

2022-05-24

MiniMaria i Jämtland Härjedalen

DELRAPPORT MED INRIKTNINGSBESLUT
SOCIALA VÅRD- OCH OMSORGSGRUPPEN, SVOM, 2022-06-03

Arbetsgrupp;

Lena Danielsson, verksamhetsutvecklare, Social -och arbetsmarknadsförvaltningen Östersund (processledare)
Anders Bergström, socionom/leg. psykoterapeut, Barn -och ungdomspsykiatri, Region Jämtland Härjedalen
Frida Rhoode, enhetschef Barn -och ungdomspsykiatri, Region Jämtland Härjedalen
Hilmar Hilmarsson, enhetschef Vuxenpsykiatri, Region Jämtland Härjedalen
Sofia Leje, specialist i allmänmedicin och psykiatri, Region Jämtland Härjedalen
Monica Strand, IFO-chef Härjedalens kommun
Therese Fernström, enhetschef Social -och arbetsmarknadsförvaltningen Östersunds kommun
Ann-Helen Nilsson, enhetschef IFO Krokoms kommun
Catharina Gützkow Lundström, enhets -och verksamhetschef, UMO Jämtland Härjedalen
Åsa Eldebro och Jan Persson, regionala samordnare barn och ungas psykiska hälsa, Region Jämtland Härjedalen
Catrine Skoglund, länssamordnare ANDTS, Länsstyrelsen
Anita Englund, skolläkare, Jämtlands Gymnasium
Märith Jonsson, rektor, Jämtlands Gymnasium

Innehåll

1. BAKGRUND	2
2. UTÖKAT UTREDNINGSSUPPDRAG	3
2.1 Organisation	3
2.2 Tidsplan	4
3. EKONOMISK NYTTA	4
3.1 Fallbeskrivning.....	5
4. ARBETSGRUPPENS FÖRSLAG	6
4.1 Lokalisering och öppettider	6
4.1.1 Samlokalisering.....	7
4.2 Tillgänglighet	7
4.2.1 Tillgänglighet för ungdomar, föräldrar och andra anhöriga.....	8
4.2.2 Tillgänglighet för professionen.....	8
4.3 Parter för samverkan.....	9
4.4 Målgrupp	9
4.5 Huvudmannaskap och parternas åtagande	9
4.6 Organisatorisk tillhörighet.....	10
4.7 Personal och bemanning	10
4.8 Sekretess och dokumentation	11
4.8.1 Orosanmälan	11
4.9 Kostnader	11
4.9.1 Löpande kostnader	11
4.9.2 Löpande finansiering	12
4.10 Ledning och styrning	13
4.11 Samverkansavtal.....	13
5. ARBETSGRUPPENS FÖRSLAG TILL BESLUT	14

1. BAKGRUND

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 läns-gemensam integrerad verksamhet för unga med missbruk och psykisk ohälsa i länet. Information om utredningen gavs även 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 hade därför som syfte att 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.

En arbetsgrupp bestående av Lena Danielsson, Social -och arbetsmarknadsförvaltningen och Catrine Skoglund, Enheten Vålfärd och Klimat, Region Jämtland Härjedalen, träffades 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 Primärvårdschef
- Enhets -och verksamhetschef för Ungdomsmottagningarna Jämtland Härjedalen,
- Jämtlands Gymnasium via Elevhälsoschef och skolläkare
- JLB samt Tilia

bidrog med kunskaper angående behoven i länet. Referensgruppen träffades i olika konstellationer under arbetsprocessen och via återkoppling genom mail. Enskilda möten skede med Tilia och ungdomsmottagningen. (Se bilaga 1 Förstudie – MiniMaria i Jämtland Härjedalen)

Förstudien/behovsinventeringen visade en vilja och ambition hos huvudmännen att hitta samverkansformer och utveckla verksamheter som bättre kan stödja ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik. Behovsinventeringen var att betrakta som ett första steg med en förhoppning att det skulle fattas beslut om att ta ytterligare ett steg för att realisera denna tanke om Mini Maria i Jämtlands län. Förstudien/behovsinventeringen föreslog ett delat huvudmannaskap mellan Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun. Med en huvudmottagning i Östersund och närmottagningar i länets övriga kommuner. Uppskattat resursbehov uppgick till 2 sjuksköterskor, 0,2 psykolog, 0,2 läkare, 3 socionomer (varav en samordnare). Total uppskattad budget uppgick till 4 660 000 kronor.

Målgrupp till MiniMaria i Jämtland Härjedalen föreslogs 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.

Behovskartläggningen presenterades vid Barnarenan 29 november 2021 och vid SVOM 3 december 2021. Vid SVOM:s sammanträde framfördes önskemål om att behovskartläggningen skulle gå ut på remiss till kommunerna och Region Jämtland Härjedalen, dock togs inget beslut gällande detta. Vidare framfördes att avtal, i det fall en mottagning kommer tillstånd, skulle skrivas mellan Region Jämtland Härjedalen och samtliga övriga kommuner. (Se bilaga 1. Förstudie MiniMaria i Jämtland Härjedalen)

2. UTÖKAT UTREDNINGSUPPDRAG

2022-02-25 fattade SVOM beslut om ett fortsatt uppdrag till Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun att, i nära samarbete med länets övriga kommuner, ansvara för den fortsatta utrednings-/arbetsprocessen med syfte att konkretisera formerna för en verksamhet av typ Mini-Maria i Jämtlands län med utgångspunkt i tidigare framtagen förstudie/behovsinventering. SVOM beslutade även att avsätta 200 000 kronor av statliga länsgemensamma stimulansmedel inom område psykisk hälsa för att finansiera processledare för det fortsatta arbetet 2022.

Förstudien/behovsinventeringen ska kompletteras med följande;

- Konkret beskrivning av hur mottagningen organisatoriskt kan bedrivas. Hur ska det delade huvudmannskapet mellan Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun se ut i praktiken? Budgetansvar? Vilken huvudman/verksamhet ansvarar för vilken personal? Ansvar för lokaler? etc.
- Beskrivning av hur Mini-Maria ska göras tillgängligt för samtliga intressenter och ungdomar med familjer i upptagningsområdet. Detta innebär att ta fram och förankra ett konkret förslag på lokalisering, tillgänglighet, mobilisering och distanslösningar.
- Avtalsförslag
- Plan för hur arbetet på mottagningen kan följas upp
- Plan för eventuell uppstart av verksamheten

2.1 Organisation

I samråd med region Jämtland Härjedalen beslutades att Lena Danielsson, verksamhetsutvecklare vid Social -och arbetsmarknadsförvaltningen i Östersunds kommun, gavs det fortsatta uppdraget att leda processen. SamReKo HSI/Fredagsgruppen utgör styrgrupp för arbetet på länsnivå, står för tjänstepersonsledning och processtöd. SVOM och Barnarenan utgör politiska ledningsgrupper för arbetet på länsnivå.

En arbetsgrupp har utsetts som stöd till processledaren, med representanter från:

- 2 personer från Region Jämtland Härjedalen, Barn- och ungdomspsykiatri
- 1 person från Region Jämtland Härjedalen, Vuxenpsykiatri
- 1 person från Primärvården
- 3 personer från kommunernas socialtjänst/Individ -och familjeomsorg: en person från Östersund, en från Krokom och en från Härjedalen
- 1 person från Ungdomsmottagningen
- 2 personer från regional samordnare psykisk hälsa

Den arbetsgruppen har i samband med diskussioner om bl a tillgänglighet och lokalisering samt uppstart och uppföljning kompletterats med;

- 1 person från Länsstyrelsen, Länssamordnare ANDTS
- 2 personer från Elevhälsan Jämtlands gymnasium

2.2 Tidsplan

Målsättningen är att inriktningsbeslut gällande ett eventuellt inrättande av ett Mini Maria fattas 2022-06-03 (SVOM). Som grund för beslutet ligger genomförd förstudie/behovsinventering och beslutsunderlag med kompletteringar. Inför beslutet ska intern dialog gällande fortsatt riktning ha skett hos parterna.

Beroende av beslutet 2022-06-03 arbetas eventuellt avtal och plan för inrättande fram för ett rekommendationsbeslut 2022-10-07 (SVOM)

3. EKONOMISK NYTTA

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 normalt 8.600 kr per dygn (behandlingsplats), vilket efter sex månader innebär en kostnad 1 548 000 kr. SiS har valt att tillfälligt subventionera kostnaderna för behandlingsplats och den uppgår under 2022 till 6.375:-/dygn men det kommer inte bestå framöver så av den anledningen är uträkningen baserad på den ordinarie/högre kostnaden.

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	7 119	5,4	127 710
Bräcke	6 163	4,7	111 155
Härjedalen	10 065	7,6	179 740
Krokom	15 347	11,6	274 340
Ragunda	5 221	4,0	94 600
Strömsund	11 492	8,7	205 755
Åre	12 194	9,2	217 580
Östersund	64 313	48,8	1 154 120
Totalt:	131 914	100	2 365 000

Figur 1. Fördelning enligt kommunernas folkmängd 2021-11-01

När det gäller minskade kostnader för Region Jämtland Härjedalen är de svåra att skatta men det kan vara rimligt att räkna på att kostnaderna för framförallt primärvården och vuxenpsykiatri skulle minska sett över tid om vi pratar om tidig upptäckt gällande substansbruk och psykisk ohälsa. Det finns en hög kostnad i konsumtion av vård som är svår att räkna på exempelvis samtalsbehandling för nedstämdhet och ångest som är svårbehandlade då de ofta kan bero på missbruk av olika substanser, kontakter med BUP:s

akutteam, inläggningar med diffusa psykotiska symtom, läkartider där medicinering är svårt och unga som uteblir från bokade tider inom vården. De flesta patienter som är aktuella inom beroendeenheten har haft kontakt med BUP, ofta bara en kort kontakt där varken substansanvändandet eller den psykiska ohälsan blev korrekt bedömt eller behandlad. Vinsten inom BUP skulle vara att patienterna får rätt vård och att det blir rätt fokus i behandlingen. Sammantaget blir det ett snabbare vårdflöde när de som har substansproblem får hjälp på en och samma plats och det leder i sin tur att vårdkön minskar för övriga då det frigör resurser.

För regionen kan det även, med tanke på de förslag som ligger i samsjuklighetsutredningen, vara av ekonomiskt intresse att starta upp en integrerad MiniMaria verksamhet tillsammans med länets kommuner för att arbeta hälsofrämjande, förebyggande och behandlande och på så vis förebygga behovet av placeringar utom hemmet. Även om samsjuklighetsutredningen har bedömt att HVB-placeringar främst är en socialtjänstinsats, så finns det ett betydande inslag (och behov) av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringarna. Bland annat har flera tidigare studier visat att barn och unga som är placerade på HVB i stor utsträckning har olika psykiatriska diagnoser. Utöver skadligt bruk eller beroende kan det till exempel handla om ADHD, autism, PTSD, uppförandestörning, ångest och depression. Samtidigt finns det enligt Socialstyrelsen tydliga risker att barn och unga som vårdas i HVB inte får hälso- och sjukvård på lika villkor som andra barn och unga. Utredningen kommer där med ett förslag om att regionen ska betala en schablonkostnad som ska motsvara 40 procent av genomsnittskostnaden för en HVB-placering i riket. [Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93 \(regeringen.se\)](#)s. 373

Nationellt har bl a Mats Anderberg, lektor på Linnéuniversitetet, har följt en grupp ungdomar (455 stycken) som hade kontakt med någon av landets tolv Mariamottagningar under 2016. När ungdomarna följdes upp ett år senare dök 32 procent av flickorna och 40 procent av pojkarna upp i olika nationella register som till exempel Socialstyrelsens patientregister och tvångsvårdsregister. Men majoriteten gjorde det inte. Treårsuppföljningen från 2020 visar att mönstret består. [Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö \(skane.se\)](#)

MiniMaria Göteborg uppger att det finns flera framgångsfaktorer. Mottagningarnas tydliga ungdomsfokus med en engagerad och kompetent personal som är väldigt duktiga på att möta ungdomar och föräldrar utifrån deras behov är viktigt samt det täta samarbetet mellan socialtjänst och sjukvård. Ungdomen kan få väldigt många insatser – både sociala och sjukvård – på samma ställe. Det finns en vårdkedja och snabba kontakter med övrig socialtjänst.

<https://vartgoteborg.se/ovrigt/framgangsrikt-arbete-pa-mini-maria-visar-forskningsstudie/>

3.1 Fallbeskrivning

Både kommunerna och Region Jämtland Härjedalen möter regelbundet barn och ungdomar som visar på behovet av en integrerad MiniMaria-mottagning. Det har blivit allt vanligare att drogdebuten går lägre ner i åldrarna och bland annat Barn -och ungdomspsykiatrin vittnar om att de idag möter barn som redan i 9-års ålder har provat droger vid ett eller flera tillfällen.

Följande beskrivning är en avidentifierad beskrivning av en inte helt ovanlig ungdom;

Det handlar om en 16-årig flicka som blev aktuell hos socialtjänsten för första gången när hon var 13 år gammal då det inkom flera orosanmälningar från polisen angående snatteri och stöld och även oro från skolan med anledning av hög frånvaro och olämpligt umgänge. Hon hade tidigt behov av skolgång i mindre studierum med individuell planering.

Hon är utredd av Barn -och ungdomspsykiatrin och har fått diagnosen ADHD och uppförandestörning. Hon har varit fortsatt aktuell på BUP för medicinering. Hon hade tidigt ett utagerande och gränsöverskridande beteende, missbrukade cannabis och begick snatteri/stöld.

Socialtjänsten har beviljat olika former av insatser som MST (Multi Systemisk Terapi), Individuellt stöd och familjestöd men det fungerade inte. Hon blev aktuell för placering utom hemmet första gången för drygt fyra år sedan då hennes beteende eskalerade. Sedan dess har hon varit placerad flertalet gånger först i familjehem men sedan i olika HVB-hem. Det var svårt att få henne att stanna upp och ta till sig behandling då hon avvek och hade svårt att följa uppgjorda planeringar. Ett av problemen har varit att hon påverkats väldigt mycket av andra placerade ungdomar. Hon har framförallt haft behov av att få en fungerande ADHD medicinering, missbruksbehandling och att arbeta med sin känsloreglering. Sista placeringen var på SiS och den var så pass framgångsrik att hon till slut kunde flytta hem och ärendet är nu avslutat sedan en tid tillbaka.

Med en MiniMaria-mottagning hade en bättre rustad och integrerad öppenvård kunnat erbjudas flickan, insatserna hade kunnat samordnats i ett tidigare skede, ett mer integrerat stöd hade kunnat erbjudas på hemmaplan och placeringskarusellen hade i bästa fall undvikits. Att arbeta förebyggande för att undvika placeringar i HVB-hem och SIS är kostnadseffektivt dels ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, dels ur det enskilda barnets perspektiv. Barn som placeras i samhällsvård är en utsatt grupp med hög risk för både fysisk och psykisk ohälsa samt andra sociala problem när de blir vuxna. En tidig och samlad vårdkedja torde ge stora resurs- och tidsvinster samtidigt som det bidrar till ett minskat mänskligt lidande.

4. ARBETSGRUPPENS FÖRSLAG

4.1 Lokalisering och öppettider

Region Jämtland Härjedalen är ett stort geografiskt område med totalt 8 kommuner, vilket innebär en stor utmaning i arbetet att göra verksamheten tillgänglig för samtliga kommuner och dess medborgare. Den förstudie som gjordes lade som förslag att MiniMaria har en huvudmottagning i centrala Östersund. Skälet till det är att Östersund är centralorten och står för flest antal invånare och att flertalet ungdomar från övriga kommuner går på gymnasiet i Östersund. Med anledning av det stora geografiska området bedömdes det även vara nödvändigt med närmottagningar/filialer med fysisk närvaro regelbundet i samtliga av länets kommuner. Närmottagningarna ska bemannas genom att ett team bestående av 2 personal (1 socionom och 1 sjuksköterska) från MiniMaria åker ut till respektive mottagning enligt schema.

Arbetsgruppen föreslår att huvudmottagningen ska vara öppen alla vardagar och en kväll i veckan och att det ska vara öppet på respektive närmottagning ute i länets kommuner en dag varannan vecka för förbokade besök.

I början kommer det att krävas regelbunden närvaro för att göra verksamheten känd för allmänheten och för att etablera en dialog och samverkan med andra professioner på orten. När implementeringsarbetet skett kommer teamet att åka ut till närmottagningen för att ta emot förbokade besök, inte för att finnas på plats för Drop-in.

Generellt för lokalfrågan, oavsett om det är i Östersund eller ute i länet, är att den inte ska ligga i skolans lokaler. Det kommer att leda till att ungdomarna inte vill gå dit då det finns risk att bli synlig för andra elever och personal.

Arbetsgruppen föreslår följande lokalmässiga behov/kravprofil på huvud -och närmottagningar;
Huvudmottagningen i Östersund;

- Lokalen ska vara centralt placerad med en anonym ingång så att besökarna ges möjlighet till god anonymitet och känsla av trygghet.
- 2 kontorsutrymmen – 1 för samordnare och 1 gemensam för behandlingspersonalen
- 2 samtalsrum
- 1 Undersökningsrum för läkare som också kan användas som kontor och samtalsrum
- Besökstolett/provtagningstolett
- Tillgång till personalutrymmen med toalett, pentry/kök, förråd, etc.

- Konferensrum.
- 1 väntrum

Närmottagningar i länet;

- En lokal med en anonym ingång så att besökarna ges möjlighet till god anonymitet och känsla av trygghet.
- 1 kontor/samtalsrum
- 1 provtagningstolett
- 1 toalett för personal

4.1.1 Samlokalisering

Ungdomsmottagningen har för närvarande filialer i både Strömsund och Sveg där de är 1 gång/vecka. På sikt arbetar de för att ha filialer i samtliga kommuner. Det innebär en möjlighet till att samlokalisera verksamhet där de redan befinner sig och senare ha närheten till samverkan även i de övriga kommunerna. Frågan har lyfts till Verksamhetschefer inom Region Jämtland Härjedalen utifrån möjligheten att samlokalisera med Hälsocentralerna i respektive kommun alternativt att Folktandvården har tomma/lediga lokaler ute i länet som kan vara lämpliga.

Aktuellt läge; Ungdomsmottagningen letar nya lokaler i *Strömsund* då befintliga är för små och en samlokalisering med MiniMaria har förts fram som ett önskemål i samband med beställning av ny större lokal. I *Åre* kommun finns det ett par möjliga alternativ; antingen på Familjecentralen i Järpen som ligger strategiskt i byn eller i Åre på Åre Byfilial. I *Härjedalen* är det möjligt med en samlokalisering med BUP i Sveg där de precis fått tillgång till en lokal där de ska bygga så att lokalerna kompletteras med en provtagningstolett. Gällande lokalhyra är i nuläget att uppskattat till ca 15 000kr/år.

I Östersund finns det för närvarande inte någon lämplig kommunal lokal för samlokalisering med befintlig verksamhet utifrån den kravprofil som ställs på lokalerna. Det finns dock en ledig centralt belägen lokal i samma hus som KappAhl på 225 kvm, med en indikationshyra är ca 520.000/år ex moms, ex fastighetsskatt.

Arbetsgruppen förordar att målsättningen ska vara att närmottagningarna ute i länets kommuner ska samlokaliseras med redan befintliga verksamheter inom primärvården, BUP och Ungdomsmottagningen. Arbetsgruppen bedömer att frågan om samlokalisering kommer att kunna lösas i samtliga kommuner.

Arbetsgruppen förordar att målsättningen med en lokal för huvudkontoret i Östersund ska vara i enlighet med kravprofilen och att ett centralt läge och en anonym ingång är extra viktigt.

4.2 Tillgänglighet

Begreppet tillgänglighet behöver breddas då tillgänglighet idag innebär mer än att vara på plats på respektive ort för ett personligt möte. Tillgänglighet är också att vara tillgänglig på telefon och via olika digitala lösningar som en websida/chattfunktion och digitala möten via exempelvis teams eller skype. Digitala lösningar skall bidra till att öka MiniMaria-mottagningens tillgänglighet. Möten skall kunna ske digitalt med både de professionella och de unga. Möten online med unga eller anhöriga ersätter inte personliga möten men skall vara ett komplement för att öka tillgängligheten. Digitala lösningar är en självklar och naturlig del av dagens vårdutbud. I omställningen till Nära Vård beskrivs en önskad fokusförflyttning. Invånaren ska kunna utföra sina ärenden själva och få stöd på ett enkelt och smidigt sätt utifrån individens behov. Människor vill ha möjlighet till digital dialog och utifrån sina behov, vilja och förmåga kunna påverka och vara delaktiga i utformandet av allt som påverkar den egna hälsan och vardagen. Det innebär att det behöver finnas flera olika tjänster för samma behov så olika individers behov kan tillgodoses. I den nära vården kan vi dra nytta av digitala lösningar för att möta patientens behov av olika lösningar vi olika tillfällen. Det finns olika behov av tillgänglighet och på olika sätt beroende på vem det riktar sig till;

4.2.1 Tillgänglighet för ungdomar, föräldrar och andra anhöriga

När det handlar om ungdomar är deras motivationsfönster kort när de söker kontakt och hjälp. Det innebär att MiniMaria behöver ha flertalet olika lösningar som gör att ungdomar kan ta kontakt på det sätt som passar det bäst när behovet uppstår. Barn/unga behöver prata med någon om sitt psykiska mående, familj, vänner och oftast mindre fokus på substanserna. Det handlar om digitala lösningar, telefontider och snabba återkopplingar när de söker kontakt.

Vuxenvärlden/anhöriga behöver MiniMaria för kunskap om berusningsmedel samt för att få råd och stöd angående hur de ska bemöta sin ungdom. Föräldrar har ofta frågor som handlar om vart och till vem de ska vända sig. De har ett behov av tidigt stöd när de är oroliga och att kunna ringa till någon för att prata, att mötas av en röst och inte bara en telefonsvarare.

Arbetsgruppen föreslår följande lösningar för att göra MiniMaria tillgänglig för samtliga;

- Huvudmottagning som har öppet vardagar 8-17 och kvällsöppet en gång i veckan.
- Närmottagningarna bemannas 1 heldag varannan vecka.
- Valfrihet att välja vilken mottagning som passar bäst att gå till
- En enkel och välutvecklad hemsida med information om olika kontaktvägar
- Möjlighet att ta kontakt digitalt och bli uppringd snabbt, d v s inom 48 timmar vardagar.
- Hemsida med chattfunktion med inlog via BankID för de som är över 13 år
- Affischer med QR-koder att sätta upp på skolornas toaletter. Enkelt att scanna och komma till en sida med konkret och lätt information om hur du tar kontakt. Ungdomen kan då kontakta MiniMaria i enskildhet.
- Mobilt telefonnummer som gör det möjligt att skicka sms.
- Generösa telefontider alla vardagar för de som önskar ringa, både för -och eftermiddagstider för att nå de yngsta som inte har BankID eller Freya och därmed inte kan chatta.
- Föreläsningar/föräldragrupper utifrån olika teman så att anhöriga kan gå dit utan att känna sig utpekade

Arbetsgruppen rekommenderar även att MiniMaria följer utvecklingen av det arbete som görs via Ungdomsmottagningen gällande digitalisering. De undersöker för närvarande olika digitala lösningar via ex APP:ar för att starta UM-online. Det finns redan i landet t ex ”Ung i Dalarna” Via den APP:en går det bl a att boka tid för videosamtal, skicka meddelanden och se sina ärenden. En samverkan med samfinansiering skulle innebära en möjlighet att länka ihop från UM-online till MiniMaria så att det blir lätt att hitta.

4.2.2 Tillgänglighet för professionen

För professionella skall MiniMaria i Jämtland Härjedalen ha en hög tillgänglighet, oberoende av vilken kommun och i vilken verksamhet man arbetar.

Arbetsgruppen föreslår följande lösningar för att göra mottagningen tillgänglig för samverkansparter och professionella;

- Konsultationstider på plats, digitalt eller via telefon
- Kunskapscentrum – aktuell kunskap om riskbruk, missbruk, preparat och sätt att fånga upp ungdomar
- Samverkan med skolkuratorer/elevhälsa och personal generellt för att konsultera och rådfråga då skolan sitter på stor kunskap om olika ungdomar och deras problem men också själva kan ha behov av råd och stöd i olika sakfrågor.
- Centralt belägen lokal så att Ungdomsmottagningen vid behov kan ta med sig ungdomar till MiniMaria för ett första möte i Hälsofrämjande syfte och för att introducera ungdomar för vad verksamheten erbjuder för form av stöd.

- Kommunernas myndighetsutövning skall få stöd i att genomföra läkarbedömningar, medicinska och sociala bedömningar kring missbruket och stöd i att genomföra läkarundersökningar enligt Lagen om vård av unga (LVU) om problematiken rör missbruk.
- Verkställa ungdomskontrakt via en beställning från hemkommunen
- Vara behjälpliga myndighetsutövande socialtjänst med en kartläggning av missbruk och psykosocial situation.

Inledningsvis är det viktigt att åka ut i samtliga kommuner och till olika samverkansparter och ha en dialog i samband med att verksamheten startar upp för att implementera/göra verksamheten känd för samtliga samt för att fånga upp olika yrkesgruppers behov av samverkan och kontakt. Det kommer med anledning av det läggas mycket tid i början på att presentera verksamheten i dialogform och inte enbart via skriftlig information.

4.3 Parter för samverkan

Arbetsgruppen föreslår att parter för samverkan i MiniMaria Jämtland Härjedalen är Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalen kommun, Krokom kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun samt Östersund kommun.

4.4 Målgrupp

Arbetsgruppen föreslår att målgruppen ska vara i enlighet med det förslag som lades i förstudien vilket är 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.

4.5 Huvudmannaskap och parternas åtagande

Arbetsgruppen föreslår att huvudmannaskapet delas mellan Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun (som representant för länets kommuner). 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.

Arbetsgruppen föreslår följande ansvarsfördelning;

Socialtjänst/ kommun ansvarar för: Det psykosociala stödet genom service eller bistånd enl 4:1 Socialtjänstlagen (SoL) 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 NPF-utredning eller om det finns en mer omfattande psykiatrisk problematik så remitteras de vidare till ordinarie verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen.

4.6 Organisatorisk tillhörighet

Diskussioner har förts om den organisatoriska tillhörigheten för respektive huvudman. Vad gäller verksamhetens organisatoriska tillhörighet hos Östersunds kommun som huvudman så föreslås den ligga under Social -och arbetsmarknadsförvaltningen och Sektor Öppenvård.

Vad gäller Region Jämtland Härjedalen så bör verksamheten organiseras under Division Nära Vård som består av Barn -och ungdomspsykiatri, Vuxenpsykiatri och Primärvården (där även Ungdomsmottagningen ligger). Det finns för närvarande två olika och lika goda förslag; Barn och ungdomspsykiatri eller Primärvården. Det som talar för Primärvården är omställningen till en god och nära vård och Samsjuklighetsutredningen och förslag att första linjen kan ligga där i framtiden. Det som talar för BUP är bland annat att det blir en tydlig koppling till specialistvården och förhoppningsvis en brygga över till t ex utredning. Det här innebär dock att Region Jämtland Härjedalen måste fortsätta föra interna diskussioner för att komma fram till ett ställningstagande om vart MiniMaria lämpligast organiseras.

4.7 Personal och bemanning

Utifrån kunskap om bemanning på MiniMaria i de verksamheter där vi haft kontakt så beräknas behovet som tidigare nämnts vara 5,40 tjänster vilket även inkluderar en samordnare på 100%. Generella krav på den personalsammansättning som ska eftersträvas är att det är viktigt att ha både manlig och kvinnlig personal samt att personalen har både erfarenhet av och särskild lämplighet för arbetet med målgruppen.

Arbetsgruppen föreslår att;

Samordnarfunktionen bemannas av en stabil, tydlig och erfaren socionom då verksamheten kommer att ställa höga krav på den person som anställs.

Samordnarens uppdrag blir att ha det övergripande ansvaret för den löpande verksamheten och ansvaret utåt för information och samverkan med olika huvudmän på en strukturell nivå och bidra med rådgivning och kunskap till samverkansparter. Uppdraget innebär även att arbeta samman och hålla ihop en personalgrupp som kommer från två olika kulturer samt att tillsammans med respektive huvudmans enhetschef ansvara för planering av utbildningar, övrig kompetensutveckling samt planera och verka för utveckling av distansberoende teknik. Slutligen innefattar även uppdraget att ansvara för dokumentation samt uppföljning/statistiksammanställning på MiniMaria.

Psykologen bör rekryteras från specialistpsykiatrin, antingen från BUP eller VUP för att få en smidig övergång till specialistvården i de fall ungdomarna är i behov av utredning. Då kan kontakten i bästa fall smidigt fortsätta och det blir en personcentrerad vård.

Läkaren bör också rekryteras från specialistpsykiatrin, antingen från BUP eller VUP för att få en smidig övergång till specialistvården och bedöms behöva både somatisk och psykiatrisk kompetens för att kunna utföra både medicinska som psykiatriska bedömningar.

Sjuksköterskorna bör ha en vidareutbildning inom psykiatri och/eller barn och ungdom och arbetserfarenhet från ungdomsarbete, missbruksvård, vuxen- och/eller ungdomspsykiatri.

Socionomerna måste ha kunskap/utbildning (alt kan ges den utbildningen direkt vid uppstart) i de olika behandlingsmetoder som ska erbjudas (FFT, MI, ÅP, Cannabisprogrammet, ACRA). Behandlarna behöver även viss kunskap i grundläggande psykopedagogiskt förhållningssätt för att kunna bemöta ungdomar med nedstämdhet och ångest. Det är även viktigt med kompetens om ungdomars sociala och psykologiska utveckling.

Ledningsansvar Respektive huvudman rekryterar och ansvarar för sin personal. Det kommer att finnas en enhetschef från respektive huvudman och de måste samverka, ha gemensamma APT och arbeta ihop gruppen tillsammans med samordnaren så att det blir ett MiniMaria-tänk i verksamheten. Risken blir annars att man fortsätter att arbeta utifrån sin respektive horisont i invanda mönster.

4.8 Sekretess och dokumentation

När det gäller dokumentation och sekretess så svarar respektive huvudman för sin dokumentation och den skiljer sig åt. I samtliga kontakter med ungdomar och deras familjer kommer alltid information att lämnas om att det är en integrerad mottagning och att det är två huvudmän som samarbetar. De som kommer till MiniMaria ska få underteckna ett samtycke till samverkan via blankett då det är en förutsättning för att kunna ge stöd och behandling. Det ger tillåtelse till att dela muntlig information mellan huvudmännen, dock ej läsårkomst till journal. Erfarenheter från tidigare MiniMaria-mottagningar är att familjerna tycker det är självklart att alla vet allt, det är det de tycker är bra och det är ett av skälen till att de söker upp mottagningen; att de får hjälp med alla problem på ett ställe.

4.8.1 Orosanmälan

Många ungdomar och deras föräldrar kommer uppsöka MiniMaria på eget initiativ utan biståndsbeslut dvs på service. Om kontakten och behandlingsarbetet löper på enligt plan så görs ingen orosanmälan till kommunernas socialtjänst. Det görs först om/när behandlarna bedömer att ungdomen/familjen inte följer planeringen och om ungdomen inte klarar av att bli drogfri.

4.9 Kostnader

4.9.1 Löpande kostnader

Arbetsgruppen föreslår att MiniMaria Jämtland Härjedalen bekostas i enlighet med nedan budgetposter

Kostnadslag	Summa
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
Total summa:	4 660 000

Figur 1. Kostnadskalkyl

Ovanstående kalkyl är utifrån de kostnader som går att uppskatta för dagen. Det som kan påverka om kostnaderna går upp eller ner beror framförallt på hyresnivåerna på de lokaler som verksamheten ska inrymmas i samt att det är svårt att fullt ut uppskatta kostnaderna för de digitala lösningarna.

Det finns även en annan aspekt vad gäller ett framtida perspektiv och det är att vid en förnyad kontakt med Södra Älvsborg, som har närmottagningar i respektive kommun, så framkommer det att behovet ute i kommunerna visat sig vara större än de inledningsvis beräknat. Det innebär att de nu utökar från att vara ute i respektive kommun en halv dag i veckan till en hel dag i veckan vilket innebär att det krävs mer personal. Om den utvecklingen är jämförbar med våra förhållanden är ju oklart men i nuläget har vi räknat med en heldag varannan vecka på plats i kombination med olika digitala lösningar för att öka tillgängligheten. För att nå nivån av en heldag/vecka på respektive närmottagning behöver bemanningen i Jämtland Härjedalen ökas med ett team till vilket skulle innebära en ökad kostnad på 1 205 000:-/år totalt (100% sjuksköterska och 100% socionom). Det har även visat sig att behovet av både läkare och psykolog på sikt blivit procentuellt sett större än vad de inledningsvis räknat på.

4.9.2 Löpande finansiering

Arbetsgruppen föreslår följande kostnadsfördelning

- *Kommunerna i Jämtland Härjedalen* föreslås gemensamt bekosta 3,0 socionom och svara för dess kostnader med lön, utbildning, handledning, metodutveckling och friskvård samt för huvudmannaspecifika kostnader som sammanhänger med de insatser som utförs.
- *Region Jämtland Härjedalen* föreslås bekosta 2,0 sjuksköterska, 0,20 läkare samt 0,20 psykolog och svara för dess kostnader med lön, utbildning, handledning, metodutveckling och friskvård samt för huvudmannaspecifika kostnader som sammanhänger med de insatser som utförs.
- *Region Jämtland Härjedalen* föreslås därmed bekosta 49,25 % av *den löpande driften* av MiniMaria, dvs. hälften av kostnaderna för tjänster, lokaler, städning, parkeringsplatser, tele- och larmdriftskostnader, övriga driftskostnader, utbildning, metodutveckling och handledning.
- *Kommunerna i Jämtland Härjedalen län* föreslås därmed tillsammans bekosta 50,75 % av *den löpande driften* av MiniMaria, dvs. hälften av kostnaderna för tjänster, lokaler, städning, parkeringsplatser, tele- och larmdriftskostnader, övriga driftskostnader.
- *Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtland Härjedalen* föreslås inför inrättandet av MiniMaria att *gemensamt* bekosta inventarier till verksamheten. Kostnader för detta föreslås tillkomma som en engångskostnad. (möbler, datorer, videokonferensutrustning i konferenslokal).

Utgifter	Totalt kostnad	Kommunerna	Region Jämtland Härjedalen
200% sjuksköterska	1 210 000	0	1 210 000
0,40 läkare och psykolog (20/20)	520 000	0	520 000
300% socionom	1 800 000	1 800 000	0
Lokaler och verksamhetsmedel	850 000	425 000	425 000
Utbildning FFT inkl handledning	280 000	140 000	140 000
Total kostnad	4 660 000	2 365 000	2 295 000
Procent	100%	50,75%	49,25%

Tabell 2. Uppskattad årlig driftkostnad av MiniMaria Jämtland Härjedalen. Vidare framgår förslag avseende kostnadsfördelning mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen. Årligen tillkommer en uppräkningskostnad av kostnaderna med 3 %.

Arbetsgruppen föreslår att kostnader för den *löpande driften* av MiniMaria fördelas mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtland Härjedalen enligt nedan;

Fördelning mellan parterna		%	Kostnad per år
Region Jämtland Härjedalen		49,25%	2 295 000
Kommunerna i Jämtlands län		50,75%	2 365 000
Totalt:		100%	4 660 000
Kommun	Befolkning	%	Kostnad per år
Berg	7 119	5,4	127 710
Bräcke	6 163	4,7	111 155
Härjedalen	10 065	7,6	179 740
Krokom	15 347	11,6	274 340
Ragunda	5 221	4,0	94 600
Strömsund	11 492	8,7	205 755
Åre	12 194	9,2	217 580
Östersund	64 313	48,8	1 154 120
Totalt:		100	2 365 000

Tabell 3. Uppskattad driftkostnad av MiniMaria Jämtland Härjedalen fördelat per kommun. Respektive kommuns andel utgår från befolkningmängd 2021-11-01(www.scb.se). Årligen tillkommer en uppräknig av kostnaderna med 3 %.

4.10 Ledning och styrning

Arbetsgruppen föreslår att det utses en **styrgrupp** för MiniMaria som består av IFO-chefer/verksamhetsansvariga representanter från Region Jämtland Härjedalen och samtliga samverkanskommuner. Deras uppdrag blir att besluta om verksamhetsplan och om frågor av övergripande karaktär samt att ansvara för uppföljning av de övergripande mål som angivits i samverkansavtal och i verksamhetsplan.

Arbetsgruppen föreslår att en **operativ arbetsgrupp** utses av styrgruppen. Arbetsgruppen ska bestå av verksamhetsnära chefer från Region Jämtland Härjedalen och samtliga kommuner. Den operativa arbetsgruppen bör få i uppdrag att utarbeta arbetsformer för MiniMaria i enlighet med de mål och syften som anges i samverkansavtalet. Den operativa arbetsgruppen bör svara för policyfrågor, metoddiskussioner och liknande diskussioner i verksamheten, framtagande av verksamhetsplan, underlag för verksamhetsuppföljning samt att utvecklingsarbetet i MiniMaria i Jämtland Härjedalen sker i nära samverkan mellan parterna. Den operativa arbetsgruppen bör arbeta på uppdrag av styrgruppen och rapportera till densamma. Arbetsgruppen består så länge som styrgruppen anser att den fyller sin funktion.

4.11 Samverkansavtal

Arbetsgruppen föreslår att man inför skrivande av ett samverkansavtal ånyo tar del av samverkansavtal i övriga län och anpassar skrivningen avseende verksamhet och praktiska åtaganden efter goda exempel i landet och förutsättningar i Jämtland Härjedalen. Här ska alla samverkande parter ha möjlighet att ge synpunkter.

5. ARBETSGRUPPENS FÖRSLAG TILL BESLUT

Förslag till beslut Mini Maria

SVOM/Barnarenan föreslås besluta:

1. att rekommendera kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen att fatta ett inriktningsbeslut om att i samverkan verka för att etablera en verksamhet av typ Mini Maria. Östersunds kommun och Region Jämtland Härjedalen föreslås vara huvudmän för verksamheten, med en huvudmottagning i Östersunds kommun och filialverksamheter i länets övriga kommuner. Budget för verksamheten uppskattas till 4 660 000 kr, varav länets kommuner föreslås finansiera 50,75% och Region Jämtland Härjedalen 49,25%.
2. SVOM/Barnarenan uppdrar till befintlig partsammansatt arbetsgrupp att ge förslag på former för uppstart av Mini Maria, inklusive förslag på samarbetsavtal. Presenteras för SVOM/Barnarenan oktober 2022.