

2022-11-04

MiniMaria i Jämtland Härjedalen

KOMPLETTERANDE FRÅGESTÄLLNINGAR

SOCIALA VÅRD- OCH OMSORGSGRUPPEN, SVOM, 2022-12-02

Arbetsgrupp;

Lena Danielsson, verksamhetsutvecklare, Social -och arbetsmarknadsförvaltningen Östersund (processledare)

Frida Rhoode, enhetschef Barn -och ungdomspsykiatri, Region Jämtland Härjedalen

Sofia Leje, specialist i allmänmedicin och psykiatri, Region Jämtland Härjedalen

Kristoffer Edholm, tf chef Beroendeenheten, Region Jämtland Härjedalen

Monica Strand, IFO-chef Härjedalens kommun

Carina Hansson, enhetschef öppenvården Härjedalen

Therese Fernström, enhetschef Social -och arbetsmarknadsförvaltningen Östersunds kommun

Ann-Helen Nilsson, enhetschef IFO Krokoms kommun

Catharina Gützkow Lundström, enhets -och verksamhetschef, UMO Jämtland Härjedalen

Jan Persson, regionala samordnare barn och ungas psykiska hälsa, Region Jämtland Härjedalen

Innehållsförteckning

1. BAKGRUND	2
2. KOMPLETTERANDE FRÅGESTÄLLNINGAR.....	3
2.1 Vad bedömer forskningen och utvärderingar av andra Mini Maria-verksamheter utgöra de huvudsakliga positiva effekterna av att bedriva en integrerad mottagning där kommunerna och regionen erbjuder samordnade insatser till ungdomar med missbruk och psykisk ohälsa och deras anhöriga?	3
2.2 Hur bedriver kommunerna sin öppenvård för unga idag och vilka är de avgörande skillnaderna mellan det arbete som görs i kommunernas ordinarie öppenvård jämfört med det arbete som kommer att bedrivas inom Mini Maria?.....	4
2.3 Vilken roll kommer kommunernas myndighetsutövning och ordinarie öppenvårdsverksamheter framledes ha i relation till Mini Maria?	7
2.4 Hur kan samverkan med respektive kommun säkerställas i syfte att inte tappa den lokala förankringen och personkännedomen i ärenden som är aktuella hos Mini Maria?	8
2.5 Hur kommer organisationen inom BUP att se ut när ett Mini Maria är etablerat? Beskrivning av verksamheten från första linjen till specialiserad vård.	8
2.6 Hur kommer flödet från Mini Maria till BUP:s specialiserade insatser att se ut i det fall en ungdom har behov av ex. utredning eller behandling för sitt psykiska mående?	9
2.7 Hur beräknas de föreslagna resurserna räcka till bemanning av huvudmottagning i Östersund och till filialer i alla kommuner?	9
2.8 Tillkommer kostnader för lokaler (filialer) utöver den fördelade summan som räknats fram i förslaget?	10
2.9 Hur kan likvärdig vård i länet garanteras i det fall kommun ej ansluter sig till Mini Maria?	11

1. BAKGRUND

Under 2021 och 2022 har ett förberedande arbete skett med syfte att utreda och kartlägga vilka behov och förutsättningar som finns hos länets samtliga kommuner samt inom både Barn -och ungdomspsykiatri, Vuxenpsykiatri och Primärvården inom Region Jämtland Härjedalen att starta upp en integrerad mottagning av typen MiniMaria. Detta då det ligger i linje med bland annat gällande lagstiftning, Socialstyrelsens nationella riktlinjer och de överenskommelser som har slutits på såväl nationell som regional nivå.

Förstudien/behovsinventeringen visade en vilja och ambition hos huvudmännen att hitta samverkansformer och utveckla verksamheter som bättre kan stödja ungdomar med begynnande psykisk ohälsa och 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 MiniMaria 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) samt 0,2 enhetschef från respektive huvudman. Total uppskattad budget uppgick till 5 000 000 kronor.

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.

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 MiniMaria i Jämtlands län med utgångspunkt i tidigare framtagen förstudie/behovsinventering.

Uppdraget blev att utifrån behov av jämlik vård, regionala samt nationella riktlinjer fortsätta med arbetet och att komplettera förstudien/behovsinventeringen med följande;

- 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.
- 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?
- Avtalsförslag
- Plan för hur arbetet på mottagningen kan följas upp
- Plan för eventuell uppstart av verksamheten

Vid SVOM 2022-06-03 presenterades hur långt arbetsgruppen kommit i arbetet avseende tillgänglighet, huvudmannskap, organisatorisk tillhörighet, personal -och budgetansvar.

Det beslutades att;

1. 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 MiniMaria. Budget för

verksamheten uppskattas till ca 5 000 000 kr, varav länets kommuner föreslås finansiera 50,75 procent respektive Region Jämtland Härjedalen 49,25 procent.

2. Uppdra 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.

Vid SVOM 2022-10-07 fanns ett färdigt utkast på samverkansavtal men det presenterades inte då Hälso- och sjukvårdsnämnden och en kommun ännu inte fattat något inriktningsbeslut och en kommun fattat beslut om att ej delta. Det framkom önskemål om en del förtydliganden som en komplettering till befintligt beslutsunderlag innan beslut kunde tas. SVOM gav därför i uppdrag till Länsamordnaren att formalisera ett antal frågor för återrapportering vid kommande sammanträde 2022-12-02.

2. KOMPLETTERANDE FRÅGESTÄLLNINGAR

2.1 Vad bedömer forskningen och utvärderingar av andra Mini Maria-verksamheter utgöra de huvudsakliga positiva effekterna av att bedriva en integrerad mottagning där kommunerna och regionen erbjuder samordnade insatser till ungdomar med missbruk och psykisk ohälsa och deras anhöriga?

Arbetet på MiniMaria i Stockholm, Göteborg och Malmö följs systematiskt sedan många år. Projektet Trestad2 ligger bakom arbetet med att ta fram sätt att följa upp behandlingsresultatet. Den systematiska uppföljningen av resultatet kan ske genom att använda sig av en strukturerad intervju för unga med missbruksproblem, UngDOK, vilken är utvecklad specifikt för MiniMaria tillsammans med forskare från Linnéuniversitetet i Växjö.

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.

Anderberg m fl har sedan följt en grupp ungdomar (455 stycken) som hade kontakt med någon av landets tolv Mariamottagningar under 2016 (Stockholm, Göteborg, Malmö, Linköping, Helsingborg, Norrköping, Eskilstuna, Södertälje, Kristianstad, Solna, Hässleholm eller Sundbyberg). När ungdomarna följdes upp ett år senare (2017) dök 32 procent av flickorna och 40 procent av pojkarna upp i olika nationella register. Registren som har granskats för att bedöma en ny drogrelaterad myndighetskontakt var registret över lagförda via Brottsförebyggande rådet samt Socialstyrelsens Patientregister, Läkemedelsregister, Register över insatser för barn och unga och Tvångsvårdsregister. Majoriteten av ungdomarna återfanns med andra ord inte i dessa register och treårsuppföljningen från 2020 visar att mönstret bestå, huvuddelen av ungdomarna återfinns ej i nationella register.

Forskarna menar att de positiva resultaten kan tillskrivas att MiniMaria-mottagningarna erbjuder *specialiserad öppenvård* som syftar till att stödja ungdomar och unga vuxna med alkohol- och drogmissbruksproblem. Vården ges i *tvärprofessionella team* vilket innebär ett nära samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det innebär i sig ett brett spektrum av evidensbaserade, *samordnade psykosociala och medicinska insatser* som kan anpassas till ungdomars specifika behov *under ett och samma tak*.

MiniMaria Göteborg uppger att det finns flera framgångsfaktorer. Den absolut främsta positiva effekten är att det är en *lågtröskelverksamhet* där drygt 60% av de som blir aktuella kommer på *eget initiativ via service*. De har upplevt det som lätt och obyråkratiskt att söka hjälp vilket i många avseenden fått dem att ta kontakt. Det tvärprofessionella arbetet där ungdomen kan få väldigt *många insatser – både sociala och sjukvård – på samma ställe* är en annan positiv faktor som Göteborg vill framhålla och att det finns en vårdkedja och

snabba kontakter med övrig socialtjänst. 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 *vårdköen minskar* för övriga då det frigör resurser.

Mottagningarnas tydliga ungdomsfokus med en engagerad och kompetent personal som är väldigt duktiga på att möta ungdomar och föräldrar utifrån deras behov är också en viktig faktor till framgången samt det täta samarbetet som sker på MiniMaria mellan socialtjänst och sjukvård.

MiniMaria Göteborg nämner också *anhörigarbetet* som en viktig komponent d v s att de arbetar så *familjebaserat*. Ungdomen får träffa en socionom eller psykolog och sjuksköterska och föräldern kan få sin stödkontakt. Utöver individarbetet poängterar de även att de genom att *samverka tätt med skolorna* och att de är *ute och föreläser* mycket gör att de kan nå många ungdomar och föräldrar med kunskap och information.

Slutligen poängterar enhetschefen i Göteborg att hon ser stora vinster av det tvärprofessionella arbetet då det leder till *ömsesidig kompetensutveckling hos personalen* som lär sig av varandra.

MiniMaria i Södra Älvsborg som har varit igång betydligt kortare tid uppger att de *korta beslutsvägarna* och den *tvärprofessionella vården* är en av de mest positiva effekterna. Att ungdomar och familjer får *lättillgänglig och rätt riktad vård* samt att det finns *likvärdig vård i regionen*. De beskriver att antalet som söker hjälp på *eget initiativ har ökat* varför de nu kommer att utöka sin verksamhet för att kunna bemanna närmottagningarna en heldag i veckan.

2.2 Hur bedriver kommunerna sin öppenvård för unga idag och vilka är de avgörande skillnaderna mellan det arbete som görs i kommunernas ordinarie öppenvård jämfört med det arbete som kommer att bedrivas inom Mini Maria?

Det gemensamma mellan kommunerna är att ungdomar och deras familjer aktualiseras på två olika sätt; genom egen ansökan eller via en orosanmälan. En del kortvariga stödinsatser har idag börjat ges som service men de flesta föregås av en utredning och beviljas som bistånd. De insatser som respektive kommun sedan har ett erbjudande kan skilja sig åt mellan kommunerna. De kommuner som är representerade i arbetsgruppen är Krokoms, Härjedalen och Östersund och en sammanfattande beskrivning av hur de bedriver sin öppenvård i dag får fungera som ett jämförande exempel.

Krokoms

I Krokoms kommun så ligger all öppenvård inom **Öppna enheten**. Öppna enheten har insatser för både föräldrar i form av föräldrastöd och för ungdomar i form av öppenvårdsbehandling enligt CRA. Arbetet utförs dock inte av samma behandlare. Öppna enheten kan även erbjuda rePULSE för att arbeta med känslohantering och sociala färdigheter. Anställda inom öppna enheten arbetar i viss mån med uppsökande arbete i form av fältarbete men endast vid riktade insatser i samband med speciella arrangemang (fester) eller när det har kommit in anmälningar på ett kluster av ungdomar som behöver sökas upp.

Under 2023 kommer Krokoms börja erbjuda föräldrastöd på service och då i form av kortare samtalsserier om 5 samtal. Om det finns ytterligare behov kommer familjen slussas vidare.

När det finns ungdomar med en begynnande psykisk ohälsa eller pågående kontakt på BUP så finns BUP självklart med som en naturlig samverkanspart. Det svåra är dock att samordna de insatser som utförs via kommunen med det arbete som görs på BUP så att det blir samlad insats för hela familjen. Utöver samverkan med regionen så sker samverkan naturligtvis som alltid även med skolan, fritidsgården,

Ungdomsmottagningen i Östersund, polisen med flera som eventuellt finns runt respektive ungdom/familj.

När det handlar om information i skolorna och föräldrautbildning så utförs det i samverkan med personal inom öppna enheten. Det finns dock inte någon uttalad strategi och sker ofta i olika stor omfattning på olika skolor i kommunen och blir avhängigt lärarnas engagemang och att de tar egna initiativ. ANDT-information hålls också i skolorna.

De flesta insatser sker efter biståndsbeslut vilket i sig kan vara ett hinder för ungdomar och deras föräldrar att söka kontakt på gen hand. Det blir även oftast flera olika insatser i en familj och ibland från flera huvudmän och det innebär risker för att det blir hål i behandlingskedjan trots alla försök att samverka och dela information. Det svåra på en mindre ort är dessutom att det finns stora risker för stigmatisering och att det i sig gör att många tvekar att söka kontakt med socialtjänsten

Härjedalen

I Härjedalens kommun finns en ***Öppenvårdsenhet*** som erbjuder ungdomar och deras föräldrar olika former av stöd, både enskilt och i grupp. Inom öppenvården arbetar ett antal familjebehandlare med att ge tidigt stöd i föräldraskapet där föräldrarna kan erbjudas korta samtalsserier om 5 stödsamtal enskilt men även i cirkelform. Exempel på det är "Förälder på distans" som handlar om att som förälder förbereda sig inför gymnasietiden då ens ungdomar studerar på annan ort. Det finns även möjlighet att få 5 stödsamtal gällande andra frågor som på något sätt berör relationer mellan barn, tonåringar och föräldrar.

För barn och ungdomar upp till 18 år erbjuds stödsamtal och/eller behandling i form av ACRA, CRA, spelbehandling och rePULSE för impuls kontroll och träning av sociala färdigheter samt rådgivning vid alkohol-, drog- och spelberoende. För ungdomar som fyllt 18 år finns det möjlighet att genomgå gruppbehandling för missbruksproblematik. Det finns också möjlighet att som anhörig till en person med alkohol- drog- eller beroendeproblematik få stöd av öppenvårdsenheten.

Socialtjänsten i Härjedalen arbetar också med föräldrautbildning och information i skolorna bland annat på olika föräldramöten. Det de ser är att skolans personal har större behov av specifik kompetens runt risk- och missbruk än vad de hinner tillgodose.

Även Härjedalen ser det svåra i att bo på en mindre ort med anledning av risken för stigmatisering och att det i sig gör att många tvekar att söka kontakt med socialtjänsten. Av den anledningen dröjer det ofta länge innan en familj söker hjälp vilket resulterar i att socialtjänsten och öppenvården ofta kommer in för sent för att kunna arbeta främjande och förebyggande. De beskriver också att det är svårt att hitta rätt kompetens på en liten ort vilket innebär att innehållet i insatserna inte alltid motsvarar behoven.

Östersund

I Östersund finns det ett uppsökande och förebyggande arbete som riktar sig till ungdomar och deras familjer. Det finns ett ***Uppsökande team*** som fokuserar på att vara i ungas miljöer för att identifiera ungdomar mellan 12–18 år som är i behov av stöd. Syftet med detta är att så tidigt som möjligt upptäcka unga som är i behov av stöd och erbjuda möjlighet till vägledning samt stöttning. Målet är ett individuellt anpassat stöd som syftar till en positiv förändring. Uppsökande teamet arbetar med att skapa kontakt med ungdomar som är i behov av stöd. Det är med relationen som utgångspunkt som uppsökaren och ungdomen arbetar vidare mot en positiv förändring. Det uppsökande arbetet bedrivs såväl dagtid som

kvällstid. Samarbete med andra aktörer är en viktig del i det uppsökande arbetet, detta för att ungdomen ska få bra och anpassad hjälp.

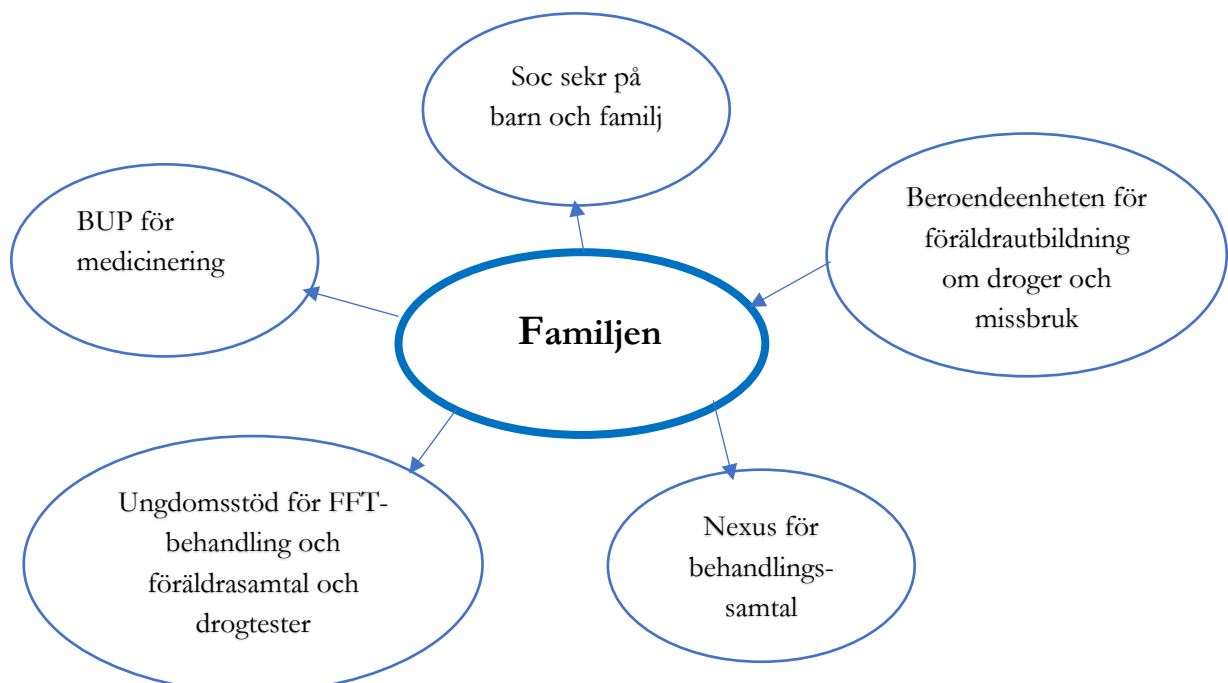
De finns också det nyligen inrättade **Familjelotsen** som arbetar med familjer som har barn i åldrarna 0-17 år dit föräldrar kan söka sig till på egen hand via service. De erbjuder föräldrar kortare samtalsstöd kring föräldraskap och vardagsbekymmer som har med barn och ungdomar att göra. Vid behov träffar de också barnet/ungdomen för samtal. Om det visar sig att behovet är mer omfattande, eller att ett annat typ av stöd behövs kan de lotsa/hänvisa vidare och vid behov hjälpa till att ansöka om mer omfattande hjälp och stöd.

Utöver det så beviljas resterande öppenvårdsinsatser som ett biståndsbeslut. Den insats som framförallt kan bli aktuell är **Ungdomsstöd** som riktar sig till barn och ungdomar mellan 12–18 år och deras familjer. Ungdomarna har i varierande omfattning problem inom områdena missbruk, kriminalitet, utåtagerande beteende, problematisk skolfrånvaro, psykisk ohälsa, neuropsykiatriska funktionsvariationer och lever ofta i dysfunktionella hemmiljöer. Målsättning för ungdomsstödet är att förbättra relationerna och kommunikationerna i familjerna. Arbetet är individuellt utformat i samverkan och samarbete med övriga behandlingsinsatser och resurser inom förvaltningen och kommunen. Beslut av socialsekreterare ligger till grund för insatsen. Målen för arbetet beskrivs i uppdraget skrivet av socialsekreterare som även är ansvarig för uppföljning. I arbetsgruppen finns det kompetens att arbeta med FFT (Funktionell familjeterapi), Motiverande samtal (MI), HAP, ÅP (Återfallsprevention) och rePULSE. Arbetsgruppen saknar dock medicinsk och psykiatrisk kompetens vilket innebär att de har stora behov av samverkan med BUP i de ärenden där det behövs en tvärprofessionell kompetens. Det finns även behov av en fördjupad kompetens gällande missbruk.

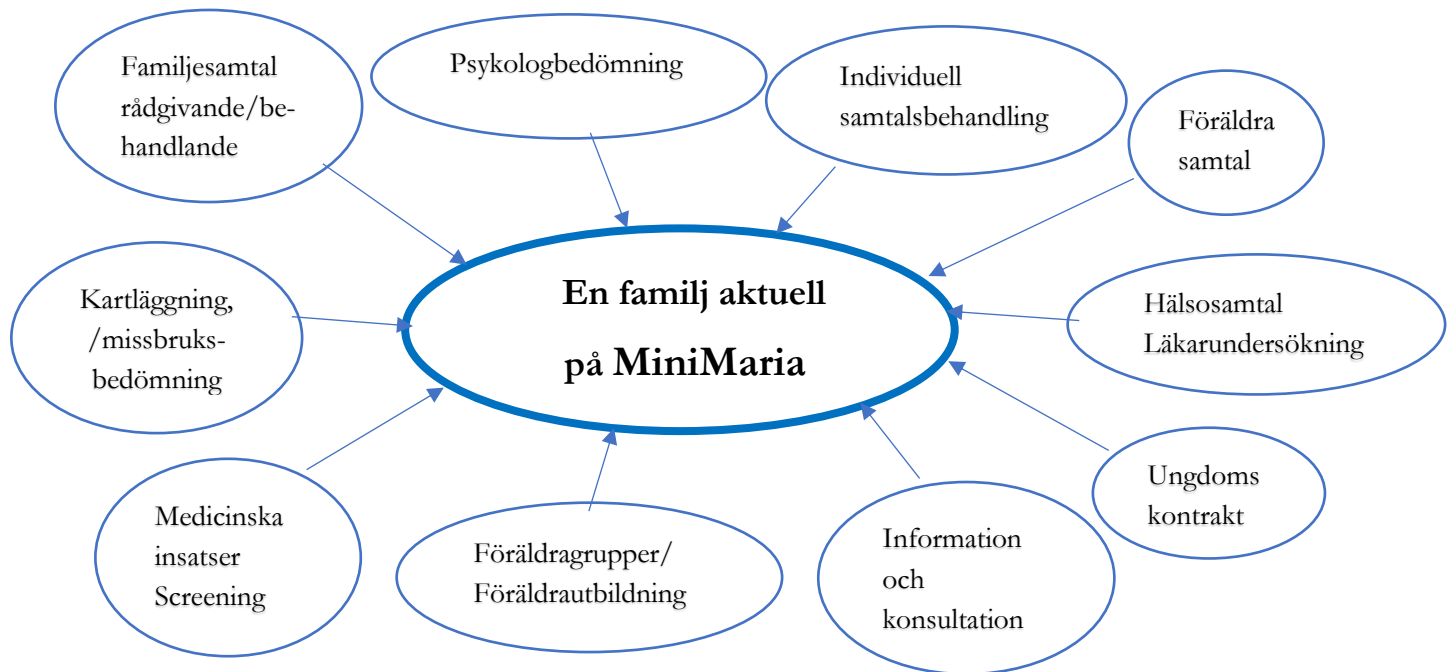
När en ungdom har ett begynnande missbruk/beroende kan det också bli aktuell med insatser via **Nexus** som arbetar med personer från cirka 16 år och uppåt med missbruks/beroenderelaterad problematik. De kan erbjuda samtalsbehandling både individuellt och i grupp samt anhörigbehandling.

I de familjer där det finns behov av insatser via hälso -och sjukvården i form av ex psykiatrisk kompetens så initieras en samverkan med BUP eller VUP och i vissa fall Beroendeenheten. Detta innebär att en familj i Östersund oftast har flera olika insatser och olika vårdkontakter på olika ställen.

Se nedan ett vanligt scenario för en familj;



Sammanfattat är den största skillnaden mellan den ordinarie öppenvården och MiniMaria att MiniMaria kan erbjuda en mångfald av insatser under ett och samma tak vilket illustreras nedan.



Den största skillnaden mellan MiniMaria och ordinarie öppenvård är att det är en *integrerad mottagning* med *korta beslutsvägar* och *tvärprofessionell vård*. Det innebär att ungdomarna och deras familjer behöver ha endast *en vårdkontakt i stället för två eller tre*. På så sätt minskar risken för att ungdomar och familjer behöver bollas runt och färre faller mellan stolarna. Genom att erbjuda riktat tvärprofessionellt stöd genereras även sociala vinster när fler *unga snabbt får tillgång till rätt riktat stöd*.

Möjligheten att kunna *välja mottagning på annan ort* samt att kunna söka *hjälp utan krav på utredning* och beslut via socialtjänsten i hemkommunen kan bidra till att fler söker hjälp i ett tidigare skede då det är låga trösklar in och då det *minskar risken för stigmatisering*.

Målsättningen är att unga med en begynnande psykisk ohälsa och risk/missbruksproblem skall få lättillgänglig, effektiv och god behandling och vård och att alla i upptagningsområdet skall få samma möjligheter till riktat och specialiserat stöd enligt beprövade och rekommenderade metoder oberoende av vart i länet de bor.

MiniMaria skall även vara en naturlig del i vårdkedjan och erbjuda konsultativt stöd och sprida kunskap vad gäller missbruk, riskbruk och beroende till andra professionella inom exempelvis skola, socialtjänst, primärvård och anhöriga. På så vis blir arbetet även *förebyggande och hälsofrämjande*.

2.3 Vilken roll kommer kommunernas myndighetsutövning och ordinarie öppenvårdsverksamheter framledes ha i relation till Mini Maria?

Då det inte kommer att ingå myndighetsutövning i kommunens del av uppdraget på MiniMaria så innebär det att det kommer behövas en hög grad av samverkan mellan kommunernas myndighetsutövning och

MiniMaria. Samverkan kommer att pågå regelbundet kring enskilda ungdomar och familjer i de fall det finns behov av det, på grund av till exempel redan pågående kontakt/insats. I relation till övrig öppenvård kommer det också finnas anledning till samverkan, det kan till och med vara så att ungdomar ibland kan ha insats från annan öppenvård i kombination med insats på MiniMaria.

Om en ungdom söker sig till MiniMaria på service ska det finnas en rutin att ställa frågan angående om de har några pågående insatser i hemkommunen eller ej. Om ungdomen *har* pågående insatser från hemkommunen så blir det aktuellt med en SiP för att samla alla och planera för det fortsatta arbetet och vem som gör vad framåt.

Om en ungdom *inte* har pågående insatser så planeras och utförs arbetet på MiniMaria utan att ta kontakt med myndighet. Om det sedan längs vägen visar sig att ungdomen är i behov av mer ingripande insatser så kan MiniMaria hjälpa ungdomar/föräldrar att ta en kontakt för att ansöka om stöd i hemkommunen för att aktualisera behovet i samråd med familjen alternativt som en orosanmälan om familjen inte själv vill medverka.

Hemkommunen kan även föreslå att ungdomen döms att genomgå ett ungdomskontrakt på MiniMaria till följd av att hen misstänks för narkotika- eller alkoholrelaterat brott. Innehållet i ungdomskontraktet bestäms av myndighet i hemkommunen i samverkan med MiniMaria och kan till exempel innehålla; Kartläggning av droganvändning, Samtal om alkohol och droger, Urinprov. Familjesamtal – familjebehandling, Samtal om kriminalitet etc.

Hemkommunens myndighetsutövning kommer även kunna bevilja MiniMaria som ett bistånd efter slutförd utredning.

2.4 Hur kan samverkan med respektive kommun säkerställas i syfte att inte tappa den lokala förankringen och personkännedomen i ärenden som är aktuella hos Mini Maria?

Samverkan kommer att ske övergripande i den styrgrupp och operativa arbetsgrupp som kommer att utses. Där får regionen och samtliga kommuner möjligheter att påverka hur arbetet utformas och följs upp. Samverkan är en viktig del i arbetet och det ska därför även vara en hög grad av lokal samverkan med till exempel hemkommunernas myndighet och övrig öppenvård, skolan och polis.

Vad gäller personkännedom så kartlägger MiniMaria varje ny ungdom utifrån UngDOK och planerar vården utifrån den tvärprofessionella och teambaserade bedömningen som görs kring vårdbehov. Vården planeras med andra ord inte utifrån tidigare personkännedom utan grundas på vad som framkommer i kartläggningen.

Erfarenheter visar på att det snarare kan vara positivt för unga och även för deras föräldrar att söka sig till en mottagning där de kan känna sig mer anonyma. Möjligheten att även kunna välja mottagning på annan ort samt att kunna söka hjälp utan krav på utredning och beslut via socialtjänsten i hemkommunen bidrar till att fler söker hjälp i ett tidigare skede då det är låga trösklar in och då det minskar risken för stigmatisering. Samtal både med MiniMaria Göteborg och Södra Älvsborg vittnar om att en del ungdomar och deras familjer har upplevt det som en fördel att kunna välja mottagning och uppsöka vård på annat håll än där de är bosatta.

2.5 Hur kommer organisationen inom BUP att se ut när ett Mini Maria är etablerat? Beskrivning av verksamheten från första linjen till specialiserad vård.

Organisationen kommer att vara oförändrad vilket innebär att det är BUP som ansvarar för både första linje och specialistpsykiatri, ett samlat BUP som tar emot allt från det lindriga till det på specialistnivå. Det

finns ingen egen skarp gräns eller sortering på vad som är en första linje- eller specialistnivåpatient, ej heller någon nivåindelning mellan BUP:s medarbetare.

En central BUP/Första linjemottagning i Östersund ansvarar för telefonmottagning och tar ställning till egen vårdbegäran via post och 1177. Den centrala mottagningen hanterar det mesta på första linjenivå som går att lösa via telefon eller digitalt. Mottagningen med överläkare gör remissbedömning. Det finns filialverksamhet ut mot alla kommuner i länet till vilken medarbetare åker ut och hanterar främst specialistnivån men även en del på första linjenivå. Filialerna genomför många nybesök och bokar in ”lättare” patienter som de bedömer att de kan färdigbehandla på cirka tre besök. De bokar även in till grupp- och internetbehandlingar.

Ungdomsmottagningen har nytt första linjeuppdrag och det undersöks hur samarbetet mellan ungdomsmottagning och BUP kan utvecklas. Ungdomsmottagningen är organiserad inom primärvården med en huvudsaklig mottagning i Östersund och två filialer i två ytterkommuner. Invånare i andra kommuner hänvisas till Östersund.

Sjukvårdspersonalen på MiniMaria kommer att organiseras under region Jämtland Härjedalen och BUP och de kommer att vara underställda enhetschefen på BUP. Det innebär att det fortsatt kommer att vara kopplade till första linjen.

2.6 Hur kommer flödet från Mini Maria till BUP:s specialiserade insatser att se ut i det fall en ungdom har behov av ex. utredning eller behandling för sitt psykiska mående?

Ungdomar som vänder sig till MiniMaria kommer att snabbt bli uppfångade av personal som kan målgruppen och jobbar med ungdomen direkt och på så vis kommer igång snabbare med olika insatser.

Ungdomarna kommer få träffa ett team bestående av en sjuksköterska och en socionom. Ungdomarnas behov kommer att kartläggas och bedömas noggrant med hjälp av UngDOK samt i kontakten med sjuksköterskan erbjudas screening för eventuell samsjuklighet. Vissa lättare psykiska tillstånd som trauma, depressiva tillstånd, ångest, oro och sömnsvårigheter som de behöver hjälp och stöd att hantera kan de få hjälp med genom sin behandlingskontakt på MiniMaria.

Om ungdomen bedöms ha behov av det så ingår även ett läkarbesök med en psykiatrisk/somatisk bedömning och drogscreening (urinprov) i missbruksbedömningen. I den bedömningen ingår också en inventering av den unges risk- och skyddsfaktorer samt suicid- och våldsriskbedömningar.

Det sker med andra ord ett omfattande arbete inledningsvis med att kartlägga och bedöma behov och att så snabbt som möjligt påbörja ett behandlingsarbete. Det kan mest troligt leda till att det blir lättare att bedöma om och när det finns behov av specialistpsykiatri och vilka de behoven är, vilket kan resultera i att den remiss som skickas till ordinarie verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen blir tydligare. Det kan i sin tur bidra till ett *snabbare flöde* inom specialistpsykiatri i det fall det framkommer behov av NP-utredning eller om det finns en mer omfattande psykiatrisk problematik. En förhoppning är att det leder till att specialistvården sparar tid och att köerna kan kortas.

2.7 Hur beräknas de föreslagna resurserna räcka till bemanning av huvudmottagning i Östersund och till filialer i alla kommuner?

En av de viktigaste uppgifterna för arbetsgruppen har varit att finna en fungerande modell för hur mottagningen kan vara tillgänglig och till nytta för samtliga kommuner i länet.

Arbetsgruppen konstaterade tidigt att begreppet tillgänglighet behöver breddas då tillgänglighet idag innebär mer än att vara på plats och bemanna lokalen 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 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. Teknik för detta finns redan och ska på sikt kunna användas av både personal inom region som kommun.

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 och för att fånga upp olika yrkesgruppers behov av samverkan och kontakt. Det kommer med anledning av det läggas tid i början på att presentera verksamheten på olika sätt.

Det finns en del förslag gällande samlokalisering i några kommuner och arbetet är lyft inom både kommunerna och inom regionen för att fortsätta arbeta med att hitta lämpliga lösningar i samtliga kommuner. Till dess det finns närmottagningar ute i kommunerna får personalen ändå möta upp ungdomar med större behov i hemkommunen, men då genom att mötas i lånade lokaler om den unge inte har möjlighet att ta sig till huvudmottagning eller till en annan närmottagning i en grannkommun. Det viktiga är att få igång en fungerande verksamhet.

Som redovisats i delrapporten i juni 2022 så framkommer det vid förnyade kontakter med Södra Älvsborg att behovet ute i kommunerna visat sig vara större än de inledningsvis beräknat. När de startade sin verksamhet började de med att avsätta en halvdag i veckan på respektive Närmottagning. Det tog tid innan behovet av en halvdag i veckan uppstod men nu när de har funnits i drygt 2 år så visar det sig inte räcka till. Med anledning av det utökar de nu bemanningen 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. Deras erfarenhet är dock att föräldrar är lätta att möta digitalt eller på huvudmottagningen oavsett hemkommun.

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 vid kontakter i omvärldsbevakningen att behovet av både läkare och psykolog på sikt blivit procentuellt sett större än vad de inledningsvis räknat på.

Förslaget är dock att börja med två behandlingsteam för att sedan följa upp och utvärdera om det täcker behovet eller inte då det är svårt att avgöra hur behoven kommer att se ut i vårt län.

2.8 Tillkommer kostnader för lokaler (filialer) utöver den fördelade summan som räknats fram i förslaget?

Den kostnads kalkyl som räknats fram är utifrån de kostnader som vi försökt att uppskatta för dagen. Det som kommer att påverka om kostnaderna går upp eller ner beror framförallt på hyresnivåerna på de lokaler som verksamheten ska inrymmas i. Det avser såväl lokal för huvudmottagningen i Östersund och samlokalisering ute i länet. Det har inte varit möjligt att gå vidare och fatta beslut i lokalfrågan ännu då beslut om att starta verksamhet har saknats från samtliga parter.

Frågan har lyfts till region Jämtland Härjedalens divisionschef och verksamhetscheferna i de respektive områdena i länet för att undersöka vilka möjligheter som finns. Frågan har även lyfts till kommunerna ute i länet för att undersök vilka nu sta möjliga lokaler, även utifrån en tanke om samlokalisering med Ungdomsmottagningen där man nu ställer sig positiv till en samlokalisering.

Den lokal som är klar i nuläget är en samlokalisering i Sveg tillsammans med BUP och den uppskattade kostnaden för det är ca 15 000 kr/år. Vid kontakter med Södra Älvsborg framkommer att deras hyreskostnader för närmottagningar ligger på jämförbara nivåer.

2.9 Hur kan likvärdig vård i länet garanteras i det fall kommun ej ansluter sig till Mini Maria?

Om en eller flera kommuner väljer att inte ansluta sig till MiniMaria så finns det möjlighet att utforma och skriva individavtal för att köpa tjänsten vid enskilda tillfällen. Avtalet skrivs mellan kommunerna och den tid som debiteras är det arbete som utförs av personal anställd av Östersunds kommun, det vill säga det psykosociala stödet såsom nätverksarbete och enskilt samt familjeinriktat samtalsstöd i enlighet med de behandlingsmetoder som ska erbjudas (ex FFT, MI, ÅP, Cannabisprogrammet, ACRA). Insatser som genomförs av Region Jämtland Härjedalen debiteras ej då de har sitt länsövergripande uppdrag. (Se bilaga 1)

Vid samtal med Södra Älvsborg uppger de att de har upprättat ett antal individavtal med andra närliggande kommuner, dock inte den kommun som valt att stå utanför MiniMaria inledningsvis. Däremot har de fått flera förfrågningar från ungdomar och familjer i den kommunen som önskat och då fått hänvisa tillbaka till socialtjänsten i hemkommun. Kommunen har dock inte velat upprätta något individavtal utan tillgodosett det via lösningar i egen öppenvård.