

Utredning om länsgemensam verksamhet i Dalarna för barn och unga med skadligt bruk- och beroendeproblematik (s.k. "MiniMaria")

Datum	Diarienummer	I samarbete med
Giltigt t.o.m	Versionsnummer	
Rapportversion Länschefverket styrgrupp 230914		



Innehåll

Förkortningar.....	4
1 Bakgrund.....	5
1.1 MiniMaria i Dalarna.....	5
1.1.1 Sammanfattande iakttagelser från kartläggningen av nulägesbilden i länet.....	7
1.2 Ungas drogbruk.....	8
1.3 En heterogen målgrupp.....	10
1.3.1 Samsjuklighet och samtidiga behov.....	10
1.4 Behovet av en sammanhållen vårdkedja.....	12
1.4.1 Tidiga och förebyggande insatser.....	13
1.4.2 Beskrivning av uppdraget.....	16
2 Syfte, mål och frågeställningar.....	17
2.1 Syfte.....	17
2.2 Mål.....	17
2.3 Frågeställningar för att besvara syftet.....	18
3 Metoder och tillvägagångssätt.....	18
3.1 Uppdragets avgränsningar.....	18
3.2 Uppdragets organisation.....	19
3.2.1 Stygrupp Länschefsnätverket.....	19
3.2.2 Stygrupp - LPO Psykisk hälsa.....	19
3.2.3 Referensgrupp.....	19
3.3 Datainsamling och databearbetning.....	20
4 Resultat.....	21
4.1 Vilka förutsättningar behöver vara uppfyllda för en välfungerande MiniMaria-verksamhet?.....	22
4.1.1 Externa dialoger och studiebesök.....	22
5 Förutsättningar och nästa steg.....	39
5.1 Förankra brett och över tid.....	40
5.2 Etablera partsgemensam arbetsgrupp för konkretisering av arbetet.....	42
5.3 Säkerställ brukarmedverkan.....	42
5.4 Formulera verksamhetsuppdrag och målgrupp för verksamheten.....	43
5.5 Ta tillvara målgruppsanalysen.....	44
5.6 Besluta om huvudmannaskap för verksamheten.....	44

5.7	Upprätta avtal	44
5.8	Etablera samverkansformer och arbetssätt.....	45
5.9	Säkerställ tillgänglighet, bemanning och arbetssätt.....	46
5.10	Etablera en evidensbaserad praktik	47
5.11	Implementera systematiskt och följ upp hur det går.....	48
Bilaga 1	50

Förkortningar

ANTS	Alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar
BUM	Barn- och ungdomsmedicin
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HVB	Hem för vård eller boende
IBM	Integrerad beroendemottagning
LCHNV	Länschefsnätverket
LOV	Lagen om valfrihetssystem
LOVIS	Lokalt vårdprogram i samverkan
LPO	Lokalt programområde
LÖK	Lokal samverkansöverenskommelse
RSS	Regional samverkans- och stödstruktur
RÖK	Regional samverkansöverenskommelse
SIP	Samordnad individuell plan
SiS	Statens institutionsstyrelse
SoL	Socialtjänstlagen
TSI	Tidiga samordnade insatser

1 Bakgrund

Mariamottagningar (Maria Ungdom alternativt MiniMaria) finns på flera håll i mellersta och södra Sverige och vänder sig till unga med skadligt bruk eller beroende, samt de ungas närstående. Dessa verksamheter är öppenvårdsenheter som erbjuder riktade och synkroniserade vård- och stödinsatser (psykosocial och medicinsk bedömning, drogtester samt individuell och familjeterapeutisk behandling) utifrån ett integrerat och tvärprofessionellt förhållningssätt. Verksamheterna drivs ofta i samverkan mellan region och kommuner. Mariamottagningarnas syfte och huvudsakliga målsättningar är att ha en hög tillgänglighet med tidiga och snabba insatser samt en effektiv och god vård och behandling för målgruppen. Arbetssättet möjliggör och erbjuder en mer sammanhållen vårdkedja som resulterar i samordningsvinster ur såväl individ- som verksamhetsperspektiv. Mariamottagningarna utgör också ett kompetenscentrum för rådgivning till andra verksamheter och yrkesgrupper som kommer i kontakt med ungdomar. Verksamheterna präglas av en helhetssyn på ungdomens situation och hälsa inklusive den unges nätverk^{1, 2, 3}.

1.1 MiniMaria i Dalarna

Barn och unga med skadligt bruk eller beroende betonas som en särskilt sårbar målgrupp i den regionala samverkansöverenskommelsen på området⁴. I Dalarna har diskussioner tidigare förts om att starta upp en verksamhet liknande den vid en Mariamottagning, anpassat och avgränsat

¹ Rapport MiniMaria 2019-02-01, projekt MiniMaria Södra Älvsborg.

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/R/S6895-621728397-2225/SURROGATE/Rapport%20MiniMaria%202019-02-01.pdf>.

² Utvärdering av Mariamottagning mellersta Skåne. Slutrapport, maj 2020.

Tranquist utvärdering AB. <https://moten.lund.se/welcome-sv/namnder-styrelser/socialnamnden/socialnamnden-2020-08-19/agenda/200601slutrapporttranquistmariamellerstapdf?downloadMode=open>.

³ Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93. Från delar till helhet.

En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/11/sou-202193/>.

⁴ Länsövergripande överenskommelse om samverkan rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Region Dalarna och länets kommuner, 2021. RD21/00238.

till Dalarnas behov och förutsättningar. Diskussionen har bland annat väckts från styrgruppen för En samlad ungdomshälsa (bestående av chefer från kommunerna och regionens primärvård) och var också aktuell vid genomförandet och inför uppstarten av länets läns-gemensamma tillnyktringsverksamhet (de s.k. tillnyktrings (TN)-platserna). Inom ramen för den utvärdering av TN-platserna som nyligen genomförts⁵ påtalades behovet av en lösning för unga under 18 år med behov av tillsyn i samband med tillnyktring. Även i samband med Välfärdsrådets⁶ hantering av ärendet kring ett eventuellt fortsatt samverkansavtal avseende TN-platserna⁷, framhöll flera kommuner intresset av att utreda samverkan för att stötta barn och unga under 18 år med beroendeproblematik. Ett förslag om utredning avseende MiniMaria i Dalarna innefattades också i det beslut som Länsnätverket för förvaltningschefer (Länschefsnätverket, LCHNV⁶) fattade i slutet av 2020, om fortsatt samverkansarbete inom områdena psykiisk hälsa samt missbruk och beroende.

I mars 2022 fattade Länschefsnätverket beslut om ett uppdragsdirektiv⁸ för en utredning av förutsättningarna för en MiniMaria-verksamhet i Dalarnas län. Denna rapport beskriver utredningsprocessen och dess resultat. I samband med framtagandet av ett utredningsdirektiv identifierades att flera verksamheter som delvis möter målgruppens behov redan finns i länet. Ett viktigt första steg blev därför att genomföra en kartläggning av nulägesbilden i länet gällande vård- och stödinsatser för barn och unga inom området skadligt bruk/beroende. En redogörelse för denna kartläggning och dess resultat beskrivs närmare i uppdragsdirektivet⁸ och sammanfattas i avsnittet nedan.

⁵ Utvärdering av tillnyktringsplatserna i Dalarnas län 2021-02-10, RD20/03171.

⁶ **Välfärdsrådet** är ett politiskt råd bestående av hälso- och sjukvårdsnämndens presidium samt ordförande i socialnämnderna i Dalarnas kommuner. **Länschefsnätverket** är ett samverkansforum på högsta tjänsteledningsnivå mellan kommunerna och regionen i frågor som rör kunskapsstyrning och kunskapsutveckling av socialtjänsten och näraliggande hälso- och sjukvård, <https://www.regiondalarna.se/plus/vard/halsa-och-valfard/natverk-rad-arbetsgrupper/>

⁷ Ställningstagande till fortsatt samverkan och nytt avtal avseende tillnyktringsverksamheten i Dalarna, RD21/01602.

⁸ Uppdragsdirektiv – Utredning om läns-gemensam verksamhet i Dalarna för barn och unga med skadligt bruk- och beroendeproblematik (s.k. "MiniMaria"). 2022-0317, Dnr.

1.1.1 Sammanfattande iakttagelser från kartläggningen av nulägesbilden i länet

Kartläggningen under uppdragets inledande fas syftade till att få en övergripande bild av hur samverkan fungerar och vilka insatser/behandlingar som ges till målgruppen idag ur ett regionalt perspektiv. Vidare var syftet att kartlägga kompetensbehov och vilka eventuella ytterligare verksamhets- och samverkansformer som efterfrågas, alternativt behöver utvecklas, för att bättre kunna möta målgruppens behov.

Sammantaget identifierades inom ramen för kartläggningen ett fåtal verksamheter med målgruppen barn/unga med skadligt bruk/beroende. Endast en av verksamheterna beskrev ett integrerat, evidensbaserat och tvärprofessionellt arbetssätt i samverkan mellan kommun och region. Ett antal verksamheter inom ramen för första linjen-uppdraget, med potential att identifiera/fånga upp en problematik och sedan slussa vidare, identifierades också. Samtliga aktörer/verksamheter beskrev en avsaknad av samverkan som innefattar hela vårdkedjan kring målgruppen.

Flertalet utvecklingsområden och utmaningar beskrevs inom ramen för kartläggningen. Den unga målgruppen tas företrädesvis emot av socialtjänsten där medicinsk och psykiatrisk behandling saknas. Förhållningssättet om krav på drogfrihet för behandling av psykiatrisk problematik blir ett hinder. Samverkan med BUP behöver stärkas och rutiner kring omhändertagandet av målgruppen inom barn- och ungdomspsykiatri behöver tydliggöras. Behov av kompetensutveckling inom området skadligt bruk och beroende bland barn och unga beskrivs från såväl första linjens hälso- och sjukvård som socialtjänsten och specialistnivå. Slutenvård/heldygnsvård specifikt för målgruppen saknas. Initiativet kring ett regionalt HVB (hem för vård eller boende), i samverkan med BUP, är relativt långt kommet. Detta initiativ kommer dock endast möta behoven hos (den mindre) målgruppen med allra mest omfattande behov av behandling och stöd.

Sammanfattningsvis framgick av kartläggningen ett stort behov av att utveckla vård- och stödinsatser för målgruppen, från första linjen till specialistnivå. Vikten av att kunna erbjuda jämlika insatser, såväl geografiskt som avseende kön, betonas också.

Under kartläggningen identifierades också ett antal pågående utvecklingsarbeten och organisationsförändringar som har beröringspunkter med uppdraget och insatser för målgruppen. Dessa var, utöver planerna kring ett regionalt HVB enligt ovan, införandet av

vårdförlopp samt vård- och insatsprogram (VIP), implementering av regionala och lokala samverkansöverenskommelser⁹, organisationsförändring av akutpsykiatri, vårdvalsfrågan inom BUP:s verksamhet samt eventuella breddinföranden av lokala projekt.

1.2 Ungas drogbruk

Målgruppen unga med problem kopplat till skadligt bruk och beroende är en utmaning att beskriva, särskilt då mörkertalet sannolikt är stort. Resultat från olika större undersökningar ger dock en uppskattning av läget för målgruppen. Målgruppen är heterogen och samsjuklighet med psykiatrisk problematik är vanligt. Balansen mellan risk- och skyddsfaktorer varierar mellan individer. Sammantaget innebär detta att unga med bruk och beroende ofta befinner sig i en komplex livssituation där bruk av droger endast är en del av tillvaron i sin helhet.

Enligt CAN:s (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) rapport från 2019¹⁰ med fokus på skolungdomars substansdebut under perioden 1999-2019 har debutåldern för alkohol och tobak stigit samtidigt som den totala användningen minskat. Ökningen av debutålder för cannabis var mindre brant än för övriga substanser, men fortfarande statistiskt säkerställd. Andelen elever som använt snus, cigaretter, alkohol eller cannabis före 14 års ålder har i årskurs 9 minskat från 63% (1999) till 18% (2019). Utvecklingen med en stadigt sjunkande andel elever med substansbruk som debuterat före 14 års ålder avstannade dock 2017 och utvecklingen därifrån återstår att undersöka.

Resultat från CAN:s nationella skolundersökning från 2022¹¹ redovisas i delrapport "Målgruppsanalys". Undersökningen inkluderar ungdomar i årskurs nio och gymnasiets årskurs två. Sammanfattningsvis visade

⁹ Samverkansöverenskommelser rörande barn och ungas hälsa, personer med psykiska funktionsnedsättningar samt personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel dopningsmedel eller spel om pengar, <https://www.regiondalarna.se/plus/vard/halsa-och-valfard/regionala-samverkansdokument/>.

¹⁰ Guttormsson, U. & Zetterqvist, M. (2019). CAN Fokusrapport 05. Det går uppåt i åldrarna. Substansdebut bland ungdomar 1999-2019. <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-fokusrapport-05-det-gar-uppat-i-alderna.pdf>.

¹¹ Zetterqvist, M. (red). (2022). CAN Rapport 2015. CAN:s nationella skolundersökning 2022. Ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. <https://www.can.se/publikationer/cans-nationella-skolundersokning-2022/>.

resultaten att nivåerna för alkohol, rökning och narkotika var ungefär desamma som vid föregående undersökning året innan, men att det skett en stor minskning gällande alkoholbruk och rökning över längre tid (20 år). Gällande spel om pengar visade resultaten en ökning över de senaste åren samt att detta är vanligare bland pojkar än flickor. I undersökningen från 2022 ingick också frågor om lustgas då användning av lustgas som berusningsmedel aktualiserats allt mer på senare år och då nationell statistik om användningens utbredning saknats. CAN rapporterar¹² att lustgasanvändning är vanligare i storstadsområden, att den är lika vanlig hos båda könen och att den är tydligt sammankopplad med användning av andra substanser.

Hur ungas användning av alkohol, narkotika och tobak relaterar till skolors socioekonomiska sammansättning rapporteras i CAN:s fokusrapport Jämlika vanor¹³. Uppgifterna kommer från CAN-undersökningen Skolelevers drogvanor och avser elever i årskurs 9. Skillnaderna mellan elever på skolor med olika socioekonomisk sammansättning var tydliga men såg olika ut för bruk av alkohol respektive droger. På skolor med hög socioekonomisk sammansättning (andel elever med minst en förälder med eftergymnasial utbildning) var det vanligare att konsumera alkohol och att ha provat narkotika. Gällande andelen elever som använt narkotika fler än 20 gånger fanns inga signifikanta skillnader mellan skolgrupperna. Under perioden 2006-2019 minskade andelen alkoholkonsumenter i båda skolgrupperna men nedgången var kraftigare bland elever på skolor med låg socioekonomisk sammansättning. Gällande högkonsumtion av alkohol var mönstret det omvända. Andelen som använt narkotika mer än 20 gånger ökade under tidsperioden ovan bland elever på skolor med låg socioekonomisk sammansättning.

Resultaten relateras i rapporten till Skolverkets rapportering av ökad skolsegregation över tid, liksom ökade skillnader i skolors socioekonomiska sammansättning. Resultaten relateras också till tidigare forskning som visat tvetydiga resultat gällande ungdomars sociala skillnader i hälsobeteenden, där ungdomars tid i skolmiljön tros kunna ha en avgörande effekt utöver hemförhållandena, vilket på det sättet skiljer sig från mönster i den vuxna populationen.

¹² CAN Kortfakta 01. Lustgas bland unga 2022. (2022).

<https://www.can.se/publikationer/lustgas-bland-unga-2022/> .

¹³ Zetterqvist, M. & Gripe, I. (2020). CAN Fokusrapport 09. Jämlika vanor? Skolans socioekonomiska sammansättning och skillnader i användning av alkohol, narkotika och tobak i årskurs 9. <https://www.can.se/app/uploads/2020/11/can-fokusrapport-09-2020.pdf>

1.3 En heterogen målgrupp

Maria-verksamheternas målgrupp beskrivs i forskningen som heterogen, variationen i sociala riskfaktorer är stor. Ungefär en tredjedel av dessa unga bedöms ha svåra uppväxtförhållanden och stora problem inom flera livsområden, en tredjedel har en relativt stabil social situation med desto fler skyddsfaktorer medan en tredje grupp befinner sig däremellan^{14, 15}. Studierna visar att skolproblem av olika slag förekommer i mycket hög omfattning hos målgruppen, liksom utsattheten för våld och övergrepp som är generellt hög, i synnerhet för flickor. Den självrapporterade psykiska ohälsan beskrivs också som relativt hög. Skillnader mellan könen är tydliga och ytterligare studier behövs för att belysa vad dessa kan innebära för behandlingsprocessen. Skillnader mellan könen syns både vid inskrivning och långtidsuppföljning och riskfaktorerens betydelse skiljer sig också mellan könen. Andelen pojkar är störst men flickor i behandling på Maria-mottagningar tenderar generellt ha en mer problematisk livssituation, svårare beroendeproblem och också svårare problem med psykisk ohälsa, vilket gör att de tycks ha ett större behov av insatser från psykiatri parallellt med, eller efter, behandling för sina drogproblem. Kriminell aktivitet är dock högre hos pojkar. Då drogproblem och kriminalitet generellt är starkt kopplat till varandra kommer dock insatser för drogproblemen att också påverka den kriminella aktiviteten i en positiv riktning, och vice versa.^{16, 17, 18}

1.3.1 Samsjuklighet och samtidiga behov

Den komplexa problembilden för unga i målgruppen för Mariaverksamheter hänger också ihop med det faktum att problemen hos

¹⁴ Anderberg, M. & Dahlberg, M. . En longitudinell studie av Mariamottagningarnas ungdomar. Sammanfattande slutrapport för 2016-2018, Linnéuniversitetet, Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården (IKM).

¹⁵ Dahlberg, M. et al. (2022). Long-Term Outcomes for Young People With Substance Use Problems in Outpatient Treatment: Gender-Specific Patterns. *Frontiers in Psychiatry*, 13 (888197). doi: [10.3389/fpsy.2022.888197](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.888197).

¹⁶ Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2018). Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(1), 24-38. doi: [10.1177/1455072517751263](https://doi.org/10.1177/1455072517751263) .

¹⁷ Anderberg, M. et al. (2022). Criminality among Young People With Substance Use Problems in Sweden: A One-Year Follow-Up Study. *Journal of Drug Issues*, 52(3), 1-15. doi.org/10.1177/00220426211046 .

¹⁸ Boson, K. et al. (2022). Adolescents With Substance Abuse Problems in Outpatient Treatment: A One-year Prospective Follow-up Study Focusing on Mental Health Problems and Gender Differences. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol 17 (53). DOI:[10.1186/s13011-022-00482-2](https://doi.org/10.1186/s13011-022-00482-2) .

de unga ofta inte förekommer ett i taget utan att samsjuklighet och en kombination av riskfaktorer ofta påverkar den unges situation och förutsättningar. Detta ställer i sin tur ökade krav på samordning och samverkan kring vård- och stödinsatser.

Att problematiken för individen blir särskilt svår vid samsjuklighet är ett faktum för såväl den unga som den vuxna målgruppen¹⁹. Resultat från forskningsstudier visar samstämmigt att personer som använder narkotika tenderar ha en sämre hälsa än den övriga befolkningen och att hälsan är sämre ju mer frekvent narkotikabruket är²⁰.

En svensk prevalensstudie¹⁹ av 18-åringars problem kopplat till spel, substansbruk och psykiatrisk sjuklighet rapporterade att samsjuklighet mellan substansbruk och psykisk ohälsa är vanligt. I studien uppskattades att 14,6 % av de unga uppfyllde kriterierna för substansbrukssyndrom, främst gällande bruk av alkohol och mer frekvent bland tjejer än bland killar. Spel om pengar och problematiskt spelande via dator/internet var dock betydligt vanligare bland killar. Bland tjejer med substansbrukssyndrom hade 40 % även en psykiatrisk diagnos medan motsvarande siffra bland killar var 22 %.

Samband finns mellan såväl olika ANTS-bruk (alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar) som mellan bruk, självrapporterad hälsa, psykiska besvär och suicidtankar²¹. Hos målgruppen barn- och unga har ett antal gemensamma riskfaktorer inom ANTS-området identifierats. Med gemensamma riskfaktorer avses i detta sammanhang faktorer som utgör risk för två eller flera av ANTS-områdena och som samtidigt inte motsägs för något av de övriga områdena. Sådana gemensamma riskfaktorer är låg socioekonomisk position (baserat på föräldrars utbildningsnivå, yrke och bostadsområde), bristande skolprestationer, otrygga uppväxtvillkor, substansbruk eller spel om pengar och individrelaterade förutsättningar (tex ADHD, beteendeproblem eller att vara pojke). Statistik kring förekomst

¹⁹ Gerdner, A. & Håkansson, A. (2022). Prevalence and comorbidity in a Swedish adolescent community sample – gambling, gaming, substance use, and other psychiatric disorders. BMC Psychiatry. 22(594).

²⁰ Ramstedt, M. CAN Fokusrapport 11. (2021). Hur mår de som använder narkotika? Hälsotillståndet hos personer i den vuxna befolkningen som använder narkotika. <https://www.can.se/publikationer/hur-mar-de-som-anvander-narkotika/>.

²¹ Folkhälsomyndigheten. (2022). Risk- och skyddsfaktorer för alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar hos barn och unga. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/r/risk-och-skyddsfaktorer-for-alkohol-narkotika-tobak-och-spel-om-pengar-hos-barn-och-unga/>.

av varje enskild riskfaktor var för sig, alternativt för enskilda typer av bruk, ger en otillräcklig bild av den unga målgruppen i riskzonen för utveckling av exempelvis riskbruk eller beroende av droger. Modellen för hälsans bestämningsfaktorer (som inkluderar levnadsvanor, sociala sammanhang, livsvillkor samt levnadsförhållanden och samhällsliga förutsättningar) illustrerar hur risk- och skyddsfaktorer förekommer på olika nivåer i individens tillvaro och därmed också hur flera faktorer kan samverka och på så sätt utgöra en ökad risk, alternativt bättre skydd.

1.4 Behovet av en sammanhållen vårdkedja

Den heterogena målgruppen med komplexa behov kräver samverkan mellan aktörer. Detta handlar också om tillgången till en hel vårdkedja, utan svaga länkar – från tidiga insatser till öppenvård och slutenvård.

I juni 2020 beslutade regeringen om en särskild utredning av "*hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*"³, s. 507. Ett delbetänkande i utredningen presenterades i november 2021³ och slutbetänkandet i januari 2023²². Av delbetänkandet 2021 framgår att regionernas hälso- och sjukvård föreslås ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende och samordna med behandling för andra psykiatriska tillstånd. Socialtjänsten föreslås ansvara för att genom sociala stödinsatser stärka individens resurser och funktionsförmåga, främst relaterat till boende, sysselsättning och anhörigstöd. Regioner och kommuner föreslås också bli skyldiga att bedriva samordnad vård- och stödverksamhet i form av integrerade verksamheter med kompetenser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Att som individ få hjälp med både beroende och samtidig psykisk ohälsa, inte bli utestängd från stöd och vård och att få stöd och vård som hänger ihop som en helhet utgör kärnan av de målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv som varit vägledande genom utredningsprocessen.

²² Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2023:5. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Januari, 2023. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/01/sou-20235/>.

1.4.1 Tidiga och förebyggande insatser

Samverkan mellan skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst inom ramen för Tidiga samordnade insatser (TSI)²³ syftar till att tidigt påverka en ogynnsam utveckling oavsett barnets ålder. Samordningen av insatser ska resultera i en helhetssyn kring barn och unga i behov av stöd från flera aktörer. Inom ramen för TSI sker utvecklingsarbete i tvärprofessionella team med arbetssätt i syfte att exempelvis förebygga brottslighet och skolfrånvaro. Där återfinns också arbetssätt som syftar till en förstärkt första linje i arbetet mot psykisk ohälsa och den så kallade "Skottlandsmodellen" (i Falu kommun kallad "Tillsammans för varje barn", se kartläggningen i uppdragsdirektivet⁸). Regeringen tillsatte även en utredning om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga²⁴, bland annat med fokus att stärka stödet vid lättare psykisk ohälsa.

Ett annat sätt att arbeta uppsökande och förebyggande med barn och unga är via så kallade fältarbetare, anställda av kommunerna men ofta i samverkan med andra aktörer. Hur det arbetet organiseras skiljer sig åt mellan kommuner, exempelvis beroende på kommuners storlek. Fältverksamheten syftar bland annat till att förebygga kriminalitet, missbruk, psykisk ohälsa och utanförskap. Fältarbetarverksamheten finns enligt Socialstyrelsens kartläggning²⁵ i omkring 6 av 10 kommuner och stadsdelar i Sverige och är än vanligare (9 av 10) bland de större kommunerna (>70 000 invånare).

1.4.1.1 Haldygns-/slutenvård och tvångsvård

Gällande barn och unga med skadligt bruk och beroende är det Samsjuklighetsutredningens³ bild att de i dagsläget i första hand får insatser från socialtjänsten, men att regionerna har bättre förutsättningar att erbjuda evidensbaserade behandlingsmetoder. Gentemot regionerna behövs dock ett tydligare utpekat ansvar, liksom nödvändiga resurser för det samlade behandlingsuppdraget, inte minst kopplat till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som redan i dagsläget har hög belastning.

²³ Kunskapsguiden, Tidiga och samordnade insatser (TSI).

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/tidiga-och-samordnade-insatser-tsi/>

²⁴ SOU 2021:34. Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga, <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/05/sou-202134/>.

²⁵ Socialstyrelsen. (2022). Socialt fältarbete med barn och unga. Kartläggning av uppsökande och förebyggande socialt fältarbete i kommunal regi. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-1-7731.pdf>.

Enligt kartläggningen Psykiatrin i siffror, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), för 2021²⁶ har endast 3 län (ej Dalarna) angett att BUP har eller delvis har ett uppdrag att ge vård och behandling vid skadligt bruk eller beroende. I en studie genomförd av SBU (Statens bredning för medicinsk och social utvärdering) och Socialstyrelsen med uppdrag att undersöka prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård fanns bland de högst prioriterade behoven kunskap om hur samverkan kan organiseras mellan olika aktörer utanför sjukvården (socialtjänst, skola och polis) samt med öppenvården²⁷. När samverkan inte fungerar medför det att det tar längre tid att få vård, att patienter bollas runt mellan olika aktörer och att detta i synnerhet tenderar att gälla de mest komplexa och svårast sjuka patienterna. Samverkan tar tid och om kommunikationen brister mellan öppen- och heldygnsvård kan patienter och anhöriga själva tvingas in i rollen som vårdsamordnare. Även ökad kunskap om behandling vid samsjuklighet prioriterades högt i studien. Att sårbarheten för brister i samverkan blir extra påtagligt hos personer med samsjuklighet, tillsammans med problematiken kring att utestängas från psykiatrisk vård pga drogproblematik, framgår tydligt både i Samsjuklighetsutredningen^{3, 22} och i den kartläggning som nyligen gjordes för samsjuklighetsområdet i Dalarnas län²⁸.

Samsjuklighetsutredningens betänkande från januari 2023²² har, i enlighet med utredningens tilläggsdirektiv, framför allt ett fokus på utformningen av en ny tvångsvårdslagstiftning till personer med skadligt bruk eller beroende. Förslagen som lämnas i betänkandet bygger i huvudsak på tre principer: 1) Att tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja, 2) Att tvångsvård ska användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom och 3) Att verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång ska vara i ständig utveckling för att göra vården så trygg och meningsfull som möjligt. Samsjuklighetsutredningen föreslår därvid en särskild reglering av hälso-

²⁶ Uppdrag psykisk hälsa. (2022). Psykiatrin i siffror – kartläggning 2021. https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2022/05/Psykiatrin_i_siffror_BUP_2021_tillganglighetsanpassad.pdf.

²⁷ SBU. (2021). Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård. Ett samverkansprojekt mellan SBU och socialstyrelsen. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/prioritering-av-vetenskapliga-kunskapsluckor/prioriterade-behov-av-kunskap-och-utveckling-inom-bup-heldygnsvard/?lang=sv>.

²⁸ Delrapport Uppdrag samsjuklighet. Kartläggning av nulägesbild avseende samsjuklighet i länet inklusive åtgärdsförslag. C Mörk, RSS Dalarna. 2022-06-01, HSN 2022/2541.

och sjukvårdsansvaret i HVB. Regleringen skulle innebära att HVB även fortsättningsvis är en socialtjänstinsats men att kommunen ska kalla till samordnad individuell planering (SIP) i syfte att ge regionen möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsinsatser inför en placering. Detta då personer i HVB ofta har ett stort behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från regionen. Barn har dessutom, i enlighet med Barnkonventionen (artikel 24)²⁹, en särskild rätt till hälsa. Utredningen föreslår även en lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete gällande hälso- och sjukvårdsansvaret vid placering utanför det egna hemmet. I praktiken kommer det att innebära att region och kommun behöver bedriva HVB tillsammans alternativt göra gemensamma upphandlingar. Gällande barn och unga placerade på särskilda ungdomshem föreslås i utredningen en särskild lagreglering för att dessa unga ska få hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån behov.

1.4.1.2 Brottlighet och brottsförebyggande arbete

Gällande barn och unga med normbrytande beteende eller misstänkta för brott bedriver socialtjänsten ett komplext arbete i samverkan med andra aktörer, bland annat polisen³⁰. Arbetet sträcker sig från generellt förebyggande till individuellt anpassade insatser. Kommunernas ansvar för brottsförebyggande arbete blir från och med 1 juli 2023 reglerat i lag³¹. Lagen innebär bland annat att kommunerna ska ta fram en lägesbild över brottsligheten för ställningstaganden kring behov av åtgärder och en plan för dessa. Kommunerna ska också inrätta en samordningsfunktion med ansvar för viss samordning av det lokala brottsförebyggande arbetet.

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen genomfört en forskningsstudie³² i syfte att öka kunskapen om unga som lagförs för brott

²⁹ Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197

³⁰ Kunskapsguiden. Barn och unga som begår brott,
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-och-unga-som-begar-brott/>.

³¹ Lag om kommunernas ansvar för brottsförebyggande arbete (SFS 2023:196),
<https://svenskforsattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2023-04/SFS2023-196.pdf> .

³² Socialstyrelsen. (2022). Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott. En forskningsstudie om socialtjänstens insatser för barn och unga vuxna 15-20 år som under 2017 lagförts för brott mot narkotikastrafflagen.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7954.pdf> .

mot narkotikastrafflagen och också i syfte att öka kunskapen om socialtjänstens insatser för dessa unga. Bland unga i åldrarna 15-20 år är narkotikabrott ett av de vanligaste brotten. Enligt studien bedömde socialtjänsten att en majoritet (68 %) av 15-17-åringarna hade ett vårdbehov och den vanligast föreslagna insatsen var då vård vid en Mariamottagning eller liknande verksamhet. Mariamottagningarna beskrivs ha goda förutsättningar att fånga upp den unges olika behov, även kopplat till psykisk ohälsa, och vid behov remittera vidare till BUP. Studien beskriver hur det vid exempelvis Maria-mottagningar i Stockholm, Göteborg och Malmö finns utvecklade arbets sätt gällande hur socialtjänsten kan fånga upp barn och unga som grips av polis med misstanke om narkotikabrott.

1.4.1.3 Integrerade insatser

Behovet av integrerade insatser är således stort med anledning av målgruppens bredd avseende problembild. Enligt en enkät till regionerna inom ramen för Samsjuklighetsutredningen³ uppgav 7 regioner att de har minst en integrerad öppenvårdsverksamhet för ungdomar och unga vuxna med skadligt bruk eller beroende. Enligt enkätsvar från kommuner och stadsdelar samverkar 24% med regionen i sådan verksamhet. Betydelsen av en hel vårdkedja som fungerar betonas, dvs att kopplingen mellan öppen- och heldygnsvård finns och fungerar väl, utan glapp. Vissa Maria-verksamheter har en nära koppling till heldygnsvården, men organiseringen för detta kan se olika ut. I Samsjuklighetsutredningen betonas behovet av fler integrerade verksamheter för barn och unga. Ett antal olika aktörer är centrala kopplat till tidiga insatser inom ramen för det förebyggande arbetet, exempelvis skola, elevhälsa, ungdomsmottagningar, primärvård i övrigt, socialtjänst, polis och andra rättsvårdande myndigheter. Barn och ungas behov av tidiga tvärprofessionella insatser vid skadligt bruk eller beroende, möts med fördel via integrerade verksamheter med personal från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta då det i dessa verksamheter finns förutsättningar att uppmärksamma, utreda och åtgärda både medicinska och sociala problem³. Ungdomsmottagningar och första linjen-verksamheter för psykisk ohälsa kan i viss utsträckning erbjuda hjälp även vid riskbruk och beroendeproblematik, då dessa verksamheter ibland bedrivs integrerat och i samverkan. Den samlade bedömningen presenterad i Samsjuklighetsutredningen är dock att de integrerade verksamheternas uppdrag och innehåll behöver tydliggöras och bli mer enhetligt.

1.4.2 Beskrivning av uppdraget

Välfärdsrådet beslutade i maj 2021 om att ge Länschefsnätverket i uppdrag att ta fram en utredning för att närmare utreda samverkan kring en MiniMaria-verksamhet i Dalarna. I juni 2021 beslutade LCHNV att ge styrgruppen i uppdrag att ta fram ett utredningsdirektiv för godkännande i LCHNV. Beslut om uppdragsdirektiv togs i LCHNV i mars 2022 och

uppdraget har nu utförts inom den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) med LPO Psykisk hälsa³³ som uppdragets styrgrupp. Även en referensgrupp tillsattes kopplat till utredningsuppdraget.

Skadligt bruk och beroende innefattar i denna utredning bruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Utredningen har genomförts med hänsyn till befintliga verksamheter, uppdrag, resurser och kompetenser med fokus på hur dessa bäst kan nyttjas och eventuellt utvecklas var för sig och i samverkan för att tillsammans motsvara en integrerad vård- och stödkedja i enlighet med Maria-verksamheternas grundkoncept. Detta har innefattat såväl psykiatrisk som somatisk vård och behandling samt sociala stödinsatser.

Den kartläggningsfas som föregick utredningsfasen genomfördes i nära samarbete med uppdrag samsjuklighet. Kartläggningen, tillsammans med dialogerna med LPO Psykisk hälsa samt styrgruppen för Länschefsnätverket (se ovan), har varit vägledande för uppdragets inriktning och avgränsning. Denna process har utmynnat i syfte och frågeställningar enligt nedan.

2 Syfte, mål och frågeställningar

2.1 Syfte

Uppdraget syftar till att utreda förutsättningarna för samverkan kring en MiniMaria-verksamhet med utgångspunkt i den förestående omorganiseringen av akutpsykiatri och hur denna skulle kunna integreras med hela vårdkedjan för den unga målgruppen.

2.2 Mål

Att utredningen utgör ett ändamålsenligt underlag för att fatta beslut om huruvida en MiniMaria-verksamhet kan starta i Dalarna samt vilka övergripande förutsättningar som då bör vara uppfyllda.

³³ Lokalt programområde (LPO) Psykisk hälsa ingår i det nationella systemet för kunskapsstyrning och har som yttersta syfte att organisera arbetet inom kunskapsstyrningsstrukturen för att säkerställa en jämlik, kunskapsbaserad, god vård och omsorg av hög kvalitet. Psykisk hälsa är ett av de sex programområden där representanter från både kommuner och region samverkar och samarbetar. LPO Psykisk hälsa utgör en gruppering inom den regionala samverkans- och stödstrukturen, RSS och Region Dalarnas kunskapsstyrningsorganisation. LPO består av representanter med bred kompetens inom det aktuella området.

2.3 Frågeställningar för att besvara syftet

1. Kartläggning av målgruppen

Hur ser målgruppen för en MiniMaria-verksamhet ut i länet?

2. Vilka förutsättningar finns inom ramen för akutpsykiatrins omorganisering i relation till de förutsättningar som behöver vara uppfyllda för en välfungerande MiniMaria-verksamhet?

Vilka erfarenheter finns från andra MiniMaria-verksamheter och vad kan identifieras som centrala förutsättningar inom dessa verksamheter? Vilka insatser skulle kunna inrymmas i verksamheten (vilka är tex förutsättningarna för att inrymma tillnyktringsplatser)? Hur kan samverkan genom hela vårdkedjan organiseras, från främjande/förebyggande insatser via öppenvård och behandling till heldygnsvård/specialistnivå?

3. Hur skulle en MiniMaria-verksamhet i Dalarna kunna utformas anpassad till länet geografiska kontext? Utifrån 1 och 2 ovan samt vad som kan identifieras som centrala förutsättningar, hur kan detta appliceras i en Dalakontext? Det kan tex röra sig om att belysa geografisk placering, samlokalisering, ambulerande verksamhet (med utgångspunkt i en huvudverksamhet kopplad till akutpsykiatri) och liknande.

3 Metoder och tillvägagångssätt

Eftersom skadligt bruk, beroende och psykisk ohälsa ofta är nära sammankopplat och därmed inte sällan får konsekvenser i form av samsjuklighet för såväl unga som vuxna har MiniMaria-utredningen under hela processen haft en nära koppling till uppdrag Samsjuklighet²⁸. Ambitionen har varit att bedriva utredningsprocessen med så hög transparens som möjligt, via en kontinuerlig dialog med såväl professions- som brukarrepresentanter.

3.1 Uppdragets avgränsningar

Om beslut fattas att gå vidare mot en uppstart av en MiniMaria-verksamhet bör ytterligare konkretisering avseende verkställighet ske inom respektive berörda verksamheter och av respektive aktör/huvudman samt i fortsatt samverkan mellan huvudmännen. Detta utredningsuppdrag har inte omfattat utredning och analys av ekonomiska förutsättningar för en eventuell uppstart och inte heller av olika avtalsformer eller innehåll i

samverkansavtal. Även risk- och konsekvensanalyser kommer behöva göras inom ramen för respektive aktörs ansvar. Detta görs därvid i ett senare skede av processen och utgör inte heller en del av utredningen. Specifika förutsättningar såsom lösningar för dokumentation och sekretess mellan aktörer i samverkan samt vilka olika behandlingsmetoder som skulle bedrivas inom ramen för en MiniMaria-verksamhet har inte heller ingått i utredningen.

3.2 Uppdragets organisation

3.2.1 Styrgrupp Länschefsnätverket

Styrgruppen för Länschefsnätverket har beslutat om utredningsdirektivet, inklusive justeringar i direktivet samt också tagit slutgiltig ställning till utredningens resultat.

3.2.2 Styrgrupp - LPO Psykisk hälsa

LPO Psykisk hälsa utsågs i enlighet med uppdragsdirektivet till uppdragets styrgrupp och har därmed haft möjlighet att ge förslag och lämna synpunkter under uppdragsprocessen.

I samband med den nulägesanalys/kartläggning som föregick utredningsuppdraget har dialog förts med LPO Psykisk hälsa i syfte att säkerställa att dialoger och angreppssätt var relevanta och tillräckliga för att ge en heltäckande bild av nulägesbilden i länet för målgruppen. Förankring (se Tabell 1 nedan) av uppdragsdirektivet samt dialog kring rekrytering och tillsättande av referensgrupp har vidare förts med LPO Psykisk hälsa. LPO Psykisk hälsa har också fått en lägesuppdatering avseende rekryteringen till referensgruppen, planeringen för referensgruppens arbetssätt samt planeringen för den fördjupade målgruppsanalysen i samarbete med Hållbarhetsavdelningen (se delrapport "Målgruppsanalys").

3.2.3 Referensgrupp

Till uppdraget knöts en referensgrupp. Rekryteringen av personer till referensgruppen gjordes med målet att uppnå en grupp med adekvat representation avseende perspektiv och expertis/sakkunskap. Referensgruppens syfte var att säkerställa hänsyn till samtliga relevanta perspektiv och ge en så heltäckande bild av området som möjligt. Referensgruppen syftade även till att utgöra ett forum för förankring, input samt dialog kring genomförbarheten av ett eventuellt etablerande av en MiniMaria-verksamhet i länet. Personer till referensgruppen rekryterades via kontakt med lednings- och nyckelpersoner i de olika verksamheterna relevanta för uppdraget.

Referensgruppen har under perioden september till december 2022 haft tre möten, ett digitalt och två fysiska möten i Falun, i enlighet med gruppens önskemål.

Löpande förankring och/eller delrapportering från såväl den kartläggande fasen som utredningsarbetet har skett i de beslutsstrukturer som finns inom RSS och i angränsande beslutande fora, se Tabell 1 nedan:

Tabell 1. Löpande förankring och/eller delrapportering.

Länsnätverket för förvaltningschefer	2020-12-18, 2021-02-19, 2021-06-11, 2021-12-17, 2022-03-25, 2022-09-23, 2023-06-15
Styrgrupp Länsnätverket för förvaltningschefer	2022-01-13, 2022-02-16, 2023-05-30
Välfärdsrådet	2021-01-28, 2021-05-27
LPO Psykisk hälsa (styrgrupp)	2021-12-06, 2022-04-14, 2022-10-17
Uppdragets referensgrupp	2022-09-06, 2022-10-04, 2022-12-12

3.3 Datainsamling och databearbetning

Underlag för utredningen har inhämtats med hjälp av olika metoder lämpade för att besvara de olika frågeställningarna. Detta för att säkra ett evidensbaserat utredningsunderlag och belysa området ur olika relevanta perspektiv. Genomförda dialoger med Maria-verksamheter, angränsande verksamheter, perspektiv och utvecklingsarbeten samt besökta konferenser listas i Bilaga 1.

1. Kartläggning av målgruppen

Nationell och regional statistik, se bilagd delrapport "Målgruppsanalys".

2. Förutsättningar inom ramen för akutpsykiatrins omorganisering i relation till de förutsättningar som behöver vara uppfyllda för en välfungerande MiniMaria-verksamhet

Dialoger med företrädare för processen kring akutpsykiatrins omorganisering.

Omvärldsbevakning/-analys

Kontakter med liknande verksamheter och nyckelpersoner/"experter" Sverige

Studiebesök vid relevanta Maria-verksamheter i andra delar av landet

Evidens inom området (forskning, rapporter, utvärderingar och liknande underlag)

3. Utformningen av en MiniMaria-verksamhet i Dalarna anpassad till länet geografiska kontext

Analys baserat på underlag från 1 och 2 ovan.

4 Resultat

Under utredningsprocessen har ett stort antal dialoger genomförts med verksamheter och aktörer såväl i som utanför Dalarna. I detta avsnitt sammanfattas resultatet från dessa, liksom den information som inhämtats från ett antal studiebesök. Resultat från kartläggningen av målgruppen i Dalarna presenteras också.

Utöver detta har underlag även inhämtats från konferenser och webinarier (se Bilaga 1). Detta har varit till hjälp för att tydliggöra den aktuella helhetsbilden av området. Det har exempelvis bidragit till att belysa beröringspunkterna med Samsjuklighetsutredningen, förslaget om en ny socialtjänstlag, omställningsarbetet kopplat till God och nära vård etc. Det har också gett en bild av kunskaps-/forskningsläget kring målgruppen och behovet av insatser, riskfaktorer, behovet av uppföljning och utvärdering och av vikten av samverkan och integrerade arbetssätt i stort kring målgruppen.

4.1 Vilka förutsättningar behöver vara uppfyllda för en välfungerande MiniMaria-verksamhet?

4.1.1 Externa dialoger och studiebesök

Inom ramen för utredningen gjordes studiebesök såväl fysiskt som digitalt. Besöken hos, och dialogerna med, Maria-verksamheter i andra delar av landet har bidragit till att tydliggöra de centrala förutsättningar som behöver finnas på plats för en välfungerande MiniMaria-verksamhet. Via dessa besök och dialoger har representanter från etablerade Maria-verksamheter beskrivit organisation och upplägg för sina respektive verksamheter samt delat med sig av sina erfarenheter kring att driva och arbeta i verksamheten. Vid några av dessa besök och dialoger deltog representanter från referensgruppen kopplad till uppdraget.

Fysiska studiebesök gjordes vid MiniMaria-mottagningar i Stockholm (Salem respektive Södertälje) och digitala dialoger fördes med representanter från Södra Älvsborg/Borås³⁴, Göteborg och Skaraborg (i Skaraborgs län utreds just nu förutsättningarna att starta MiniMaria-verksamhet, med verksamheten i Borås som modell). Dessa mottagningar tog emot ungdomar upp till 21 år, dels med hänvisning till att det följer åldersgränsen i socialtjänstlagstiftningens definition av unga^{35, 36} och dels för att Maria-verksamheternas huvudsakliga fokus är det preventiva med tidiga och förebyggande insatser och att möta unga i tidigt skede av en eventuell utveckling till skadligt bruk och beroende. I det preventiva uppdraget kan även ingå att tex besöka skolor, bland annat i syfte att "göra sig kända". Även den ungas närstående är en målgrupp för Maria-verksamheterna.

Nedan sammanfattas resultatet av externa dialoger och studiebesök utifrån förutsättningar relaterat till lokalisering och geografi, kompetens och bemanning samt samverkan.

³⁴ Mini-Maria Södra Älvsborg. <https://minimariasodraalvsborg.se/>

³⁵ Lag (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-199052-med-sarskilda-bestammelser-om-var-d_sfs-1990-52 .

³⁶ Socialtjänstlag (2001:453). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.

4.1.1.1 Förutsättningarna att nå alla – lokalisering och geografi

Att motivera den unge till kontakt och att bibehålla kontakt med MiniMaria över tid beskrevs som utmanande, särskilt i de fall där initiativ och motivation till kontakt inte kommer från den unge själv (utan snarare kommer från skola, föräldrar etc). Någon nämnde att i genomsnitt vart tredje bokad besök på MiniMaria är ett uteblivet besök och att det heller inte är helt ovanligt att den unge avbryter kontakten helt. Ett gott och tydligt bemötande syftar dock till att öka chansen att den unge väljer att återkomma till MiniMaria efter en tid. I Maria-verksamheternas koncept ingår att tröskeln till mottagningarna ska vara så låg som möjligt, den unge ska kunna komma på eget initiativ eller via tex kontakt från vårdnadshavare, men också via beslut hos socialtjänsten.

De geografiska områdena, antalet kommuner som ingår i Maria-samverkan med respektive region etc skiljer sig åt. Från de olika verksamhetsorterna beskrivs olika lösningar på utmaningen med att nå så många unga som möjligt och att som verksamhet uppfattas som tillgänglig. En huvudmottagning som utgångspunkt (med mest generösa öppettider) kan kompletteras med närmottagningar och satellitmottagningar, vilket beskrivs från Södra Älvsborg där huvudmottagningen finns i Borås, kompletterat med närmottagningar (öppna ca 3 dagar/vecka) och satellitmottagningar (öppna någon dag/vecka). I Göteborg finns en regional slutenvårdsavdelning^{37,38} på Östra sjukhuset med möjlighet till inläggning för vård, avgiftning etc.

Från Borås bemannas närmottagningarna som nås inom en timmes restid från huvudmottagningen. Närmottagningarna är belägna i redan befintliga lokaler hos region och/eller kommun, exempelvis lokaler hos ungdomsmottagningar, vårdcentral och socialtjänst, och nyttjas för MiniMaria på tider då ordinarie verksamhet inte bedrivs,. Detta kan ha vissa begränsningar när det kommer till exempelvis förutsättningarna för att kunna genomföra övervakade urinprov³⁹, men kan vid behov lösas provisoriskt. Även salivprov tillämpas som alternativ. Elevhälsan kan istället vara en mindre lämplig lokal, då det kan riskera bli utpekande för

³⁷ Sahlgrenska universitetssjukhuset, Avdelning 363 Beroende unga vuxna, <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-2/beroende/enheter/avdelning-363/>.

³⁸ Avdelning 363 Beroende unga vuxna, Göteborg, <https://www.1177.se/Dalarna/hitta-vard/kontaktkort/Avdelning-363-beroende-unga-vuxna-Goteborg/>.

³⁹ Nationellt vård- och insatsprogram (VIP) missbruk och beroende, Säker provtagning i urin, <https://www.vardochinsats.se/missbruk-och-beroende/kartlaeggning-och-utredning/saeker-provtagning-i-urin/>.

den unge att söka denna typ av hjälp kopplat till den skolmiljö där den unge annars också befinner sig. Vårdmiljöer kan uppfattas som mer "neutrala" och vara att föredra framför socialtjänstens lokaler, även detta med hänvisning till ökad risk för stigmatisering/att den unge känner sig utpekad vid besök. Att dela väntrum och lokaler med ungdomsmottagningsverksamhet beskrevs med blandade erfarenheter. Representanter från en av de besökta verksamheterna beskrev att detta fungerade bra medan det i en annan dialog beskrevs som problematiskt då ungdomsmottagningarna och Maria-verksamheterna har olika syften och målgrupper. Detta främst då ungdomsmottagningarna inte involverar närstående lika tydligt i vård- och stödprocessen som Maria-verksamheterna gör. Maria-verksamheternas målgrupp kan ha en tydligare koppling till kriminalitet och med det kommer också ett annat fokus på säkerhetsaspekterna i verksamheten. I de dialoger som fördes i denna utredning beskrevs dock inte detta som ett stort problem i nuläget, att incidenter relaterat till hot, våld eller liknande är få men att frågan samtidigt förtjänar att tas på allvar i hur verksamheten organiseras och bedrivs.

Att ha ett och samma team som "turnerar" mellan olika mottagningar i upptagningsområdet beskrivs som positivt, där fördelarna överväger nackdelarna (se även avsnitt 4.1.1.2 nedan ang kompetens och bemanning). Det kan bli lite "flängigt", men går över förväntan och fördelarna är exempelvis att vård- och stödinsatser som ges på detta sätt med en samlad kompetens också blir mer likvärdiga. Den upparbetade lokalkännedomen om det aktuella upptagningsområdet har också upplevts som en fördel. I Södra Älvsborg ingår alla kommuner utom en i Maria-samverkan. Kommunen som valt att stå utanför samverkan har gjort detta med hänvisning till utvecklandet av den egna öppenvården. Vid behov kunde ändå enskilda ungdomar från den aktuella kommunen tas emot i Maria-verksamhet via upprättandet av individavtal.

Som alternativ till fysiska möten finns det digitala arbetssättet som möjliggör att ses på distans. I Borås förekommer det än så länge i mindre utsträckning och då företrädesvis för möten med närstående och andra aktörer snarare än med den unge själv. Göteborg som har totalt tre MiniMaria-mottagningar kommer också att öppna "MiniMaria online"⁴⁰ via en app i plattformen Visiba care (som redan används för vårdmöten i Västra Götalandsregionen, VGR). Förhoppningen är att den vägen nå fler av de unga som det i dagsläget är en utmaning att nå. Genom att möjliggöra kontakt via digitalt drop-in, både med och utan identifiering med personuppgifter, möjliggörs där även anonyma besök. Då många unga med utmanande livssituationer saknar BankID och då en anonym kontakt

⁴⁰ Visiba care. (2022). Mini-Maria Göteborg visar att det är möjligt att öppna upp digitalt. <https://www.visibacare.com/sv/artiklar/mini-maria-online> .

många gånger kan sänka tröskeln för kontakt med MiniMaria ytterligare, innebär det sannolikt att en större del av målgruppen kan nås. Den digitala möjligheten möjliggör mer tillgängliga vård- och stödsatser på de ungas villkor och målet är att nå fler unga i ett tidigt skede. Med tiden är planen också att de ungas närstående ska kunna ta kontakt och få information via appen.

I Stockholm är Maria-verksamheterna organiserade i form av Maria Ungdom akut- och heldygnsvård på S:t Görans sjukhus i centrala Stockholm^{41,42,43} (med tillhörande öppenvårdsmottagning) samt 22 olika MiniMaria-mottagningar i kommuner och stadsdelar runt om i Stockholms län. Maria Ungdom har öppet dygnet runt och erbjuder också rådgivning per telefon dygnet runt. Maria Ungdom tar emot akut och via tidsbokning och inkluderar tillnyktringsplatser samt platser för planerade inläggningar i slutenvård. Storlek, tillgänglighet och bemanning för de olika MiniMaria-verksamheterna varierar. Mottagningen i Salems kommun har tex öppet en dag per vecka och hänvisar övrigt tid till Maria Ungdoms verksamhet. I Salem delar verksamheten väntrum med ungdomsmottagningen vilket upplevs fungera bra. MiniMaria-mottagningen i Södertälje⁴⁴ bedrivs i egna lokaler men i samma hus som socialtjänsten med öppettider måndag till fredag.

4.1.1.2 Förutsättningarna att ge evidensbaserade insatser - Kompetens och bemanning

MiniMaria-mottagningarna bemannas i regel huvudsakligen av sjuksköterske- och socionomkompetens (med anställning i regionen respektive kommunen). I Borås utgörs tex de "behandlande teamen" som reser runt av dessa personalkategorier. Kopplade till verksamheten finns vanligen också läkare och psykolog på deltid och i vissa fall även barnmorska. Rekrytering av personal med adekvat erfarenhet och kompetens för arbete i Maria-verksamhet nämndes kunna vara en utmaning. Tidigare erfarenhet av beroendevård beskrevs givetvis som meriterande, men utöver formell kompetens nämndes också

⁴¹ Maria Ungdom akut- och heldygnsvård, Beroendecentrum, Stockholm, <https://www.1177.se/Dalarna/hitta-varld/kontaktkort/Maria-Ungdom-Akut-och-heldygnsvard-Beroendecentrum-Stockholm/> .

⁴² Maria Ungdom, Region Stockholm, film och våra Mini-Maria-mottagningar, <https://www.mariaungdom.se/fakta-och-rad/informationsmaterial/> .

⁴³ Presentation Helena von Schewen, Maria Ungdom, Stockholm, vid referensgruppsmöte september-2023.

⁴⁴ MiniMaria, Södertälje kommun, <https://www.sodertalje.se/minimaria/> .

"lämpligheten" och det specifika intresset för att jobba behandlande med unga kring skadligt bruk och beroendefrågor som särskilt betydelsefullt vid rekrytering av personal till Maria-verksamheter. Med tillägg av riktad kompetenshöjning kring just skadligt bruk och beroende kan bakgrund/erfarenhet från exempelvis arbete inom primärvård eller psykiatri vara lämpligt.

4.1.1.3 Förutsättningar för samverkan

Representanterna från de olika verksamheterna beskrev på olika sätt hur förhållningssätt och erfarenhet kring målgruppen tenderar att skilja sig åt mellan region- respektive kommunperspektiv. Från socialtjänsten finns generellt den största erfarenheten kring målgruppen, men vinsterna är det sammanhållna konceptet och det tvärprofessionella arbetssättet med ett väl sammansvetsat team där det samtidigt är tydligt vem som gör vad. Ett och samma team som exempelvis "turnerar runt" och därmed också träffas dagligen lyftes som en styrka. Socionomer och psykologer har en mer "behandlande" roll. Även sjuksköterskor jobbade i vissa fall behandlande (tex med KBT) men ansvarar också för provtagning och träffar alla patienter utifrån ett helhetsperspektiv på hälsa. Läkemedel som förskrivs av läkare kan tex handla om antidepressiva mediciner eller läkemedel för sömnsvårigheter. En av representanterna beskrev win-win-effekten med samverkan som att "socionomerna gör hälso- och sjukvårdspersonalen mindre rigida och hälso- och sjukvårdspersonalen gör socionomerna mindre flummiga"! Genom att utbyta perspektiv och förhållningssätt var erfarenheten att samverkan underlättas såväl i stort som mer konkret, tex kopplat till orosanmälningar och remitteringar. Via smidig tillgång till rätt kompetens uppstår snabbare och kortare vägar. Att aktivt och över tid jobba med samsyn, hitta gemensam grund och motivation och därmed bli samspelade i teamet lyftes som en nödvändighet för att det istället inte ska uppstå krockar.

Struktur och organisering för att underlätta samverkan lyftes också som betydelsefullt. Exempel som beskrevs var närsjukvårdsmöten och kontinuerliga avstämningar, styr- och referensgrupper med adekvat representation och mandat samt olika sätt att formalisera/strukturera samverkan med specifika aktörer, exempelvis BUP och skola, både på generell nivå såväl som i enskilda patientärenden. Via en tydlig verksamhetsbeskrivning och olika typer av avtal, rutiner och PM beskrevs hur detta kunna underlättas. Samverkan som tidigare inte varit ändamålsenlig mellan aktörer beskrevs kunna förbättras i och med MiniMaria-konceptet. Primärvård, ungdomsmottagning, socialtjänst och BUP nämndes i dialogerna som de huvudaktörer som främst behöver etablera samverkan inom ramen för en Maria-verksamhet. Kontaktvägar, möjlighet till konsultation etc behöver i övrigt etableras gentemot skola/elevhälsa och polisen.

4.1.1.4 Förutsättningar fatt hantera dokumentation och sekretess

Just förutsättningar kring journalföring och sekretess i relation till samverkan mellan olika aktörer beskrevs specifikt i flera av dialogerna, inklusive exempel på olika typer av lösningar. Dokumentationen kring varje patientärende kan vara en utmaning då det ska ske i både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens system. I Borås kopieras helt enkelt informationen så att samma text hamnar i båda systemen. I Göteborg dokumenteras sammanfattningar från team-möten i hälso- och sjukvårdsjournalen. Gällande sekretessen hanteras den i samband med den inledande kontakten med den unge och dennes närstående. Detta görs då via informerat samtycke via särskild blankett, dvs den unge informeras om syfte och arbetssätt med MiniMaria som integrerad verksamhet och de förutsättningar som i och med det behövs för att få en helhetsbild och dela information mellan aktörer för att den enskildes behov av vård och stödinsatser ska kunna tillgodoses. Erfarenheten är att inhämtandet av samtycke aldrig möter motstånd, ofta tror redan den unge att "alla pratar med varandra".

Såväl Borås som Göteborg rekommenderar UngDOK för gemensam kartläggning, utvärdering och uppföljning genom vårdprocessen. UngDOK^{45,46}, är en strukturerad intervjumetod för målgruppen unga med alkohol- och narkotikaproblem. Metoden är primärt ett stöd för kartläggning av problem, behov och situation, som utgångspunkt för bedömning, planering och behandlingsupplägg. Underlaget möjliggör också lokal uppföljning och utvärdering på såväl individ-, grupp- och verksamhetsnivå, samt utgör en grund för forskning. Verktøget beskrivs som heltäckande, är utformat för MiniMaria-målgruppen och innefattar delar för såväl social problematik, drogbruk, kriminalitet och psykisk ohälsa. I Borås har man även gjort specifika tillägg med frågor som avser spel. UngDOK är inget journalverktøy, men resultat från UngDOK kan kopieras över till journalen. Uppgifterna möjliggör uppföljning och utvärdering av verksamheterna som kan användas för redovisning till exempelvis styrgrupp, politik etc men också för att anpassa verksamhetens innehåll efter målgruppens behov.

⁴⁵ Socialstyrelsen. UngDOK (Dokumentationssystem inom missbruksvården). <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/ungdok/> .

⁴⁶ Dahlberg, M., Anderberg, M. & Falck, H. (2020). UngDOK – Manual för intervjuformulären, 2020. Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården, IKM. Linnéuniversitetet. <https://lnu.se/contentassets/21d12060b171452d94571e6f4dd3267f/manual-ungdok-2020.pdf>

1.2.1 Regionala dialoger

Den referensgrupp som knöts till uppdraget bestod av representanter från olika verksamheter och aktörer som på olika sätt har beröringspunkter med MiniMaria-målgruppen i Dalarna (se även avsnitt 3.2.3). Utöver referensgruppsdialogerna har ett antal specifika dialoger förts, som tillägg till dialogerna via referensgruppen. Syftet har varit att få ta del av dessa aktörers uppfattningar om hur målgruppen tas omhand i dagsläget i vårt län, vilka eventuella utmaningar de i dagsläget identifierar kopplat till vårdkedjan för målgruppen samt deras uppfattning om den egna rollen/uppdraget för målgruppen. De regionala dialogerna bidrog sammantaget därmed till att få ett så brett perspektiv som möjligt på området utifrån en Dalakontext. Utredarnas uppfattning är att det med tiden uppstod en så kallad "mättnad" avseende de förutsättningar och utmaningar som beskrevs i relation till insatser till målgruppen och hur förutsättningarna för dessa ser ut i dagsläget.

4.1.1.5 Referensgruppsdialogerna

4.1.1.5.1 Referensgruppens sammansättning

Representanter till referensgruppen rekryterades i syfte att inkludera samtliga relevanta perspektiv utifrån en Dalakontext, i relation till MiniMaria-målgruppen. Rekryterade verksamheter och aktörer framgår av Tabell 2 nedan. Totalt 15 personer deltog i något eller några av referensgruppens tre möten. Fem av dessa representanter deltog vid samtliga referensgruppsmöten. Några av referensgruppens representanter medverkade även vid digitala samt fysiska studiebesök samt vid konferenser.

Tabell 2. Sammansättning av referensgruppen.

Verksamhet/ aktör
Div Psykiatri och habilitering - BUP - Beroendevård vuxna - Öppenvården - Integrerad beroendemottagning (IBM) norra/västra* - <i>Habiliteringen - medverkade ej</i>

Div Primärvård - Ungdomsmottagningarna - Ungdomshälsan - Samtalsmottagningen barn- och unga - "Tillsammans för varje barn" **
Div Medicin - Barn- och ungdomsmedicin
Socialtjänsten - LOVIS-teamet, Gagnefs kommun *** - <i>Öppenvården, Borlänge kommun – medverkade ej</i>
Länsstyrelsen
Brukarperspektiv
Polisen
Elevhälsan

* Region Dalarna (vuxenpsykiatri och primärvård) i samverkan med socialtjänsten i kommunerna Leksand, Rättvik, Mora, Orsa, Älvdalen, Malung och Vansbro; ** I samverkan med socialtjänst och skola i Falu kommun; *** I samverkan med primärvård och öppenvårdspsykiatri.

Sammantaget innefattade referensgruppsmötena såväl kunskapshöjande delar kring MiniMaria som koncept och kring målgruppen och dess behov av insatser. De gemensamma dialoger som fördes i samband med referensgruppens möten bidrog även till en allmänt ökad kunskap och förståelse kring respektive verksamhets/aktörs perspektiv och utmaningar i förhållande till målgruppen.

Målsättningen med det första mötet var att ge referensgruppen kännedom om uppdraget och att klargöra sammanhang och syfte med referensgruppen i relation till uppdraget. Medverkade vid det första mötet gjorde också Helena von Schewen, sektionschef vid Maria Ungdom, Beroendecentrum Stockholm, för att ge en beskrivning av kärnan i Maria-verksamheternas uppdrag och arbetsätt. Referensgruppens deltagare ombads också dela med sig av sina tankar och reflektioner kring förutsättningarna för en MiniMaria-verksamhet i Dalarna, utifrån sitt respektive perspektiv/den verksamhet de representerade.

Målsättningen med referensgruppens andra möte var att ge gruppen en ökad kännedom om uppdragsdirektivet inklusive dess syfte och frågeställningar. I syfte att illustrera den heterogena målgruppen användes, i dialog med forskare vid Linnéuniversitetet, ett material bestående av sex olika fallbeskrivningar⁴⁷ av unga i olika grader av riskbruk eller beroende. Utifrån detta fördes en dialog med gruppen kring den övergripande nulägesbilden i Dalarna i förhållande till behoven hos den heterogena målgruppen.

Vid referensgruppens tredje möte var målsättningen att tillsammans med gruppen få en tydligare bild av tänkbara arbetsätt och upplägg för en MiniMaria-verksamhet i Dalarna. Detta gjordes dels med avstamp i en sammanfattning av de dialoger, studiebesök mm som genomförts så långt under uppdragsprocessen, dels genom att ta avstamp i befintliga integrerade arbetsätt kring den vuxna målgruppen i länet. Via fördjupande presentationer av två redan befintliga integrerade arbetsätt för länets vuxna målgrupp var syftet att tillsammans med referensgruppen föra en dialog kring befintliga och framtida integrerade verksamheter i länet. Nödvändiga förutsättningar och också utmaningar och framgångsfaktorer i samverkan utgjorde fokus i dialogen. Målet var att tillsammans med referensgruppen reflektera kring följande frågeställningar:

- Kan ungas behov i vårt län mötas via verksamheter liknande LOVIS och IBM? Helt eller delvis? Om delvis, vad saknas?
- Vilka arbetsätt och upplägg från andra Maria-verksamheter skulle fungera i en Dalakontext?
- Hur kan en sömlös vårdkedja åstadkommas för den unga målgruppen i Dalarnas län?

⁴⁷ Gilvarry, E. et al. (eds). (2012). [Practice standards for young people with substance misuse problems](#). College centre for quality improvement. Materialet som användes i referensgruppsdialogen var hämtat från Appendix 1, bearbetat på svenska av Mats Anderberg, universitetslektor, Linnéuniversitetet.

4.1.1.5.2 Sammanfattning av referensgruppsdialogerna

Sammantaget har referensgruppen uttryckt en bred enighet om betydelsen av ett stärkt omhändertagande av målgruppen unga med skadligt bruk och beroende i Dalarnas län. Behovet av ett fokuserat, strukturerat och sammanhållet länsövergripande arbete och ansvar kring målgruppen betonas och med det som utgångspunkt en utvecklad samverkan med målet att åstadkomma en sammanhållen vårdkedja. Gruppens reflektioner kring förutsättningarna för en MiniMaria-verksamhet har varit i linje med utredningens direktiv, syfte och frågeställningar, exempelvis kring betydelsen av att takta an till redan pågående och angränsande utvecklingsspår för målgruppen, att särskilt se till de integrerade lösningar som finns för den vuxna målgruppen och bygga vidare på dessa samt att ta hänsyn till Dalakontexten avseende geografiska avstånd, kompletterande digitala lösningar etc.

4.1.1.5.2.1 Fallbeskrivningar/case

De fallbeskrivningar som användes som underlag för dialog i referensgruppen syftade till att belysa målgruppens heterogenitet. Mot bakgrund av de sex fallbeskrivningarna (se avsnitt 3.2.3) fördes vid det andra referensgruppsmötet en dialog kring förutsättningarna att idag möta dessa unga i Dalarnas län.

Sammantaget belystes i referensgruppen behovet av en samverkanslösning liknande den som LOVIS (se nedan), men för unga, och som skulle inkludera att exempelvis BUP, socialtjänst, skola och polis samverkar med kontinuitet utifrån ett regionalt perspektiv. Detta skulle också innefatta en större förståelse för varandras uppdrag och lagstiftning, något som också behöver utvecklas för förbättrad samverkan. Det förebyggande perspektivet betonades också i referensgruppsdialogen, bland annat med utgångspunkten i utmaningen att nå så många som möjligt av såväl gruppen unga och vårdnadshavare. Behovet av att hitta anpassade lösningar och mötesplatser för att nå en så stor del av målgruppen som möjligt beskrevs som en utmaning i dagsläget. Språkbarriärer och kulturella barriärer beskrevs som exempel på utmaningar att överbygga.

4.1.1.5.2.2 Erfarenheter från etablerade verksamheter i samverkan för den vuxna målgruppen

Under referensgruppens tredje möte tog dialogen huvudsakligen sin utgångspunkt i två befintliga integrerade arbetssätt i länet, LOVIS och IBM, och möjligheten att dra nytta av erfarenheterna och förutsättningarna kring dessa för en eventuell liknande verksamhet för den yngre målgruppen. Presentationerna av verksamheterna, inklusive förutsättningar, vinster och utmaningar, sammanfattas nedan.

4.1.1.5.2.2.1 LOVIS – Lokalt vårdprogram i samverkan⁴⁸

LOVIS-verksamheten i Gagnefs kommun bedrivs i samverkan mellan socialtjänsten, primärvården och öppenvårdspsykiatri. Verksamheten bedrivs i syfte att förbättra omhändertagandet och öka tillgängligheten till vård- och stödinsatser för personer över 18 år med riskbruk, skadligt bruk och beroende samt närstående (med tydlig förankring och flexibilitet kring patienter/klienter från 17 år). I LOVIS-teamet arbetar socialsekreterare, öppenvårdsbehandlare, psykiatrisjuksköterska, livsstilssjuksköterska och sjuksköterska.

Beskrivna vinster med LOVIS-samverkan innebär:

- förbättrade möjligheter att möta individer med en komplex problematik och som annars tenderar "falla mellan stolar",
- att fler individer med behov får tillgång till öppenvårdsinsatser som också kan individanpassas,
- en mer sammanhängande vårdkedja, inklusive eftervård som minskar risken för återfall
- ett bredare utbud av insatser
- mindre ensamarbete och därmed en mindre sårbar verksamhet
- ökad kvalitet, en evidensbaserad verksamhet och samlad kompetens
- möjlighet att "handleda" varandra
- ökad kostnadseffektivitet

Vägen in i LOVIS-teamet för personer med behov behöver vara tydlig och faktorer som tillhörighet/listning och hantering av kö/aktualisering behöver tas i beaktande. Verksamhetens förankring i ledning behöver vara tydlig och arbets sättet får inte bli person-/funktionsbundet. Den gemensamma dokumentationen beskrivs kunna vara en utmaning.

4.1.1.5.2.2.2 Integrerad beroendemottagning (IBM)

Integrerad beroendemottagning (IBM) bedrivs i samverkan mellan Region Dalarna och kommunerna Leksand, Rättvik, Mora, Orsa, Älvdalen, Malung och Vansbro. Inom IBM samverkar vuxenpsykiatri, primärvården och socialtjänsten genom en beroendesjuksköterska och missbrukshandläggare samt öppenvårdsbehandlare från socialtjänsten. Arbets sättet innefattar, utöver behandlande insatser, gemensamma teammöten, gemensamma kartläggningar och bedömningar och gemensamma möten med patienter/klienter. Samordning av vård, behandling och stödinsatser är centralt i verksamheten. SIP används, med regelbundna uppföljningar.

⁴⁸ Lokalt vårdprogram i samverkan – LOVIS, Gagnefs kommun,
<https://www.gagnef.se/stod-omsorg-och-vard/riskbruk-missbruk-och-beroende/lovis/> .

Arbets sättet medför en tydlighet gentemot patient/klient då "alla hör samma sak". Framgångsfaktorer med arbets sättet är också den gemensamma lokaliseringen, att sitta tillsammans, vilket medför bättre möjligheter att bygga relationer samt också det gemensamma kunskapsutbytet och förståelsen för varandras verksamheter och uppdrag mellan socialtjänst och hälso- och sjukvårdsperspektiven. Arbets sättet har också underlättat samverkan kring målgruppen utifrån de lokala samverkansöverenskommelserna (LÖK), även i processen med att ta fram alternativt revidera dessa överenskommelser.

Erfarenheterna från IBM vittnar också om utmaningar med samverkan. Utöver personal-, lokal- och ekonomiska resurser, kan detta handla om just den gemensamma förståelsen för varandras verksamheter och uppdrag där "satsningen" på samverkan behöver vara lika stor från alla involverade parter för att det ska fungera som bäst. Begrepps användning/-förvirring beskrivs kunna vara en utmaning liksom tolkningar av vad som är vems ansvar, exempelvis utifrån den regionala samverkansöverenskommelsen (RÖK). En utmaning är också samverkan kring unga mellan 18-21 år som är kvar inom barn- och unga-verksamheten hos socialtjänsten. Då den delen av socialtjänstens verksamhet inte finns representerad inom ramen för IBM-arbets sättet riskerar den unga målgruppen att i dagsläget hamna "mellan stolarna". Samordningen av stöd och insatser kan därmed inte ske på ett ändamålsenligt sätt.

4.1.1.6 Omorganisationen av akutpsykiatri och den psykiatriska heldygnsvården

Under uppdragsprocessen har dialog förts med ledningen för den arbetsgrupp som hanterat frågan om omorganiseringen av akutpsykiatri och den psykiatriska heldygnsvården. Detta mot bakgrund av att ambitionen att etablera ett tätare samarbete, såväl kompetens- som lokalmässigt, med BUP i samband med flytten av akutpsykiatri särskilt lyftes fram som en faktor med potential kopplat till MiniMaria-utredningen. I uppdragsdirektivet för MiniMaria-utredningen ingick därför i syftet att utredningen av förutsättningarna för samverkan skulle ta sin utgångspunkt i den förestående omorganiseringen av akutpsykiatri och hur denna skulle kunna integreras med hela vårdkedjan för den unga målgruppen.

Underlaget för omorganiseringen är vid tidpunkten för denna rapports färdigställande inte offentliggjort. Arbetsgruppen har dock i underlaget inkluderat en tänkbar etablering av en MiniMaria-verksamhet. Behoven kopplat till detta har beskrivits avseende lokaler, flöden osv. Då detta skulle innebära att BUP skulle få ett mer tydligt definierat uppdrag som rör

tillnyktring, avgiftning och samordnad behandling i slutenvård och tillhörande öppenvård är arbetsgruppens uppfattning att ett antal platser i BUP slutenvård behöver skapas/ användas kopplat till en MiniMaria-verksamhet med tillhörande öppenvårdsmottagning. Arbetsgruppens uppfattning är att detta skulle motsvara en slutenvårdsplats för avgiftning/behandling av skadligt bruk/beroende och en vårdplats för tillnyktring. Detta utgör en uppskattning av vårdplatsbehovet utifrån de vårdplatsantal som övriga regioner förfogar över i relation till upptagningsområde/befolkningsunderlag etc. I underlaget ingår att dessa vårdplatser behöver skapas och lokaler anpassas vid ett eventuellt beslut om att etablera en MiniMaria-verksamhet. Likaså att en mottagningsverksamhet bör ligga i anslutning till slutenvården för behandlande insatser i öppenvård.

4.1.1.7 Ungdomshälsan

I Dalarna pågår ett arbete att skapa en sammanhållen ungdomshälsa i varje kommun⁴⁹. Detta som ett led i att förstärka insatserna till ungdomar och unga vuxna. Ungdomsmottagningarna blir navet i Ungdomshälsan. Ungdomshälsans uppdrag är att arbeta generellt hälsofrämjande och förebyggande och i detta ska ingå att tidigt identifiera hälsoproblem hos riskgrupper och enskilda ungdomar och unga vuxna.

Representanter från Ungdomshälsan beskriver att ungas problem kring riskbruk och beroende ingår i verksamhetens uppdrag att möta, och att dialogen kring den målgruppen alltid har funnits med i ungdomshälsans sammanhang, främst med utgångspunkt i främjande, förebyggande och tidiga insatser. Konceptet Ungdomshälsa har kommit olika långt i olika kommuner i länet. Alla har tex inte möjlighet till gemensam lokal men det får inte vara ett hinder. Betydelsen av att inte skapa ett helt eget och separat spår för MiniMaria-målgruppen betonas, då detta skulle kunna öka risken för stigmatisering. Att inkludera målgruppen i ett större sammanhang, exempelvis i relation till ungdomshälsan skulle på så sätt vara en fördel. Att inkludera en eventuell MiniMaria-verksamhet i den regionala samverkansöverenskommelsen (RÖK) inom missbruk och beroende-området lyftes som fördelaktigt, vilket i sig skulle utgöra en utgångspunkt för att skapa förutsättningar för lokal MiniMaria-samverkan genom hela vårdkedjan i och med de lokala samverkansöverenskommelserna (LÖK).

⁴⁹ Länsövergripande överenskommelse om samverkan för barn och ungas hälsa. (2022). RD20/04734.

<https://www.regiondalarna.se/contentassets/bfbaea1feb14481ab074608b57aa5912/ok-barn-och-unga.pdf>

4.1.1.8 Ungdomsmottagningarna – Digitala arbetsätt

Via appen "Ung i Dalarna"^{50,51} bedrivs Ungdomsmottagning Dalarna online, där unga mellan 13-25 år kan komma i kontakt med barnmorska, sjuksköterska, kurator eller samtalsterapeut via videosamtal. Appen drivs av Visiba care⁵² som också tillhandahåller Region Dalarnas digitala vårdcentral via appen "Min vård"⁵³. Om en "MiniMaria-ingång" skulle kopplas till appen skulle det innebära att MiniMaria-målgruppen hamnade i ett större sammanhang och därmed minska eventuellt stigma. Direktkoppling till regionens system för patientjournaler (Take Care) saknas men resultat från de olika frågeformulär som unga ombeds fyllas i i samband med kontakt via appen kan sammanställas och manuellt läggas in i journalen.

4.1.1.9 God och nära vård

Regeringsuppdraget att utreda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga lämnade sitt slutbetänkande hösten 2021⁵⁴. I dialogen med representant för arbetet med omställningen till en god och nära vård för målgruppen barn och unga i Dalarna beskrevs huvuddragen i vad detta omställningsarbete innebär. Den goda och nära vården innebär i stort lättillgängliga vård- och stödsatser när och där det behövs. Det handlar om att "bollandet" mellan olika aktörer kring barn och unga måste upphöra och också om betydelsen av tydliga överenskommelser och planer, kopplat till patientdelaktighet och patientkontrakt. I detta ingår betydelsen av användandet av SIP, som i dagsläget inte tillämpas på ett likartat sätt mellan exempelvis länets kommuner och regionen, alternativt mellan verksamheter inom regionen. Via väl utbyggda samverkansvägar ska kontakt och dialog vara enkelt och smidigt. Samverkan mellan första linjen och specialistnivån behöver förbättras. I vissa avseenden har första linjen ibland bättre kompetens än psykiatrin, i form av exempelvis välutbildade

⁵⁰ Ungdomsmottagning Dalarna online, UMD. <https://www.umo.se/hitta-mottagning/kontaktkort/UMD-Ungdomsmottagning-Dalarna-Online/> .

⁵¹ Ungdomsmottagning Dalarna online. <https://www.1177.se/Dalarna/om-1177/nar-du-loggar-in-pa-1177.se/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/kontakta-varden-pa-natet/ungdomsmottagning-dalarna-online/>

⁵² Visiba care, Nära vård i praktiken, med hjälp av digitala arbetsätt, <https://www.visibacare.com/sv/> .

⁵³ Region Dalarna, digital vårdcentral. <https://www.1177.se/Dalarna/om-1177/nar-du-loggar-in-pa-1177.se/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/kontakta-varden-pa-natet/digital-varldcentral/> .

⁵⁴ Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga. (SOU 2021:34). <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/05/sou-202134/> .

barnpsykiologer, KBT-utbildad personal osv. Dock saknas barnläkare, vilket finns inom barn- och ungdomspsykiatri, men där det för närvarande finns en resursbrist. Erfarenheten är att samverka ibland är svårare inom regionen än mellan kommuner och region och att särskilt samverka med läkare inom psykiatri/BUP behöver tydliggöras. Vid tidpunkten för dialogen fanns inga konkreta aktiviteter uttalade för den unga målgruppen kopplat till länets strategi för God och nära vård.

Det arbetssätt som benämns "En väg in" (EVI)⁵⁵ för barn och unga och som planeras i Dalarna, har starka kopplingar till God och nära vård. Målgruppen är barn och unga med psykisk ohälsa. Planen inom Region Dalarna är ett "kontaktcenter" för en första kontakt och också för remissshantering /rådgivning kring lämplig mottagare. Triagering sker av utbildad personal som också ska ha tillgång till tidböcker på enheter ute i länet att slussa vidare till. Via en telefonintervju slussas den unge och närstående vidare till rätt kontakt snabbare. På så sätt sänks tröskeln för kontakt och insatser. Som stöd vid triageringen kommer den strukturerade frågemallen the Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) att användas, ett stöd som redan tillämpas vid många av de redan etablerade mottagarfunktionerna runt om i landet⁵⁵. I samband med triageringen ska även frågor relaterat till droger ställas och EVI skulle därmed vid behov kunna slussa vidare till en ev MiniMaria-verksamhet för unga som bedöms tillhöra den målgruppen och som inte redan har en befintlig vård- eller stödkontakt. Planerings- och förberedelsearbetet för EVI startade våren-23 via en arbetsgrupp med representanter från primärvård och psykiatri och med LPO Barn och unga som referensgrupp. Planen är att verksamheten ska kunna öppna i januari-24. Ansvariga för införandet beskriver att EVI inte kommer att vara en verksamhet i samverkan mellan Region Dalarna och Dalarnas kommuner, däremot behövs gedigen förankring av konceptet i kommunerna för smidiga kontaktvägar och god kännedom om varandras olika berörda verksamheter för att hänvisningen av barn och unga ska fungera så väl som möjligt. Denna förankring kommer att ske bland annat via Länschefsnätverket innan verksamhetens uppstart.

4.1.1.10 Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) – Privat aktör

Under uppdragsprocessen har LOV-införandet (Lag (2008:962) om valfrihetssystem⁵⁶) inom BUP trätt i kraft. De privata BUP-aktörerna ingick

⁵⁵ SKR, Uppdrag psykisk hälsa. (2022). En väg in till hälso- och sjukvård.

[https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2022/12/En-vag-in-till-
vard-till-halso-och-sjukvard-for-barns-psykiska-halsa.pdf](https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2022/12/En-vag-in-till-vard-till-halso-och-sjukvard-for-barns-psykiska-halsa.pdf)

⁵⁶ Lag (2008:962) om valfrihetssystem. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-
lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrietssystem_sfs-
2008-962](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrietssystem_sfs-2008-962)

därmed varken i de inledande dialogerna inom ramen för kartläggningen eller i uppdragets referensgrupp. Detta perspektiv togs därför till utredningen i form av en separat dialog. I denna dialog betonades kommunernas olika förutsättningar och villkor, vilket i sin tur tydligt påverkar hur samverkan kring målgruppen kan bedrivas. I frågeformulär och skattningar som görs vid nybesök ingår frågor om beroende. Ingen behandlande insats ges här kopplat till det bruk som identifierats i skattningar utan då görs en orosanmälan till socialtjänst. Uppfattningen är att samverkan, som ofta är mycket resurskrävande på olika sätt, inte får det utrymme det förtjänar i avtalet. SIP tillämpas vid behov och fungerar ganska bra, i synnerhet då SIP-möten följs upp på ett adekvat sätt. SIP är en av de konkreta aktiviteter som explicit nämns i avtalet, men hur samverkan ska ske är i övrigt generellt vagt uttryckt. Uttalade rutiner/riktlinjer för samverkan saknas och lösningarna kan se olika ut beroende på exempelvis till vilken kommun den unge hör. Detta kan gälla vem som ska screena, ta prover, stå för kostnader osv. I dagsläget är inte BUP som privat aktör involverat i processerna kring de lokala överenskommelserna (LÖK) men detta beskrivs som önskvärt då det förhoppningsvis skulle kunna bidra till en större tydlighet avseende hur insatserna till målgruppen ska fördelas och betydelsen av kopplingen till slutenvården betonas.

4.1.1.11 Polisen

En kompletterande dialog fördes även med polisen med utgångspunkt i områdespolisernas lokala och brottsförebyggande arbete⁵⁷. De närmaste åren görs en satsning på fler områdespoliser. Målgruppen unga som polisen når är den mest utsatta, dvs de unga som ofta ännu inte är motiverade och sannolikt har en hög tröskel att söka sig till en MiniMaria-verksamhet. Denna målgrupp möts ofta inte av varken hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens verksamheter i dagsläget och en MiniMaria-verksamhet skulle i samverkan med polis kunna möjliggöra att målgruppen fångas upp på ett annat sätt än vad som sker idag. Från polisens perspektiv beskrivs en avsaknad av systematiska arbetssätt i samverkan mellan olika berörda aktörer kring målgruppen. Erfarenheten är att individer ofta bollas mellan psykiatri och socialtjänst och att det i dagsläget upplevs oklart hur en ung person ur målgruppen bäst tas omhand om denne anträffas av polis. I dagsläget finns ett etablerat arbetssätt med ungdomsstödjarna, med täta möten och där polisen blir kontaktad/informerad om händelser, ungdomsfester och liknande. Även direktkontakt akut vid inträffade händelser förekommer. Under våren 2023 kommer också ett arbetssätt där socialtjänsten åker med i polisbilarna att

⁵⁷ Polisen. Områdespoliser – arbetar lokalt och brottsförebyggande.

<https://polisen.se/aktuellt/nyheter/2020/februari/omradespoliser--arbetar-lokalt-och-brottsforebyggande/> .

testas. Arbetssättet kommer sedan att utvärderas och nytt beslut tas efter sommaren.

Representanter från polisen beskriver positiva erfarenheter av samverkan med Maria Ungdom från arbete i Stockholm, där Maria Ungdom med sitt integrerade arbetssätt varit en verksamhet dit polisen kan slussa över den unge och vårdnadshavare. Arbetssättet "Mumin" (Maria Ungdom Motiverande Intervention)⁵⁸ som tillämpats i Stockholm beskrevs som en framgångsrik arbetsmetod kring unga misstänkta för ringa narkotikabrott. Metoden innebär i korthet att den unge tillsammans med vårdnadshavare erbjuds vård och stöd i Maria-verksamhet direkt efter provtagning, förhör och eventuella andra utredningsåtgärder på särskild polisstation upprättad i anslutning till Maria-verksamheten. Syftet är att motivera den unge till en frivillig kontakt för stöd och hjälp.

Polisen menade vidare att, i de fall det i Dalarna inte skulle gå att köra direkt till en öppen MiniMaria-mottagning (beroende på tid på dygnet, geografiskt avstånd etc) skulle den unge och vårdnadshavare ändå kunna få en kontakttid i handen så nära i tid som möjligt. Polisen kan också vara en stödjande part till vårdnadshavare i situationer då den unge även misstänks för brott och också till skola och föreningsliv kopplat till uppmärksamhet på tidiga tecken och varningssignaler som kan tyda på bruk av droger och/eller kriminalitet.

4.1.1.12 Öppenvårdsbehandling, Falu kommun

Under uppdragets inledande och kartläggande fas fördes dialog med representanter från Falu kommun, Abila öppenvård och forskare vid Högskolan Dalarna med anledning av samverkan kring målgruppen utifrån den så kallade Abila-modellen^{59, 60}. Denna samverkanslösning liknar i många delar ett verksamhetsupplägg enligt MiniMarias kärnkomponenter, har en tydlig evidensbaserad grund och ett arbetssätt utformat utifrån just den unga målgruppens behov. Därför hölls även en uppföljande dialog mot slutet av uppdragsprocessen i syfte att följa upp hur denna lösning utvecklats över tid. I Abila-modellen ingår behandlingsmodellen MOVE, en strukturerad behandlingsmodell för målgruppen, utvecklad och vetenskapligt testad i Danmark. I MOVE ingår motiverande samtal (MI),

⁵⁸ Kvillemo, P. et al. (2021). Slutrapport om polisens arbete med öppna drogscener. http://stad.org/sites/default/files/media/STAD%20rapport%2070%20-%20Slutrapport%20%C3%96DS_0.pdf.

⁵⁹ Abila öppenvård – Abilamodellen. <https://abila.se/vara-metoder/abilamodellen/>.

⁶⁰ Jones, S. Knowledge Transfer Partnerships. Slutrapport för KTP-projektet på Abila Öppenvård. (2022).

kognitiv beteendeterapi (KBT), contingency management och eftervård. I Abila-modellen kombineras MOVE med en föräldrainsats och case management. Via case management säkerställs samverkan mellan psykiatri, socialtjänst och eventuella andra involverade aktörer.

Vid den uppföljande dialogen beskrevs samverkan genom hela vårdkedjan fortfarande som en utmaning. Adekvat utformad heldygns-/slutenvård för målgruppen saknas, men samverkan med hälso- och sjukvården har dock stärkts något över tid där LOV-införandet inom BUP öppnat upp vissa dialoger. I dagsläget har kommunen oftast rollen som case manager i samordnandet av insatser. Då målgruppen unga med riskbruk och beroende är en mycket heterogen målgrupp poängteras också att just "Abila-modellen" är en behandlingsmodell som kräver viss mognad (motsvarande unga i åldern ca 14-19 år) för att kunna jobba med mål, planer, strategier etc. Modellen är därmed inte en modell "för alla", vilket betonats som viktigt att ha i åtanke. Detta samverkansarbete bedrivs i dagsläget med Abila öppenvård som upphandlad vårdgivare. Utöver frågor kopplat till upphandling etc beskrivs fortsatt samverkan över tid utifrån denna modell också bero på hur uppdraget och ansvaret kring målgruppen fördelas mellan huvudmännen framgent. Betydelsen av att takta an till framför allt konsekvenserna av samsjuklighetsutredningen betonades därmed också.

5 Förutsättningar och nästa steg

Uppdraget som presenteras i föreliggande rapport syftade till att utreda förutsättningarna för samverkan kring en MiniMaria-verksamhet i Dalarnas län med målet att utgöra ett ändamålsenligt underlag för framtida beslut i frågan. De frågeställningar som varit vägledande för utredningen har handlat om att 1) kartlägga målgruppen i länet, 2) särskilt se till förutsättningarna inom ramen för akutpsykiatrins omorganisering och 3) särskilt se till anpassningen till länets geografiska kontext.

Med utgångspunkt i det som framkommit under utredningsprocessen sammanfattas förutsättningarna nedan tillsammans med rekommendationer för eventuella kommande steg med denna utredning som utgångspunkt. Rekommendationerna har även formulerats med utgångspunkt i hur uppstartsprocesser av MiniMaria-verksamheter på andra håll i landet beskrivits, främst från Västra Götalandsregionen (VGR).

Sammantaget tycks det i Dalarnas län finnas en enighet kring att en MiniMaria-verksamhet skulle innebära samverkans- och samordningsvinster avseende insatserna till målgruppen. Det är högst troligt att det integrerade och tvärprofessionella arbetssättet skulle skapa bättre förutsättningar för ändamålsenliga insatser, jämfört med

förutsättningarna i dagsläget och jämfört med vad var och en av parterna själva skulle kunna stå för/åstadkomma i relation till målgruppen.

En central omständighet för att en MiniMaria-verksamhet ska kunna byggas upp och vara hållbar över tid är att barn- och ungdomspsykiatrins roll kopplat till målgruppen stärks. Detta förutsätter att nödvändiga resurser för att genomföra uppdraget gentemot målgruppen tillsätts i denna del av vårdkedjan. Länet saknar i dagsläget en sammanhållen vårdkedja för unga med skadligt bruk och beroende av droger, liksom integrerade arbetssätt och en struktur för samverkan kring målgruppen. Den bild som beskrivs av Samsjuklighetsutredningen gällande att den unga målgruppen i dagsläget i första hand får insatser från socialtjänsten stämmer också överens med resultatet från denna utredning. I de regionala dialoger som förts under uppdragsprocessen, såväl via uppdragets referensgrupp som i mer avgränsade verksamhetsdialoger, har det funnits en bred enighet om behovet och nytta av en MiniMaria-verksamhet utifrån vad en sådan förväntas kunna bidra med för målgruppen i länet.

Om beslut tas att gå vidare med förslaget om en MiniMaria-verksamhet i länet innebär det att i nästa steg på olika sätt konkretisera förutsättningarna som brett kan sammanfattas i ett antal huvudkategorier enligt nedan. Detta avsnitt formuleras i termer av rekommendationer i syfte att vara vägledande och, utan att göra anspråk på att vara uttömmande, utgöra ett avstamp för en eventuell fortsatt projektplanering.

Erfarenheter från uppstart av verksamheter på andra håll i landet vittnar om att en MiniMaria-verksamhet tar tid att etablera varför det är viktigt att samverkansparterna tar sitt ansvar och "håller i och håller ut" över tid.

5.1 Förankra brett och över tid

Samverkan mellan de högsta beslutande företrädarna i Region Dalarna och länets kommuner kommer vara avgörande för att en läns-gemensam MiniMaria-verksamhet ska komma till stånd. Det fortsatta arbetet behöver löpande förankras och beslutas både i de samverkansorgan som finns i länet, och inom respektive organisation. Att åstadkomma en bred förankring i samverkansorganen och i huvudmännens respektive förvaltningar och nämnder, gör att frågan om uppstart av en MiniMaria också integreras på ett naturligt sätt i all dialog som rör området kring barn och unga med skadligt bruk, beroende och samsjuklighet.

Det finns goda förutsättningar för ett ändamålsenligt förankringsarbete i länet då det, genom RSS, redan finns en utarbetad samverkansstruktur mellan högsta ledning för socialtjänsten och hälso- och sjukvården (se avsnitt 1.5 "Beskrivning av uppdraget"). Dock behöver den fortsatta

förankringen även utvidgas till att omfatta regionens och kommunernas allra högsta ledning. De samverkansfora där dessa i dagsläget möts är: Beredningen för Dalarnas utveckling, BDU, (för länets högsta politiska ledning) samt i Ledningsgrupp för Regional Samverkan, LGRS, (för kommunernas och regionens högsta chefsledning). Samverkansorganens beslut utgör grunden för länets strategiska samverkan i många frågor och har därmed en stor tyngd. De politiska samverkansorganen har inte formell beslutsrätt, där fattas istället *beslut om rekommendation*, som sedermera varje huvudman fattar sina respektive beslut utifrån.

Förankringsarbetet för en uppstart av MiniMaria behöver vidare ske i olika steg och det bör också tas fram en särskild plan för förankring av det fortsatta arbetet. Initialt kan t.ex. samverkansorganen fatta ett "viljeinriktningsbeslut" om att konkretisera arbetet med att utforma en MiniMaria-verksamhet. En kommande projektplan (eller liknade) bör vidare godkännas av länets chefsledning och informeras de politiska företrädarna i de olika samverkansorganen. Medan arbetet fortskrider bör löpande rapporteringar ske i de respektive samverkansorganen. I takt med att arbetet konkretiseras alltmer behöver de fortsatta förankringarna blir alltmer tydliga avseende t.ex. vilka investeringar, åtgärder, resurser och eventuella prioriteringar som behöver göras. Detta för att underlätta för tjänstepersoner och politiker i deras beslutsfattande, men också för att bidra till transparens och tydlighet för de funktioner ute i verksamheterna som sedermera ska genomföra och driva verksamheten. Dessa förankringar behöver takta an verksamheternas respektive mål- och budgetprocesser.

Inom respektive huvudman behöver förankringen också ske brett. Cheferna och de förtroendevalda i de respektive samverkansorganen har en viktig uppgift att "bära hem" de beslut, rapporter, information m.m. som fattas i samverkansorganen. Varje kommun och regionen behöver internt planera och förbereda sitt respektive åtagande i en kommande verksamhet. Följaktligen behöver den förankringen också ske från högsta politiska beslutsfattare till verksamhetsnära företrädare. En central beståndsdel i det interna arbetet handlar om att skaffa budgetutrymme i god tid för flera år.

RSS Dalarna kan lämpligen utses som den part som säkerställer det fortsatta förankringsarbetet i ovan nämnda samverkansorgan samt kan stödja huvudmännen med underlag m.m., inför sina interna förankringsprocesser.

5.2 Etablera partsgemensam arbetsgrupp för konkretisering av arbetet

Om beslut fattas för att gå vidare med förslaget om en MiniMaria-verksamhet i länet bör den fortsatta processen med fördel drivas i nära samverkan mellan parterna, förslagsvis av, alternativt i nära samverkan med, någon form av partsgemensam arbetsgrupp. En sådan gruppering kan förslagsvis utses av Länschefsnätverket och bör bestå av företrädesvis verksamhetsnära chefer och sakkunniga tjänstepersoner. Samtliga involverade parter bör vara representerade för att dels säkerställa en sammanhållen vårdkedja kring etablerandet av en MiniMaria-verksamhet, dels för att i möjligaste mån undvika parallella spår och "stuprör" med andra liknande verksamheter. Arbetsgruppens första uppdrag bör vara att ta fram en konkret projektplan som ska ligga till grund för etableringsprocessen. Beroende på vart man planerar att förlägga verksamheten kan parterna behöva ta ställning till och omformera arbetsgruppen för det fortsatta arbetet.

Erfarenheter från andra håll i landet vittnar om att de aktörer som primärt behöver ingå i en etablerad samverkan kring en MiniMaria-verksamhet är primärvård, ungdomsmottagning, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Dessa som aktörer behöver därför, som minimum, ingå i den arbetsgrupp som ska konkretisera arbetet. Utöver detta behöver formella kontaktvägar till exempelvis skola/elevhälsa och polis upprättas för kontinuerlig dialog. Habiliteringens perspektiv efterfrågades men representerades inte vid referensgruppsdialogerna varför denna verksamhet på nytt bör efterfrågas i en fortsatt arbetsprocess.

Det fortsatta arbetet med att konkretisera hur en MiniMaria-verksamhet ska vara utformad i alla nedan nämnda beståndsdelar är ett omfattande arbete som kräver att huvudmännen är beredda att avsätta både tid och resurser till ovan nämnda arbetsgrupp. Det är därför viktigt att samverkansparterna planerar och beslutar om hur och i vilken omfattning man kan avsätta resurser. Detta innebär att de personer som ingår i arbetsgrupp behöver få ordentligt med utrymme och ges goda förutsättningar att utföra arbetet. Förslagsvis kan parterna besluta om att man, tex genom gemensamma statsbidrag , gemensamt finansierar och ersätter de verksamheter som tillskjuter resurser som ingår i arbetsgrupp. De verksamheter som tillskjuter resurser till arbetsgruppen behöver också planera sina verksamheter efter att man "lånar ut" resurser till arbetsgruppen, genom t.ex. omfördelning av verksamhetens övriga resurser och arbete, tillsättande av vikariat etc.

5.3 Säkerställ brukarmedverkan

En MiniMaria-verksamhet behöver utgå från målgruppens faktiska behov. Såväl uppstart som drift och uppföljning/utveckling av verksamheten behöver ske med brukarmedverkan. Att, via brukarinflytande, säkerställa brukarperspektivet i hela processen ger i slutändan en högre kvalitet och effektivitet i verksamheten⁶¹. Brukarinflytandet behöver ske på tre olika nivåer parallellt; system-, verksamhets- respektive individnivå. På *systemnivå* behöver brukarinflytandet finnas på en organisatorisk och strategisk nivå, tex i planeringen för och utformningen av en MiniMaria-verksamhet. Brukarperspektivet behöver på denna nivå ges utrymme i dialogen med beslutsfattare. På *verksamhetsnivå* handlar brukarinflytandet om delaktighet i olika typer av verksamhetsnära beslut och att lyssna till brukarnas erfarenheter av verksamhetens insatser och kvalitet. På *individnivå* sker brukarinflytandet genom att varje individ ges utrymme och möjlighet att vara delaktig i sin egen vårdprocess. Målgruppen för MiniMaria-verksamheter är heterogen och ett personcentrerat förhållningssätt är avgörande för att åstadkomma bästa möjliga vård och stöd för varje enskild individ.

Arbetet med brukarinflytande behöver ske systematiskt och här är exempelvis NSPH:s webbutbildningar⁶², för samtliga tre nivåer ovan, ett rekommenderat verktyg. Att nyttja brukarråden på såväl system- som verksamhetsnivå är ett sätt att åstadkomma dialog mellan verksamheten och brukarrörelsen. Inom Region Dalarnas division Psykiatri och habilitering finns i dagsläget fyra brukarråd, ett för barn- och ungdomspsykiatri, ett för vuxenpsykiatri, ett för skadligt bruk och beroende samt ett för habiliteringen. Dessa bör involveras i den eventuella processen kring etableringen av en MiniMaria-verksamhet.

5.4 Formulera verksamhetsuppdrag och målgrupp för verksamheten

En MiniMaria-verksamhet bör syfta till tidig upptäckt, stöd och behandling avseende riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, droger och spel om pengar. Samsjuklighet med psykisk ohälsa bör särskilt beaktas och behandlas med samordnade och samtidiga insatser. Verksamhetens målgrupp bör lämpligen vara unga i åldern 13-20 år med lindriga och medelsvåra problem, samt de ungas närstående. MiniMaria är därmed ingen verksamhet på specialistnivå. En MiniMaria-verksamhet bedrivs utifrån SoL, HSL och annan gällande lagstiftning, riktlinjer och

⁶¹ Nationell samverkan för psykisk hälsa – NSPH. Handbok i brukarinflytande. <https://nsph.se/butik/utbildningsmaterial-och-studiecirklar/handbok-i-brukarinflytande/>

⁶² Nationell samverkan för psykisk hälsa - NSPH. Webbutbildning i brukarinflytande. <https://utbildning.nsph.se/>

rekommendationer inom området. Vid behov ska samverkan fungera väl för vidare kontakter med heldygnsvård/specialistvård, HVB osv. MiniMaria ska också kunna vara en aktör för unga som slussas ut ur behandling/specialistvård med behov av fortsatta stödinsatser i öppenvård.

5.5 Ta tillvara målgruppsanalysen

Den målgruppsanalys som genomförts inom ramen för detta utredningsuppdrag indikerar att det finns en potentiell målgrupp för en MiniMaria-verksamhet i Dalarnas län. Målgruppsanalysen belyser även målgruppens utsatthet ur ett bredare perspektiv vilket tydligt indikerar behovet av samtidiga vård- och stödinsatser i samverkan mellan flera aktörer. Detta är i sin tur helt i linje med det integrerade arbetssätt som bedrivs inom ramen för MiniMaria-verksamheter.

Målgruppsanalysen bör på detta sätt kunna utgöra ett relevant underlag i konkretiserandet av verksamhetsuppdrag och –innehåll för en eventuell MiniMaria-verksamhet.

5.6 Besluta om huvudmannaskap för verksamheten

MiniMaria-verksamheter på andra håll i landet bedrivs i samverkan mellan regionens hälso- och sjukvård och ett antal kommuner i den aktuella regionen. Verksamheten kan ha en eller flera huvudmän. Gällande Region Dalarnas förutsättningar behöver beslut i frågan om akutpsykiatriens omorganisering, inklusive den lösning kring slutenvårdsplatser för MiniMaria-målgruppen som förslaget till omorganisering innefattar, fortsatt bevakas. För en ändamålsenlig samverkan kring målgruppen är det av särskild vikt att säkerställa att inget samverkansglapp uppstår i förhållande till regionens barn- och ungdomspsykiatri. BUP:s uppdrag i förhållande till målgruppen behöver tydliggöras och adekvata resurser för detta behöver säkerställas. Dialogerna i denna fråga behöver föras med såväl regionens egen verksamhet som de privata aktörer som behöver ingå i samverkan kring målgruppen inom ramen för vårdvalsavtalet. Varje kommun behöver också ta ställning till sitt medverkande i en samverkanslösning enligt MiniMaria längre fram när de konkreta förutsättningarna är på bordet (se ovan avsnitt 5.1 Förankring).

5.7 Upprätta avtal

Samverkansparterna behöver ingå avtal om respektive aktörs ansvar och bidrag till verksamheten, resursfördelning/kostnader osv. Avtal från redan startade MiniMaria-verksamheter (exempelvis de verksamheter som hänvisas till i denna rapport) bör kunna utgöra en utgångspunkt. Omständigheter att avtala om är exempelvis respektive huvudmans åtagande i verksamheten avseende tex. vilka resurser (kompetenser) respektive huvudman tillskjuter, bemanningsgrad, dokumentation,

arbetsmiljö, kostnader för lokalhyra, lön, provtagningar, analyser m.m. För att kunna göra lämpliga bedömningar i dessa avseenden kan målgruppsanalysen vara mycket hjälpsam (se delrapport "Målgruppsanalys"). Vanligen finns en gemensam budget för diverse löpande kostnader.

5.8 Etablera samverkansformer och arbetssätt

MiniMaria behöver vara en del i en sömlös vårdkedja med utgångspunkten i ett personcentrerat förhållningssätt till den unge och dennes situation. Centralt är att tröskeln till kontakt med verksamheten görs så låg som möjligt. Arbetssättet bör vara utåtriktat i relation till övriga professionella och ideella som möter målgruppen (ungdomsmottagning, skola, polis, frivilligorganisationer etc). Samordnad individuell plan (SIP) bör tillämpas som verktyg och stöd för samordning av insatser. Denna typ av integrerade verksamheter och arbetssätt är helt i linje med den reformomställning och det utvecklingsarbete som kommer att behövas relaterat till utkomsten av Samsjuklighetsutredningen.

Utredningen visar att de två olika samverkanslösningar som redan finns på plats för den vuxna målgruppen i länet, LOVIS och IBM, med fördel skulle kunna utgöra utgångspunkter för utvecklingen av integrerade arbetssätt för även barn och unga. Inom LOVIS-verksamheten i Gagnefs kommun samverkar socialtjänst, primärvård och öppenvårdspsykiatri. Syftet är att förbättra omhändertagandet och öka tillgängligheten till vård- och stödinsatser till den vuxna målgruppen. Inom ramen för IBM samverkar socialtjänst, primärvård och vuxenpsykiatri i sju av kommunerna i norra och västra Dalarna. För den yngre målgruppen skulle samverkan behöva omfatta även socialtjänstens barn- och unga-verksamhet liksom barn- och ungdomspsykiatrin. De redan befintliga, integrerade arbetssätten aktörer och professioner emellan vore dock en hjälpsam utgångspunkt att dra lärdomar av samt bygga vidare på. Falu kommuns erfarenheter av den evidensbaserade behandlingsmodellen MOVE för unga bör också tas tillvara i sammanhanget.

Den fortsatta processen bör också med fördel takta an till och drivas i nära dialog med redan pågående och angränsande utvecklingsspår avseende insatser till målgruppen. Det handlar främst om etablerandet av en samlad ungdomshälsa, ungdomsmottagningarnas arbete (och då specifikt gällande samverkanspotential kring digitala arbetssätt), integrerade arbetssätt för den vuxna målgruppen (LOVIS och IBM), arbetet utifrån strategin om God och nära vård⁶³, arbetet med införandet av "En väg in"

⁶³ Region Dalarna, God och nära vård Dalarna, läns-gemensam strategi.
<https://www.regiondalarna.se/plus/vard/god-och-nara-var/dalarna/>

för barn och unga med psykisk ohälsa, samverkansarbetet kring den unga målgruppen i Falu kommun, etablerandet av ett regionalt HVB och polisens satsning kring områdespolisernas lokala och brottsförebyggande arbete.

MiniMaria-verksamheten och samverkan inom och med denna bör lämpligen beskrivas inom ramen för de regionala samverkansöverenskommelserna (RÖK) missbruk och beroende respektive barn och unga. "Hur:et" i denna samverkan bör i sin tur ytterligare konkretiseras i de lokala samverkansöverenskommelserna (LÖK) inom samma områden. Även här är barn- och ungdomspsykiatriens medverkan i arbetet med regionala och lokala samverkansöverenskommelser central.

5.9 Säkerställ tillgänglighet, bemanning och arbetsätt

Mobilitet och flexibilitet behöver känneteckna verksamheten, såväl avseende geografi som gällande kontaktvägar. För att säkerställa tillgängligheten för länets alla unga bör en MiniMaria-verksamhet lämpligen organiseras i form av en huvudmottagning med tillhörande närmottagningar med lämplig placering för att nå hela upptagningsområdet. Här skulle exempelvis psykiatriens områdesindelning i länet kunna vara en utgångspunkt. Samlokalisering med andra i samverkan viktiga parter inom kommuner och/eller hälso- och sjukvård har visat sig fungera väl på andra håll i landet. I Dalarnas län skulle lokaler tillhörande tex Ungdomsmottagningarna, vårdcentraler, Ungdomshälsa osv kunna vara alternativ till att också inrymma MiniMaria-verksamhet på deltid. Viktigt är att lokalerna för MiniMaria-verksamhet uppfattas som tillgängliga och "icke-stigmatiserande" ur den unges perspektiv.

För att nå en så stor del av målgruppen som möjligt och för att tillgängliggöra vård- och stödinsatser på de ungas villkor, bör MiniMaria-verksamheten kunna nås såväl fysiskt som per telefon och digitalt. Att erbjuda möjligheten att ta en första kontakt anonymt bör också övervägas. Andra samverkansparter (exempelvis polis och skola) behöver kunna hänvisa den unge till dessa kontaktvägar. I Dalarna kan lämpligen Ungdomsmottagningarnas digitala lösning ("Ung i Dalarna") för kontakt och "besök" utredas vidare ur ett MiniMaria-perspektiv.

Ett eventuellt införande av en MiniMaria-verksamhet kräver därmed ett samtidigt säkerställande av en sömlös och sammanhållen vårdkedja, där MiniMaria är en av flera samverkande aktörer. Detta eftersom erfarenheten från andra håll i landet vittnar om att en välfungerande öppenvårdsverksamhet kräver sin slutenvård och vice versa, för att möta hela målgruppen. Adekvat utformad heldygns-/slutenvård för målgruppen saknas i dagsläget i Dalarna. Gällande en lösning för akut

omhändertagande, inklusive tillnyktring, samt slutenvård behöver beslut rörande psykiatrins omorganisering inväntas. Om beslut i den frågan innebär att en lösning inte kan nås inom rimlig tid behöver andra sätt att säkerställa slutenvårdsdelen av vårdkedjan utredas. Centrala aktörer i ett sådant eventuellt "omtag" i frågan om regionens roll vore i så fall barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt barn- och ungdomsmedicin (BUM, som i dagsläget exempelvis vårdar unga för tillnyktring). Roller och rutiner kring målgruppen behöver i så fall tydliggöras och samverkan stärkas.

En (mindre) andel unga med problem kopplat till skadligt bruk och beroende har behov av heldygnsvård, tvångsvård och/eller placering på HVB. MiniMaria kan då vara ett alternativ såväl innan som efter placering/heldygnsvård, dvs en verksamhet som identifierar behov av mer omfattande insatser men som också fungerar som "utsluss" och eftervårdsinsatser då tvångs-/heldygnsvård inte längre behövs.

Arbets sättet vid en ev MiniMaria-verksamhet behöver vara teambaserat och integrerat. Gällande bemanningen av MiniMaria-mottagningarna finns goda erfarenheter från andra håll i landet av att ett och samma team har i uppdrag att svara för verksamheten i länet som helhet. Detta beskrivs ha vinster kopplat till samverkan, kompetens, kontinuitet etc. Medicinsk, psykologisk och psykosocial kompetens (socionom, sjuksköterska, läkare och psykolog) behöver finnas i, alternativt knyts till, verksamheten. Sekretessen mellan aktörer/huvudmän hanteras med utgångspunkt i individuellt samtycke medan dokumentation behöver ske enligt gällande lagstiftning (HSL och SoL). Vid en ev uppstart av MiniMaria behövs specifik kompetens inom området skadligt bruk och beroende bland unga, antingen via rekrytering av medarbetare med tidigare erfarenheter och kompetenser inom området och/eller via riktad kompetensutveckling i samband med etablering av verksamheten.

5.10 Etablera en evidensbaserad praktik

En eventuell uppstart av MiniMaria-verksamhet i länet behöver ha sin grund i evidensbaserade arbets sätt och ett förhållningssätt som skapar förutsättningar för insatser på lika villkor till barn och unga. Med tanke på målgruppens heterogenitet och variation avseende komplexiteten i problem och behov behöver förhållningssättet vara personcentrerat. Kunskapsläget kring målgruppen och kring ändamålsenliga vård- och stödinsatser utvecklas ständigt och behöver bevakas för att säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån bästa tillgängliga kunskap och riktas till målgruppen på lika villkor. Särskilda utmaningar som nämnts i utredningen är att överbrygga språk- och kulturbarriärer i kontakten med både unga och närstående. Särskild hänsyn bör tas till det faktum att könsskillnader i behov och utsatthet är tydliga i målgruppen.

Att ansluta till denna typ av väl beprövade arbetssätt, med nära koppling till aktuellt kunskapsläge, säkerställer effektivt att verksamheten etableras och bedrivs utifrån evidensbaserade arbetssätt. Beslut om val av arbetssätt i bemärkelsen behandlingsmetoder ska göras mot bakgrund av evidensläget för metoderna i relation till den unga målgruppen. Stöd för detta kan exempelvis inhämtas vid Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård (IKM) vid Linnéuniversitetet⁶⁴ som bedriver praktiktäta forskning med fokus på unga vid Maria-verksamheter. Forskningen syftar bland annat till att stärka tillämpningen av kunskapsbaserade arbetssätt och metoder i omhändertagandet av målgrupperna men också till att studera och kartlägga målgruppen unga vid Maria-mottagningar. Att ansluta till nationella initiativ och utvecklingsarbeten såsom exempelvis IKMDOK/UngDOK^{45,46} med koppling till forskningen ovan har därför stora fördelar. Via UngDOK görs kartläggning, utvärdering och uppföljning genom vårdprocessen, särskilt utvecklad för målgruppen och med koppling till den forskning som bedrivs kring målgruppen och Maria-verksamheter.

5.11 Implementera systematiskt och följ upp hur det går

Den eventuella uppstarten av en MiniMaria-verksamhet bör ske systematiskt och ta sin utgångspunkt i en implementeringsplan. I en sådan process kan med fördel implementeringsstödet IRIS⁶⁵ (Implementering av och i regional samverkan) användas. IRIS baseras på implementeringsprocessen utifrån fyra faser där de första två faserna (Initial bedömning och Struktur för implementering) handlar om att planera införandet medan den tredje fasen fokuserar på genomförande och uppföljning och den fjärde fasen på att lära och förbättra. Införandeprocessens olika faser illustrerar därmed betydelsen av att allokera tillräckligt med tid och andra resurser till planeringsarbetet för att sedan påbörja och genomföra införandet med en strukturerad uppföljning av processen längs vägen. Implementeringsplanen bör därmed också inkludera tydliga förankrings- och uppföljningstillfällen gentemot ledning och beslutsfattare. Uppstarten bör lämpligen ske stegvis, dvs starta i mindre skala för att med tiden skalas upp.

Systematisk uppföljning av såväl enskilda insatser/individer som verksamhetsmål är en viktig förutsättning för att säkerställa kvalitet.

⁶⁴ Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård (IKM). <https://lnu.se/forskning/forskargrupper/institutet-for-kunskaps--och-metodutveckling-inom-ungdoms--och-missbruksvard/> .

⁶⁵ RSS Dalarna. IRIS – Implementering av och i regional samverkan. <https://www.regiondalarna.se/plus/varld/halsa-och-valfard/regionala-stodverktyg/iris/> .

UngDOK (se ovan) är ett exempel på ett strukturerat arbetssätt som underlättar uppföljning på såväl individ- som verksamhetsnivå. Individbaserad systematisk uppföljning (ISU⁶⁶) innebär att över tid beskriva och mäta arbetet med enskilda individers problem, behov, insatser och resultat och är därmed en viktig grund i en evidensbaserad praktik. Genom att sammanställa den individbaserade uppföljningen på gruppnivå blir det också en viktig grund för utveckling och förbättring av verksamheten. Uppföljning bör också ske på ett sådant sätt att insatserna följs upp ur ett jämlikhetsperspektiv, exempelvis genom uppföljning uppdelat på kön.

Utöver detta ger uppföljning av verksamhetens "kärnkomponenter" (tex integrerade och teambaserade arbetssätt, samordning med andra aktörer osv) värdefull information om införande- och etableringsprocessen av verksamheten gällande såväl arbetssätt som resultat. Verksamhetens ekonomiska nytta/kostnadseffektivitet kan exempelvis beräknas via jämförelser med heldygnsvård på HVB eller SiS. Detta genom att anta att en MiniMaria-verksamhet skulle innebära att unga fångas upp i tidigare skede och att kostnaderna för en MiniMaria-verksamhet därmed kan relateras till kostnaderna för (undvikbar) heldygnsvård/placering.

Uppföljning av verksamheten bör presenteras årligen för huvudmännen i form av exempelvis verksamhetsberättelse och verksamhetsplan. Att knyta ett följeforskningsuppdrag till uppstart och etablering av en MiniMaria-verksamhet vore även det ett sätt att följa processen på ett sådant sätt att maximal nytta och kostnadseffektivitet kan uppnås.

⁶⁶ Kunskapsguiden. Om individbaserad systematisk uppföljning.
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/systematisk-uppfoljning/om-systematisk-uppfoljning/> .

Bilaga 1

Omvärldsbevakning och dialoger inom ramen för kartläggningen

Även redovisat i uppdragsdirektivet.

- Tillsammans för varje barn⁶⁷
Skola, hälso- och sjukvård samt socialtjänst i samverkan
Mia Lehnberg, utvecklingsledare Region Dalarna
- Lokalt vårdprogram i samverkan (LOVIS), Gagnefs kommun⁶⁸
Socialtjänst, primärvård och öppenvårdspsykiatri i samverkan
Representanter från LOVIS-teamet
- Ungdomsmottagningarna i Dalarna
Håkan Landpers, verksamhetsutvecklare
- En sammanhållen ungdomshälsa
Isabell Erlandsson, socionom
- Falu kommun i samarbete med Abila öppenvård och Högskolan Dalarna⁶⁹
Individuellt anpassad öppenvårdsbehandling av ungdomar med
droganvändningsproblematik.
Magnus Nordahl, verksamhetschef Barn och familj, Falu kommun, och Sheila Jones,
projektledare KTP, Högskolan Dalarna
- Regionalt HVB
Ronnie Lundström, enhetschef, Enheten för sociala insatser,
Borlänge kommun.
- Ex-it 2.0, Borlänge kommun⁷⁰
Öppenvård med fokus på olika former av drogproblematik och kriminalitet hos unga.

⁶⁷ Tillsammans för varje barn, Falu kommun, <https://www.falun.se/utbildning--barnomsorg/halsa-och-trygghet/tillsammans-for-varje-barn.html>

⁶⁸ Lokalt vårdprogram i samverkan (LOVIS), Gagnefs kommun, <https://www.gagnef.se/stoed-omsorg-och-vaard/missbruk-och-beroende/lokalt-vaardprogram-i-samverkan-lovis/>

⁶⁹ Abilamodellen, <https://abila.se/vara-metoder/abilamodellen/>

⁷⁰ Ex-it 2.0, Borlänge kommun, <https://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/missbruk-och-beroende/ex-it-2.0-radgivning-missbruk-och-kriminalitet>

Isabell Erlandsson, socionom och ungdomsbehandlare

- Barn- och ungdomspsykiatri
Mikael Skansgård, verksamhetschef, och Kristina Boberg Pettersson, vårdutvecklare
- Omorganisation av akutpsykiatri och psykiatrins heldygnsvård
Henric Jansson, projektledare
- Habiliteringen
Hanna Norström, 1:a linjens chef
- Barn- och ungdomsmedicin
Linda Gunnarsson, specialistläkare
- Samtalsmottagning barn- och unga
Mia Lehnberg, 1:a linjens chef
- Brukardialog

Omvärldsbevakning och dialoger inom ramen för utredningsprocessen

Maria-verksamheter

- MiniMaria Skaraborg/Södra Älvsborg/Borås (digitala dialoger)
- MiniMaria Göteborg (digital dialog)
- MiniMaria Salem och Södertälje, Stockholm (studiebesök)

Angränsande verksamheter, perspektiv och pågående utvecklingsarbeten

- Ungdomshälsan
- Ungdomsmottagningarna/digitala arbetssätt
- LPO Barn och unga
- Polisen
- BUP Psykiatripartners
- God och nära vård/En väg in
- Abila öppenvård /MOVE – Högskolan Dalarna /Falun kommun
- Omorganisation akutpsykiatri

Konferenser

- Hur kan insatser till barn och unga bli mer jämställda och jämlika? TSI-seminarium (digitalt)⁷¹, Skolverket, maj-2022.
- Skottlandsmodellen i Sverige. TSI-seminarium (digitalt)⁷², Skolverket, september-2022.
- Drogfokus 2022⁷³. Jönköping, oktober-2022.
- IKMDOK-konferensen 2022⁷⁴. Linnéuniversitetet, november-2022
Från forskning till praktik – Öppenvårdsbehandling av ungdomar med missbruksproblematik. Högskolan Dalarna, Socialtjänstens utvecklingscentrum Dalarna (SUD), december-2022

⁷¹ Skolverket webinarium. (2022). Hur kan insatser till barn unga bli mer jämställda och mer jämlika? <https://www.youtube.com/watch?v=ys-UmU2XNGk&t=13s>.

⁷² Skolverket, webinarium. (2022). Skottlandsmodellen i Sverige. <https://www.youtube.com/watch?v=aRZaIerjFMU>.

⁷³ Drogfokus, nationell konferens om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. <https://www.drogfokus.nu/>.

⁷⁴ IKMDOK-konferensen, Linnéuniversitetet. <https://journaldigital.se/ikmdok-konferensen-2022/>
