

Tid: kl. 13:00-16:00

Plats: Clarion Hotel/Teams

### **Ordförande**

Tom Silverklo (C)

### **Ledamöter**

Lennart Ledin (L)

Bengt Bergqvist (S)

Lise Hjemgaard-Svensson (M), 1:a vice ordförande

Karin Näsmark (S), Vice ordförande

Johan Looch (M)

Karin Sundin (S)

Andreas Karlsson (C)

Håkan Lindström (C)

Anders Häggkvist (C)

Björn Nilsson (VV)

Magnus Rönnerfjäll (C)

### **Ersättare**

Lena Olsson (C)

Cathrine Blomqvist (S)

Torbjörn Andersson (C)

Gunnel Persson Westin (S)

Lennart Skoog (S)

Eva Sjölander (M)

Karolina Junel (S)

Anton Waara (S)

Christina Hedin (V)

### **Övriga**

Göran Örnung, RJH Division Medicin

Anna Granevärn, RJH - Tf. HS-direktör

Elisabeth Liljekvist, RJH - Division Kirurgi

Caroline Johansson, RJH - Område Psykiatri

Anna Fremner, RJH - Division Nära vård

Jessica Isaksson, RJH - Regionstaben

Elsy Bäckström, RJH - Regionstaben

Veronica Molander, Kommunerna - God och nära vård

Maria Höög, RJH - God och nära vård

Elin Ring, Samordnare kommunerna

Pär-Robert Liljefjäll, Bräcke kommun

Anda Embretzen, Härjedalens kommun

Anna Berkestedt Jonsson, Krokoms kommun

Gudrun Öjbrandt, Strömsunds kommun

Ulrika Nyberg, Östersunds kommun

Lisa Marklund, Östersunds kommun

Robert Brandt, Östersunds kommun  
Erik Fredriksson, Östersunds kommun  
Malin Andersson, Åre kommun  
Sara Häggström, RJH - Hälsovalet  
Håkan Wretling, Ragunda kommun  
Håkan Litzell, Bräcke kommun  
Lena Danielsson, Östersunds kommun  
Carina Vaksdal, Barnahus  
Marianne Holmgren, Barnahus

1. Mötet öppnas Tom Silverklo 13:00
  2. Val av justerare Tom Silverklo
  3. Fastställande av dagordning Tom Silverklo
  4. Föregående protokoll Tom Silverklo
  5. God och nära vård  
Veronica Molander,  
Maria Höög 13:10  
Ärendebeskrivning
    - Enkät - presentation av resultatet,
    - Målbild God och nära vård.
  6. Workshop - målbild God och Nära vård Elin Ring, Jessica Isaksson 13:20
- Kaffe/Bensträckare kl. 14:20-14:35.*
7. Summering av workshop och processen framåt Elin Ring, Jessica Isaksson 14:35
  8. Barnahus - Verksamhetsberättelse 2021 Carina Vaksdal,  
Marianne Holmgren 14:45  
Förslag till beslut  
SVOM godkänner Barnahus verksamhetsberättelse 2021.  
Beslutsunderlag
    - Verksamhetsberättelse 2021 Barnahus
  9. Arbetsgrupp Mini Maria – aktuellt läge Lena Danielsson 15:05  
Förslag till beslut  
Fredagsgruppen föreslår SVOM att 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 procent och Region Jämtland Härjedalen 50 procent.
    2. SVOM uppdrar till befintlig partssammansatt arbetsgrupp att ge förslag till former för uppstart av Mini Maria, inklusive förslag till samarbetsavtal. Förslagen ska presenteras för SVOM i oktober 2022.

### Beslutsunderlag

- Delrapport - Inriktningsbeslut 220603
- Bilaga 1 Förstudie - Utredning MiniMaria i Jämtland Härjedalen

- 10. Samverkansavtalet om hemsjukvård** Elin Ring, Jessica Isaksson 15:25
- Ärendebeskrivning**  
Det förlängda Samverkansavtalet om hemsjukvård löper ut den 31 december 2022. Information om planerad process framåt.
- 11. Storsjögläntan** Elin Ring, Elsy Bäckström 15:35
- Ärendebeskrivning**  
Information om arbetsprocess och reviderad tillfällig riktlinje.
- 12. Uppdragsbeskrivning Fredagsgruppen** Elin Ring, Jessica Isaksson 15:40
- Förslag till beslut**  
SVOM fastställer reviderad uppdragsbeskrivning för Fredagsgruppen.
- Beslutsunderlag**
- 220520 Uppdrag Fredagsgruppen
- 13. Uppdragsbeskrivning SVOM** Tom Silverklo 15:45
- Ärendebeskrivning**  
Såväl SamReKo och Fredagsgruppen som Barnarenan har uppdragsbeskrivningar som är aktuella. Det finns i nuläget ingen aktuell uppdragsbeskrivning för SVOM, varför en sådan bör tas fram och fastställas av SVOM.
- Förslag till beslut**
1. SVOM:s presidium ges i uppdrag att ta fram förslag till uppdragsbeskrivning för SVOM,
  - När uppdragsbeskrivningen är klar ska den presenteras för och fastställas av SVOM.
- 14. SVOM gemensamt med Region Västernorrland?** Tom Silverklo 15:50
- Ärendebeskrivning**  
Presidiet för SVOM i Region VN förslår presidiet att skjuta upp gemensamt SVOM till hösten 2023 och inbjuda Jämtland Härjedalen till SVOM i Västernorrland våren 2023 (aktuella datum är 20-21 april). Därefter kan ordningen återupptas med att Jämtland Härjedalen är arrangör hösten 2023.
- Om Jämtland/Härjedalen ändå önskar arrangera SVOM redan under hösten 2022 går det bra för Region VN.
- 15. Övriga frågor** Tom Silverklo 15:55
- 16. Mötet avslutas** Tom Silverklo 16:00





8

## Barnahus - Verksamhetsberättelse 2021

# VERKSAMHETSBERÄTTELSE 2021



CARINA VAKSDAL  
SAMORDNARE

## Innehåll

Inledning	2
En beskrivning av viktiga händelser under 2021	3
Covid-19 och anpassningar för verksamheten	3
Kvinnokliniken ny samverkande part i Barnhus Jämtlands län	3
Barnfridsbrottet – ny lagstiftning från 1 juli 2021	3
Riktlinjer för Barnhus Jämtlands län	3
En samordnare på plats. Hur har det påverka Barnhus Jämtlands län?	3
Det fjärde rummet	4
Sociala medier	4
Inför verksamhetsåret 2022	5
Nationella strategier utifrån kommittédirektiv Dir.2021:29	5
Aktiviteter under 2021	5
Arbetsgrupp, Styrgrupp, SVOM	5
Samverkansformer under året	6
<i>Samordnare har informerat om barnhusverksamheten</i>	6
<i>Samordnare har varit moderator</i>	6
<i>Samordnare har deltagit i utbildningar och webinarier</i>	6
<i>Samordnare har deltagit vid nätverksträffar</i>	7
<i>Barnhus som medarrangör</i>	7
Samråd och konsultation	7
Barnförhör	10
Region JH	12
Läkarundersökningar BUM och Kvinnokliniken	12
BUP	13
Budgetuppföljning	13
Resultat och analys	14
Utvecklingsområden	15
Bilaga 1. Verksamhetsmål 1-9	



## Inledning

Det inledande arbetet med Barnahus Jämtlands län startade i februari 2020. Verksamheten bygger på en överenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen, Polismyndigheten Region Nord PO Jämtland, Åklagarmyndigheten Åklagarkammaren i Östersund och samtliga åtta kommuner i Jämtlands län.

Överenskommelsen utgår från ett samverkansavtal där verksamhetsmål, målgrupp och varje myndighets ansvar för Barnahus beskrivs och regleras. Arbetet följs regelbundet upp av en styrgrupp, en arbetsgrupp och en politisk ledningsgrupp (SVOM).

Barnahus har under året 2021 fortsatt att utvecklas mot målsättningen att kunna erbjuda länets brottsutsatta barn och unga en rättstrygghet, ett gott bemötande, stöd och skydd och vid behov kris- och behandlingsinsatser. Det finns en fungerande samverkan mellan samverkansparterna. Samråden har varit igång i Barnahus lokaler sedan september 2020 och barnförhören sedan mars 2021.

Enligt samverkansavtalet ska Östersunds kommun och Polismyndigheten PO Jämtland var för sig tillhandahålla en samordnare till Barnahus. Sedan augusti har samordnaren anställd av Östersunds kommun drivit arbetet med att samordna och utveckla verksamheten, vilket inneburit att anpassa verksamheten efter rådande förutsättningar. **Inför årsskiftet 2021/2022 är det fortsatt oklart vad det gäller den polisiära samordnaren.**

## En beskrivning av viktiga händelser under 2021

### Covid-19 och anpassningar för verksamheten

Covid-19 påverkade uppstarten av barnahusverksamheten i februari 2020 och har under 2021 fortsatt att göra det. Kontinuerliga anpassningar i verksamheten har gjorts efter rådande restriktioner och för bästa möjliga funktion för samverkande parter och de barn och unga som berörs.

Fokus för verksamheten har legat på att i största möjliga mån upprätthålla samråd och barnförhör där det krävs att samverkansparter är på plats. Där det har funnits möjlighet har samverkansparter deltagit via högtalartelefon. Åklagare har ibland deltagit via säker videolänk vid barnförhör. Barnets behov av stöd styr närvaron av vilka samverkansparter som behöver vara på plats. **Det har vid tre tillfällen varit aktuellt med läkarundersökning efter barnförhör, vilket inneburit att sjukvårdspersonal kommit till Barnahus.**

För att skapa trygghet och förutsägbarhet hos barn erbjuder Barnahus studiebesök innan barnförhör. Det har då främst varit för barn där misstanken varit sexuella övergrepp. Utöver det har enstaka studiebesök gjorts av samverkanspart.

### Kvinnokliniken samverkande part i Barnhus Jämtlands län

**Under 2021 har Kvinnokliniken blivit en samverkanspart i Barnahus Jämtlands län. Det gäller målgruppen flickor 13-17 år där det finns misstanke om sexuella övergrepp. En bilaga ska bifogas till samverkansavtalet där Kvinnoklinikens uppgift och ansvar i Barnahusverksamheten är reglerat.**

### Barnfridsbrottet – ny lagstiftning från 1 juli 2021

Barnfridsbrottet innebär ett ökat ansvar hos alla samverkansparter i Barnahus. Under verksamhetsåret 2021 misstänks 24 barn i länet bevittnat våld enligt barnfridsbrott i de polisanmälningar som hanterats vid samråd på Barnahus.

Barnfridsbrottet är en ny lag som trädde i kraft den 1 juli 2021. Brottet är placerat i 4 kap. 3 § brottsbalken. På åklagarmyndighetens hemsida står bland annat att:

”Syftet med den nya lagen är att stärka det straffrättsliga skyddet för barn som bevittnar vissa brott mellan närstående eftersom dessa barn enligt forskning löper ökad risk att drabbas av både psykisk och fysisk ohälsa.”

### Riktlinjer för Barnahus Jämtlands län

Samordnare har under 2021 påbörjat arbetet med att skapa ett dokument för Barnahus Jämtlands läns riktlinjer med syfte att fungera som stöd för samverkansparter utifrån var och ens ansvarsområde. Riktlinjerna är tänkta att revideras vid behov.

### En samordnare på plats. Hur har det påverkat Barnahus Jämtlands län?

Sedan augusti har samordnaren anställd av Östersunds kommun drivit arbetet med att samordna och utveckla verksamheten. En anpassning av verksamheten har därför behövts göras efter rådande förutsättningar och möjligheter. Konkret har det till exempel inneburit;

- att samordnarens tillgänglighet har påverkats. Barnahustelefonen har inte alltid kunnat vara bemannad.

- att målsättningen med att erbjuda alla barn i länet ett likvärdigt och gott bemötande och omhändertagande inte kunnat uppfyllas. Under 2021 har arbetet med att skapa filialverksamhet i länet pausats.
- att utvecklingsarbetet i länet med "Det fjärde rummet" fördröjts. Det handlar om barns behov och rätt till stöd, insatser och behandling så snart det är möjligt.
- att det utåtriktade arbetet för att sprida kunskap om barnhusverksamheten i länet till samverkansparter inte kunnat genomföras i någon större omfattning.
- att samordnaren anställd av Östersunds kommun inte kunnat följa upp de ärenden som hanterats på samråd/barnförhör med den befogenhet som en polisiär samordnare har när det till exempel gäller statistik.
- att samordnaren anställd av Östersunds kommun inte kunnat möta sociatjänstens behov av återkoppling i det polisiära utredningsarbetet med den befogenhet som en polisiär samordnare har.
- att samordnare inte alltid kunnat vara på plats vid barnförhör. Prioriteringar i verksamheten kräver att samordnare deltar i utbildningar, konferenser, seminarier som är viktig för utvecklingen av verksamheten. Det gäller till exempel ny lagstiftning, metodstöd, forskning och samverkan.

### Det fjärde rummet

Stiftelsen Allmänna Barnhuset presenterade i november 2019 resultatet av sitt treåriga regeringsuppdrag, det vill säga modellen "Det fjärde rummet" som avser stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp, sexuellt våld eller annat fysiskt våld. Modellen är tänkt att kunna vara ett stöd för de kommuner och regioner som aktivt vill arbeta för att förbättra möjligheterna för att våldsutsatta barn ska få tillgång till den rehabilitering de har rätt till.

Den 12 november 2021 bjöd samordnare vid Barnahus Jämtlands län in till ett första möte med särskilt inbjudna för att skapa en arbetsgrupp med syfte att diskutera "Det fjärde rummet". Mötet utmynnade i att samordnare ska inventera kommunerna och regionens hemsidor för att se vilket stöd eller behandling som erbjuds idag till målgruppen för Barnahus. Inventeringen kommer att påbörjas under 2022.

### Sociala medier

Som ett led i det fortsatta arbetet med att nå ut till allmänheten och professionella finns Barnahus nu också på Facebook, Instagram och Youtube vilket startades upp under 2021. Barnahus hemsida finns sedan november 2020 och är idag en välbesökt hemsida med drygt 1600 besökare under 2021. Att Barnahus har en bra hemsida bekräftades den 17 november då hemsidan fick pris som guldvinnare i Svenska Publishingpriset 2021, i kategorin "Samhällssajter". På Barnahus hemsida finns tre olika filmer som Barnahus tagit fram i ett försök att sprida information och kunskap om utsatta barn och Barnahusverksamheten. Filmerna finns också att ta del av på Facebook och Youtube.



## Inför verksamhetsåret 2022

### Nationella strategier utifrån kommittédirektiv Dir. 2021:29

**Viktigt att notera inför 2022 är förslaget till en nationell strategi som ska presenteras den 31 maj 2022, enligt regeringens kommittédirektiv som angavs den 4 maj 2021. Ett förslag till en samlad nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn, Dir. 2021:29.**

Strategin ska omfatta de många olika former av våld som barn i olika åldrar utsätts för och uppmärksamma att våld och övergrepp mot eller mellan barn kan ske på många av samhällets olika arenor, till exempel internet och sociala medier.

Förslaget innebär bland annat frågan hur barnahusverksamheten kan utvecklas för att möta behovet av ett stärkt barnrättsperspektiv i brottmålsprocessen och genom en nationell samordning.

Förslaget ska också redovisa tillgången till vilka lämpliga och funktionella insatser som finns för barn för att säkerställa barnens rätt till stöd och rehabilitering. Som exempel lyfter man fram projektet kring "Det fjärde rummet".

## Aktiviteter under 2021

### Arbetsgrupp, Styrgrupp och SVOM

Arbetsgruppen för Barnahus har träffats vid nio tillfällen under året. Samordnare har då varit sammankallande.

Barnahus samordnare har bjudits in till Styrgruppen för Barnahus vid fyra tillfällen under året, den 25 februari, 16 juni, 15 september och 25 november.

Barnahus samordnare har bjudits in till den politiska ledningsgruppen för Barnahus, Sociala vård- och omsorgsgruppen, SVOM, vid ett tillfälle under året, den 4 juni 2021.

## Samverkansformer under året

Samordnare för Barnahus har under verksamhetsåret 2021 deltagit och medverkat vid flertalet olika aktiviteter som till största delen genomförts digitalt.

### **Samordnare har informerat om barnahusverksamheten:**

- Länets IFO-chefer den 29 okt
- Kunskapsdag om könsstympling av flickor och kvinnor, 18 oktober
- "Arbetsgrupp" för "Det fjärde rummet" 12 november
- Sjukvårdsupplysningen 1177 på Trygghetens hus, 12 oktober
- CMV:s utbildningsdag, 5 oktober
- Barnarenan, 4 oktober
- Polisen Östersund "Turlag 2", 16 juni
- Polisen Strömsund, 3 juni
- Barnarenan, 31 maj
- Elevhälsan Krokoms kommun, 6 maj
- Uppsökande teamet, Ungdomsstöd , Kommunala Aktivitetsansvaret, Östersunds kommun, 4 maj
- Länets IFO-chefer, 23 april
- Särskolenätverket, 22 april
- Polisen, Sveg, 20 april
- Barn- och utbildningsförvaltningen Krokoms, "Enskilt drivna verksamheter", 3 mars
- Ripan Stödboende, 2 mars
- Social-och arbetsmarknadsnämnden Östersunds kommun, 24 februari
- Sociala ledningsgruppen Krokoms kommun, 2 februari
- Rektorsmöte, Krokoms kommun, 21 januari
- Patientombudsnämnden, 18 januari
- Länets IFO-chefer, 15 januari

### **Samordnare har varit moderator:**

- Länsstyrelsen, CMV - Operation Norrskan arrangerar temadag "Sekretess vid samverkan för våldsutsatta vuxna", 23 september

### **Samordnare har deltagit vid följande utbildningar och webinarier:**

- Föreläsning under "Uppmärksamhetsvecka mot våld, tema prostitution", föreläsare Simon Häggström, polis - 22 oktober
- Barnafrid: Samordnardagarna 20 – 21 oktober
- Barnafrid: Barnahus nätverksdag 7-8 oktober – Tema Det nya barnfridsbrottet
- Barnrättsdagarna 14 september 2021
- Barnafrid: Webinarium 31 maj – Hur stärks barns skydd om Barnfridsbrottet införs?
- Barnafrid: Enfråga om heder - Föreläsning Tema Rättsfall heder 19-20 maj
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset: Webinarium 28 april - Presentation av forskningsrapporten "Multiutsatta barn" – om barn som utsatts för flera typer av barnmisshandel.
- Barnafrid: Webinarium 20 april – Barnfridsbrottet
- Barnafrid: utbildning 24 mars - Tema "unga som förgriper sig sexuellt på andra barn och unga".

### **Samordare har deltagit vid nätverksträffar:**

- Andra barnahus i Sverige, bland annat Barnahus Linköping, Barnahus Västernorrland med fokus på erfarenhetsutbyte.
- Träffar med grupp för HRVF i länet (CMV, Barnahus, Regionen JH), 14 mars, 7 juni, 28 sep.
- Möten med regionsamordnare Carina Frykman och Kvinnokliniken som samverkande part i Barnahus.

### **Barnahus som medarrangör:**

- Den 16 september arrangerade Barnahus tillsammans med Länsstyrelsen Jämtlands län och Rädda barnen ett webbseminarium. Syftet med seminariet var att sprida kunskap till personal inom förskola, skola och föreningslivet i länet, om hur de kan prata med barn och unga om utsatthet med hjälp av Rädda barnens material "Stopp min kropp". Barnahus deltog i seminariet med syfte att informera om hur barn och unga kan få skydd, stöd och hjälp. Seminariet spelades in och finns tillgängligt på Youtube för den som vill ta del av den.
- Vid två tillfällen under året har Barnahus tillsammans med Länsstyrelsen Jämtlands län arrangerat en webbföreläsning och utbildning med Sara Landström, docent i psykologi och verksam som universitetslektor och forskare vid Göteborgs universitet. Sara Landström har ett allmänt rättspsykologiskt forskningsintresse, med tonvikt på förhörsmetodik, barns vittnesmål, tillförlitlighet och trovärdighet. Hon har mångårig erfarenhet som föreläsare för olika yrkesgrupper inom det svenska rättsväsendet.

Föreläsningen som sändes digitalt den 26 maj riktade sig till de myndigheter och yrkesgrupper som arbetar inom Barnahus och med brottsutsatta barn. Drygt ett fyrtiotal personer från socialtjänst, advokatbyråer, åklagarmyndigheten och polismyndigheten deltog.

Barnförhørsledarna från polisområde Jämtlands län och Västernorrland deltog i utbildningen med fokus på barnförhörsteknik med förskolebarn. Utbildningen genomfördes med förberedande videoföreläsningar och instuderingsmaterial inför en heldag med workshop och träning i barnförhörsmetodik. Workshop hölls den 25 november på polisationen i Östersund.

## **Samråd och konsultation**

Totalt har 39 samråd genomförts under perioden 13 januari - 15 december 2021. Samråden hålls i regel på en fast samrådstid, onsdagar klockan 10.00 - 12.00. Vid två tillfällen har samråd aktualiserats som akuta genom barnläkare vid Barn- och ungdomsmedicin och vid ett tillfälle av socialtjänst. Enstaka samrådsärenden har rört konsultation och uppföljning.

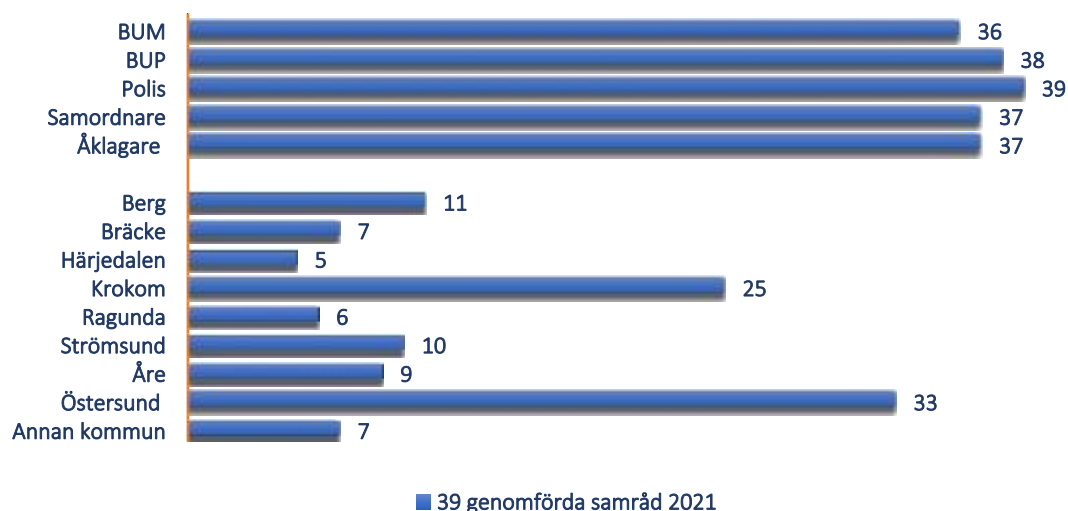
För övrigt har samråden haft ett högt deltagande av alla samverkansparter, antingen på plats i Barnahus lokaler eller via högtalartelefon. Vid samråd ges möjlighet till samplanering, informationsdelning och bedömning utifrån olika frågeställningar. En bra planering skapar goda förutsättningar att erbjuda barn ett gott omhändertagande inför ett eventuellt barnförhör eller för ett gott stöd i övrigt.

Konsultationssamtal med samordnare har till största del efterfrågats från socialtjänst men också från förskola, skola, elevhälsa och regionen. Samtalstiden har varierat mellan 5–20 min, cirka 1–5 gånger

per vecka. Konsultationsbehovet har generellt ökat under året. Vid några tillfällen har föräldrar hört av sig för att rådgöra, oftast om stöd och behandling. Samordnare har vid behov kontaktat BUP.

Perioden 16 – 30 december, genomfördes inga samråd då flera samverkansparter var lediga, inklusive samordnare på Barnahus. För att lösa situationen gjordes en planering där Polismyndigheten ansvarade för barnahusverksamheten gällande konsultation och rådgivning. Samverkande parter informerades om planeringen. De polisanmälningar som kom in under perioden bedömdes av polis inte vara aktuella för samråd.

#### Samverkansparter närvaro vid samråd 13 januari – 15 december 2021



#### Samråd, polisanmälningar, barn och samrådstider fördelat under årets månader 2021

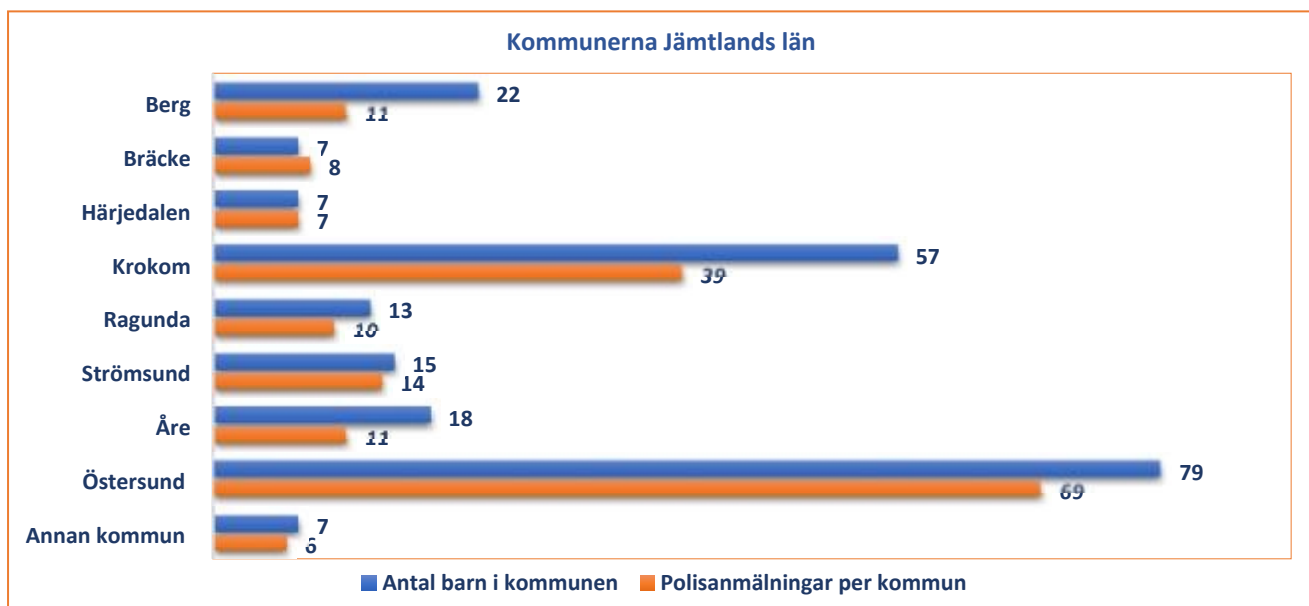
Verksamhetsår 2021	Samråd	Anmälningar	Barn 0 – 17 år	Samrådstid i timmar
Januari	2	9	11	3
Februari	4	11	13	4
Mars	4	10	12	3,5
April	3	11	14	4
Maj	4	23	32	8
Juni	5	20	22	8
Juli	1	5	5	2
Augusti	1	7	8	2,5
September	3	16	25	5,5
Oktober	5	29	44	10
November	4	22	25	7,5
December	3	12	14	4
<b>TOTALT</b>	<b>39</b>	<b>175</b>	<b>225</b>	<b>62</b>

#### Polisanmälningar- samråd 2021

Samråden för perioden 13 januari – 15 december hanterade 175 polisanmälningar vilket inkluderar 228 misstänkta brott mot 225 barn. Den totala samrådstiden uppskattas till 62 timmar.

### Polisanmälningar fördelat på länets kommuner

I tabellen syns kommunfördelning av 175 polisanmälningar och de 225 barn som berörs. Med "Annan kommun" menas att det misstänkta brottet mot barnet har skett i Jämtlands län men att barnet är skriven i en kommun utanför länet.



### 228 misstänkta brott mot barn

Tabellen nedan redovisar misstänkta brott fördelat på flickor och pojkar, i åldrarna 0-14 år och 15-17 år och brottskategorierna. Brottsmisstankar mot flickor utgör en större del i jämförelse med pojkar. Bakom brottskategorin "Annat brott" finns bland annat misstänkta brott som: sexuellt ofredande, olaga integritetsintrång, barnpornografibrott, utnyttjande av barn för sexuell posering, hatbrott, människohandel, olaga hot, ofredande, kontakt för att träffa barn i sexuellt syfte.

Brottskategori	Flickor 0–14 år	Flickor 15–17 år	Pojkar 0–14 år	Pojkar 15–17 år	Annan 0–17 år
Våldsbrott	38	5	44	1	0
Sexuella övergrepp	30	6	4	1	0
Annat brott	38	13	15	6	0
HRVF	2	1	0	0	0
Barnfridsbrott	10	3	10	1	0
<b>TOTALT</b>	<b>118</b>	<b>28</b>	<b>73</b>	<b>9</b>	<b>0</b>

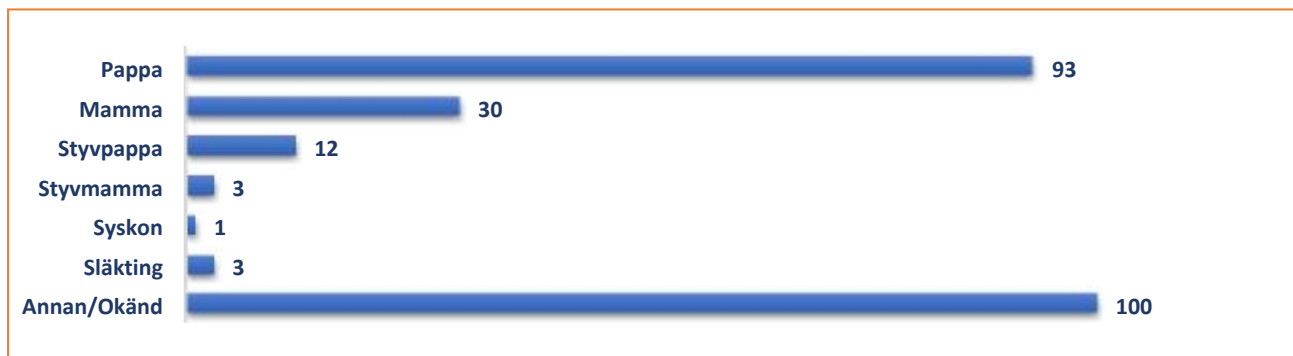
### Misstänkts relation till barnet

I de 175 polisanmälningar som redovisats finns 242 misstänkta personer. Det innebär att av de 225 barn som berörs finns barn som misstänks vara utsatt av fler än en person.

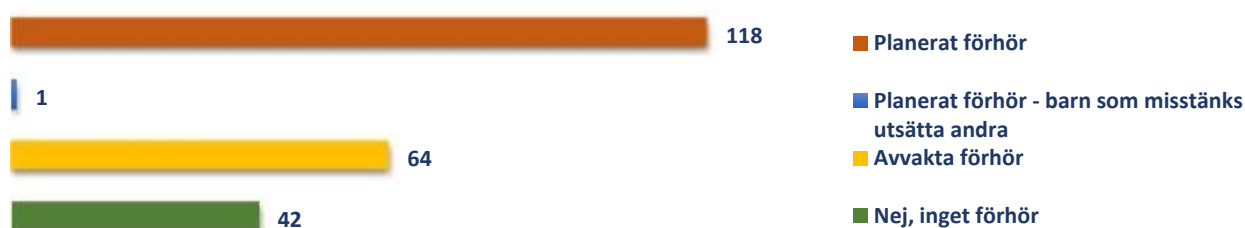
Statistiken visar att barn i högre grad är utsatta av någon de känner och har en nära relation till. Sammanlagt utgör föräldrar den största delen av misstänkta för brott mot barn, 93 pappor och 30 mammor. I kategorin "Annan/Okänd" finns personer som har en vardagspåverkande relation till barnet eller är helt okänd för barnet.



### Misstänkts relation till barnet



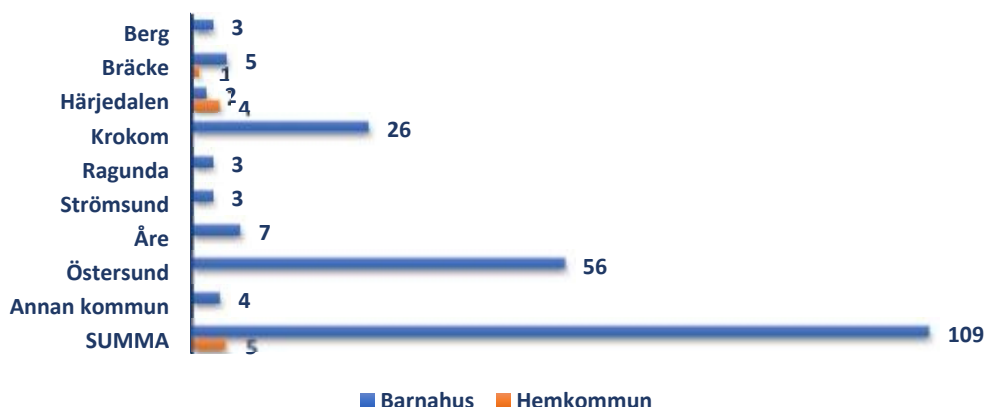
### Åklagardirektiv vid samråd gällande barnförhör



Tabellen redovisar hur åklagren gett direktiv vid samråd i frågan om barnförhör ska hållas, avvaktas eller inte alls genomföras. Tabellen avser perioden 13 januari – 15 december 2021.

### Barnförhör

Det första barnförhöret genomfördes på Barnahus den 22 mars 2021 efter att lokalerna blivit godkända enligt de krav som påtalats av Polismyndigheten 2020.



Fram till den 17 december har 114 barnförhör genomförts var av 109 har hållits på Barnahus. I 5 fall har barnförhör hållits med barnet i hemkommunen. Det har då i dessa 5 fall bedömts vara för barnets bästa. 63 av barnförhören har föregåtts av samråd. Övriga 51 barnförhör har inte kunnat knytas till något samråd.

En förklaring från polismyndigheten varför alla barnförhör inte planerats vid samråd går att härleda till polisutredningar i vuxenärenden där brottsmisstanke mot barnet uppkommit i ett senare skede. Vissa ärenden som tillhör polisens ungdomsteam blir inte aktualiserade för samråd. Det kan också vara vittnesförhör och misstankeförhör med barn vilket inte heller planeras vid samråd.

### Närvarande vid barnförhör

Tabellen redovisar närvaro vid 114 barnförhör perioden 22 mars – 17 december 2021 vilket avser samverkansparter och barnets juridiska stöd.

Barnförhørsledare	BUP	Åklagare	Målsägande-biträde	Särskild företrädare	Juridiskt biträde Officiell försvarare
114	14	67	52	43	5
KOMMUN	Socialtjänstens närvaro		Genomförda barnförhör		
Berg	3		3		
Bräcke	4		6		
Härjedalen	3		6		
Krokom	23		26		
Ragunda	2		3		
Strömsund	1		3		
Åre	7		7		
Östersund	35		56		
Annan kommun	4		4		
<b>SUMMA</b>	<b>82</b>		<b>114</b>		

### Genomförda barnförhör 22 mars – 17 december 2021

Tabellen redovisar genomförda barnförhör och misstänkt brott fördelat på kategori kön och ålder. För att undvika att något barn kan identifieras redovisas ingen statistik fördelat per kommun.

Brottskategori	Flickor 0–14 år	Flickor 15–17 år	Pojkar 0–14 år	Pojkar 15–17 år	Vittnesförhör	Misstankeförhör Enligt 31 § LuL
Våldsbrott	19	1	21	2	2	
Sexuella övergrepp	17	7	5			2
Annat brott	12	1	15	1	3	3
HRVF						
Barnfridsbrott	1		2			
<b>TOTALT</b>	<b>49</b>	<b>9</b>	<b>43</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

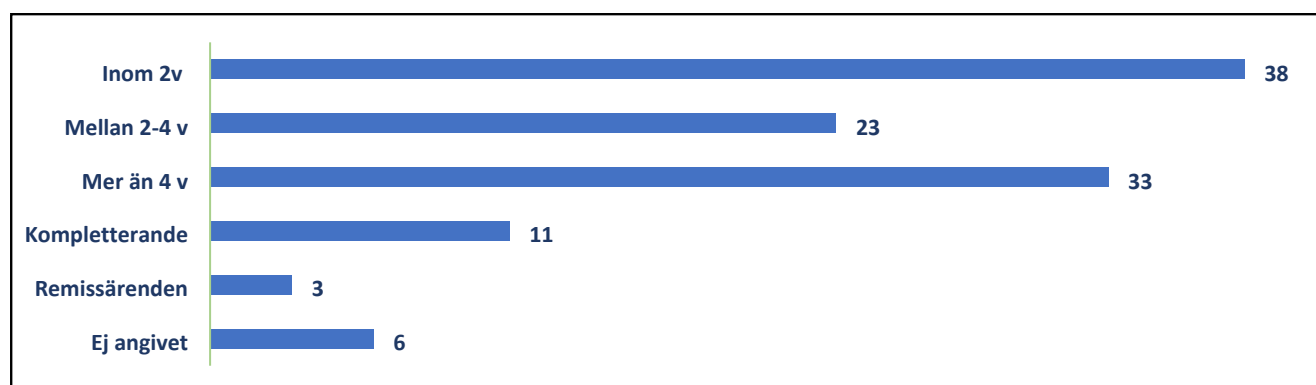
### Förhörstider 22 mars - 21 dec 2021

Förhörstidens längd varierar och påverkas av flera faktorer som till exempel barnets ålder och mognad, barnets utveckling, barnets språk och förmåga att berätta vad det varit med om.

Tidsåtgång vid barnförhör	Antal barnförhör
0 - 30 min	7
30 - 60 min	27
1 h - 1,5 h	55
1,5 h - 2 h	5
2 h - 3 h	7
ej angivet	13
<b>Totalt antal barnförhör</b>	<b>114</b>

### Tidsintervall barnförhör

Enligt riktlinjerna ska barnförhör hållas inom två veckor efter att förundersökning inletts. Tabellen redovisar när ett barnförhör skett enligt olika tidsintervall.



### Barns rätt till information

Barn har enligt barnkonventionen rätt att ta del av information och beslut som påverkar dem. Tabellen visar hur samverkande parter informerat barn vid de 114 barnförhör som genomförts.

Vem ger barnet information efter förhöret?	Antal informationstillfällen
Barnförhørsledare polisen	76
Åklagare	4
Särskild företrädare	25
Målsägande biträde	45
Juridiskt biträde/Officiell försvarare	4
Socialtjänst	52
BUP	7
Samordnare	23
Ej angivet	23

### Trygghetspersonens viktiga roll

Enligt statistiken hade 30 personer uppdraget att följa med barnet till Barnahus som trygghetsperson perioden 22 mars – 17 december. Det har till största del varit personal från skola och förskola.

## Region JH

### Läkarundersökningar BUM och Kvinnokliniken

Barnahus	(BUM) Barn-och ungdomsmedicin	Kvinnokliniken
3	5	1
Flicka & Pojke	Våldsbrott	Sexuella övergrepp
0–14 år	4	3
15–17 år		2

BUM ansvarar för barn 0–17 år vid misstanke om våldsbrott och för flickor 0–12 år vid misstanke om sexuella övergrepp.

Kvinnokliniken ansvarar för flickor 13–17 år vid misstanke om sexuella övergrepp.

BUM ansvarar för pojkar 0–17 år vid misstanke om sexuella övergrepp, undersökningarna sker då tillsammans med Kirurgmottagningen.

Tre planerade läkarundersökningar har genomförts på Barnahus, ibland med kort varsel. Vid ett tillfälle har vårdpersonal från BUM och kvinnokliniken gemensamt undersökt barnet. Vid övriga två tillfällen har vårdpersonal från BUM genomfört läkarundersökning på Barnahus.

Sex läkarundersökningar har genomförts på Östersunds sjukhus, varav fem undersökningar genomförts på BUM och en undersökning på kvinnokliniken.

Samtliga nio ärenden har hanterats vid samråd genom inkommen polisanmälan. Statistiken har redovisats av representant från BUM.

### *Psykiatriskt stöd BUP*

BUP:s ansvar i Barnahus gäller barn 0-17 år när det finns misstanke om våldsbrott eller sexuella övergrepp. BUP ska vid behov erbjuda psykiatrisk stöd i form av krissamtal, bedömningssamtal och vid behov av längre kontakt lotsa barnet till rätt behandlingskontakt. Statistiken visar att BUP närvarat vid 14 barnförhör.

Av de polisanmälningar som tagits upp vid samråd har BUP haft kännedom om 65 barn genom pågående eller tidigare kontakt med barnet, eller att barnet står på väntelista. När det gäller misstänkta personer i förhållande till de 65 barnen har 28 varit närstående, 28 har varit utomstående och 9 har varit okända. Statistiken har redovisats av representant för BUP.

## Budgetuppföljning

### *Barnahus bokslut 2021*

<b>Intäkter</b>	
Externa Kommunerna	295 821
Externa Regionen	578 000
Externa Polisen	36 000
Östersunds del	292 179
Tidigare års intäkter	570 424
<b>Summa Intäkter</b>	<b>1 762 424</b>
<b>Kostnader</b>	
Personal	694 155
Handledning/Fortbildning	73 800
Kontoret	12 606
Lokaler	259 172
Städning	65 000
OH kostnader	82 000
Inventarier	15 068
Datakostnader	8 685
Enhetsspecifikt	73 481
Verksamhetsmedel	10 233
<b>Summa Kostnader</b>	<b>1 294 200</b>
<b>Resultat</b>	<b>468 224</b>
<b>Intäkter till år 2022</b>	<b>468 224</b>

Redovisat av Östersunds kommun, Social- och arbetsmarknadsförvaltningen, Mikael Hedström, Ekonomi/Administrativ chef

### *Planering ekonomiskt överskott*

Utveckla informationsmaterial som till exempel broschyrer eller andra kanaler för att nå ut med barnahusverksamheten till barn, allmänhet och professionella.

## Resultat och analys

Det verksamhetsmål som angetts för Barnahus Jämtlands län finns reglerat i samverkansavtalet, se bilaga 1.

### *Enligt samverkansavtalet är Barnahus syfte:*

- att "erbjuda barn som misstänks vara utsatta för vålds- och sexualbrott ett omhändertagande som är anpassat till barnets behov."
- att "höja kvaliteten på de sociala- och medicinska utredningarna samt brottsutredningarna. En kvalitetshöjning ska bidra till ett säkert underlag för nödvändigt stöd samt till att fler brott mot barn/ungdomar lagförs."

Under 2021 har Kvinnokliniken blivit en samverkanspart i Barnahus, vilket tillsammans med BUM och BUP stärker viktiga funktioner för att möta barns behov vid misstanke om våld och sexuella övergrepp, både vad det gäller barns fysiska- och psykiska vårdbehov. Barnfridsbrottet syftar till att stärka det straffrättsliga skyddet för barn som bevittnar vissa brott mellan närstående eftersom dessa barn i högre grad riskerar att drabbas av både psykisk och fysisk ohälsa. Att erbjuda barn rätt stöd och behandling så snart det är möjligt är Barnahus ansvar och i enlighet med barnkonventionens 39:e artikel.

Samråden är idag en central del i barnahusverksamheten där både den rättsliga och sociala situationen kring ett barn hanteras. Vid samråden ges möjlighet till samplanering, informationsdelning och bedömning utifrån vad som är barnets bästa och barnets behov. Med hänvisning till de nio verksamhetsmål (se bilaga 1) som anges i samverkansavtalet finns utvecklingsbehov i verksamheten av:

- tydligare riktlinjer vid samråd som avser vilka polisanmälningar som ska hanteras utifrån Barnahus målgrupp.
- tydligare rutiner av barnförhör på Barnahus gällande ärenden som idag inte planeras vid något samråd men där det finns ett åklagardirektiv att barnet ska höras. Risker är att alla samverkande parter inte görs delaktiga och att barn riskerar att inte få tillgång till det stöd och behandling som de har rätt till.
- tydligare rutiner för hur samordnare ska inkluderas och informeras inför ett barnförhör för att på bästa sätt kunna planera och samordna ett bra bemötande av barnet, oavsett om ärendet tagits upp vid samråd eller inte.
- tydligare rutiner för hur ett barn, med pågående kontakt med till exempel socialtjänst och BUP, ska kunna garanteras stöd från dessa verksamheter i samband med barnförhör, oavsett om ärendet tagits upp vid tidigare samråd eller inte. Ett barns berättelse kan vara viktig information för socialtjänst och BUP i det fortsatta arbetet med att bedöma barns och föräldrars behov av stöd och insatser.

**Barnahus Jämtlands län var vid uppstart av verksamheten februari 2020 det 33:e barnhuset i Sverige. Sedan dess har lagstiftning för att stärka barns rättigheter och behov tillkommit genom bland annat barnkonventionen och barnfridsbrottet.**

**Den 31 maj 2022 kommer ett förslag till** en samlad nationell strategi att presenteras för att förebygga och bekämpa våld mot barn, Dir. 2021:29. Förslaget innebär bland annat frågan hur barnahusverksamheten kan utvecklas för att möta behovet av ett stärkt barnrättsperspektiv i brottmålsprocessen och genom en nationell samordning. Förslaget ska också redovisa tillgången till vilka lämpliga och funktionella insatser som finns för barn för att säkerställa barnens rätt till stöd och rehabilitering. Som exempel lyfter man fram projektet kring ”Det fjärde rummet”.

Generellt för verksamhetsåret kan sägas att de aktiviteter som antogs i verksamhetsplanen för 2021 delvis har kunnat uppfyllas utifrån verksamhetens målsättning och syfte. Vissa prioriteringar har varit nödvändiga i verksamheten på grund av att det under perioden augusti – december varit en samordnare på Barnahus. Under 2021 har till exempel utvecklingen av Barnahus filialverksamhet inte kunnat prioriteras.

## Utvecklingsområden

Den samlade bedömningen är att Barnahus under 2021 utvecklats i rätt riktning. Idag har Barnahus anpassade lokaler där de centrala delarna med samråd, barnförhör och läkarundersökningar kan genomföras. Utvecklingsbehov som behöver prioriteras i kommande verksamhetsår gäller bland annat:

- att tydliggöra och skapa verksamhetsrutiner och riktlinjer som underlättar samverkan mellan parterna.
- att utveckla och göra Barnahus tillgängligt för alla barn i länet genom filialverksamhet.
- att fortsätta sprida information om barnahusverksamheten och dess syfte.
- barns psykiska och fysiska hälsa behöver uppmärksammas i större utsträckning än vad det hittills gjorts. ”Det fjärde rummet” är en central del i detta arbete.
- att två samordnare behöver finnas på plats i verksamheten för att driva utvecklingsarbetet tillsammans.

## Bilaga 1

### Verksamhetsmålen för Barnahus Jämtlands län är att:

1. intentionerna i barnkonventionens artiklar 1, 2, 3, 12, 19, 34, 39 och 40 ska uppfyllas.
2. tillförsäkra att ett misstänkt utsatt barn behandlas så skonsamt som möjligt bland annat genom ett minskat antal kontakter med professioner.
3. tillförsäkra att barnen erbjuds en rättssäker, snabb och samordnad process med rätt till kontinuerlig information samt att barnet ges möjlighet att uttrycka sin uppfattning och åsikter i den utsträckning och på det sätt som hans eller hennes mognad medger.
4. barnet och familjen erbjuds adekvat social- och psykologiska kris- och behandlingsinsatser så snart det är möjligt.
5. barnet skyndsamt undersöks medicinskt och i första hand i barnahus lokaler.
6. brottsutredningar ska kunna slutföras mer skyndsamt och med högre kvalitet samt att fler brott ska lagföras.
7. socialtjänstens utredningar ska kunna slutföras mer skyndsamt med högre kvalitet.
8. verksamheten bidrar till att höja kompetensen inom ämnesområdet hos personal som i sin yrkesverksamhet kommer i kontakt med barn.
9. verksamheten bidrar till en ökad kvalitet i respektive myndighets handläggning.







9

## Arbetsgrupp Mini Maria – aktuellt läge

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

## 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 Elevhälsochef 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
- Hälsöfrämjande 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 framtagna förstudie/behovsinventering. SVOM beslutade även att avsätta 200 000 kronor av statliga läns-gemensamma 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, Länsamordnare 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
<b>Totalt:</b>	<b>131 914</b>	<b>100</b>	<b>2 365 000</b>

**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/stölder.

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 erbjudits flickan, insatserna hade kunnat samordnats i ett tidigare skede, ett mer integrerat stöd hade kunnat erbjudits 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 samverka 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 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 fokussflyttning. 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 vid 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 distansoberoende 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 d v s 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

Kostnadsslag	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
<b>Total summa:</b>	<b>4 660 000</b>

**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 riften* 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	<b>1 210 000</b>	0	1 210 000
0,40 läkare och psykolog (20/20)	<b>520 000</b>	0	520 000
300% socionom	<b>1 800 000</b>	1 800 000	0
Lokaler och verksamhetsmedel	<b>850 000</b>	425 000	425 000
Utbildning FFT inkl handledning	<b>280 000</b>	140 000	140 000
<b>Total kostnad</b>	<b>4 660 000</b>	<b>2 365 000</b>	<b>2 295 000</b>
<b>Procent</b>	<b>100%</b>	<b>50,75%</b>	<b>49,25%</b>

**Tabell 2.** Uppskattad årlig driftkostnad av MiniMaria Jämtland Härjedalen. Vidare framgår förslag avseende kostnadsfördelning mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen. Årligen tillkommer en uppräknings 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
<b>Totalt:</b>		<b>100%</b>	<b>4 660 000</b>
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
<b>Totalt:</b>		<b>100</b>	<b>2 365 000</b>

**Tabell 3.** Uppskattad driftkostnad av MiniMaria Jämtland Härjedalen fördelat per kommun. Respektive kommuns andel utgår från befolkningens mängd 2021-11-01(www.scb.se). Årligen tillkommer en uppräknings 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.

2021-11-22

# Förstudie MiniMaria i Jämtland Härjedalen

BESLUTSUNDERLAG

**Arbetsgrupp;**

Lena Danielsson, Social -och arbetsmarknadsförvaltningen Östersund

Catrine Skoglund, Enheten Vårld 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, drogtester, 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 Välfärd 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 Primärvårdschef
- 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 ojämlik 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 rekommenderande 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 nytta 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 Centralförbundet 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:

*Psykiskt 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 uppger 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 ungdomar droganvändande. 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 web:en
- 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
- Hjälpmellan 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;

Kostnadsslag	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
<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>
<b>Kommun</b>	<b>Befolkning</b>	<b>%</b>	<b>Kostnad per år</b>
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 läns gemensamma statliga medlen inom psykisk hälsa.





12

## Uppdragsbeskrivning Fredagsgruppen



2022-05-20

## FREDAGSGRUPPEN

Samverkansarena mellan Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård och kommunernas vård- och omsorg

### Bakgrund

Samverkan mellan tjänstepersoner inom Region Jämtland Härjedalen och länets kommuners vård och omsorg har skett under många år genom nätverket Fredagsgruppen. 2021 togs initiativ till att se över nätverkets uppdragsbeskrivning för att tydliggöra nätverkets roll, funktion och representation.

Uppdragsbeskrivningen beslutades av Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) juni 2022. Arbetet i nätverket ska främja samverkan mellan huvudmännen och riktar sig till personer med behov av samordnade insatser från huvudmännen.

### Övergripande mål och syfte

**Syfte:** Fredagsgruppen är en gemensam samverkans- och kunskapsarena för länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen inom hälso- och sjukvård och vård- och omsorgsområde med fokus strategiska, förebyggande och framåtsyftande områden.

Nätverkets huvudsyfte är att underlätta samverkan mellan de verksamheter som möter personer i behov av stöd samt att ingående professioner ska få en förståelse för varandras roller och uppdrag.

**Mål:** Det övergripande målet med samverkan i Fredagsgruppen är att personer som har behov av vård-, stöd och omsorgsinsatser ska uppleva dessa som en helhet, utan gränser.

*Arbetet ska utgå från nedanstående:*

- Samsyn, samverkan och samarbete
- Gemensamt ansvarstagande, tillit och förståelse för varandras roller och uppdrag
- Ett hälsofrämjande, förebyggande och proaktivt förhållningssätt
- Medborgarens fokus i hela vård- och omsorgsprocessen
- Skapa förutsättningar för jämlik vård och omsorg
- Brukarinflytande och brukarmedverkan på alla nivåer.

## **Uppdrag**

- Vara ett beredningsorgan till Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM). Ärenden för beredning kan vara uppdrag som initierats av SVOM likväl som uppdrag initierade på tjänstemannanivå och som kräver politiska ställningstaganden.
- Arbeta utifrån SVOM ´s balanslista samt följa upp om SVOM ´s rekommendationer blir beslutade/genomförda av respektive huvudman.
- För frågor som inte kräver politiska beslut kan Fredagsgruppen ge tidssatta uppdrag om utredning / förslag.
- Mall "Uppdragsbeskrivning" kan användas både för uppdrag som beslutats i SVOM och uppdrag som beslutas av Fredagsgruppen
- Vara ett informations- och diskussionsorgan innan beslut fattas i frågor som kan leda till bättre samarbete och samordning av länets hälso- och sjukvård och omsorgsverksamheter.
- Följa upp relevanta resultat för medborgarna, i tex olika kvalitetsregister.
- Vara ett informationsorgan för de beslut i respektive organisation som kan ge konsekvenser för varandra.

- Bevaka nationella förändringar och beslut som får påverkan på länets kommuner och regionen och i aktuella fall initiera alternativt föreslå uppdrag.

## **Mandat**

Fredagsgruppen har en beslutande funktion i de frågor som inte kräver politiska ställningstaganden. För frågor som kräver politiska beslut lyfts dessa till SVOM för rekommendationsbeslut.

Deltagarna ansvarar gemensamt för agendan och arbetet i nätverket. Deltagarna meddelar aktuella länsgemensamma frågor och beredningen sammanställer dagordning (se nedan, rubrik dagordning). Genom deltagande i nätverket åvilar det varje huvudman och nätverkets medlemmar att konstruktivt ansvara för innehåll över tid. Tiden ägnas till gemensamma viktiga frågor som är angelägna ur uppdragets perspektiv.

Deltagarna förutsätts inför sammanträdet, förankra ärenden och förslag till beslut i den egna organisationen.

## **Representation**

**Region Jämtland Härjedalen:** Hälso- och sjukvårdsdirektör, divisionschefer, närvårdsområdeschefer, verksamhetschef för vuxenpsykiatri, chef beställarenheten och regionöverläkare

**Kommunerna:** Förvaltningschef/motsvarande från länets åtta kommuner.

**Kommunernas regionala samverkans- och stödstruktur (RSS):** Samordnare social välfärd

Region Jämtland Härjedalen: För regionen kan suppleanter utses som vid behov deltar vid sammanträden och ersätter ordinarie ledamot vid frånvaro. Vid eventuell frånvaro från regionen ska aktuella synpunkter/svar förmedlas till annan regionrepresentant.

Kommunerna: För kommunerna kan suppleanter utses som vid behov deltar vid sammanträden och ersätter ordinarie ledamot vid frånvaro. Vid eventuell frånvaro från kommunen ska aktuella synpunkter/svar förmedlas till länsamordnare social välfärd.

Adjungerade personer kallas in vid behov, exempelvis sakkunniga och brukarorganisationer.

### **Arbetsformer**

#### **Mötesfrekvens:**

Sammanträden två gånger/termin (3h) och avstämningsmöten en gång per månad (1,5h).

Strategidag för fördjupade strategiska diskussioner, en heldag/år (planeras in som ett första möte under vårterminen).

#### **Ordförande, vice ordförande och sekreterare:**

Växlar mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna med ett års intervall.

#### **Dagordning:**

Upprättas i beredande möte där ordförande, vice ordförande och sekreterare deltar. Representant/er från Fredagsgruppens beredningsgruppen adjungeras.

Dagordning med aktuella bilagor skickas senast en vecka före mötet.

Bifogade bilagor förutsätts vara väl genomlästa innan mötet så att korta ärendedragningar kan ske i syfte att skapa utrymme för diskussioner.

I förslag till beslut ska, i möjligaste mån, en beskrivning av konsekvenser finnas med.

Protokoll skrivs och skickas ut till samtliga deltagare, suppleanter och till de föredragande.

#### **Byte av deltagare:**

Deltagare som lämnar sitt uppdrag ansvarar för att meddela uppgifter om ersättare till sekreterare.

### **Operativa arbetsgrupper som arbetar på uppdrag av Fredagsgruppen**

*Lokala samverkansarenor* finns i varje kommun och verkar för samverkan och utveckling på lokal nivå. För ytterligare information, se särskild uppdragsbeskrivning.

*Fredagsgruppens beredningsgrupp* med huvuduppdrag att arbeta med frågor som rör samverkansavtalen men även andra tidsbegränsade uppdrag. För ytterligare information, se särskild uppdragsbeskrivning.

*Länsnätverk psykisk hälsa* arbetar på uppdrag av Fredagsgruppen och SamReKo Hälsa- och sjukvård, skola och IFO med frågor som rör psykisk ohälsa/hälsa, exempelvis handlingsplan och överenskommelser inom området. För ytterligare information, se särskild uppdragsbeskrivning.

*Tillfälliga arbetsgrupper:* Utöver ovan grupperingar är kan tillfälliga arbetsgrupper tillskapas inom särskilt angelägna områden, ex. avtalsförhandlingar och utvecklingsfrågor. De tillfälliga arbetsgrupperna ska ha ett tydligt och avgränsat uppdrag (se rubrik uppdragsbeskrivningar).

### **Grupperingar kopplat till kunskapsstyrningen:**

#### *Kunskapsstyrning regional hälso- och sjukvård:*

Kommunerna deltar i kunskapsstyrning hälso- och sjukvård inom områden och grupperingar som bedöms vara särskilt relevanta. Eventuella samverkansfrågor beslutas i Fredagsgruppen.

- *Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet* är ett informations- och diskussionsorgan som bidrar till gott samarbete och samordning av patientsäkerhetsfrågor för länets hälso- och sjukvård.
- *Lokala programområden (LPO):* Kommunerna har representation i vissa prioriterade LPO:n, f.n. äldres hälsa, rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt psykisk hälsa.

#### *Kunskapsstyrning socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård:*

Regionen medverkar i arbetet med kommunernas socialtjänst och kommunala hälso- och sjukvårds gemensamma system för kunskapsstyrning i de delar och grupperingar som bedöms vara särskilt relevanta. Eventuella samverkansfrågor beslutas i Fredagsgruppen.

#### **Uppdragsbeskrivningar**

Vid uppdrag till gruppering eller person/-er ska det i Fredagsgruppens protokoll framgå en beskrivning av uppdraget samt hur och när detta ska återrapporteras.

#### **Informationsansvar**

Alla deltagare har ett informationsansvar till den egna verksamheten.

*Denna uppdragsbeskrivning ersätter tidigare upprättad uppdragsbeskrivning för Fredagsgruppen.*