i forskning och rapporter har bl.a. följande aktiviteter skett:



- Referensgruppsdiskussioner i olika konstellationer där de flesta av länets kommuner varit representerade, Region Jämtland Härjedalen (vuxen -och barnpsykiatri samt primärvården), Ungdomsmottagningen, Jämtlands Gymnasium/Elevhälsan, JLB (Jämtlands läns brukarråd) samt Tilia (Ungas beställning till samhället) har bidragit med kunskaper angående behoven i länet.
- Digitala studiebesök hos MiniMaria Gotland och MiniMaria Södra Älvsborg som har bidragit med värdefull kunskap och erfarenheter av att bygga upp och bedriva en MiniMaria-mottagning.

#### 4.2 Resultat av samtal med referensgruppen

De professionella som möter dessa unga önskar ett lättillgängligt och flexibelt stöd och någonstans att hänvisa exempelvis oroliga föräldrar. Referensgruppens deltagare är samtliga överens om att mottagningen bör rikta sig till ungdomar upp till 21 år och att inte ha någon nedre åldersgräns. Vikten att inrikta sig på tidig upptäckt poängterades och att inte ha en alltför bred åldersgrupp uppåt. Samtliga bedömde att det finns behov av att utforma en verksamhet som minskar glappet som kan inträffa mellan BUP och Vuxenpsykiatri när den unge fyller 18 år. Genom att ha en verksamhet som sträcker sig upp till 21 år så följer det lagstiftningen utifrån SoL/LVU och de insatser som är utformade för länets ungdomar sedan tidigare. Det är viktigt att bygga upp en integrerad verksamhet för att undvika att ungdomarna och deras familjer bollas mellan olika verksamheter och att det är mycket viktigt att försöka skapa en jämlik vård i länet. Den utmaning som lyftes är dock att det redan nu är långa köer till behandling vilket kan innebära ett tidsglapp med lång väntan från bedömning av behov till dess att utredning och/eller behandling kommer igång inom regionens övriga verksamheter. Det betonades även att det är av stor vikt att samtlig sjukvårdspersonal har en tydlig förankring och tillhörighet till befintlig Barn -och ungdomspsykiatri och primärvården/Vuxenpsykiatri.

Vidare var samtliga överens om att det är viktigt att minska trösklarna in och att det därför ska vara möjligt att komma till MiniMaria-mottagningen på service utan biståndsbeslut men att det även kan vara bra att det finns som ett bistånd. Många betonade även vikten av tidigt förebyggande arbete och tidig upptäckt samt behovet av information till skolorna och hur viktigt det är att etablera en god samverkan med elevhälsan.

Frågan om tillgänglighet diskuterades länge då det är den största utmaningen för länet då det är geografiskt stort. Diskussionerna handlade om hur verksamheten bör utformas för att alla kommuner ska känna att de och deras medborgare har nytta av att ingå i samverkan. Flera olika lösningar och former av tillgänglighet diskuterades som exempelvis en huvudmottagning i centralorten Östersund med olika närmottagningar i länet, mobila team som åker ut vid behov, möjlighet att uppsöka den mottagning man själv önskar (dvs om man studerar/jobbar bor på en annan ort än där man bor) Det kom även fram en del goda idéer om filialer och samlokalisering av dessa med syfte att finnas där ungdomarna befinner sig, som kan vara värd att fundera över. Tillgänglighet diskuterades även utifrån digitala lösningar som websida med information och kontaktformulär, generösa telefontider där man lätt får kontakt och slutligen behovet av kvällsöppet eller inte.

När det gäller nyttan av att som kommun ingå som part i MiniMaria betonade några att det kan vara av värde att vara med även om det inte tydligt framgår hur pass stort behovet/underlaget är idag. Det är ett stort mörkertal och det kan finnas många som vi inte känner till. En del ungdomar studerar på en annan ort i länet än där de bor, vilket leder till att deras behov inte alltid är kända på hemorten. Det bedömdes viktigt att inte utesluta några ungdomar utan att det bör vara jämlikt i länet samt att det kan dyka upp fler om det sprids att MiniMaria finns och att det inte krävs ett biståndsbeslut.

Slutligen uttalades det en oro från representanterna från JGY/Elevhälsan för konsekvenserna för de ungdomar de möter om inte alla ansluter sig till MiniMaria. Konsekvensen av det skulle kunna bli att alla ungdomar inte har samma förutsättningar att få hjälp. Slutpoängen blev således att det är viktigt att få med

samtliga kommuner så att det blir en god och nära vård i hela länet och att det blir jämlikt för samtliga oavsett vart man bor och utifrån de olika behov som föreligger.

### 4.3 Unga i Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen har deltagit med ett utökat urval i Centraförbundet för alkohol och narkotikaförbundets (CAN) undersökning Skolelevers drogvanor år 2008, 2012, 2015 och 2019. Jämfört med tidigare mätningar har det skett en positiv utveckling inom en rad områden sedan 2008, 2012 och 2015.

Resultatet för 2019 visar att en positiv utveckling har skett sedan den senaste mätningen vad det gäller tobak och alkohol. Sedan mätningarna påbörjades 2008 har andelen alkoholkonsumenter minskat successivt i länet och det följer den nationella trenden. Det syns också en nedgång i andelen som uppger att de röker jämfört med tidigare mätningar. Samtidigt som flera förbättringar har skett i länet finns fortfarande behov av att arbeta långsiktigt med följande områden:

*Psyiskt välbefinnande* En lägre andel flickor uppger att de är nöjda med sig själva jämfört med tidigare mätningar. 47 procent av flickorna och 75 procent av pojkarna uppgav att de var nöjda med sig själva. Liknande mönster finns också när det gäller andelen flickor som uppger att de har en god hälsa. Resultatet visade att 55 procent flickorna och 78 procent av pojkarna var nöjda med sin hälsa.

*Föräldrar och vårdnadshavares attityder och inställningar* Föräldrar och vårdnadshavares attityder och inställningar är viktiga i arbetet med att minska användande av olika droger bland ungdomar. Rapporten visar att fortfarande var femte elev i årskurs 9 och mer än var tredje elev i gymnasiet år 2 uppger att de har blivit bjudna på alkohol av sina föräldrar/vårdnadshavare. Resultatet visar även att elevers relation till sina föräldrar och föräldrars gränssättning har betydelse för ungdomars drogvanor. I resultatet syns dock en positiv trend vad gäller alkohol där andelen alkoholkonsumenter, intensivkonsumenter och där andelen som gjort sin alkoholdebut innan 14 års ålder har minskat.

*Narkotika och drogliberala attityder* Undersökningen visar att det skett en ökning vad det gäller andelen som uppger att de blivit erbjudna att prova eller köpa narkotika. Narkotikaerfarenheten har över tid varierat mellan 5–7 procent bland elever i årskurs 9 och 13–15 procent i år 2 på gymnasiet. Någon tydlig uppgång i mer frekvent narkotikaanvändande syns inte i denna rapport. Vanligaste drogen bland de som använt narkotika var hasch och marijuana följt av kokain och smärtstillande. En ökning syns också vad det gäller riskuppfattning bland elever där fler uppger att det är en låg risk att testa cannabis. I årskurs 9 har andelen flickor som uppger att de har använt receptbelagda sömnmedel och lugnande läkemedel utan läkarordination ökat något jämfört med tidigare mätningar.

Utifrån resultatet finns det behov att arbeta långsiktigt med följande områden:

- Psykiskt välbefinnande
- Föräldrars och vårdnadshavares attityder och relationer till sina ungdomar
- Narkotika – tillgänglighetsbegränsande insatser och förstärkta kunskaper – framför allt drogliberala attityder

Länsrapporten finns på; [Skolelevers drogvanor - Region Jämtland Härjedalen \(regionjh.se\)](https://regionjh.se)

**Föreningen Tilia** (Ungas beställning till samhället) har bidragit med värdefull kunskap och specialkompetens som komplement till den bild som kommer fram i drogvanundersökningen. Framst vad gäller hur olika stödinsatser bör vara utformade för att unga ska uppleva stödet som tillgängligt och anpassat för deras behov. De har nyligen haft en workshop med ungdomar där frågorna diskuterats och det har resulterat i några huvudpunkter värda att nämna;

- Ett lätt tillgängligt stöd med generösa telefontider och digitala möjligheter att söka information, ta kontakt och boka tid via webben
- 1177-känsla där en samordnare guidar rätt
- Låga trösklar in
- Efter den första kontakten via telefon eller web så betonar ungdomarna vikten av att de får en första besökstid snabbt, helst inom 3-4 dagar och maximalt med 1 veckas väntetid.
- Rätt information vid första mötet – förutsägbart, konkret och tydligt
- Rätt person på rätt plats – ungdomarna själva menar att det är avgörande att personalen inte enbart har rätt kompetens utan även att de har stor personlig lämplighet. Annars finns det en risk för att ungdomar inte kommer att söka sig till MiniMaria.
- Bemötande som förmedlar en känsla av att det finns tid och att de blir sedda, bekräftade och hörda
- Hjälp mellan hjälpen – ungdomarna beskriver att många har behov av stöd mellan mötena med utsedd behandlare

När det kommer till riskbruk/missbruk så poängterar de vikten av att komma in tidigt, framförallt när det gäller alkohol, för att förebygga och förhindra att ett missbruk utvecklas och att befintligt stöd och hjälp idag kommer in för sent.

#### 4.4 Räkneexempel gällande bemanning

Enligt mätningar 31 december 2020 var befolkningsunderlaget i Jämtland Härjedalen 131 155 invånare. Av dem var 12 849 stycken i ålder 13-21 år. Jämfört med Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg och deras upptagningsområde som hade 197 149 invånare varav 23 290 personer i åldern 13-21 år.

Det är naturligtvis svårt att göra en exakt uppskattning av hur många av de unga som kan tänkas vara i behov av en kontakt med MiniMaria i Jämtland Härjedalen. Men, om vi räknar på samma sätt som Södra Älvsborg (och även Göteborg) och utgår från att ca 1,4 procent av Jämtland Härjedalens unga blir aktuella på MiniMaria under ett år så innebär det;

$0,014 * 12\,849 = 179,886$ . Det innebär att MiniMaria i Jämtland Härjedalen kan förvänta sig ha **ca 180** enskilda unga som blir aktuella under ett år. Det kan jämföras med Södra Älvsborg där antalet blir **ca 326** enskilda unga. Räkneexemplet är enkelt och tar inte hänsyn till eventuella skillnader i omfattning av missbruk *men* ger en bild av hur många som kan tänkas bli aktuella.

Södra Älvsborg samverkansområde har en befolkning 197 149 personer. De räknar med att i slutändan bemanna MiniMaria med 8 heltidstjänster vilket innebär ett befolkningsunderlag på ca 24 643 personer per heltidstjänst.

Andel unga mellan 13-21 i södra Älvsborg blir  $23\,290/212\,177 = 0,109 = 10,9\%$  unga

Andel unga mellan 13-21 i Jämtland Härjedalen blir  $12\,849/131\,155 = 0,097 = 9,7\%$  unga

Det innebär alltså att sammantaget i Jämtland län är andelen unga mellan 13-21 något lägre än i Södra Älvsborg. Om vi räknar med att grundbemanna MiniMaria Jämtland Härjedalen med 5,4 heltidstjänster så innebär det ett befolkningsunderlag på 24 287 personer per heltidstjänst.

När det gäller bemanning har vi alltså utgått från ett något lägre befolkningsunderlag per tjänst på MiniMaria i Jämtland Härjedalen. Vi räknar på en grundbemanning på 2 sjuksköterskor, 3 socionomer (varav 1 samordnare) samt 20% läkare med somatisk och psykiatrisk kompetens. Utöver det bedöms det finnas behov av 20% psykolog.

**Kalkyl;**

<b>Kostnadsslag</b>	<b>Summa</b>
200% sjuksköterska	1 210 000
40% läkare/psykolog (fördelning 20/20)	520 000
300 % socionom	1 800 000
Lokaler och verksamhetsmedel	850 000
Utbildning FFT inkl handledning	280 000
<b>Total summa:</b>	<b>4 660 000</b>

Skälen till det är flera;

- Länet är större geografiskt vilket tar tid från direkt behandlingsarbete då det innebär mer restid i samband med resor ut till tänkta närmottagningar/filialer.
- Enligt erfarenheter i omvärldsbevakningen så rekommenderas en samordnare på heltid för att få bra förutsättningar till en bra verksamhet. Tanken är därför att 4 arbetar med vård och behandling och 1 har en samordnande funktion som ansvarar för kontakterna med samverkansparter och ansvarar för information. På det sättet kan mottagningen utformas med 2 team bestående av sjuksköterska och socionom som samverkar runt enskilda ungdomar/familjer.
- De resterande 40% behövs för att täcka behovet av läkare 20% och psykolog 20% och det skulle kunna ske via tjänsteköp. När det gäller läkaren så är det önskvärt att denne har både somatisk och psykiatrisk kompetens för att kunna utföra såväl medicinska som psykiatriska bedömningar. Vad gäller psykologen så kan det underlätta möjligheten att ge den unge hjälp med beroendet och den psykiska ohälsan parallellt samt att det ger en flexibilitet att prioritera vilka som är i rätt fas att t ex påbörja en utredning. Denna nära tillgång till psykolog är en mycket stark framgångsfaktor i arbetet med denna målgrupp. Det är helt i linje med forskningen som betonar vikten av att arbeta med missbruket samtidigt som man arbetar med den psykiska ohälsan och det är en stark motivator för att uppnå drogfrihet. Vad gäller psykolog så är det även viktigt med den kompetensen då det kan bidra till att fungera som en brygga över till specialistpsykiatri. I omvärldsbevakningen framkommer att behovet av psykolog är stort och Södra Älvsborg uppger att behovet visat sig vara störst för de under 18 år.

## 5. UTREDNINGENS FÖRSLAG

Förslaget har tagit hänsyn till de uttalade behov som framkommit vid samtal i referensgruppen och genom de erfarenheter och rekommendationer som framkommit i kontakt med MiniMaria på Gotland och Södra Älvsborg. Vi har även tagit hänsyn till lagstiftningen på området samt naturligtvis huvudsyftet med mottagningen, att nå unga i ett tidigt skede av beroendeproblematiken. Sist men inte minst har vi också med oss den samlade bilden som föreningen Tilia har förmedlat av ungdomarnas egen uppfattning om hur ett tillgängligt och anpassat stöd bör vara utformat.

### 5.1 Förslag på målgrupp och uppdrag

Ett av utredningens mål har varit att definiera den målgrupp som mottagningen skall vända sig till. Tittar vi på mottagningarna runt om i landet så är målgruppen hos MiniMaria-mottagningarna inte helt homogen utan ser någon olika ut främst vad gäller ålder. Vanligast är dock att de vänder sig till unga och unga vuxna upp till 21 års ålder, och även de ungas närstående. Det finns även exempel på mottagningar som vänder sig till unga upp till 24 år. Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till när målgruppen definieras är vilken vårdnivå som mottagningen skall ligga på vad gäller psykisk ohälsa. Vanligt är att MiniMaria sträcker sig till och med primärvårdsnivå. Mottagningarna är oftast inriktade på tidig upptäckt och behandling av risk-

och missbruk och detsamma gäller psykisk ohälsa. Mottagningarna skall behandla unga och unga vuxna med lindriga psykiska besvär för att förhindra att utvecklingskriser leder till allvarigare psykiska tillstånd. Vid behov som föranleder specialistkompetens skickas remiss till Barn -och ungdomspsykiatri eller till Vuxenpsykiatri.

Målgrupp till MiniMaria i Jämtland Härjedalen föreslås vara ungdomar som;

- Har en begynnande psykisk ohälsa till och med primärvårdsnivå
- Har utvecklat ett risk- och eller missbruk av alkohol, narkotika, andra droger eller spel om pengar eller är i riskzonen
- Ungdomarnas närstående
- För att nå ungdomar i början av ett riskbruk eller missbruk rekommenderar vi att verksamheten ska vända sig till ungdomar upp till 21 år men att det inte ska finnas någon nedre åldersgräns.

MiniMarias huvudsakliga uppdrag är information, rådgivning och behandling vilket bör ske genom:

- Rådgivning och behandling i öppna former, utifrån den unges behov
- Samtal individuellt, med familj/anhöriga samt i nätverk
- Hälsofrämjande insatser
- Medicinsk behandling
- Konsultativa insatser
- Att komplettera befintliga resurser hos huvudmännen och arbeta i nära samverkan med dessa
- Att arbeta med utåtriktat informationsarbete som syftar till att förmedla samlad kunskap (till ungdomar, föräldrar och professionella), om bland annat droger, trender i missbruksmönster och erfarenheter av rådgivnings- och behandlingsinsatser
- Utveckling av arbetsformer för tidiga och förebyggande insatser
- Utveckling av arbetsformer för att möta ungdomars familjer och sociala nätverk.

## 5.2 Förslag på lokalisering och tillgänglighet

Utredningen föreslår att mottagningen har en huvudmottagning i centrala Östersund. Detta förslag grundar sig i att Östersund är centralorten och står för flest antal invånare och att flertalet ungdomar från övriga kommuner går på gymnasiet i Östersund. Att ha en större centraliserad mottagning minskar sårbarheten och ökar flexibiliteten för de ungdomar som behöver det. Vidare skapar det möjlighet att samlokalisera och ha ett nära samarbete med andra aktörer som t ex ungdomsmottagningen i likhet med hur mottagningarna är lokaliserade på en del andra orter.

Ungdomarna och deras familjer som kommer i kontakt med MiniMaria skall själva ha möjlighet att välja vart de önskar komma. Utredningen föreslår att huvudmottagningen i Östersund har kvällsöppet en kväll i veckan för att utöka tillgängligheten. Utifrån beräknad bemanning skall utrymme finnas för snabb återkoppling och ett första möte inom max en vecka.

Utredningen föreslår vidare att MiniMaria i Jämtland Härjedalen även har närmottagningar/filialer i övriga kommuner, d.v.s. fysisk närvaro i samtliga kommuner. Detta innebär att team (med olika professioner) på MiniMaria ambulerar enligt schema ut till närmottagningar som har öppet en halv till en dag varje vecka. Teamet föreslås åka ut till närmottagningen för att ta emot förbokade besök, inte för att finnas på plats för Drop-in.

Föräldrar skall erbjudas stöd samt återkommande utbildningar som hålls på både huvudmottagningen och närmottagningar.

För vissa ungdomar med större och mer komplext behov föreslås att mottagningen skall ha utrymme för flexibla lösningar, exempelvis för de unga som bor i landsort och har svårt att ta sig till sin närmottagning under ordinarie öppettider. Detta kan innebära att MiniMaria exempelvis möter upp på skola, en

närliggande Hälsocentral eller liknande och i ett nära samarbete med myndighetsutövande socialtjänst i hemkommunen hittar ett fungerande arbetssätt runt den enskilde individen.

För professionella skall MiniMaria i Jämtland Härjedalen ha en hög tillgänglighet, oberoende inom vilken kommun man arbetar. Professionella skall kunna vända sig till MiniMaria med frågor kring de personer de möter i sitt arbete, för att få aktuell kunskap om riskbruk, missbruk, preparat och sätt att fånga upp ungdomar. Kommunernas myndighetsutövning skall få stöd i att genomföra läkarbedömningar, medicinska och sociala bedömningar kring missbruket och stöd i att genomföra läkarundersökningar enligt LVU om problematiken rör missbruk. Vidare skall MiniMaria även verkställa ungdomskontrakt via en beställning från hemkommunen samt vara behjälpliga myndighetsutövande socialtjänst med en kartläggning av missbruk och psykosocial situation.

Digitala lösningar skall bidra till att öka mottagningens tillgänglighet. Möten skall kunna ske digitalt med både de professionella och de unga. Möten online med unga ersätter inte personliga möten men skall vara ett komplement för att öka tillgängligheten. Teknik för detta finns redan och kommer kunna användas av både personal inom region som kommun.

MiniMaria skall ha en mycket informativ och lättillgänglig hemsida med möjlighet till tidsbokning och information till unga, deras närstående samt professionella. Det behövs även ett forum, en chatt-funktion, där unga kan ställa frågor, vilket man bör titta närmare på att finna lösningar för.

### 5.3 Förslag på huvudmannaskap och avtal

Utredningen bedömer att huvudmannaskapet bör delas mellan Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun.

Utredningen ser att det kan finnas två olika alternativ gällande avtalsförhållandet;

1. Ett avtal upprättas mellan *samtliga* deltagande kommuner i länet och Region Jämtland Härjedalen. Kostnaderna delas mellan parterna enligt fördelningen 50 % Region Jämtland Härjedalen och 50 % länets kommuner.
2. Ett huvudavtal upprättas mellan Östersunds kommun och Region Jämtland Härjedalen. Östersunds kommun upprättar därefter hängavtal med avtalsperiod på 2 år med respektive kommun som vill ansluta sig för tillgång till hela verksamheten.

Den ekonomiska fördelningen mellan avtalskommunerna beräknas i båda alternativen utifrån en fördelningsnyckel baserad på föregående års befolkningsunderlag per den 31 december.

### 5.4 Huvudmännens ansvarsområde/åtagande

Mottagningen skall av besökande unga med familjer upplevas som en mottagning där man kan få stöd med både den psykosociala och medicinska/psykiatriska delen av problematiken och det skall inte upplevas som två mottagningar. Respektive huvudman är arbetsgivare och har ansvar för sin personal, som därefter arbetar tillsammans på den integrerade mottagningen. Ansvaret innebär att gemensamt svara för att verksamheten har en personal- och kompetensstruktur som tillgodoser god vård- och omsorgskvalitet, hög patient/klientsäkerhet och främjar kostnadseffektivitet.

De tvärprofessionella kompetenserna och teambaserat arbete är en av grunderna i MiniMarias arbete. Grundkompetensen ska bestå av professionerna socionom, sjuksköterska, läkare och psykolog. För att kunna möta ungdomar utifrån deras behov och förutsättningar kräver uppdraget specifik kompetens om ungdomars sociala och psykologiska utveckling. Missbrukskompetens och ett beroende/-psykiatriperspektiv är nödvändigt för att förstå den grundläggande problematiken.



På mottagningen skall teambaserat och tvärprofessionellt arbete runt den enskilde individen ske. Dock skall det finnas en tydlig ansvarsfördelning huvudmännen emellan. Utredningen föreslår ansvarsfördelning enligt nedan:

*Socialtjänst/ kommun ansvarar för:* Det psykosociala stödet genom service eller bistånd från hemkommunen. Nätverksarbete, enskilt samt familjeinriktat samtalsstöd samt familjeutbildning, kunskap/utbildning i de olika behandlingsmetoder som ska erbjudas (FFT, MI, ÅP, Cannabisprogrammet, ACRA). Behandlarna behöver viss kunskap i grundläggande psykopedagogiskt förhållningssätt för att kunna bemöta ungdomar med nedstämdhet och ångest. Socialtjänsten har huvudansvar för samverkan med polis och skola, verkställighet av ungdomskontrakt samt psykosociala utredningar och bedömningar genom exempelvis UngDOK.

*Region Jämtland Härjedalen ansvarar för:* Medicinska och psykiatriska bedömningar, screening och/eller kartläggning av missbruk/beroende. Detta sker med hjälp av evidensbaserade instrument som t ex Uncope, ADDIS-ung alt CRAFFT och ASSIST-Y. I samtal med sjuksköterska screenas den unge för eventuell samsjuklighet. Detta görs främst med hjälp av Becks ungdomsskalor (BUS) och för de äldre BDI (depression) och BAI (ångest). Det ingår också alltid ett läkarbesök med en psykiatrisk/somatisk bedömning och drogscreening (urinprov) i missbruksbedömningen. I bedömningen ingår också en inventering av den unges risk- och skyddsfaktorer samt suicid- och våldsriskbedömningar, remisser och förskrivning samt huvudansvar för samverkan med Barn -och ungdomspsykiatri och Vuxenpsykiatri. När det finns behov av NP-utredning eller om det finns en mer omfattande psykiatrisk problematik så remitteras de vidare till ordinarie verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen.

### 5.5 Fördelning av kostnader

**Utredningen föreslår** följande kostnadsfördelning

- Region Jämtland Härjedalen föreslås bekosta 50 % av driften av MiniMaria, dvs. hälften av kostnaderna för tjänster, lokaler, städning, parkeringsplatser, tele- och larmdriftskostnader, övriga driftskostnader, utbildning, metodutveckling och handledning.
- Kommunerna i Jämtlands län föreslås tillsammans bekosta 50 % av driften av MiniMaria, dvs. hälften av kostnaderna för tjänster, lokaler, städning, parkeringsplatser, tele- och larmdriftskostnader, övriga driftskostnader, utbildning, metodutveckling och handledning.
- Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län föreslås inför inrättandet av MiniMaria att gemensamt bekosta inventarier till verksamheten. Kostnader för detta föreslås tillkomma som en engångskostnad. (möbler, datorer, videokonferensutrustning i konferenslokal).
- Kostnaderna för respektive verksamhets egna insatser bekostas liksom idag av respektive part.

**Utredningen föreslår** att kostnader för den löpande driften av MiniMaria fördelas enligt nedan;

Fördelning mellan parterna		%	Kostnad per år
Region Jämtland Härjedalen		50%	2 330 000
Kommunerna i Jämtlands län		50%	2 330 000
<b>Totalt:</b>		<b>100%</b>	<b>4 660 000</b>
Kommun	Befolkning	%	Kostnad per år
Berg	5 209	5,43	126 519
Bräcke	6 207	4,74	110 442
Härjedalen	10 045	7,66	178 478
Krokom	15 027	11,47	267 251



Ragunda	5 209	3,97	92 501
Strömsund	11 495	8,77	204 341
Åre	11 981	9,14	212 962
Östersund	63 987	48,82	1 137 506
<b>Totalt:</b>	<b>131 064</b>	<b>100</b>	<b>2 330 000</b>

## 6. FORTSATT ARBETE

### 6.1 Beslut att fatta

Beslut som länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen har att fatta är:

- Är nyttan, syftet med och bakgrunden till en MiniMaria-mottagning tydlig?
- Är samtliga parter fortsatt intresserade av delaktighet i MiniMaria?
- Är förslaget för huvudmannaskap och organisation bra?
- Vilket av avtalstyperna 1 och 2 förordas?
- Kan regionen och samtliga kommuner tänka sig att avsätta egna medel och budgetera för föreslagen verksamhet?
- Är den ekonomiska fördelningen acceptabel?
- Är lokalisering med en huvudmottagning i Östersund och närmottagningar i länets kommuner ett bra förslag att arbeta vidare med?

Under förutsättning att länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen är positiva till att inrätta en MiniMaria-mottagning i länet föreslår utredningen att det utses en styrgrupp och en referensgrupp för det fortsatta arbetet. Vidare bör en samordnarfunktion tillsättas på viss tid under 2022 som får i uppdrag att tillsammans med styrgrupp och utsedd referensgrupp arbeta vidare med utredningens förslag och utformning av verksamhetsplan, organisatoriska frågor samt uppstart av verksamheten. Finansiering av detta föreslås ske via de länsgemensamma statliga medlen inom psykisk hälsa.