



Rapport MiniMaria 2019-02-01

RAPPORTERING AV PÅGÅENDE PROJEKTARBETE

Projekt: Mini-Maria Södra Älvsborg
Projektledare: Sara Fridell,
Birgitta Spanopoulos Theandersson
Datum: 2019-02-01

Innehåll

Avrapportering av projektet Mini-Maria i Södra Älvsborg.....	2
1. Inledning.....	2
1.1 Projektets syfte och övergripande mål	2
1.2 Bakgrund	2
2. Nyttan av en Mini-Mariamottagning.....	3
2.1 Utvärdering av behandlingsresultat.....	3
2.2 Nyttan för verksamheterna.....	4
2.3 Nyttan för individen	4
2.4 Ekonomiska nyttan samt räkneexempel för placering.....	5
2.5 Hur ser den ekonomiska planen ut och hur skall kostnader fördelas, utifrån en given fördelningsnyckel?	5
3. Omvärldsanalys	6
3.1 Kortfattat resultat av omvärldsanalys.....	6
3.2 Resultat av fokusgrupper	6
3.3 Unga i Södra Älvsborg	7
3.4 Mini-Maria Göteborg.....	8
3.5 Räkneexempel gällande bemanning	8
4. Projektets förslag.....	9
4.1 Förslag på lokalisering och tillgänglighet.....	9
4.2 Förslag huvudmannaskap.....	10
4.3 Huvudmännens ansvarsområden.....	11
4.4 Förslag på införande.....	12
5. Fortsatt arbete.....	12
5.1 Beslut att fatta.....	12

Avrapportering av projektet Mini-Maria i Södra Älvsborg

1. Inledning

1.1 Projektets syfte och övergripande mål

Projektets övergripande syfte, som kan läsas i projektplanen är:

” det övergripande syftet med detta projekt är att utveckla en konkret modell för hur en integrerad och specialiserad öppenvårdsmottagning för unga personer med missbruksproblem av substanser och spel om pengar kan organiseras och drivas i samverkansområdet Södra Älvsborg.”

Projektets övergripande mål, som kan läsas i projektplanen är:

”Det övergripande målet med att införa en Mini-Mariamottagning i Södra Älvsborg är att unga med missbruksproblem skall få lättillgänglig effektiv och god behandling och vård. På Mini-Mariamottagningen skall behandling och stöd erbjudas enligt beprövade och rekommenderade metoder för målgruppen och deras närstående. Vidare är målsättningen att samtliga ungdomar och deras familjer i upptagningsområdet skall få samma möjligheter till riktat och specialiserat stöd enligt beprövade och rekommenderade metoder oberoende på vart man bor. Genom att bedriva en integrerad mottagning innebär det att ungdomarna kan ha en vårdkontakt istället för två eller tre.”

Då mottagningen skall vara integrerad skall den även innebära samordningsvinster för både kommunerna och VGR. Mini-Mariamottagningen 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.”

1.2 Bakgrund

Nedan beskrivs en kort bakgrund till projektet och även kort information om vilka politiska beslut som ligger till grund projektet.

Sedan 1 juli 2013 finns 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. Skyldigheten att samverka regleras i diverse inriktningsdokument.

Som ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland (VGR) finns en överenskommelse mellan VGR och kommunerna i regionen för personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk som gäller från april 2017. Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommunerna och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen. I överenskommelsen framgår viktiga delar i båda huvudmännens ansvar, det framgår exempelvis att både kommunerna och regionen särskilt skall beakta insatser till ungdomar med missbruk och att båda parter har ett ansvar i att identifiera samsjuklighet, särskilt hos ungdomar. Vidare framgår det att båda huvudmännen har ett ansvar i att minska behovet av placeringar exempelvis på HVB-hem, familjehem och annan typ av heldygnsvård genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser.

År 2016 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) överenskommelsen ”Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa”. Överenskommelsen syftar bland annat till att stärka

kommuner och regioner i arbetet med att främja psykisk hälsa och att ömsesidigt arbeta för att minimera den psykiska ohälsan. Huvudmännen har fått ekonomiskt stöd bl.a. för att ta fram regionala handlingsplaner. Detta har resulterat i en handlingsplan gemensam för Västra Götalandsregionen (VGR), de 49 kommunerna via kommunalförbunden och VästKom samt Nationell samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland (NSPHiG) "Det goda livet i Västra Götaland, Handlingsplan för psykisk hälsa 2018 – 2020". Regeringens fokusområden har legat till grund i arbetet med att ta fram handlingsplanens mål. Tillgängliga och tidiga insatser är ett av de fokusområden som regeringen pekat ut som särskilt viktiga. Från detta fokusområde har två mål för barn och unga formulerats i handlingsplanen för VGR; "Barn och unga med psykisk ohälsa skall få rätt insatser i rätt tid" och "Förebygga och uppmärksamma bruk av alkohol och narkotika bland unga". Kopplat till målet att förebygga och uppmärksamma bruk av alkohol hos unga finns en läns-gemensam aktivitet som handlar om att ta fram ett inriktningsdokument för integrerade verksamheter/mottagningar för unga. Arbetet med att ta fram inriktningsdokumentet kommer att ske under hösten 2018 och beräknas vara färdigt under våren 2019. Det framgår av handlingsplanen att det är viktigt att samordna insatser för unga som har kontakt med flera myndigheter och behandlingsverksamheter. I samverkan behöver kommun och hälso- och sjukvård utveckla former för att tidigt identifiera dessa unga. Detta stämmer även överens med Styrgrupp närvårds prioriterade mål för 2019, inom ramen för handlingsplanen för psykisk hälsa.

Under 2017 och 2018 har ett förberedande arbete skett i Närvårdsamverkan Södra Älvsborg på uppdrag av Delregionalt Politiskt Samråd (DPS), och södra hälso- och sjukvårdsnämnden har bidragit med medel för finansiering av ett projekt med syfte att starta upp en integrerad mottagning av typen Mini-Maria. Detta då det ligger i linje med lagstiftning och de överenskommelser som har slutits på såväl nationell som regional- och delregional nivå. Förslaget har under det förberedande arbetet fått positivt gehör hos flera av intressenterna, dvs. hos kommunerna i samverkansområdet och berörda vårdgivare inom regionen. Det övergripande målet har varit och är fortsatt att en integrerad mottagning skall starta upp under 2019 eller under 2020.

2. Nyttan av en Mini-Mariamottagning

Det finns mängder med nyttoaspekter med en Mini-Maria mottagning. Forskning gestaltar bland annat positiva behandlingsresultat. Nedan följer en kort beskrivning av behandlingsresultat följt av nytta ur ett verksamhets- och individperspektiv.

2.1 Utvärdering av behandlingsresultat

En direkt vinst av en Mini-Mariamottagning är att arbetssättet motverkar dubbelarbete och skapar samordningsvinster genom direkta kommunikationsvägar i samverkan mellan mottagningens olika huvudmän. En Mini-Mariamottagning skall syfta till att möjliggöra och erbjuda en mer sammanhållen vårdkedja för unga personer med missbruksproblematik och att det långsiktiga målet med vårdinsatserna på en Mini-Mariamottagning 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 en Mini-Mariamottagning 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 Mini-Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö följs systematisk. 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 Maria-mottagningarnas behandlingsresultat. Den systematiska uppföljning sker genom en strukturerad intervju utvecklad för unga med missbruksproblem Ung-dok vilken är utvecklad specifikt för Maria-mottagningarna tillsammans med forskare från Linnéuniversitetet i Växjö.

Anderberg och Dahlberg et.al publicerade 2015 en rapport "Lokal uppföljning av ungdomar med missbruksproblem vid Mini-Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö" (se bifogad bilaga 1) där behandlingsresultaten för unga som varit aktuella på Mini-Maria presenteras. Rapporten visar på goda behandlingsresultat. Påtagliga skillnader i användningsfrekvens av den primära drogen mellan inskrivning och uppföljning påvisas. Vid uppföljning uppger totalt 72 procent av ungdomarna att bruk inte förekommit, 17 procent att det har skett vid enstaka tillfällen och det är sammantaget 12 procent som anger en användningsfrekvens om 2-3 dagar per vecka eller mer vid uppföljning.

För de ungdomar som uppgav alkohol som huvuddrog framgår det att användningen av alkohol har förändrats när uppföljning sker. Vid inskrivning uppger sammantaget 39 procent en användningsfrekvens som omfattar 2-3 dagar per vecka eller mer och vid uppföljning är andelen med motsvarande användning endast 7 procent.

Även för de ungdomar som uppger cannabis som primär drog vid inskrivning och uppföljning är förändring påtaglig. Vid uppföljning anger 82 procent att bruk inte har förekommit under de senaste tre månaderna. Endast 2 procent uppger vid uppföljningsintervjun en användningsfrekvens som tyder på ett mer regelbundet och fortsatt bruk av cannabis. (Anderberg, Dahlberg et.al 2015).¹

2.2 Nyttan för verksamheterna

Vid ett införande av en Mini-Maria 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.
- Södra Älvsborg kommer ligga i framkant med att behandla, ge råd och stöd för unga med missbruksproblem.

2.3 Nyttan för individen

En Mini-Mariamottagning genererar även nytta för de individer och deras anhöriga som kommer i kontakt med mottagningen. Följande positiva effekter blir märkbara för patienten/klienterna;

- Tidig upptäckt och insats motverkar allvarligt missbruk och att utveckla psykisk ohälsa.
- Minskat lidande för familjen och den enskilde ungdomen.
- Patienten har ett ställe att gå till, sammanhållen vårdkedja som innebär trygghet.
- Fokus på hela ungdomen och nätverket.
- Hög tillgänglighet och snabb insats.
- Rätt riktat stöd utifrån professioner med rätt kompetens.

¹ Anderberg, M. Dahlberg, M. et. al. (2015). "Lokal uppföljning av ungdomar med missbruksproblem vid Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö" Trestad2 Rapport 2015:1, ISBN: 978-91-87099-09-0.

- Likvärdig vård/stöd i hela samverkansområdet och regionen. Unga med missbruksproblem i Södra Älvsborg skall ha samma tillgång till kvalitativ vård som unga i storstadsområdena.

2.4 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 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 3500:- innebär en kostnad på 630 000 kr.

En placering på SiS, statens institutionsstyrelse låst avdelning innebär en kostnad på ca 5900 kr per dygn, vilket efter sex månader innebär en kostnad 1 062 000 kr.

Detta innebär att om Mini-Mariamottagningen 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 samverkansområdet så räcker det att undvika en placering för att mottagningen blir direkt ekonomiskt försvarbar (se fördelning nedan).

Fördelning mellan kommunerna	Fördelningsnyckel	Fördelning kr:
Borås	50,0%	1 616 000
Bollebygd	4,1%	132 512
Ulricehamn	11,0%	355 520
Tranemo	5,3%	171 296
Svenljunga	4,8%	155 136
Mark	15,5%	500 960
Herrljunga	4,2%	135 744
Vårgårda	5,1%	164 832
	100,0%	3 232 000

2

2.5 Hur ser den ekonomiska planen ut och hur skall kostnader fördelas, utifrån en given fördelningsnyckel?

Projektet föreslår att mottagningens driftkostnad bekostas till hälften av kommunerna efter en given fördelningsnyckel och till hälften av Västra Götalandsregionen (VGR). VGR skall dock enskilt stå för kostnader för provtagning och Lab-analyser. Varje enskild huvudman bekostar sin personal med lön, utbildning, mobiltelefoner, datorer, friskvård osv. Men i övrigt finns en gemensam budget för lokalhyra, larm, städ, kontorsmaterial och andra löpnade kostnader.

I beräkningen av kostanden för Mini-Maria i Södra Älvsborg har underlag inhämtats från befintlig verksamhet i Borås stad som har flera beröringspunkter med Mini-Maria varför kostnaderna blir jämförbara. Fördelningsnyckeln är framtagen utifrån befolkningsunderlag. Lokalhyra är utifrån ett aktuellt förslag men kan även komma att bli lägre beroende på vilken lokal, och hur stor lokal som faktiskt kommer att bli aktuell.

² Fig 1. Projektets beräkning av kostnad per kommun samt fördelningsnyckel.

3. Omvärldsanalys

3.1 Kortfattat resultat av omvärldsanalys

Projektet har med uppsatta frågeställningar (se projektplan, bilaga 2) som utgångspunkt gjort en omvärldsanalys vilket projektet kommer presentera mycket kort i denna rapport.

Förutom att projektet har sökt upp relevant information i forskning och rapporter har bl.a. följande aktiviteter skett:

- Fokusgrupper och dialog med socialtjänst och elevhälsa (gymnasiet samt grundskola) från samtliga kommuner i samverkansområdet.
- Studiebesök hos Mini-Maria Göteborg och Stockholm (Studiebesök hos Mini-Maria Kristianstad är inbokat)
- Möte/dialog med BUP
- Möte Cedern och Yxhammarmottagning
- Föreläsning Spelmissbruk
- MET-utbildning.
- Processmöten med KPH i Göteborg

3.2 Resultat av fokusgrupper

I november 2018 genomförde projektet möten i form av fokusgrupper med socialtjänst och skola från samtliga kommuner för att inventera det upplevda behovet och önskemål hos de professionella som idag kommer i kontakt med projektets målgrupp. Vad som framgick av dessa fokusgrupper var bl.a. att det saknas riktat stöd och spetskompetens i de mindre kommunerna. I flera av kommunerna arbetade ungdomsutvecklare eller annan behandlingspersonal men de saknar spetskompetensen kring missbruk. Det framkommer stora skillnader mellan de olika kommunerna gällande vilket stöd som fanns tillgängligt för de unga och deras familjer. Nästan allt stöd föregicks av ett myndighetsbeslut.

Vissa beskriver en tystnadskultur där det finns en rädsla för att ta en kontakt med myndighetsutövande socialtjänst och att de ser och vet flera unga som missbrukar men de blir aldrig aktuella hos socialtjänsten. I en mindre kommun inkom väldigt få orosanmälningar och man upplever att mörkertalet är stort.

Skolorna har svårt att veta vart de kan vända sig för att få stöd i frågor gällande missbruk. Vissa tar kontakt med Mini-Maria i Göteborg för stöd. I skolorna och i de olika kommunerna hanterar man missbruk olika vad gäller fortsatt skolgång och anpassad studieplan. Det framkommer stora svårigheter med samverkan runt unga med missbruk mellan kommun och region. Många upplever att BUP stänger ute unga med missbruk och de blir enbart hänvisade till socialtjänst och får inte ta del av sjukvård.

De önskemål som framgick av fokusgrupperna har delvis legat till grund för de förslag som projektet har arbetat fram.

Vad de professionella som möter dessa unga ute i kommunerna önskar är ett lättillgängligt och flexibelt stöd och någonstans att hänvisa exempelvis oroliga föräldrar. I flera kommuner kan man bara hänvisa till myndighetsutövande socialtjänst och de upplever ett motstånd hos föräldrar, unga samt egen personal. Fokusgrupperna påtalade ett behov av mottagningen är fysiskt närvarande i kommunen. Helst vill man att mottagningen är belägen i en anonym lokal då det kan finnas behov av att inte ”synas” i ett missbruksrelaterat sammanhang i de mindre kommunerna. Socialsekreterare

önskar hjälp med läkarbedömningar vid LVU och LVM och möjlighet att verkställa ungdomsvård via färdiga ungdomsprogram. Det efterfrågas stöd för föräldrar i form av grupper för att få möjlighet att dela varandras upplevelser med att ha ungdomar som provat droger. Man önskar en brygga för samverkan mellan region och kommun, då detta är svårt i dagsläget.

3.3 Unga i Södra Älvsborg

Projektet har tagit del av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) rapporter om skolelevs drogvanor under delmoment omvärldsanalys för att få en uppfattning hur Södra Älvsborgs kommuner jämför sig med riket och Göteborg där Mini-Mariamottagningarna redan är etablerade. Den senaste CAN-rapporten som publicerades angående ungdomars drogvanor där man specifikt tittade på Västra Götaland publicerades 2016 (och det är därför projektet hänvisar till den här) dock publiceras rapporter gällande hela riket varje år.

Det som framgår när vi tittar på rapporten från 2016 är att det finns vissa större skillnader kommunerna emellan (som även ändras över tid) på samma sätt som det ser ut i samtliga HSN områden. Sammantaget är resultatet jämförbart mellan länet samt riket i stort. Det som kan konstateras är att i samtliga kommunerna i samverkansområdet finns unga som tidigt testat droger och alkohol.³ Viktigt är även att komma ihåg att CAN tittar på skolelevs drogvanor. Den grupp som saknar fungerande skolgång inkluderas inte i CAN-rapporter. En fungerande skolgång är en av de största skyddsfaktorerna avseende missbruk hos unga.

	13-21 år, totalt
2017	
1442 Vårgårda	1 168
1443 Bollebygd	912
1452 Tranemo	1 227
1463 Mark	3 554
1465 Svenljunga	1 033
1466 Herrljunga	907
1490 Borås	11 263
1491 Ulricehamn	2 447
Alla kommuner, totalt	22 511

4

Som tabellen ovan visar fanns år 2017 22 511 st unga mellan 13 – 21 i samtliga kommuner i samverkansområdet. Det är inom ramen för detta projekt svårt att göra en exakt uppskattning av hur många av dessa som kan tänkas vara i behov av en kontakt med Mini-Maria (mottagningen välkomnar även unga under 13). Men om vi väljer att jämföra med Göteborg där det under 2017 fanns 51 634⁵ stycken unga mellan 13–21 och där Mini-Maria under 2017 hade 715 enskilda unga som hade en kontakt kan vi genom ett räkneexempel göra en uppskattning.⁶

³ "Drogvanor i Västra Götaland, Årskurs 9 och gymnasiet år 2,2016 (viss jämförelse med 2013)" Clara Henriksson Uppdragsundersökning CAN.

⁴ Källa : SCB.

⁵ Källa : SCB

⁶ Årsrapport 2017 – Mini-Maria Göteborg

$715/51\ 634 = 0.138$. Det innebär att nästan 1,4 av Göteborgs ungdomar någon gång under 2017 aktuella på någon Göteborgs Mini-Maria mottagningar.

Om vi utgår ifrån att ca 1,4 procent av Södra Älvsborgs unga blir aktuella på Mini-Maria i Södra Älvsborg under ett år innebär det:

$0.0138 * 22511 = 310, 6518$. Det innebär att Mini-Maria kan förvänta sig ha ca **311 enskilda** unga som blir aktuella under ett år.

Räkneexemplet ovan är enkelt och tar inte hänsyn till eventuella skillnader i omfattning av missbruk men ger projektet en bild av hur många som kan tänkas bli aktuella. Det blir även av vikt att ta hänsyn till att Mini-Maria i Göteborg är ett mycket välkänt och etablerat koncept vilket kan innebära fler besökare per år åtminstone initialt.

3.4 Mini-Maria Göteborg

Projektet har tagit del av Mini-Maria Göteborgs årsrapport från 2017 samt genomfört studiebesök på en av deras mottagningar.

1995 startade den första Mini-Maria mottagningen i Göteborg, idag finns det fyra mottagningar i Göteborg. Under 2018 samlokaliseras två av mottagningarna för att minska sårbarheten. Av Mini-Maria i Göteborgs verksamhetsbeskrivning framgår det att det övergripande målet med verksamheterna är att motverka alkohol- och drogmisbruk bland ungdomar upp till 21 år. En viktig utgångspunkt för Mini-Maria i Göteborg 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 Mini-Maria skall vara välkänt av ungdomar och deras familjer, samt av andra professionella som träffar målgruppen.⁷

Av årsrapporten 2017 från Mini-Maria i Göteborg framgår det att under året 2017 ökade nybesök och pågående ärenden med 30 %. De hade under 2017 haft kontakt med 715 aktuella ungdomar samt 521 anhöriga. Mottagningarna har haft ett högt tryck och en stor del av ökningen består av ensamkommande killar, vidare har en ökning skett bland de yngre ungdomarna 13 – 15 år. Fler pojkar än flickor har varit aktuella på Mini-Maria Göteborg under året men båda grupperna har ökat. De allra flesta aktualiseras hos mottagningarna via familjen och socialtjänst, men en relativt stor andel är även självsökande. Andra initiativtagare till kontakten för ungdomarna är skola, sjukvård och polis. Cannabis och alkohol är de vanligast förekommande drogerna, men även användningen av tramadol som en sekundär drog har ökade under året 2017.

Grundbemanningen per mottagning på Mini-Maria i Göteborg ser ut som följer: 2,5 socialsekreterare samt 0,5 samordnare (bemannas av Social Resursförvaltning, Göteborg Stad). 1.0 psykolog, 1.0 Sjuksköterska, 0,5 teamsekreterare samt 0,25 läkare (bemannas av Beroendekliniken Sahlgrenska).

Unga med familj får välja fritt vilken Mini-Maria mottagning man önskar gå till oberoende på vart man bor och vissa av mottagningarna har större antal besökare än andra.

3.5 Räkneexempel gällande bemanning

Medelålder i Göteborg är 38.9 år. Medelåldern i Södra Älvsborg är något högre, där den lägsta medelåldern är i Borås på 40,6 år och som högst i Tranemo där medelåldern är 43,7 år (enligt ekonomifakta.se)

⁷ Mini-Maria i Göteborg – en verksamhetsbeskrivning. Dnr: HSN 11-104-2013

Göteborg har en befolkning på 564 039 personer och fyra stycken Mini-Maria mottagningar, vilket innebär ca 141 000 personer per mottagning. Varje mottagning har en bemanning på ca 5,75 heltidstjänster tjänster vilket innebär ett underlag på ca 24 500 personer per heltidstjänst.

Södra Älvsborg samverkansområde har en befolkning 223 684 personer. Om vi räknar med att bemanna Mini-Maria Södra Älvsborg med 8 heltidstjänster så innebär det ett befolkningsunderlag på 27 960,5 personer per heltidstjänst.⁸

Andel unga mellan 13-21 i Göteborg blir $51634/564039 = 0,09154$.

Andel unga mellan 13-21 i Södra Älvsborg blir $22511/223684 = 0,10063$

Det innebär alltså att sammantaget i Södra Älvsborg är andelen unga mellan 13-21 något högre än i Göteborg.

Att vi här ändå räknat lite högre befolkningsunderlag per tjänst på Mini-Maria i Södra Älvsborg beror helt enkelt på att det är lättare att utöka bemanningen på mottagningen om behovet skulle visa sig finnas. Viss hänsyn i beräkningen har även tagits till att om vi tittar på CAN-rapporten från 2016 kan missbruk förekomma i något större utsträckning i Göteborg.

4. Projektets förslag

4.1 Förslag på lokalisering och tillgänglighet

Projektet föreslår att mottagningen har en huvudmottagning i centrala Borås. Detta förslag grundar sig i att Borås är centralorten och står för flest antal invånare och att flertalet ungdomar från övriga kommuner går på gymnasiet i Borås (se bilaga 3). I Göteborg har man valt att flytta ihop två av sina Mini-Mariamottagningar och utökat den centrala mottagningen, då man ser stora vinster i centralisering och i att ha större mottagningar då det är ett effektivt sätt att minska sårbarheten.⁹ Borås är även från flera andra orter i de andra kommunerna, dock inte alla, lättillgängligt via kollektivtrafik. 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 ungdomsmottagning samt kommande resursenheten inom Mödravården som riktar sig till kvinnor med missbruk. Ett aktuellt konkret förslag som projektet har att ta ställning till är placering på Heimdals vårdcentral i Centrala Borås. Projektet föreslår detta utifrån tillgänglighet samt att det kan möjliggöra samlokalisering med ovan nämnda samverkanspartners. Det skapar även möjlighet att dela andra resurser med Närhälsan. Detta kan vara läkartjänster, läkarsekreterare, Lab-utrustning m.m.

Ungdomarna och deras familjer som kommer i kontakt med Mini-Maria skall själva ha möjlighet att välja vart de önskar komma.

Projektet föreslår att huvudmottagningen i Borås har kvällsöppet ett par dagar i veckan för att utöka tillgängligheten. Utifrån beräknad bemanning skall utrymme finnas för snabb återkoppling och ett första möte inom en vecka.

Projektet föreslår vidare att Mini-Maria i Södra Älvsborg även har Närmottagningar i övriga kommuner, d.v.s. fysisk närvaro i samtliga kommuner. Detta innebär att team (med olika professioner) på Mini-Maria Södra Älvsborg ambulerar enligt schema ut till Närmottagningar som har

⁸ SCB

⁹ Årsrapport 2018 – Mini-Maria Göteborg

Öppet en dag varje vecka. På detta sätt arbetar ungdomsmottagningen i samverkansområdet och projektet har taget del av deras arbetssätt, som är etablerat och fungerar väl för ungdomsmottagningarna. I Ulricehamn och Marks kommun finns erbjudande att dela lokaler med ungdomsmottagningen. I Göteborg har Mini-Maria strävat efter en samlokalisering med ungdomsmottagningarna utifrån att målgruppen har flera beröringspunkter och då besökare på Mini-Maria ofta även kan behöva en kontakt utifrån sin sexuella hälsa, varför projektet föreslår denna samlokalisering.

Föräldrar skall erbjudas stöd samt återkommande utbildningar som hålls på både Huvudmottagningen och Närmottagningar.

För vissa ungdomar med större och mer komplext behov föreslår projektet 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 ordinära öppettider. Detta kan innebära att Mini-Maria exempelvis möter upp på skola, en närliggande Närhälsa eller liknande och i ett nära samarbete med myndighetsutövande socialtjänst i hemkommunen hittar ett fungerande arbetssätt runt den enskilde individen.

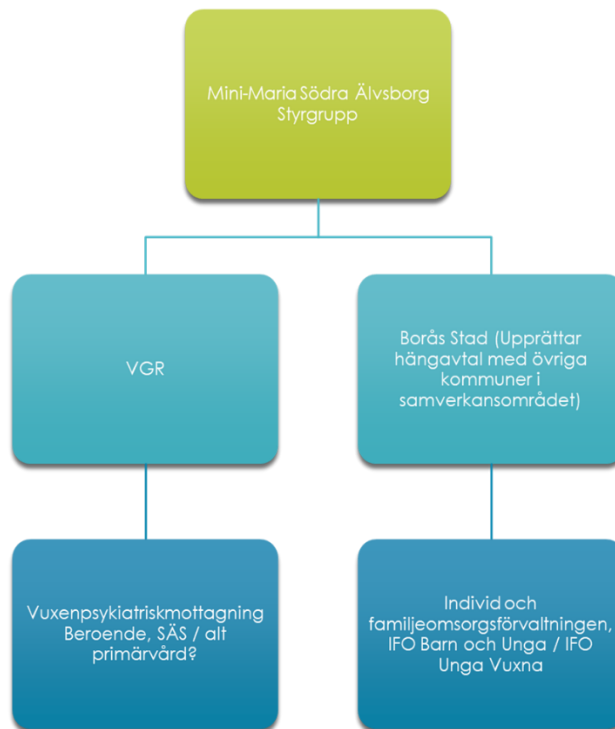
För professionella skall Mini-Maria i Södra Älvsborg ha en hög tillgänglighet, oberoende inom vilken kommun man arbetar. Professionella skall kunna vända sig till Mini-Maria med frågor kring de personer de möter i sitt arbete, för att få aktuell kunskap om riskbruk, missbruk, preparat och sätt att fånga 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 Mini-Maria även verkställa ungdomskontrakt via en beställning från hemkommunen samt vara behjälpliga myndighetsutövande socialtjänst med att kartläggning av missbruk och psykosocialt situation.

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

Mini-Maria skall ha en mycket informativ och lättillgänglig hemsida med information till unga, deras närstående samt professionella. Eventuellt ett forum där unga kan ställa frågor.

4.2 Förslag huvudmannaskap

Projektet föreslår att mottagningen organiseras på liknande sätt som projektet har tagit del av hos Mini-Maria i Göteborg, Stockholm och Malmö. Detta innebär ett delat huvudmannaskap mellan kommun och region. Övergripande styrning leds av styrgrupp för Mini-Maria Södra Älvsborg, förslagsvis i Närvårdssamverkan. Se figur nedan för illustration av organisationen.



Ena huvudmannen är VGR och projektet föreslår utifrån dialog och önskemål från Styrgruppen för projektet att mottagningen organiseras under primärvård utifrån omställning av vården och för att missbruksvård skall vara tillgänglig för alla. Även vårdnivå för psykiskhälsa föreslås ligga på primärvårdsnivå.

Den andra huvudmannen föreslås vara Borås Stad som organiserar verksamheten under Individ- och familjeomsorgsförvaltningen. Detta då Borås är centralorten och står för stor del av den kommunala finansieringen och då huvudmottagningen föreslås var lokaliserad i Borås utifrån tillgänglighet. Borås Stad upprättar därefter hängavtal med respektive kommun, inte per enskild individ utan för tillgång till verksamheten. Borås Stad bedriver idag exempelvis social jour, familjerätt och barnahus åt närliggande kommuner vilket regleras i avtal.

Varje huvudman anställer och ansvarar för personal och enhetschef som därefter arbetar tillsammans på den integrerade mottagningen.

4.3 Huvudmännens ansvarsområden.

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

Socialtjänst/kommun ansvarar för: Det psykosociala stödet genom service eller bistånd från hemkommunen. Nätverksarbete, enskilt samt familjeinriktat samtalsstöd samt familjeutbildning. Socialtjänsten har huvudansvar för samverkan med polis och skola, verkställighet av ungdomskontrakt samt psykosociala utredningar och bedömningar genom exempelvis UNG-dok,

VGR/Primärvården ansvarar för: Medicinska och psykiatriska bedömningar, urinprover och Lab-analyser (ensamt kostnadsansvar), suicid- och våldsrisk bedömningar, övrig psykiatri, BAS-utredning samt MINI KID (kortfattad diagnostisk intervju), remisser och förskrivning samt huvudansvar för samverkan med BUP och VUP.

4.4 Förslag på införande

Projektet föreslår att projekttiden förlängs tills den 31 december 2019 och att resterande projekttid främst ägnas åt att starta upp mottagningen. Projektet föreslår att verksamheten startar med huvudmottagning i Borås samt med Närmottagningar i Mark och Ulricehamn där mottagningen har möjlighet att samlokalisera med ungdomsmottagningarna. Projektet föreslår dock att man från start möter ungdomar från hela upptagningsområdet och därifrån succesivt utökar antalet Närmottagningar i resterande kommuner utifrån behov och tillgänglighet.

Projektet föreslår att målsättningen skall vara att Mini-Maria i Södra Älvsborg startar upp i september 2019 och drivs i projektform fram tills december 2019. Projektet föreslår att uppstarten finansieras av de projektmedel om ca 1 miljon kronor som finns avsatta.

För att avsatta medel skall kunna användas till uppstarten av mottagningen föreslår projektet att ersättning för projektledarna från september fram tills december 2019 inte finansieras utav projektmedel utav ordinarie arbetsgivare, dvs. Borås Stad och VGR.

Projektet vill ha en fortsatt dialog med den mindre styrgruppen kring uppstart gällande omfattning, möjlighet att använda befintlig personal och liknande innan ytterligare mer detaljerade förslag lämnas kring uppstart.

5. Fortsatt arbete

5.1 Beslut att fatta

Beslut för Styrgrupp närvård att fatta är:

- Är nyttan, syftet med och bakgrunden till en Mini-Mariamottagning tydlig?
- Är den ekonomiska fördelningen acceptabel?
- Är lokalisering vid Heimdal ett bra förslag och kan projektet arbeta vidare med det förslaget?
- Är samtliga parter fortsatt intresserade av delaktighet i Mini-Maria?
- Kan regionen och samtliga kommuner tänka sig att avsätta egna medel och budgetera för verksamheten till 2020?
- Är förslaget för huvudmannaskap och organisation bra?
- Är förslaget för införande bra?
- Skall projektet arbeta för en uppstart i september 2019?
- Vad önskar styrgruppen att nästa steg i projektet blir? Projektledarna föreslår förberedelse inför uppstart.

