



TRANQUIST  
UTVÄRDERING

# UTVÄRDERING AV MINI-MARIA RESURSMOTTAGNING

APRIL 2024

Joakim Tranquist  
Tranquist Utvärdering

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	3
1.1	MARIAMOTTAGNINGAR.....	3
1.2	MINI-MARIA RESURSMOTTAGNING .....	4
1.3	UTVÄRDERINGSUPPDRAGET.....	6
2	RESULTAT FRÅN UTVÄRDERINGEN.....	8
2.1	KVANTITATIV ANALYS AV MINI-MARIA RESURSMOTTAGNING.....	8
2.1.1	Patienter hos Mini-Maria Resursmottagning.....	8
2.1.2	Substansbruk, behandlingshistoria och kriminalitet.....	11
2.1.3	Boende, försörjning och sysselsättning.....	14
2.1.4	Livssituation och våldsutsatthet.....	15
2.1.5	UngDOK vid utskrivning.....	18
2.2	UPPFATTNINGAR OM MINI-MARIA RESURSMOTTAGNING .....	20
2.2.1	Uppfattningar hos medarbetare vid Resursmottagningen.....	20
2.2.1.1	De unga som fått stöd vid Resursmottagningen.....	20
2.2.1.2	Arbets sättet vid Mini-Maria Resursmottagning .....	22
2.2.1.3	Ungdomar med omfattande problematik.....	23
2.2.1.4	Mervärde, effekter och nästa steg.....	25
2.2.1.5	Utvecklingsområden vid Resursmottagningen .....	26
2.2.2	Uppfattningar hos samverkansaktörer .....	28
2.2.2.1	Mini-Maria Centrum/Väster, Hisingen och Nordost.....	29
2.2.2.2	Beroendemottagningar .....	30
2.2.2.3	Sexualmedicinskt centrum (SMC).....	30
2.2.3	Uppfattningar hos ungdomar och närstående .....	32
2.2.3.1	Bemötande och förhållningssätt .....	32
2.2.3.2	Helhetsperspektiv och tillgänglighet.....	33
2.2.3.3	Mervärde av stödet från Resursmottagningen.....	34
2.2.3.4	Avgörande förändring genom Resursmottagningen .....	35
3	SUMMERING OCH REKOMMENDATIONER.....	36
3.1	BAKGRUND OCH UTGÅNGSPUNKTER .....	36
3.2	RESURSMOTTAGNINGENS UTFALL OCH RESULTAT .....	36
3.3	RESURSMOTTAGNINGENS UPPFATTADE MERVÄRDE .....	37
3.4	RESURSMOTTAGNINGEN I ETT BREDARE PERSPEKTIV.....	39
3.5	REKOMMENDATIONER FRÅN UTVÄRDERINGEN .....	41
	REFERENSER .....	43

## 1 INLEDNING

Under hösten 2023 och våren 2024 har Tranquist Utvärdering haft i uppdrag av Västra Götalandsregionen (VGR) att göra en utvärdering av pilotprojektet Mini-Maria Resursmottagning. I denna rapport redovisas de samlade resultaten av utvärderingen. Först presenteras utgångspunkterna för Mini-Maria Resursmottagning samt uppdraget som redovisas genom denna rapport. Därefter följer en genomgång av de resultat som utvärderingen genererat.

### 1.1 Mariamottagningar

En Mariamottagning (även kallad Mini-Maria) är en specialiserad öppenvårdsenhet som utgör en integrerad beroendemottagning för barn och unga vuxna med risk- och missbruk samt beroende<sup>1</sup>. Dessa började, med Maria Ungdom på Maria sjukhus i Stockholm som förebild, att byggas upp i de tre storstäderna. I Göteborg startades den första Mini-Maria redan 1995<sup>2</sup>. Under senare år har det även tillkommit ett flertal liknande verksamheter i andra större städer. Mariamottagningar finns idag över hela landet och riktar sig till målgruppen 15–25 år, med vissa variationer i åldersspannet.

Gemensamt för de flesta Mariamottagningarna i landet är att kommun och region i samverkan erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning kring substansbruk, drogtest, individuell eller familjeterapeutisk behandling samt manualbaserade behandlingsprogram. Gemensamt för dessa arbetssätt är att insatser bygger på tidiga samordnade insatser och där socialtjänstens insatser ges utan biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. I uppdraget ingår också information och rådgivning till andra verksamheter och yrkesgrupper som kommer i kontakt med ungdomar. Den genomsnittliga vårdtiden vid Mariamottagningar är 4–6 månader och personalen består vanligen av socionomer, sjuksköterskor, psykologer och läkare som arbetar i ett multiprofessionellt team.

En studie om de ungdomar som tar del av stöd Mariamottagningar<sup>3</sup> visar att drygt 60 procent av ungdomarna vid inskrivning på Mariamottagning rapporterar att de tidigare blivit arresterade av polis, 33 procent har en dom sedan tidigare och hälften har själva varit utsatta för brott. Nästan hälften (48%) har en riskkonsumtion av alkohol och cannabis är den primära drogen för 76 procent av de unga. Drygt 30 procent av de unga har tidigare fått vård för drogrelaterade problem.

Mariamottagningarnas uppdrag är att arbeta med ungdomar och deras familjer där det finns oro för missbruk av alkohol eller andra droger. Utifrån detta är aktiviteter organiserade i tre huvudområden; förebyggande arbete, tidig upptäckt samt vård och behandling. Ungdomar och familjer kan vända sig direkt till mottagningarna, men man arbetar också på uppdrag av socialtjänsten eller andra regionala verksamheter. Studier har också visat att Mariamottagningar är en central aktör i de samverkansformer mellan polis och socialtjänst som används för att uppmärksamma barn som använt narkotika och för att fånga upp unga som lagförts för ringa narkotikabrott. På detta sätt kompletterar verksamheten huvudmännens verksamheter. I uppdraget ingår också

---

<sup>1</sup> Informationen är hämtad från Dahlberg, M & Anderberg, M (2018); Dahlberg, M & Anderberg, M (2022); Martins Persson, S & Pettersson, S (2016); Socialstyrelsen (2022); SOU 2023:62.

<sup>2</sup> Länsstyrelsen (2008).

<sup>3</sup> Dahlberg, M & Anderberg, M (2022); Anderberg M, Dahlberg M & Wennberg P (2022).

information och rådgivning till andra verksamheter som kommer i kontakt med unga och droger.

Vid Mariamottagningar används UngDOK, en intervjumetod som är riktade mot ungdomar med missbruksproblematik<sup>4</sup>. UngDOK är utvecklat av Mariamottagningarna i Göteborg, Stockholm och Malmö och används idag av flertalet Mariamottagningar i landet. Intervjumetoden används för att kartlägga den unges problem, behov och aktuella situation vilket ger ett underlag för bedömning, planering, genomförande och behandling. UngDOK utgör också en grund för utvärdering av Mariamottagningarnas arbete och det samlas in grundläggande epidemiologisk information för nationellt och internationellt bruk.

Framgångsfaktorer som identifierats kring Mariamottagningarnas arbete är att det utgår från ett avtal mellan de huvudmän som tillsammans driver den integrerade mottagningen. En integrerad verksamhet som Mariamottagningarna, där flera huvudmän är gemensamt ansvariga, kan bidra till att de inblandade utvecklar en samsyn över professionsgränserna. Om huvudmännen aktivt intresserar sig för varje parts område kan det medföra att revirtänkandet minskar och viljan/förmågan att se fördelarna med samarbetet ökar.

En fördel med en integrerad mottagning är att den har kapacitet att bedöma ungdomens behov och tillhandahålla relevanta insatser. Mottagningen kan hantera allt från tidig upptäckt till samsjuklighet inom ramen för samma verksamhet. För ungdomen blir Mariamottagningen en väg in i vården, åtminstone upp till primärvårdsnivå. En integrerad mottagning är en styrka när det gäller att bedöma ungdomens behov och tillhandahålla relevanta insatser.

Genom att Mariamottagningar använder UngDOK för samtliga klienter skapas ett underlag både för arbetet med den enskilde ungdomen och för att kunna följa verksamheten på gruppnivå. De resultat som Mariamottagningarna kan visa genom att använda underlag som är baserade på UngDOK-systemet har också betydelse för det politiska stödet för verksamheten. En utmaning som rapporterats är dock att en stor andel av ungdomarna avslutar sin kontakt med Mariamottagningen innan en slutlig kartläggning kunnat genomföras.

Framgångsfaktorer i de arbetssätt som används på Mariamottagningar utgår vanligen från att det utgör en lågtröskelverksamhet där unga kan få ett lättillgängligt stöd, tidigt stöd, respektfullt bemötande och relationsskapande<sup>5</sup>. Arbetet beskrivs ofta i termer av ett icke-dömande och alliansskapande arbetssätt, där familj och anhöriga utgör viktiga samverkanspartners och många i personalen har relevant kompetens. En studie från Socialstyrelsen lyfter särskilt flexibilitet och snabbhet i organisationen i syfte att väcka och behålla motivation hos patienten som en central aspekt i verksamheten.

## 1.2 Mini-Maria Resursmottagning

I Göteborg finns tre Mini-Mariamottagningar (Centrum-Väster, Nordost och Hisingen) för unga mellan 13 och 21 år. På dessa mottagningar arbetar socionomer, sjuksköterskor, psykologer och läkare tillsammans för att ge stöd, råd och vård till unga som har frågor eller bekymmer som rör droger eller alkohol, med eller utan kopplingar till psykisk

---

<sup>4</sup> Dahlberg, M & Anderberg, M (2022); Socialstyrelsen (2022).

<sup>5</sup> SOU 2023:62.

ohälsa. Mottagningarna är även till för deras föräldrar och andra närstående som vill ha stöd och råd.

Ett av de utvecklingsområden som generellt lyfts kring Mariamottagningarnas arbete är att samverka med barn- och vuxenpsykiatri behöver stärkas<sup>6</sup>. Detta eftersom ungdomar på Mariamottagningar behöver få tillgång till medicinering och utredning så att psykiatrins insatser ges i samband med kontakten på Mariamottagningen. Detta utgår från att forskning visar att merparten unga personer med alkohol- och narkotikaproblem även har omfattande psykiska problem. En sådan studie visar att 3 av 10 unga på Mariamottagningar uppger att det har funnits problematik i uppväxtmiljön kring missbruk och psykisk ohälsa<sup>7</sup>. Flickor har i större utsträckning en mer belastad bakgrund gällande hemförhållanden, skolproblem och utsatthet för våld och kränkningar. Flickor har även en högre grad av samsjuklighet än pojkar. Samma bild förekommer även i andra studier där det konstateras att barn med ADHD-diagnos är mer benägna att använda tobak, alkohol och narkotika under tonåren än jämnåriga utan diagnos<sup>8</sup>. Det konstateras i en studie att ungdomar med missbruksproblem och en samtidig ADHD-diagnos är en målgrupp inom missbruksvården som riskerar att hamna mellan stolarna: *"I det psykiatriska vårdssystemet kan de uppfattas vara alltför problematiska, med en pågående användning av alkohol och/eller narkotika samt olika uttrycksformer som impulsivitet och aggressivitet eller har svårigheter att hantera sociala sammanhang"*<sup>9</sup>.

Mot denna bakgrund har medarbetare och chefer som arbetar på Mini-Maria och Avdelning 363 på Sahlgrenska sjukhuset, en akutpsykiatrisk beroendevårdsavdelning, kunnat se att det finns ungdomar som inte får den sammanhållna vård som de har rätt till. Det har också konstaterats att det finns ungdomar i olika kommunala verksamheter som har svårt att få tillgång till specialiserade insatser för deras substansbruk och psykiatriska mående tillsammans med ett fungerande familjearbete. En analys har visat att ca 30 procent av de ungdomar som går på Mini-Maria har ett substansbrukssyndrom och ca 10 procent har samsjuklighetsdiagnoser. 25–30 procent av ungdomarna under 18 år uppger att de har eller har haft en kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Utifrån att Mini-Maria är en lågtröskelverksamhet på primärvårdsnivå så träffar de ungdomar som har större problem än vad som ryms inom dagens uppdrag. Mini-Marias erfarenhet kring dessa ungdomar är att de lätt "faller mellan stolarna" om de ska vidare till andra insatser. Sammantaget visar erfarenheterna att det är svårt att få till en bra öppenvård för de barn och unga som har en större psykiatrisk ohälsa, att basmottagningar ofta har svårare patienter bland de vuxna och inte ett tydligt ungdomsperspektiv med snabba insatser/flöden samt att Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), i likhet med flera verksamheter, inte arbetar med de som har ett pågående substansbruk. Ytterst innebär detta att det till lågtröskelverksamheten Mini-Maria kommer barn och unga med större psykiatrisk problematik än vad uppdraget och förutsättningarna medger.

Utifrån dessa erfarenheter utformades under hösten 2021 ett pilotprojekt av Västra Götalandsregionen (VO Beroende, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i nära samverkan

---

<sup>6</sup> Socialstyrelsen (2022).

<sup>7</sup> SKR (2018).

<sup>8</sup> SKR (2018); Dahlberg, M & Anderberg, M (2018).

<sup>9</sup> Anderberg, M & Dahlberg, M & Hellberg, K (2018).

med BUP Göteborg) och Göteborg stad (Socialförvaltningen Centrum). Syftet med pilotprojektet är att ta fram ett förslag på hur Mini-Maria, genom att förändra och utvidga sitt uppdrag, kan ta hand om ungdomar som i dagsläget riskerar att inte få en sammanhållen vård. Detta innebär att Mini-Marias primärvårdsuppdrag med fokus på tidig upptäckt, familjearbete och utåtriktat arbete dessutom skulle innefatta ungdomar som utöver substansbruk har psykiatrisk problematik på specialistnivå samt gruppen unga lagöverträdare. Denna pilot drivs parallellt med ett projekt som undersöker sammanslagning av de tre Mariamottagningar som finns i Göteborg.

Pilotprojektet Mini-Maria Resursmottagning drivs under VO Beroende, i nära samverkan med BUP Göteborg och Göteborg stad (Socialförvaltningen Centrum). Pilotprojektet startade 2022-10-01 i sjukvårdens lokaler bredvid Mini-Maria Nordost och pågår i cirka två år. Verksamheten bemannas med 2 tjänster från VO Beroende, 1 tjänst från kommunen och 0,5 tjänst från BUP. Utöver detta lånas medarbetare in från slutenvården inom VGR samt ordinarie Mini-Maria.

Målgruppen för Mini-Maria Resursmottagning är barn och unga 14–21 år som har problematiskt substansbruk samt psykisk ohälsa (samsjuklighet). Vid planeringen av pilotprojektet stipulerades två typpatienter:

- En "enklare" grupp, oftast med ADHD och/eller EIPS och PTSD. Dessa unga står ofta i kö på BUP och en tidig utredningsinsats och rätt behandling antas kunna hindra utveckling av substansbrukssyndrom. Antagandet var att denna grupp borde kunna utredas och remitteras vidare jämförelsevis snabbt.
- En "svårare" grupp med en komplex problematik av sammansatt karaktär som inte ryms inom vanliga Mini-Maria. Denna grupp antogs kräva en längre period av stabilisering, utredning, behandling och omfattande samverkan med andra aktörer.

Från målgruppen exkluderades ungdomar med svår psykiatrisk sjukdom såsom långvarig psykosjukdom eller bipolär typ 1. Resursmottagningen skulle inte heller utreda intellektuell funktionsnedsättning, då detta kräver specifik kompetens och förfarande.

### 1.3 Utvärderingsuppdraget

Som stöd i arbetet med pilotverksamheten har VGR upphandlat en extern utvärdering av Mini-Maria Resursmottagning. Uppdraget är att utvärdera Resursmottagningen och tillhandahålla väl underbyggd kunskap till styrgrupp, medarbetare och intressenter om verksamhetens arbetssätt, resultat och utvecklingsbehov. Utvärderingen ska beskriva och värdera det utvecklingsarbete som bedrivs vid Mini-Maria Resursmottagning. Utvärderingen ska också innefatta ett lärande moment, så att verksamheten redan under pågående utvärderingsperiod har möjlighet att dra nytta av utvärderarens insikter i sitt utvecklingsarbete.

Utvärderingen ska innefatta en bedömning av verksamhetens resultat. Denna bedömning ska bygga på kvalitativa data inhämtade genom intervju eller motsvarande med chefer och medarbetare, ungdomar och närstående som haft kontakt med verksamheten. Den ska även bygga på kvantitativa data från UngDOK-systemet. Utvärderingen ska försöka identifiera särskilt relevanta element i verksamhetens

uppbyggnad och arbetssätt som är av vikt att bevara då verksamheten eventuellt permanentas framgent.

Utvärderingen har genomförts under perioden augusti 2023 till april 2024. Analysen har primärt avsett perioden från start av pilotprojektet i oktober 2022 till och med december 2023. Detta gäller särskilt de kvantitativa uppgifter som sammanställts avseende Mini-Maria Resursmottagning. Utvärderingen har genomförts genom följande aktiviteter.

- Studier av relevant dokumentation kring pilotprojektet. Detta gäller t ex utgångspunkter för pilotverksamheten, dokumentation från tidigare verksamhet vid Mini-Maria Göteborg och övrig dokumentation. Som underlag för arbetet med utvärderingen har även relevant forskning kring Mariamottagningar studerats och sammanställts.
- Ett centralt underlag för utvärderingen är uppföljningsdata från Mini-Maria Resursmottagning. Denna utgörs av primärt av UngDOK, en intervjumetod som är utvecklad specifikt för ungdomar med missbruksproblem och annan social problematik. UngDOK, som genomförs vid in- och utskrivning vid mottagningen, mäter faktorer som belyser den unges sociala livssituation samt om det föreligger missbruk eller utsatthet för våld. Dessa uppföljningsdata har inhämtats via Resursmottagningen för perioden 2022-10-01 till och med 2023-12-31. Vidare har underlag från det vårdadministrativa systemet Elvis inhämtats. Även genomförda kartläggningar genom Sexit, ett frågeformulär för att identifiera sexuellt risktagande och utsatthet samt erfarenhet av våld, har inhämtats och sammanställts.
- Underlag för att besvara frågor om pilotprojektets genomförande har inhämtats genom intervjuer och samtal med berörda samverkansparter. Under arbetet med utvärderingen har samtal förts med representanter för Mini-Mariamottagningarna i Göteborg, Beroendemottagningar inom VO Beroende, VGR samt SMC Pilen. Samtal med personalen vid Mini-Maria genomfördes i form av en workshop, medan intervjuer genomfördes med företrädare för Beroendemottagningar i Göteborg och SMC Pilen.
- Intervjuer och samtal har genomförts med medarbetare som varit engagerade i arbetet vid Mini-Maria Resursmottagning. Samtlig personal har tillfrågats inom ramen för utvärderingen, antingen fysiskt eller genom Teams. Vidare har gruppdialog förts med personalen vid olika tillfällen under processen i syfte att undersöka specifika frågeställningar kopplat till utvärderingen.
- För att skapa ytterligare perspektiv på de underlag som samlats in har intervjuer genomförts med ungdomar och närstående som tagit del av stöd från Mini-Maria Resursmottagning. Syftet har varit att ta del av ungdomarnas och de närståendes berättelser om sina erfarenheter av Mini-Maria Resursmottagning och vilket mervärde de anser att stödet har givit dem. Intervjuer har genomförts med 8 ungdomar och 5 närstående som fått stöd genom Mini-Maria Resursmottagning. Dessa har genomförts på plats i Resursmottagningens lokaler och i ett par fall har intervjuerna genomförts via Teams eller telefon.

## 2 RESULTAT FRÅN UTVÄRDERINGEN

I detta avsnitt redovisas de resultat som framkommit inom ramen för utvärderingen av Mini-Maria Resursmottagning. Först presenteras en sammanställning och analys av den statistik som funnits tillgänglig för verksamheten. Därefter följer en beskrivning av de olika intressentgruppernas syn på verksamheten vid Mini-Maria Resursmottagning.

### 2.1 Kvantitativ analys av Mini-Maria Resursmottagning

Som del av uppdraget har uppföljningsdata från Mini-Maria Resursmottagning analyserats. Detta utgörs primärt av uppgifter från UngDOK, en intervjumetod som utvecklats specifikt för ungdomar med missbruksproblem och annan social problematik. UngDOK används vid in- och utskrivning och mäter faktorer som belyser den unges sociala livssituation samt om det föreligger missbruk eller utsatthet för våld.

De uppgifter som analyserats inom ramen för utvärderingen avser perioden oktober 2022 till och med december 2023. I avsnittet nedan redovisas bearbetade uppgifter i urval från UngDOK i syfte att belysa volymen på det arbete som utförts samt karaktären på den målgrupp som kommit att ta del av stöd från Mini-Maria Resursmottagning. Eftersom endast en mycket liten andel av de inskrivna ungdomarna har avslutat sin behandling inom tidsperioden ligger fokus i mindre utsträckning på uppnådda resultat.

#### 2.1.1 Patienter hos Mini-Maria Resursmottagning

Mini-Maria Resursmottagning startade sin verksamhet i oktober 2022 och i december 2023 hade de haft kontakt med totalt 108 ungdomar. Av dessa hade 39 ungdomar endast BAS-DOK, vilket innebär att ungdomen kommit till mottagningen en eller två gånger för att sedan avslutas. Det innebär att 68 ungdomar – varav 27 kvinnor (40%), 39 män (57%) och 2 med annan könsidentitet (3%) – varit inskrivna som patienter på Resursmottagningen. Den samlade bedömningen från de som intervjuats inom utvärderingen är att detta är ett bra utfall under den aktuella perioden.

**TABELL 1. ANTAL PATIENTER VID MINI-MARIA RESURSMOTTAGNING, FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001-231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Antal	Andel
Totalt antal inskrivna	68	100%
Varav		
Kvinnor	27	40%
Män	39	57%
Annan könsidentitet	2	3%

För Mini-Maria i Göteborg var det år 2022 totalt 32 procent och 68 procent män som var inskrivna genom UngDOK, vilket innebär att könsfördelningen vid mottagningen är i linje med ordinarie Mini-Maria. De inskrivna ungdomarna vid Resursmottagningen är förhållandevis jämnt fördelade över stadsdelarna i Göteborg. Detta illustreras i tabell 2 på nästa sida. Av de 57 ungdomar där det finns ett angivet alternativ är det emellertid vanligast att de kommer från Östra Göteborg (16%), Norra Hisingen (12%) samt Askim-Frölunda-Högsbo (10%). Det syns en skillnad i att kvinnor är överrepresenterade i framför allt Östra Göteborg (24%) och Västra Hisingen (19%), medan män är överrepresenterade i Norra Hisingen (17%) och Lundby (14%). Det bör dock poängteras att antalet ungdomar från respektive stadsdel är relativt litet.



Av UngDOK framgår även att åldersspannet på de ungdomar som skrivits in är 14–21 år, vilket är i linje med målgruppsbeskrivningen. Detta illustreras i tabell 3 nedan. I tabellen syns att medelåldern på de inskrivna ungdomarna uppgår till 17,9 år (kvinnor: 17,7, män: 18,1). Medianåldern är 18 år för både kvinnor och män, vilket är något högre än medianåldern för Mini-Maria i Göteborg som för år 2022 var 16 år<sup>10</sup>. Sammantaget kan det konstateras att 43 av de 68 ungdomarna (63%) har varit 17–19 år.

**TABELL 2. HEMSTADSDEL I GÖTEBORG FÖR UNGDOMAR INSKRIVNA VID RESURSMOTTAGNINGEN, FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna		Man		Annan		Totalt	
Totalt antal svar	21		35		1		57	
Varav	Antal	Andel	Antal	Andel	Andel	Andel	Antal	Andel
Angered	1	5%	2	6%		0%	3	4%
Askim-Frölunda-Högsbo	2	10%	5	14%		0%	7	10%
Centrum	3	14%	1	3%		0%	4	6%
Lundby	1	5%	5	14%		0%	6	9%
Majorna-Linné	2	10%	4	11%		0%	6	9%
Norra Hisingen	1	5%	6	17%	1	100%	8	12%
Västra Göteborg		0%	3	9%		0%	3	4%
Västra Hisingen	4	19%	2	6%		0%	6	9%
Örgryte-Härlanda	2	10%	3	9%		0%	5	7%
Östra Göteborg	5	24%	4	11%		0%	9	13%

**TABELL 3. ÅLDER PÅ INSKRIVNA VID UNGDOMAR, FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna	Man	Annan	Totalt
Minimum	15	14	18	14
Maximum	20	21	18	21
Medel	17,7	18,1	18,0	17,9
Median	18	18	18	18

När det gäller ungdomarnas kontakter med Mini-Maria Resursmottagning finns detta registrerat i det vårdadministrativa systemet Elvis. Utfallet redovisas i tabell 4 nedan.

**TABELL 4. ANTAL REGISTRERADE TILLFÄLLEN PÅ MINI-MARIA RESURSMOTTAGNING. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UPPFÖLJNING FRÅN RESURSMOTTAGNINGEN.**

	Sjuksköterska		Psykolog		Läkare		Totalt	
Antal registrerade besök	878		446		118		1442	
Varav:	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Uteblivna besök	304	35%	117	26%	29	25%	450	31%
Telefonkontakt/brev	11	1%	6	1%	7	6%	24	2%
Antal fysiska besök	563	64%	321	72%	81	69%	965	67%
Distanskontakt	0	0%	2	0%	1	1%	3	0%

En sammanställning av uppgifterna visar att de 68 ungdomarna sammantaget genererat 1442 tillfällen i Elvis, vilket motsvarar drygt 21 tillfällen i snitt per ungdom. Av

<sup>10</sup> Dahlberg, M & Anderberg, M (2022).

dessa har ca en tredjedel (31%) resulterat i uteblivna besök. De flesta av besöken utgörs av fysiska besök hos sjuksköterska. Uppgifterna i Elvis innefattar inte tillfällen med socionom hos Resursmottagningen, vilket har kompletterats från mottagningen. Detta innebär ytterligare 178 bokade besök hos socionom, varav 50 (28%) uteblivit. Till de registrerade uppgifterna läggs sedan även de löpande sms- och telefonkontakter som personalen har med ungdomar, vilket även uppges vara av en omfattande karaktär. Det kan även konstateras att det under perioden har påbörjats 27 utredningar (varav 14 under 18 år, 13 över 18 år) om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, varav 10 utredningar (6 under 18 år, 4 över 18 år) har avslutats.

Nästa steg i analysen avser vem som tagit initiativ till ungdomens kontakt med Resursmottagningen. Hur remitterade patienter fördelar sig mellan olika aktörer i detta avseende redovisas i tabell 5 nedan.

**TABELL 5. VEM ÄR DEN FRÄMSTA INITIATIVTAGAREN TILL KONTAKTEN? FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna		Man		Annan		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Totalt antal svar	26		39		2		67	
Varav	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget initiativ	1	4%	3	8%	1	50%	5	7%
Familj	2	8%	2	5%		0%	4	6%
Sjukvård	12	46%	11	28%		0%	23	34%
Skola		0%	1	3%		0%	1	1%
Socialtjänst	3	12%	5	13%		0%	8	12%
Annan initiativtagare	8	31%	17	44%	1	50%	26	39%

Av tabellen framgår att främsta initiativtagare är annan (39%) följt av sjukvården (34%). I detta fall avser "annan" ordinarie Mini-Maria. När det gäller könsfördelningen är det en högre andel kvinnor som är anvisade från sjukvården (46%), medan män är överrepresenterade bland remisser från Mini-Maria (44%). Denna fördelning skiljer sig från Mini-Maria där familj och det egna nätverket år 2022 var initiativtagare i 56 procent av inskrivningarna, även om den externa remitteringen från t ex socialtjänst, sjukvård och kriminalvård har ökat något över tid<sup>11</sup>.

**TABELL 6. VILKEN ORGANISATION/VÅRDGIVARE HAR VARIT INITIATIVTAGARE TILL KONTAKTEN? FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna		Man		Annan		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Totalt antal svar	21		34		2		57	
Varav	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Avdelning 363		0%	1	3%		0%	1	2%
BUP	4	19%	1	3%		0%	5	9%
Göteborgs stad	2	10%	2	6%		0%	4	7%
Mini-Maria	11	52%	26	76%	2	100%	39	68%
Psykiatri beroendes öppenvård (PBÖ)	4	19%	4	12%		0%	8	14%

<sup>11</sup> Dahlberg, M & Anderberg, M (2022).

Av tabell 6 ovan sedan att majoriteten (68%) av ungdomar som anvisats via vården kommer från Mini-Maria. Detta gäller särskilt män (76%). Andelen kvinnor som anvisats från Mini-Maria (52%) är inte lika hög, då en högre andel framför allt anvisats från Barn- och ungdomspsykiatri (19%) och PBÖ (19%). Till detta läggs dock en beskrivning från Resursmottagningen att många av de som anvisas från Mini-Maria också har en pågående kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri.

## 2.1.2 Substansbruk, behandlingshistoria och kriminalitet

I UngDOK följs flera aspekter av ungdomars substansbruk upp. I tabell 7 nedan redovisas fördelningen av ungdomar som skrivits in vid Mini-Maria Resursmottagning utifrån vad de själva uppgivit att de använder som primär substans. Av tabellen framgår att cannabis utgör 62 procent av samtliga fall. Därefter är alkohol (8%) samt bensodiazepiner och andra smärtstillande medel (7%) de vanligast förekommande primära substanserna. Några större skillnader syns inte mellan könen. När det gäller substansanvändning framgår av UngDOK-uppföljningen att den generella och långsiktiga trenden hos Mariamottagningarna i storstäderna är att andelen ungdomar som använder cannabis som huvuddrog har ökat något över tid, till ca 80 procent. I detta avseende är andelen ungdomar vid Resursmottagningen som uppger cannabis som primär drog relativt låg<sup>12</sup>.

TABELL 7. PRIMÄR DROG. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.

	Kvinna		Man		Annan		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Totalt	21		37		2		60	
Varav	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Alkohol	2	10%	3	8%	0	0%	5	8%
Amfetamin	2	10%	2	5%	0	0%	4	7%
Bensodiazepiner/ andra lugnande medel	0	0%	4	11%	0	0%	4	7%
Cannabis	12	57%	23	62%	2	100%	37	62%
Ecstasy	3	14%	0	0%	0	0%	3	5%
Kokain	1	5%	1	3%	0	0%	2	3%
Sniffning/lösningmedel	1	5%	0	0%	0	0%	1	2%
Tramadol	0	0%	3	8%	0	0%	3	5%
Övriga medel	0	0%	1	3%	0	0%	1	2%

Vidare ställs i UngDOK frågor om bruk av ytterligare substanser vid sidan av den primära drogen. "Det är en relativt stor andel ungdomar som med en viss form av regelbundenhet använder andra preparat utöver den primära drogen. År 2022 uppgav 42 procent av samtliga ungdomar användning av annan drog"<sup>13</sup>.

Utvecklingen i Göteborg har varit god i detta avseende och vid Mini-Maria är det totalt 32 procent av ungdomarna (kv: 26%, m: 35%) som uppger att de använder en eller fler ytterligare substanser. För de inskrivna ungdomarna vid Resursmottagningen är situationen påtagligt annorlunda. Av dessa är det sammantaget 87 procent som uppger att de använder någon substans utöver den primära. Detta framgår av tabell 8 ovan. Där framgår också att hälften av ungdomarna (50%) använder minst fem

<sup>12</sup> Dahlberg, M & Anderberg, M (2022).

<sup>13</sup> Dahlberg, M & Anderberg, M (2022).

substanser. Tvärtemot utvecklingen på Mini-Maria är det också de unga kvinnorna som i högst utsträckning (kv: 38%, m: 27%) uppger att de använder sju substanser eller mer.

**TABELL 8. ANTAL DROGER SOM ANVÄNDS VID SIDAN AV DEN PRIMÄRA. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna		Man		Annan		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Primär drog	21	100%	37	100%	2	100%	60	100%
Annan drog 1	16	76%	34	92%	2	100%	52	87%
Annan drog 2	14	67%	30	81%	2	100%	46	77%
Annan drog 3	10	48%	24	65%	2	100%	36	60%
Annan drog 4	9	43%	20	54%	1	50%	30	50%
Annan drog 5	8	38%	15	41%	0	0%	23	38%
Annan drog 6	8	38%	10	27%	0	0%	18	30%

Nästa fråga att analyseras är om patienter vid Resursmottagningen har pågående kontakt med socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri (BUP)/psykiatri eller Kriminalvården vid tillfället för inskrivningen. Utfallet redovisas i tabell 9 nedan och där framgår att drygt hälften av ungdomarna (54%) uppger att de hade pågående kontakt med socialtjänsten. 21 procent hade pågående kontakt med BUP/psykiatri, medan 10% hade pågående kontakt med Kriminalvården vid inskrivning. Av de som hade pågående kontakt med BUP/psykiatri var merparten (70%) 18 år eller yngre.

Män är tydligt överrepresenterade bland de ungdomar som hade kontakt med socialtjänsten. I detta avseende är andelen män (68%) mer än dubbelt så hög som för kvinnor (30%). När det gäller pågående kontakt med BUP/psykiatri är det mer jämnt mellan könen, men här är kvinnor något överrepresenterade (kv: 25%, m: 18%). Samtliga av de 6 ungdomar (kv: 0%, m: 16%) som hade pågående kontakt med Kriminalvården vid inskrivning är män.

**TABELL 9. ANDEL UNGA MED EN PÅGÅENDE KONTAKT MED SOCIALTJÄNSTEN, BUP/PSYKIATRI ELLER KRIMINALVÅRDEN. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna	Man	Annan	Totalt
Totalt antal svar	23	38	2	64
Pågående kontakt vid inskrivning med:				
Socialtjänsten	30%	68%	50%	54%
BUP/Psykiatri	26%	18%	0%	21%
Kriminalvården	0%	16%	0%	10%

I UngDOK ställs en fråga om de inskrivna ungdomarnas tidigare behandlingshistoria. Av tabell 10 nedan framgår att totalt 79 procent av ungdomarna (kv: 70%, m: 85%) tidigare har vårdats för narkotikaproblem. 29 procent av ungdomarna har vårdats enligt LVU och 59 procent av ungdomarna har tagit del av frivillig psykiatrisk vård. I det senare avseendet är kvinnor överrepresenterade (70%) i förhållande till män (53%). Det framgår även att en tredjedel (33%) av inskrivna kvinnor omfattats av psykiatrisk tvångsvård.

**TABELL 10. ANDEL INSKRIVNA VID RESURSMOTTAGNINGEN SOM HAR SVARAT JA PÅ FRÅGA OM TIDIGARE BEHANDLINGSHISTORIA. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna	Man	Annan	Totalt
Tidigare vårdats...				
för narkotikaproblem	70%	85%	50%	79%
för alkoholproblem	21%	9%	0%	13%
enligt LVU	26%	32%	0%	29%
frivillig psykiatrisk vård/BUP	70%	53%	50%	59%
psykiatrisk tvångsvård	33%	9%	0%	16%

När det gäller inskrivna ungdomars koppling till kriminalitet visar kartläggningen genom UngDOK att totalt 16 av de 68 inskrivna ungdomarna (24%) har varit dömda för något brott. I detta avseende är män överrepresenterade med 33 procent, jämfört med 11 procent av kvinnorna. Detta motsvarar nivåerna för vanliga Mini-Maria för år 2022. Av tabell 11 nedan framgår sedan att merparten (29%) av de totalt 68 domarna avser narkotikabrott, följt av rån (19%) och trafikbrott (14%).

**TABELL 11. ANTAL OCH ANDEL UNGDOMAR SOM UPPGETT ATT DE VARIT DÖMDA FÖR NÅGOT BROTT. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

Dömd	Kvinna		Man		Annan		Totalt	
Totalt antal svar	27		39		2		68	
Varav	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nej	24	89%	26	67%	2	100%	52	76%
1 brott	2	7%	6	15%		0%	8	12%
2 brott	1	4%	3	8%		0%	4	6%
3 brott		0%	2	5%		0%	2	3%
6 brott		0%	1	3%		0%	1	1%
7 brott		0%	1	3%		0%	1	1%

**TABELL 12. ANTAL INSKRIVA SOM VARIT DÖMDA FÖR OLIKA BROTT. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna	Man	Annan	Totalt
Totalt antal svar	27	39	2	68
Varav dömd för:				
Narkotikabrott	2	10	0	12
Trafikbrott (inkl. rattfylleri)	1	5	0	6
Ringa stöld	1	3	0	4
Vapenbrott	0	3	0	3
Misshandel	0	2	0	2
Olaga hot	0	2	0	2
Rån	0	2	0	2
Bedrägeri	0	1	0	1
Skadegörelse	0	1	0	1
Stöld	0	1	0	1
Tillgrepp av motorfordon	0	1	0	1
Övriga brott	0	1	0	1

En ytterligare indikator på inskrivna ungdomars kriminalitet som används i UngDOK är om de tidigare haft kontakt med socialtjänsten p g a kriminalitet. Av tabell 13 nedan framgår att totalt 47 procent av ungdomarna svarat ja på denna fråga. I detta avseende är också män (59%) tydligt överrepresenterade i förhållande till kvinnor (29%).

**TABELL 13. ANTAL OCH ANDEL UNGDOMAR SOM TIDIGARE HAFT KONTAKT MED SOCIALTJÄNSTEN PGA KRIMINALITET. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna		Man		Annan		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Totalt antal svar	17		32		2		51	
Varav	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Ja	5	29%	19	59%		0%	24	47%
Nej	12	71%	13	41%	2	100%	27	53%

### 2.1.3 Boende, försörjning och sysselsättning

När det gäller boendesituation så uppgav merparten (67%) av de inskrivna ungdomarna att de under de senaste tre månaderna huvudsakligen bott hos sina föräldrar. En skillnad mellan könen är att kvinnor i högre grad haft egen bostad (17%), medan män bott på institution (11%) eller i försöks-/träningsslägenhet (11%).

**TABELL 14. VILKEN HAR DIN HUVUDSAKLIGA BOENDEFORM VARIT DE SENASTE 3 MÅNADERNA? FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

	Kvinna		Man		Annan		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Totalt	27	100%	39	100%	2	100%	68	100%
Varav								
Bostadslös		0%	2	5%		0%	2	3%
Egen bostad	4	17%		0%		0%	4	6%
Familjehem		0%	1	3%		0%	1	2%
Försöks-/träningsslägenhet		0%	4	11%		0%	4	6%
Hos föräldrar	17	71%	25	66%	1	50%	43	67%
Hos släktingar		0%	1	3%		0%	1	2%
Institution		0%	4	11%		0%	4	6%
Annat	1	4%	1	3%	1	50%	3	5%

På frågan om vilken sysselsättning ungdomarna huvudsakligen haft under de senaste tre månaderna framgår att drygt hälften av ungdomarna svarat att de går i grund- (8%) eller gymnasieskola (47%). 10 procent av ungdomarna hade arbete, medan 23 procent av ungdomarna var arbetssökande eller saknade sysselsättning. Några större skillnader mellan könen syns inte i detta avseende.

När det gäller ungdomarnas studier tecknas en tydlig bild av en problematisk skolgång. På frågan i UngDOK om ungdomarna har eller har haft problem i skolan som påverkat närvaro, resultat och/eller trivsel så svarar totalt 93 procent av ungdomarna, varav samtliga kvinnor, som besvarat frågan att så är fallet. I kommentarer framgår att problemen framför allt utgår från koncentrationssvårigheter samt en utbredd erfarenhet av mobbning.

På frågan om det är något som ungdomarna vi skulle vilja förändra när det gäller deras sysselsättning är det två tredjedelar (67%) som svarat ja. I kommentarer syns sedan att det avser en ökad närvaro i skolan, men framför allt att ungdomarna skulle vilja få ett jobb som innebär en meningsfull sysselsättning och en inkomst.

#### 2.1.4 Livssituation och våldsutsatthet

I UngDOK ställs en rad frågor kring livssituation hos ungdomar som skrivs in på Mariamottagningar, med särskild koppling till deras psykiska hälsa. I intervjuerna används tidsintervallerna "någon gång i livet" samt "de senaste 30 dagarna"<sup>14</sup>.

Utfallet av frågorna kring psykisk hälsa hos ungdomar som skrivits in redovisas i tabell 19 nedan. Där redovisas även svar på frågorna om ungdomarna har en neuropsykiatrisk diagnos och om de varit med någon allvarlig händelse som påverkar dem psykiskt. Svaren avser andel som svarat ja på respektive fråga.

**TABELL 15. INSKRIVNA UNGDOMARS EGEN UPPFATTNING OM PSYKISKT MÅENDE. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

Har du under en period av en vecka eller längre haft...		Kvinna	Man	Annan	Totalt
Problem med sömnen?	någon gång	94%	92%	100%	93%
	senaste 30 dgr	65%	74%	100%	72%
Varit deprimerad?	någon gång	88%	88%	100%	88%
	senaste 30 dgr	60%	42%	50%	48%
Haft ångest eller upplevt allvarlig oro?	någon gång	94%	92%	100%	93%
	senaste 30 dgr	88%	60%	0%	66%
Haft problem med att förstå, koncentrera dig eller minnas?	någon gång	94%	97%	100%	96%
	senaste 30 dgr	88%	88%	100%	89%
Upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?	någon gång	67%	54%	50%	58%
	senaste 30 dgr	47%	26%	50%	33%
Avsiktligt skadat dig själv?	någon gång	80%	42%	100%	56%
	senaste 30 dgr	7%	6%	0%	6%
Upplevt allvarliga självmordstankar?	någon gång	60%	65%	100%	65%
	senaste 30 dgr	20%	19%	50%	21%
Försökt begå självmord?	någon gång	60%	27%	100%	40%
	senaste 30 dgr	7%	0%	0%	2%
Haft hallucinationer, utan att det har varit i samband med drogbruk?	någon gång	36%	45%	50%	43%
	senaste 30 dgr	8%	16%	50%	15%
Haft någon ätstörning?	någon gång	53%	6%	50%	23%
	senaste 30 dgr	36%	0%	0%	11%
Tagit receptbelagd medicin för något psykiskt problem/funktionshinder?	någon gång	88%	74%	100%	79%
	senaste 30 dgr	81%	59%	100%	68%
<b>Har du:</b>					
Någon neuropsykiatrisk diagnos?		47%	32%	0%	36%
Varit med om en allvarlig händelse (...) som du fortfarande påverkas psykiskt av?		79%	53%	100%	62%

<sup>14</sup> Dahlberg, M & Anderberg, M (2022);

Resultaten i tabellen ovan tecknar en bild av att ungdomarna vid Resursmottagningen har en omfattande psykisk ohälsa, både historiskt och under den senaste månaden. Detta gäller särskilt unga kvinnor som är inskrivna vid Resursmottagningen, där svaren särskiljer sig negativt på merparten av frågeställningarna.

Av tabellen framgår att 62 procent av alla inskrivna ungdomar och 79 procent av kvinnorna har uppgett att de har varit med om en allvarlig händelse som de fortfarande påverkas psykiskt av. Bland svaren återkommer händelser som präglas av våldsutövande, våldsutsatthet, sexuella övergrepp och våldtäkter. Sex av 17 kvinnor som besvarat frågan om allvarlig händelse uppger att detta avser våldtäkt. Ett resultat som särskilt bör lyftas fram är att 60 procent av inskrivna kvinnor som besvarat frågan, vilket innebär 9 av 15 unga kvinnor, uppger att de vid något tillfälle försökt begå självmord.

Relaterat till ungdomarnas livssituation frågas det i UngDOK om det förekommit ekonomiska problem, missbruk, psykiska problem eller våld i deras uppväxtmiljö. Av tabell 16 nedan framgår det att dessa utmaningar är vanligt förekommande hos de aktuella ungdomarna. Knappt hälften av ungdomarna svarade att det förekommit alkohol- och/eller drogmissbruk samt misshandel/våld under uppväxten. Tre fjärdedelar av de som svarat uppger också att det funnits psykiska problem och där är kvinnor överrepresenterade då samtliga svarat att så har varit fallet.

**TABELL 16. FÖREKOMST AV EKONOMISKA PROBLEM, MISSBRUK, PSYKISKA PROBLEM ELLER MISSHANDEL/VÅLD I INSKRIVNA UNGDOMARS UPPVÄXTMILJÖ. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

I din uppväxtmiljö, förekom det:	Kvinna	Man	Annan	Totalt
Ekonomiska problem?	33%	47%	0%	41%
Alkohol- och/eller drogmissbruk?	40%	50%	0%	45%
Psykiska problem?	100%	61%	50%	73%
Misshandel/våld?	44%	47%	50%	46%

I UngDOK ställs vidare en fråga om ungdomarna någon gång har varit utsatt för våld eller övergrepp. I frågan särskiljs på fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Av tabell 17 nedan framgår att det finns en mycket hög grad av rapporterad våldsutsatthet bland de inskrivna ungdomarna på Resursmottagningen. Det gäller såväl fysiskt (76%), psykiskt (70%) som sexuellt (48%) våld och övergrepp.

**TABELL 17. ANDEL UNGDOMAR SOM NÅGON GÅNG VARIT UTSATT FÖR VÅLD/ÖVERGREPP. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN.**

Har du någon gång varit utsatt för:	Kvinna	Man	Annan	Totalt
Fysiskt våld/övergrepp?	71%	81%	50%	76%
Psykiskt våld/övergrepp?	75%	69%	50%	70%
Sexuellt/övergrepp?	94%	20%	100%	48%

När det gäller erfarenheten av sexuellt våld syns en tydlig skillnad mellan könen. Här noteras att nästan samtliga (94%) kvinnor som har kontakt med Resursmottagningen har varit utsatta för sexuella övergrepp. Av UngDOK framgår också att 36 procent av inskrivna kvinnor och 10 procent av männen någon gång har utfört en sexuell handling i utbyte mot någon form av ersättning.



Ett komplement till UngDOK som använts vid Resursmottagningen är Sexit, ett frågeformulär som innehåller frågor som i forskning funnits viktiga för att identifiera sexuellt risktagande och utsatthet samt erfarenhet av våld<sup>15</sup>. Tillgängliga underlag från Resursmottagningen har sammanställts inom ramen för utvärderingen och totalt har 38 frågeformulär analyserats, varav 20 män och 18 kvinnor.

Tabell 21 nedan bekräftar bilden av utsattheten hos ungdomarna som är inskrivna på Resursmottagningen. Av denna tabell framgår t ex att mer än hälften av ungdomarna (56%) varit utsatta för fysiskt våld och att tre fjärdedelar av ungdomarna (74%) har varit utsatta för psykiskt våld. När det gäller psykiskt våld är kvinnor (87%) mer utsatta än män (67%).

Vidare konstateras att 59 procent av ungdomarna vid Resursmottagningen svarat att de mot sin vilja har utsatts för oönskade sexuella handlingar. Här syns att kvinnor (87 procent) är påtagligt överrepresenterade i förhållande till män (35%). Till detta lägger vi att mer än hälften av kvinnorna (56%) och 11 procent av männen svarade att de mot sin vilja onanerat åt någon eller haft sex.

**TABELL 18. KARTLÄGGNING VIA SEXIT, ANDEL UNGDOMAR SOM SVARAT JA PÅ AKTUELLA FRÅGOR. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: SEXIT.**

	Kvinna	Man	Totalt
Är det någon som har begränsat eller kontrollerat dig när det gäller t. ex. val av partner, umgänge, klädsel eller fritidsaktiviteter?	38%	10%	24%
Har du själv begränsat eller kontrollerat någon annan enligt ovan?	7%	5%	5%
Har du varit utsatt för fysiskt våld?	60%	53%	56%
Har du varit utsatt för psykiskt våld?	87%	67%	74%
Har du varit utsatt för något av följande mot din vilja: sett någon blotta sig, att någon tafsat på dig, tagit emot eller skickat avklädda bilder?	87%	35%	59%
Har du varit utsatt för något av följande mot din vilja: onanerat åt någon eller haft vaginalt, oralt eller analt sex?	56%	11%	35%
Har du själv tafsat, skickat eller krävt avklädda bilder, eller utfört någon annan sexuell handling mot en persons vilja?	0%	0%	0%
Har du under din uppväxt upplevt att någon i din familj utsatts för psykiskt, fysiskt, eller sexuellt våld?	25%	32%	30%

Det finns ingen generell sammanställning av resultat från Sexit, men det finns studier som använt sig av Sexit som kan användas för jämförelser. I en analys av ca 3 500 formulär vid elevhälsan i Göteborg, Täby, Kronoberg, Jönköping redovisar VGR att 11 procent av de tillfrågade ungdomarna uppgett att de varit utsatt för fysiskt våld och 21 procent för psykiskt våld<sup>16</sup>. 16 procent rapporterade att de mot sin vilja onanerat åt någon eller haft sex och 7 procent rapporterade att någon i hemmet blivit utsatta för sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld. I en studie av 284 ungdomar vid en ungdomsmottagning i Norrland under 2022 beskrev 20 procent av de tillfrågade

<sup>15</sup> Hammarström, S & Persson, P A & Stenqvist, K & Sanzén (2023).

<sup>16</sup> Hammarström, S (2023)

ungdomarna att de varit utsatt för fysiskt våld och 35 procent för psykiskt våld<sup>17</sup>. 60 procent av kvinnorna och 13 procent av männen i undersökningen rapporterade att de mot sin vilja hade utsatts för oönskade handlingar. Det var fler kvinnor (22%) än män (3%) som rapporterade att de mot sin vilja onanerat åt någon eller haft sex. 15% uppgav att någon i hemmet blivit utsatta för sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld.

I jämförelse med båda dessa sammanställningar framstår de inskrivna ungdomarna på Resursmottagningen som särskilt utsatta i ett såväl fysiskt, psykiskt som sexuellt perspektiv. Detta gäller i synnerhet de unga kvinnor som besvarat Sexit vid Resursmottagningen, men även de unga männen ger uttryck för en omfattande utsatthet.

### 2.1.5 UngDOK vid utskrivning

Kartläggning genom UngDOK genomförs även vid utskrivning från Mini-Maria Resursmottagning. Utvärderingen har avsett uppföljningsdata från perioden oktober 2022, då pilotprojektet initierades, till och med december 2023. Eftersom endast en liten andel av de inskrivna ungdomarna har avslutat sin behandling inom denna tidsperiod finns det begränsade uppgifter att analysera. De uppgifter som varit tillgängliga innehåller inte heller uppgift om kön, vilket gör att dessa uppgifter endast redovisas för den samlade gruppen.

Av tabell 19 nedan framgår att 21 ungdomar har avslutats från Resursmottagningen under den aktuella perioden. Av de 21 ungdomarna har ca en tredjedel (29%) haft en planerat avslutad behandling och 20 procent av de utskrivna ungdomarna har remitterats vidare till en annan aktör. Hälften (48%) av de utskrivna ungdomarna har haft en oplanerad avslutning där kontakten av någon anledning upphört. I de fall då detta skett på ungdomens begäran (5 personer) finns en genomförd UngDOK, men i övriga fall saknas uppföljningsdata.

**TABELL 19. ANTAL AVSLUTADE PATIENTER VID MINI-MARIA RESURSMOTTAGNING. FÖRDELAT PÅ KÖN. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK UT.**

	Antal	Andel
Totalt antal avslutade	21	100%
Varav		
Planerad avslutning	6	29%
Hänvisad/remitterad	4	19%
<i>Annan vård</i>	1	
<i>Myndighetsutövande Socialtjänst</i>	1	
<i>Psykiatrisk vård</i>	2	
Oplanerad avslutning	10	48%
<i>Kontakten avslutas på egen begäran</i>	5	
<i>Avbrutit/uteblivit/lämnat kontakten</i>	1	
<i>Häkte/fängelse/SIS-institution</i>	2	
<i>Annat skäl</i>	1	
<i>Ungdomen har flyttat</i>	1	
Ej relevant	1	5%

<sup>17</sup> Svanström Sparby, L & Hanning Sundberg, L (2023).

Av tabell 23 framgår att de 21 avslutade ungdomarna haft en genomsnittlig inskrivningstid vid Resursmottagningen på 194 dagar. Det finns dock ett spann på 14 till 337 dagar. När det gäller inskrivningstiden totalt för Resursmottagningen är det svårt att generalisera för hela gruppen baserat på det begränsade underlaget. Vi kan konstatera att av de 68 ungdomar som skrivits in var det 17 som skrevs in under 2022, 31 ungdomar som skrevs in under första halvåret 2023 och 20 ungdomar som skrevs in under andra halvåret 2023. Sammantaget visar detta på att behandlingstiden vid Resursmottagningen för många är avsevärt längre än den genomsnittliga vårdtiden vid Mariamottagningar som är 4–6 månader.

**TABELL 20. INSKRIVNINGSTID VID MINI-MARIA RESURSMOTTAGNING. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK UT**

Min	Max	Medel	Median
14 dagar	337 dagar	194 dagar	179 dagar

Vid utskrivning ställs frågor om hur ungdomarna uppfattat att deras situation har förändrats sedan de påbörjade kontakten med Resursmottagningen i när det gäller de övergripande kategorier som kartläggningen avser. I tabell 21 nedan redovisas hur de utskrivna ungdomarna svarat. Det bör noteras att det är ett begränsat underlag som är tillgängligt i detta skede och att det bör göras en uppföljning av resultat i ett skede där det finns ett mer omfattande underlag.

**TABELL 21. HUR HAR DIN SITUATION FÖRÄNDRATS SEDAN DU PÅBÖRJADE KONTAKTEN, NÄR DET GÄLLER...? PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK UT.**

Hur har din situation förändrats sedan du påbörjade kontakten, när det gäller...		Sämre	Ingen förändring	Bättre	Mycket bättre	Totalt
Syssetsättning?	Antal		9	5	1	15
	Andel	0%	60%	33%	7%	100%
Alkohol?	Antal		9	2	2	13
	Andel	0%	69%	15%	15%	100%
Narkotika och läkemedel?	Antal		3	7	2	12
	Andel	0%	25%	58%	17%	100%
Kriminalitet	Antal		4	1		5
	Andel	0%	80%	20%	0%	100%
Dina relationer när det gäller din familj?	Antal		6	3		9
	Andel	0%	67%	33%	0%	100%
Dina relationer när det gäller vänner och andra personer?	Antal	2	2	2	1	7
	Andel	29%	29%	29%	14%	100%
Din fysiska hälsa?	Antal	1	3	4	2	10
	Andel	10%	30%	40%	20%	100%
Din psykiska hälsa	Antal		1	11	1	13
	Andel	0%	8%	85%	8%	100%

Av tabellen ovan framgår att det är på två områden som ungdomarna beskriver en särskild förbättring: narkotika och läkemedel samt psykisk hälsa. När det gäller narkotika och läkemedel förklaras detta med ett mindre frekvent användande eller att ungdomen slutat helt med narkotika, alternativt att antalet substanser som används

har minskat. På frågan om psykisk hälsa utvecklas detta framför allt med mindre ångest och nedstämdhet tillsammans med bättre rutiner och struktur på dagarna.

Avslutningsvis kan det vara intressant att analysera utvecklingen kring de frågor som tidigare redovisades avseende inskrivna ungdomars livssituation och psykiska hälsa. Detta presenterades i tabell 19 ovan.

**TABELL 22. INSKRIVNA UNGDOMARS EGEN UPPFATTNING OM PSYKISKT MÅENDE, VID IN- RESPEKTIVE UTSKRIVNING. PERIODEN 221001–231231. KÄLLA: UNGDOK IN SAMT UNGDOK UT.**

Har du de senaste 30 dagarna:	UngDOK In	UngDOK Ut
	N=46–55	N=11–12
haft problem med sömnen?	72%	58%
varit deprimerad?	48%	17%
haft ångest eller upplevt allvarlig oro?	66%	42%
haft problem med att förstå, koncentrera dig eller minnas?	89%	83%
upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?	33%	17%
avsiktligt skadat dig själv?	6%	18%
upplevt allvarliga självmordstankar?	21%	0%
försökt begå självmord?	2%	0%
haft hallucinationer, utan att det har varit i samband med drogbruk?	15%	9%
tagit receptbelagd medicin för något psykiskt problem	68%	42%
haft någon ätstörning	11%	0%

Sammantaget ger resultaten i tabellen ovan en indikation om att de ungdomar som skrivits ut upplever en förbättrad psykisk hälsa efter att ha tagit del av insatser från Mini-Maria Resursmottagning. Det bör återigen noteras att det är ett begränsat underlag som är tillgängligt i detta skede och att det bör göras en uppföljning av resultat i ett skede där det finns ett mer omfattande underlag.

## 2.2 Uppfattningar om Mini-Maria Resursmottagning

En central del av arbetet med utvärderingen av Mini-Maria Resursmottagning har inneburit att genom olika former av samtal (enskilda intervjuer, fokusgrupper, workshops) samla in erfarenheter av och uppfattningar från personal, ungdomar och närstående om det stöd som kan erbjudas genom Mini-Maria Resursmottagning. Nedan följer en redovisning av de huvudsakliga beskrivningar av Resursmottagningen som framkommit genom dessa samtal. Presentationen sker utifrån de olika kategorierna av intressenter.

### 2.2.1 Uppfattningar hos medarbetare vid Resursmottagningen

När det gäller personal avses här de medarbetare som är engagerade i arbetet vid Mini-Maria Resursmottagning. Samtlig personal har tillfrågats inom ramen för utvärderingen, antingen fysiskt eller genom Teams.

#### 2.2.1.1 De unga som fått stöd vid Resursmottagningen

I samtal med den personal som arbetar vid Mini-Maria Resursmottagning har en återkommande frågeställning handlat om vilka ungdomar de har kommit att möta

inom ramen för arbetet vid mottagningen. Generellt beskrivs denna grupp som ungdomar med ett omfattande stödbehov som av olika anledningar inte tillgodoses av det ordinarie vårdssystemet. Det beskrivs å ena sidan att denna grupp av ungdomar sällan söker vård på egen hand, å andra sidan att de inte erbjuds ändamålsenlig vård då de ändå gjort detta.

Ett perspektiv på denna problematik beskrivs vara att många verksamheter inte i tillräckligt hög utsträckning utgår från den aktuella ungdomens perspektiv, vilket leder till en brist på delaktighet hos ungdomarna. En kommentar är följande: *"Att man är ungdom är ytterligare en risk. De här ungdomarna får inte hjälp. Vi tar ungdomens perspektiv här på Mini-Maria. Annars är det ofta att vuxna pratar med andra vuxna. De som kommer till oss säger att tack för att du fanns för mig"*. Att utgå från ungdomarnas perspektiv beskrivs generellt vara det förhållningssätt som genomsyrar arbetet vid Mini-Mariamottagningar och inte enbart Resursmottagningen. När det gäller Resursmottagningen beskrivs detta ha en annan dimension då målgruppen ofta beskrivs "straffa ut sig själva" från det offentliga vårdssystemet. Många av de tillfrågade beskriver målgruppen för Resursmottagningen i termer av ungdomar som inte är så enkla att hantera i det ordinarie systemet. *"Den här gruppen söker inte vård och får inte vård. När de kommer (till vården) är de kanske inte så trevliga själva och då får de inte den vård de har rätt till"*.

Många utsagor handlar i förlängningen om begränsningar i de arbetsvillkor som finns i de ordinarie verksamheterna. De beskrivs leda till att förutsättningar saknas för att skapa den relation (allians) som ofta beskrivs vara en framgångsfaktor i arbetet med ungdomar generellt och vid Mariamottagningar specifikt.

*"Det tar ofta tid för dem att etablera någon form av förtroendefull relation med vården. De har ofta väldigt dåliga erfarenheter med sig. De är inte gulliga, och det finns vårdmänniskor som har svårt för de här utagerande människorna som jävlas. Som har svårt att tolerera dem tillräckligt länge för att man ska få en fungerande allians"*.

När de gäller ungdomarnas förutsättningar beskrivs den grupp av unga som kommit att ta del av stöd via Resursmottagningen återkommande utifrån en omfattande problematik, mycket i linje med den kvantitativa beskrivning som presenterats tidigare. Framför allt beskrivs ungdomarna ha en sammansatt problematik som ingen enskild basmottagning i det ordinarie vårdssystemet annars hanterar. Följande kommentar får summera:

*"(De har) mer utbredda beroenden, volatil boendesituation, social problematik. De här passar inte in i en subspecialiserad behandlingsverksamhet för de har de sammansatta behoven. Så som det är organiserat har de ingenstans att ta vägen. Basmottagningarna är inte anpassade för att de ska kunna sköta den typen av kontinuerliga kontakter. Det här är psykiatrins patienter, men de flesta vill inte ha dem"*.

I beskrivningarna återkommer även en koppling till kriminalitet, inte minst eftersom det är en av de specifika grupper som Resursmottagningen strävat efter att nå. En av socionomerna som varit knutna till mottagningen har haft ett särskilt fokus på att fånga upp unga med denna bakgrund, vilket i sig lyfts som en särskild framgångsfaktor i arbetet med att nå denna grupp. Även när det gäller dessa ungdomar beskrivs

utmaningar kring tidigare relationer. *"De är mer vana..., de har lägre förväntningar på andra vuxna. De har oftast betett sig på ett sätt som har gjort att de blir sedda som farliga, arroganta. De har redan garden uppe"*. Att denna grupp kommer in och får vård och stöd via Resursmottagningen är en av de framgångsfaktorer som ofta lyfts som ett mervärde med Resursmottagningen:

*"Att den här gruppen får upp ögonen för vad vården kan göra för dem. Det är oftast för svårt för dem. De har inga föräldrar som kan hjälpa dem. Att vi kan hjälpa dem med att få hjälp från vården.... Det finns exempel på personer som har fått den hjälpen och idag inte är kriminella"*.

Många av de framgångsfaktorer som beskrivs i arbetet med ungdomar som skrivits in på Resursmottagningen utgår från de förhållningssätt som generellt genomsyrar Mariamottagningar – ett lättillgängligt stöd, respektfullt bemötande och relationsskapande med grund i ett icke-dömande och alliansskapande arbetssätt<sup>18</sup>. Återkommande i beskrivningarna av framgångsfaktorer i att nå målgruppen för Resursmottagningen är ett just ett flexibelt och individualiserat förhållningssätt. *"Mini-Mariaandan är ett omhändertagande, ett hållande. Vi släpper inte"*. I kärnan av verksamheten beskrivs ligga ett genuint intresse för målgruppen, samt en insikt om att möjligheterna för många av ungdomarna är uttömda. *"Jag är en behandlare som är en sista utväg. Den chockade lättningen när man ringer och säga att vi kan nog hjälpa dig... Kombinationen av att det är härligt och man skäms för systemet..."*

### 2.2.1.2 Arbetssättet vid Mini-Maria Resursmottagning

Av presentationer av arbetet vid Mini-Maria Resursmottagning framgår att arbetet ska utgå från Behandlingskompassen. Det är ett verktyg skapat med avsikt att underlätta för patienten, behandlaren och teamet att kartlägga och planera vården för patienter med samtidigt substansberoende och psykisk ohälsa. Det framgår även att utgångspunkt tas i stabilisering, utredning samt behandling av de ungdomar som remitteras till Resursmottagningen. I beskrivningarna av det faktiska arbetet med ungdomarna återkommer snarare mer praktiska beskrivningar, där det handlar mycket om en återkommande samordning och ett klagörande kring ungdomarnas förutsättningar för behandling. Framför allt beskrivs genomgående att det inte finns en stegvis modell för vården som erbjuds via Resursmottagningen. Istället uttrycker medarbetarna ett behov av att utgå från ungdomarnas behov i stunden och att det antas en flexibel hållning till stabilisering, utredning och behandling.

I beskrivningarna av arbetet på Resursmottagningen uttrycks en skillnad mot ordinarie Mini-Maria i att psykiatrisjuksköterskor gör mycket av det löpande arbete som socionomer annars utför, även om socionomerna är involverade i arbetet. Det handlar i detta avseende framför allt om att samordna olika kontakter kring ungdomarna och säkerställa en bra planering för stabilisering, utredning och behandling. Detta återspeglas också i de behandlingstillfällen som presenterades i tabell 4 på sida 9.

*"Vi jobbar mycket med "roddande". Det handlar mycket om att förbereda patienten och ta hand om den efteråt. Roddandet vi gör är omvårdnad"*.

<sup>18</sup> Jfr SOU 2023:62.

*"Från början handlar det om att få hit ungdomarna (efter de anvisats). Sedan handlar det om att motivera dem när de är här. Mycket roddande med familjen. Olika planeringar med båda ungdomar och närstående".*

Att erbjuda en ändamålsenlig kontakt med vården utgår ytterst från att anpassa det stöd som erbjuds efter de utmaningar som tidigare beskrevs känneteckna de ungdomar som skrivits in på Resursmottagningen. Följande kommentar får summera erfarenheterna av arbetet vid Resursmottagningen:

*"Att komma till sjukvård kan vara svårt om man är sjuk, man kan bli avvisad och det är svårt att komma till. Där ser jag vår uppgift att hjälpa och stötta patienten och närstående i att få kontakter. Ringa till rätt person i rätt läge för att få rätt bemötande".*

Arbetet beskrivs samtidigt inte enbart innebära kontakter med andra behandlare. Det handlar också om ett klagörande av ungdomarnas förutsättningar. Genomgående beskrivs att det finns fragmentiserade bilder av ungdomarnas utmaningar och att det av olika anledningar saknas en heltäckande kunskap om ungdomarnas behov. Dessa behov beskrivs också vara komplexa och omfattande på ett sätt som gör att en helhetsbild saknats i tidigare vårdkontakter. *"Jag som sjuksköterska har inte bara ett (1) hälsosamtal. Jag kan fortsätta med detta. Och så många har behov på så många områden. (Det är avgörande) att ta reda på vad de faktiskt har varit utsatta för, att nysta i deras utsatthet".* Detta beskrivs i nästa led lägga grunden för en ändamålsenlig planering av deras fortsatta vårdkontakter.

### 2.2.1.3 Ungdomar med omfattande problematik

Att kunna skapa en fördjupad bild av ungdomarnas situation beskrivs återkommande som en av de centrala framgångsfaktorerna i verksamheten. Detta utgår också från att personalen har tiden och förutsättningarna att göra den fördjupade kartläggningen, men också en beredskap att bemöta och hantera den information som kommer fram. Ett centralt perspektiv som återkommer är att personal vid Resursmottagningen måste *"våga ta emot, våga kartlägga. (Det gör) att systemet som helhet blir mer robust och att det får konsekvenser både för brukare och kollegor".*

Just robustheten i systemet är ett perspektiv som återkommer där det relationella stödet beskrivs lägga grunden för ett fortsatt stöd. *"Om det är hela benet som gör ont, men du säger tån kan jag inte hjälpa dig. Den faktiska sanningen behöver komma fram. Och när den gör det kan vi börja jobba".* Det handlar då om att komma till klarhet om grunden för ungdomarnas substansbruk och anlägga ett bredare perspektiv än bara själva bruket. Det är i detta avseende ett tydligt tema att målgruppen för Resursmottagningens insatser har en sammansatt problematik som tar sin grund i den omfattande utsatthet som presenterats tidigare, inte minst i termer av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld.

*"Vi har tjejer som (...) inte kan tänka sig att sluta med droger. För då blir det så jobbigt att hantera det de har varit med om. Alla mina tankar kommer att äta upp mig. Killarna lär sig inte prata om sitt mående. De saknar det uttrycket. Det handlar mer om kriminalitet och adrenalinkickar. Många har varit i en situation där de sett och upplevt våld".*

En viktig aspekt i det relationella stödet som beskrivs är att det behöver finnas tid och förutsättningar att lära känna patienterna vid Resursmottagningen och lyssna till deras erfarenheter. *"När någon lyssnar på dig inger det förtroende. Man måste få vara länge i lära-känna-fasen".* Ofta beskrivs det finnas ett motstånd hos målgruppen mot en neuropsykiatrisk utredning utifrån tidigare vårdkontakter. Avgörande för arbetet beskrivs då vara att utgångspunkt tas i ungdomens egen situation. *"Vi tittar på hur du funkade och så ser vi om det finns ett namn för det. Och det känns så välgörande för de som har fått göra det, att vända det till att det är något som är kul".*

Återkommande i beskrivningarna är att ungdomarna har en synnerligen komplex problematik. Det är snarast så att den grundläggande hypotesen om att det skulle finnas "enklare" patienter, där behovet framför allt skulle handla om tillgång till utredning och diagnos, inte infriats. Personalen vid Resursmottagningen är eniga om att denna hypotes till stor del inte stämmer med den faktiska verksamheten vid Resursmottagningen, att det är få ungdomar där en utredning av npf-diagnos och behandling skulle leda till att de slutar med sitt substansbruk.

*"Vi trodde att det skulle vara utredning, återkoppling, medicin, avslut. Men, det är så mycket annat. Missbruk, utredning, diagnos... (De behöver) få svar på frågor, varför är jag så här? Varför blir det fel hela tiden? (Utvecklingen utgår från) att någon valt att lyssna och tror på honom".*

Samtidigt beskrivs från medarbetare vid Resursmottagningen att det likväl har funnits ungdomar där behoven inte varit lika omfattande för merparten av patienterna. *"Ettorna som vi sa att vi inte skulle ha... Jag har haft en del sådana som kanske inte hade fått sin utredning annars".*

I linje med den bild av målgruppen som tecknades tidigare beskrivs merparten av ungdomarna ha en sammansatt problematik med en omfattande utsatthet. Det gäller ett utbrett substansbruk, men framför allt i kombination med en psykisk ohälsa med koppling till att de varit utsatta för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Medarbetarna vid Resursmottagningen beskriver genomgående att många ungdomar vid Mini-Maria har t ex en sexuell utsatthet, men att utmaningarna är avsevärt större hos de ungdomar som anvisats till Resursmottagningen. I detta avseende lyfts det som en framgångsfaktor att ungdomarna kan få mer ett heltäckande stöd. Utvecklingen av arbetet anses därför ligga väl i linje med intentionerna bakom Resursmottagningen. Det avser både det team av medarbetare som finns på Resursmottagningen, men även de samarbeten som utvecklats med framför allt Sexualmedicinskt centrum (SMC-Pilen). Sammantaget gör tillgången till olika resurser att det finns förutsättningar att kartlägga utsatthet på ett annat sätt och i förlängningen erbjuda ett ändamålsenligt stöd för de unga som har en komplex problematik. *"Vi vågar mer om vi har tillgång. Vi har kontakt med SMC om sexuell utsatthet. Vi vågar ta steget och fråga om substansanvändning, försäljning etc. Vi är experter inom detta".*

En av de skillnader som beskrivs i förhållande till ordinarie Mini-Maria är att arbetet med de ungas familjer och anhöriga fått en större och tydligare roll vid Resursmottagningen. Detta utgår framför allt från de socionomer som knutits till Resursmottagningen, där en av dessa har kommit att ha en tydligare inriktning på just familjearbetet. *"Familje- och anhörigarbetet hade en mindre del på Mini-Maria. Det har varit en utveckling över tid där familjerna får ta mer tid".* Socionomerna beskrivs även ha bidragit med att fånga



upp ungdomar med en kriminell bakgrund, samt ett kontaktnät till socialtjänsten i de fall detta behövs för den samordnade planeringen kring ungdomen.

Sammantaget beskrivs det flexibla arbetssätt som tar sin utgångspunkt i ungdomarnas hela livssituation som den avgörande framgångsfaktorn i arbetet, och att vården som erbjuds inte enbart utgår från ett fokus på utredning av neuropsykiatrisk utredning och substansbruk. *"(En av framgångsfaktorerna är) att vi jobbar parallellt med färdigheter för att närma sig ett friskt och självständigt liv. Hantering av ångest inom det här området".* Utifrån ungdomarnas förutsättningar beskrivs samlokaliseringen av stödet kring ungdomarna och att ytterligare vårdkontakter samordnas genom Resursmottagningen som avgörande.

*"(Det mest avgörande) att man kan få allt. Att allt kring den här patienten blir samlat på ett ställe. Det pragmatiska förhållningssättet, flexibiliteten. De behöver få komma och träffa en människa, inte att man ska boka in sig på ett digitalt nybesök under 4 veckor. (...) Det är många som säger att de aldrig upplevt det förut".*

*"(Den integrerade verksamheten) är så bra för att man syr ihop det som passar i varje ärende. Det är det jag uppskattar allra bäst, när det passar bäst att psykologen kommer in då gör den det. När läkaren behöver komma in, då gör den det. De är så unika så många av de här ärendena. Där behöver vi skraddarsy för att det ska bli bra. Om vi ska få tag i de riktigt svåra så måste vi jobba så här".*

*"Jag tror att jag förmedlar en känsla av att jag förstår. Det de kan få ut är en respons från oss som de inte ofta kan få från andra vuxna".*

#### 2.2.1.4 Mervärde, effekter och nästa steg

När det gäller det mervärde och de effekter som Resursmottagningen skapat för de ungdomar som varit inskrivna så handlar medarbetarnas beskrivningar till stor del om att det arbete som beskrivits ovan har genererat en bättre förmåga hos ungdomarna att hantera sin livssituation. Det ligger i linje med de resultat i UngDOK som beskrevs ovan där arbetet tycks ha haft ett genomslag på ungdomarnas användning av narkotika samt på deras psykiska hälsa. Mycket av beskrivningarna handlar om att det stöd som erbjuds bidrar till ett stärkande av ungdomarnas livssituation och mående:

*"Vi har spelat en roll, vi har gjort ett avtryck. (De har fått) ökad självförståelse. De har fått strategier för hantering av sin funktionsnedsättning, sin ohälsa som över tid bidrar till att stabilisera hur individen mår. Att vi kan prata om en funktionsnedsättning, att vi kan prata om att man är annorlunda utan att det är fel. Att få en mer konstruktiv och proaktiv (hållning till sin situation). De blir lite punkigare i sitt ifrågasättande av samhället. Att de kan stå för sin annorlundahet i samhället".*

Det är samtidigt få som avslutats från Resursmottagningen. En anledning till detta är det relativt omfattande substansbruk och den samsjuklighet som ungdomarna beskrivit i UngDOK, där det tar tid att nå en situation med drogfrihet. Det innebär även att det finns svårigheter att anvisa ungdomarna till andra verksamheter, på grund av de krav som ställs upp i det ordinarie vårdssystemet. *"Om de är över 18 år så är det inte*

*givet att det går att remittera dem vidare. Det går t ex inte till Affektiva<sup>19</sup> om de ska vara drogfria. Det blir ett moment 22".*

Det finns en särskild utmaning som återkommer tydligt i beskrivningarna från medarbetarna vid Resursmottagningen. Det handlar om steget vidare till en hållbar lösning för ungdomarna, för att den positiva utveckling de upplever på Resursmottagningen ska bli varaktig. Det handlar då om ett behov av stöd till sysselsättning (eller utbildning) som ett steg vidare från Resursmottagningen eller Mini-Maria. *"De som inte har en sysselsättning, det är svårt när det är så tomt omkring dem. Det vi har svårt för är när det inte finns något"*. Det är ett tydligt tema i medarbetarnas beskrivningar att det behövs ett fortsatt, långsiktigt stöd kring ungdomarna för att ta tillvara den utveckling som skett och att säkerställa en fortsatt hållbar planering. Följande kommentar får summera:

*"(En patient jag har) behöver komma vidare med sysselsättning. Det är något vi måste ta tag i. Det har hänt så mycket med den killen. Han hade så mycket ångest, han var inte ren. Plötsligt kom han på det var viktigt med hälsan. Han stramade upp sig. Sen hände det ingenting med jobb eller skola"*.

Hoppfullheten framåt och känslan av en meningsfull sysselsättning är en nyckelfaktor i de beskrivningar som ges kring att skapa hållbara effekter hos ungdomarna. En annan medarbetare på Resursmottagningen beskrev detta i termer av en *"känsla av att gå på en buss som står parkerad i en återvändsgränd och vänta på att den ska gå..."*. Det är följaktligen ett tydligt uttalat utvecklingsområde när det gäller att vidareutveckla stödet för de ungdomar som behöver insatser i en slutfas av stödet från Resursmottagningen:

*"Vi behöver ha mer proaktiv hållning när det gäller hur de ska röra sig mot hållbara boendesituationer och varaktig försörjning. Vi behöver ha en tanke om deras sysselsättning, att de ska ha en tanke om vad de vill ägna sig åt och hur de ska röra sig mot det. Att de ska vilja detta och ha en bild av hur detta ska vara möjligt"*.

### 2.2.1.5 Utvecklingsområden vid Resursmottagningen

Ett av de centrala utvecklingsområden som beskrivs för arbetet inom och/eller kring Resursmottagningen utgår således från att det vid mottagningen finns förutsättningar att hjälpa ungdomarna med utredning, stabilisering och medicinering i förhållande till deras substansbruk och psykiska ohälsa, men att de utmaningar som många av ungdomarna har utanför detta stöd fortfarande finns kvar. Sammantaget konstateras att *"vi kan inte bryta beroende om det inte finns en fungerande framtidsplan"*.

Av denna anledning förmedlas ett behov av att stärka samarbetet mellan Resursmottagningen och verksamheter som har ett uttalat fokus på stöd mot arbete eller studier, t ex Unga Vuxna inom Finsam Göteborg. Denna verksamhet riktar sig till personer som är 16–29 år, arbetslösa och har psykisk ohälsa som på olika sätt hindrar dem från att arbeta eller studera.

<sup>19</sup> Affektiva mottagningen inom VGR vänder sig till personer över 18 år som lider av tvångssyndrom, ångest, depression eller posttraumatiskt stressyndrom på specialistpsykiatrisk nivå.

Den andra del som är tydligt återkommande i förslag om vidareutveckling är ett ökat samarbete med Sexualmedicinskt centrum Pilen (SMC), som riktar sig till sexuellt riskutsatta personer från 13 år. Detta är kopplat till erfarenheten att en stor del av ungdomarna på Resursmottagningen, särskilt kvinnor, har en sexuell riskutsatthet eller som varit/är utsatta för sexuellt våld. Det samarbete som etablerats med SMC Pilen har återkommande beskrivits som en särskild framgångsfaktor i arbetet på Resursmottagningen, och även om det skett ett utbyte mellan verksamheterna så lyfts det fram ett behov av ett ytterligare strukturerat samarbete. En medarbetare konstaterade att det vore bra *"om man hade kunnat ha en sexolog som kunde ha samtal här (...), det vore bra att få in här"*. En annan medarbetare resonerade på samma tema: *"Det bästa vore att få dem på plats. Det är bättre om man är samlokaliserade. För många av dessa överskuggar (den sexuella utsattheten) allt, och då kommer vårt arbete inte att hjälpa"*.

Det tredje utvecklingsområde som lyfts fram handlar mer om det interna arbetet på Resursmottagningen och erfarenheterna från pilotprojektet. Det finns en uppfattning om att arbetet bedrivits på ett positivt sätt under pilotprojektet. Samtidigt lyfts ett behov av att tydligare fokusera den gemensamma utvecklingen i förhållande till de roller som finns på Resursmottagningen. Det handlar ytterst om en balans mellan att under ett pilotprojekt visa upp resultat och att driva ett utvecklingsarbete. I detta avseende beskrivs att det påbörjats ett förtydligande av de gemensamma processerna, men att det kvarstår ett behov av en mer strukturerad utveckling. *"Innan var det mer att alla gör samma saker. Nu har det blivit mer att det finns ett tydliggörande kring roller. Och det är bra"*. Några ytterligare kommentarer kring behovet av fortsatt utveckling kring rollerna på Resursmottagningen är följande:

*"BUP är mycket tydligare sjukvård, indoktrinerat att man jobbar i specialistpsykiatri. På BUP har läkaren det sista ordet. Mini-Maria är mer en platt organisation. Samverkansavtalet gör att det inte blir lika tydligt. Alla var pepp, men nu börjar man märka att vi har olika vinklar"*.

*"Vi hade en tanke om sannolika processer, då trodde jag att vi skulle stanna upp och fundera. Behöver vi skruva (på något). Det var något jag förväntade."*

*"Någon skulle haft ansvaret för att facilitera utvecklingsprocessen. Vi har ett förarbete och någon skulle haft på sitt bord att ta hand om det förarbetet. Se till att vi återkommer till det och reflekterar om det är detta vi gör. Om vi inte gör det, varför inte?"*

Kring det interna arbetet har det också rests frågetecken kring hur akuta händelser ska hanteras, och då utanför ordinarie öppettider på mottagningen. Det har i framställningen tidigare beskrivits att ungdomarna vid Resursmottagningen har en omfattande historia av våldsutsatthet och suicidalitet. Det har på detta tema lyfts ett behov av en strategisk diskussion om behovet av akuta bedömningar.

*"Mer komplexa patienter ökar behovet av akuta bedömningar. Vi har gott om läkartider, men det är många tider när vi inte är på plats. Vi har ungdomarna också på jul och semester. Det finns vissa situationer när det ska vara en läkare eller specialistsköterska. Vi måste fundera över akutansvaret. Suicidalitet, psykoser, hot och våld – vi har fått svårare patienter än vad vi ofta har förutsättningar för, hur ska vi hantera detta?"*

En implikation av en utökad, uppskalad verksamhet efter pilotprojektet innebär också en farhåga att samla ungdomar med olika förutsättningar i gemensamma lokaler. *"En utmaning är att vi har många som är unga. Att samla dem i ett väntrum med äldre med våldskapital, att samla de lättare med de tyngre. Hur ska tänka kring väntrummet och upplägget runtomkring?"*

En tredje del när det gäller utveckling av det interna arbetet handlar om socionomernas roll på Resursmottagningen. Det har tidigare konstaterats att psykiatrisjuksköterskor gör mycket av det löpande arbetet som socionomer annars utför på ordinarie Mini-Maria. Det har även lyfts fram att det varit positivt med socionomernas arbete kring t ex familjearbetet, uppsökande arbete av unga med kriminell bakgrund samt samordning av kontakter med socialtjänsten. Det framstår samtidigt som oklart vilken roll som socionomerna ska fylla på Resursmottagningen som inte kan fyllas genom ett utökat samarbete med socionomer på ordinarie Mini-Maria. Följande resonemang får illustrera:

*"Skillnaden är att sjuksköterskorna gör det som socionomerna gör på Mini-Maria. I det faktiska patientarbetet behövs inte socionomerna riktigt i den utsträckningen som på vanliga Mini-Maria. Fortfarande är jag tveksam till vad socionomens roll ska vara på Resursmottagningen. Min farhåga är att socionomen ska bli en koordinator mot socialtjänsten. (...) Arbete med de kriminella hade kunnat göras på Mini-Maria. Det finns saker som socionomerna skulle kunna göra, men som inte är avhängigt en socionom".*

Vidare kommuniceras en utmaning att socionomerna inte arbetar i samma dokumentationssystem som övriga medarbetare på Resursmottagningen. Ett förslag som lyfts i detta sammanhang är att undersöka hur socionomer som finns på BUP arbetar:

*"Jag hade velat höra hur socionomerna på BUP jobbar, jag tänker att det är så som socionomerna på Resursen ska jobba. Det hade varit bra att få veta om hur de jobbar. Det har vi inte pratat om, vi har inte utforskat den arenan. (...) Man skulle behöva anställa socionomer inom sjukvården, för man behöver kunna kommunicera kring patienten i samma system".*

Sammantaget kan det konstateras att medarbetarna vid Resursmottagningen beskriver målgruppen för verksamheten som ungdomarna med en sammansatt problematik som innefattar en omfattande utsatthet. Det gäller ett utbrett substansbruk, i kombination med en psykisk ohälsa med koppling till att de varit utsatta för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Därför ses det som avgörande att patienterna vid Resursmottagningen kan få ett mer heltäckande stöd som utgår från ett flexibelt arbetssätt där ungdomarnas hela livssituation kan beaktas och att vården som erbjuds inte enbart utgår från ett fokus på utredning av neuropsykiatrisk utredning och/eller substansbruk. Detta uppfattas i förlängningen leda till en bättre förmåga hos ungdomarna att hantera sin livssituation.

## 2.2.2 Uppfattningar hos samverkansaktörer

Under arbetet med utvärderingen har samtal förts med representanter för Mini-Mariamottagningarna i Göteborg, Beroendemottagningar inom VO Beroende, VGR samt SMC Pilen. Samtal med personalen vid Mini-Maria genomfördes i form av en

workshop, medan intervjuer genomförts med företrädare för Beroendemottagningar i Göteborg och SMC Pilen.

### 2.2.2.1 Mini-Maria Centrum/Väster, Hisingen och Nordost

Från Mini-Mariamottagningarna beskrivs generellt en positiv uppfattning kring Resursmottagningens arbete. Den positiva erfarenheten utgår i stort från att personal har kunnat lotsa vidare de ungdomar som har haft en alltför komplex problematik i förhållande till det stöd som erbjuds vid Mini-Maria. Det handlar dels om att det inte funnits förutsättningar att erbjuda ett ändamålsenligt stöd vid Mini-Maria, dels om en uppfattning att det vore kontraproduktivt för vissa ungdomar att i sin journal få infört en vårdkontakt för sitt substansbruk i förhållande till fortsatta vårdkontakter med psykiatrin.

*"Jag är trygg med att ta in alla, nu vet jag vet att vi kan göra mer. Om det var psykiatri så vågade vi inte (skriva in). Det skulle vara en björntjänst om de över 18 år hade en journal hos oss. Det blev en frustration när vi upptäckte något psykiatriskt, vi blev bekymrade över vad konsekvensen kunde bli".*

Detta utgår från en av de premisser som ställts upp för Resursmottagningen, dvs att BUP har kommunicerat att de inte erbjuder vård till personer med ett pågående substansbruk och att det funnits ett krav på drogfrihet även till andra verksamheter. Ur detta perspektiv beskrivs utvecklingen av Resursmottagningen som särskilt relevant i förhållande till att målgruppen för Mini-Maria utvecklats över tid: *"Resursmottagningen är ett resultat av att omvärlden har förändrats. De som kommer till oss på Mini-Maria har en större problematik, en multisocial problematik"*. Mot denna bakgrund beskrivs Resursmottagningen innebära en möjlighet till stöd för en bredare grupp av ungdomar som annars inte hade kunnat få stöd via Mini-Maria, vilket även skapar en större trygghet och i förlängningen ökad arbetstillfredsställelse för personalen vid Mini-Maria.

Generellt beskrivs Resursmottagningen bidra med ett psykiatriskt förhållningssätt till de ungdomar som söker sig till Mini-Maria och har en sammansatt problematik. Resursmottagningen beskrivs innebära *"att det finns en till spelbricka som kan skänka hopp"*. Det helhetsperspektiv på ungdomarna som medarbetarna vid Resursmottagningen beskrev återkommer även här: *"(Det är) Mini-Maria extra allt. Vi trodde att det skulle bli psykiatri, men det blev allt. Lägre tempo, utrymme att tänka helhet, att man inte behöver dela upp stödet"*.

Arbets sättet vid Resursmottagningen beskrivs av medarbetarna på Mini-Maria medföra att ungdomar känner sig sedda och lyssnade på i en vårdkontakt som inte avslutas. Det bidrar även till att skapa ett lugn i familjen, där vårdnadshavare slipper navigera i vårdsystemet och jaga vårdkontakter till sina ungdomar. Tryggheten som skapas beskrivs utgå från en vetskap om att ungdomarna kan få fortsatt stöd och hjälp i ett sammanhang som har ett bredare perspektiv på substansbruk och drogfrihet. I grunden ligger det långsiktiga "hållandet" där det ges möjlighet till att få göra en utredning och att få större klarhet utifrån ungdomens sammantagna utmaningar. Resursmottagningen beskrivs innebära att berörda ungdomar får förutsättningar att få rätt hjälp, vilket i sin tur beskrivs ha en stor betydelse för motivationen att bli drogfri.

*"Resursmottagningen avlastar de vanliga Mini-Mariamottagningarna. De kan svara upp till det vi inte har. De skapar trygghet, hopp och det blir inte en risk"*

*att ge stöd. Vi kan vara modiga och våga prova. Det bidrar till en stolthet i att vi kan göra väldigt mycket”.*

### 2.2.2.2 Beroendemottagningar

Även från beroendemottagningarna i Göteborg beskrivs Resursmottagningen som en mycket relevant insats. I detta avseende är det särskilt i två avseenden som Resursmottagningen uppfattas skapa mervärde för verksamheten. Det handlar dels om att motverka en tidig inskrivning av unga personer vid beroendemottagningar för vuxna, dels om en avlastning av en verksamhet med i övrigt begränsade resurser.

När det gäller inflödet av unga till beroendemottagningarna beskrivs att dessa: *”har använt Resursmottagningen mycket för patienter som är 18–21, unga vuxna som behöver insatser med ett annat tempo annan finess”.* Det handlar särskilt om ungas övergång från BUP till beroendemottagningar för vuxna där det uttrycks en önskan om att fördröja detta steg så långt det är möjligt.

*”Det känns alltid i magen när man har en 18-åring i väntrummet där det är stökigt. Det ska ändå mycket till innan man kommer in på vår mottagning, det ska inte vara första instansen”.*

Resursmottagningen beskrivs i detta perspektiv som en ändamålsenlig insats som alternativ till beroendemottagningarna: *”För mig har det har varit väldigt skönt att få skicka remisserna för att jag tänker att de kan möta de patienterna på ett annat sätt. Vi har inte remitterat redan etablerade patienter”.* Remisserna beskrivs sedan ha omfattat just unga patienter som remitterats till beroendemottagningen.

*”När jag ser att det kommer in remisser på väldigt unga patienter. Jag skickar det vidare till (Resursmottagningen). Många kallas till dit, och då backar vi. Ibland har vi fått tillbaka att de inte jobbar med de riktigt svåra symptomen, att det finns vissa begränsningar”.*

Sammantaget förmedlas från beroendemottagningarna en tydlig uppfattning om att Resursmottagningen fyller en tydlig funktion i stödet till unga och att den integrerade verksamheten bidrar med ett särskilt mervärde för unga med en beroendeproblematik som är på väg in ett vårdssystem för vuxna.

*”Det är jättestort mervärde för oss. Det är något visst att jobba med de unga vuxna. Man får driva processerna på ett annat sätt. Vi har många patienter att möta med begränsade resurser och att mina kollegor som jobbar kliniskt, att de ska följa de unga vuxna som kräver mer kontakter och en annan fingertoppskänsla.... Det är inga mängder, men att få in det i en annars redan pressad vardag är svår”.*

*”(Resursmottagningen) är superrelevant, en av de mer relevanta lösningarna de senaste 10 åren. Den är så självklar. Det blir mer patientsäkert och mer personcentrerad vård om man jobbar som man gör på Resursmottagningen”.*

### 2.2.2.3 Sexualmedicinskt centrum (SMC)

SMC Pilen är en specialiserad lågtröskelverksamhet inom Sexualmedicinskt centrum (SMC) som riktar sig till sexuellt riskutsatta personer från 13 år. Även från denna

verksamhet återkommer uppfattningarna om Mini-Maria Resursmottagning som en relevant och ändamålsenlig insats i vårdsystemet kring de aktuella ungdomarna. Ett framträdande tema är att Resursmottagningen ses som en central aktör i ett indirekt uppsökande arbete i förhållande till SMC. Följande kommentar får illustrera:

*"Mini-Maria och Resursmottagningen är en av förutsättningarna för att vi ska få in patienter till vår mottagning. De hittar de riskutsatta ungdomarna, de kommer inte frivilligt. Det behövs de som fångar upp de här ungdomarna tidigare. Det är där Resursmottagningen kommer in. På Mini-Maria är det en grupp unga som håller på med droger, de är riskutsatta. Men de som hamnar på Resursmottagningen är ännu mer utsatta, man kan nästan förutsätta att de är (sexuellt riskutsatta) om de går på Resursmottagningen".*

Grunden för identifieringen av den sexuella utsattheten tas i den kartläggning som görs på Resursmottagningen, delvis genom Sexit. Information om ungdomarnas erfarenheter beskrivs också komma fram genom den relation som utvecklas vid Resursmottagningen. Om det kommer fram någon relevant information, så förmedlar Resursmottagningen sedan kontakt med SMC Pilen. I detta ingår ett stöd i övergången, vilket i sig ses som en avgörande framgångsfaktor.

*"Genom Resursmottagningen hittar (ungdomen) en ingång till oss, sedan tar vi vid. SMC och Resursmottagningen är en bra matchning. Det är precis samma unga som vi jobbar med, som inte annars hade sökt vård hos oss. Det här är inte personer som hade sökt själva, de behöver stöd i övergångarna".*

Det stöd som erbjuds vid Resursmottagningen beskrivs vara centralt för bemötande av just den sexuella utsattheten, vilken tidigare visat sig vara särskilt hög hos målgruppen. Detta utgår från att denna utsatthet ses som en avgörande aspekt för ungdomarnas livssituation.

*"Droger, våld och sex hänger ihop. Vi försöker köra in den tårtbiten. Det börjar hända lite, men det finns fortfarande för dålig kännedom om de olika problemen. De här ungdomarna skulle kunna söka till en övergreppsmottagning, men de gör inte det. Det här är en grupp som inte söker själva".*

I detta sammanhang uppfattas Resursmottagningen spela en avgörande roll, framför allt med utgångspunkt i det långsiktiga, relationsskapande arbetet. *"Det är en grupp som vi behöver fånga upp om vi ska få ordning på detta, att fånga upp personer som kan hamna i (en sexuell utsatthet). Det behövs en relation för att man skäms, det finns en skuld".* Resursmottagningen får följaktligen vitsord för att de lyckas identifiera de unga som behöver ett fördjupat stöd från SMC och att de förmedlar en kontakt i övergången mellan de två verksamheterna.

Den utveckling som efterfrågas är snarast ett ännu mer sammanflätat samarbete än vad som är fallet för t ex Mini-Mariamottagningarna. Detta utgår från de mer utbredda behov som identifierats hos Resursmottagningens ungdomar.

*"Resursmottagningen och SMC skulle sitta ihop, de hör så väl ihop. (...) Det skulle vara samlokaliserat mer. Det är ett problem att de först ska komma till*

*Resursmottagningen, sedan ska de motivera dem att komma till oss. Man borde integrera idén så att det blir mer sammanflätat”.*

Det finns följaktligen en uppfattning hos både Mini-Maria Resursmottagning och SMC Pilen om att samarbetet mellan de två verksamheterna bör utvecklas ytterligare, i syfte att hantera den omfattande utsatthet som de aktuella ungdomarna möter.

### 2.2.3 Uppfattningar hos ungdomar och närstående

Som del av utvärderingen har intervjuer genomförts med 8 ungdomar och 5 närstående som fått stöd genom Mini-Maria Resursmottagning. Dessa har genomförts på plats i Resursmottagningens lokaler och i ett par fall har intervjuerna genomförts via Teams eller telefon.

Över lag återkommer i ungdomarnas och de närståendes beskrivningar teman som är vanliga när det gäller framgångsfaktorer i Mariamottagningars arbete – ett lättillgängligt stöd, ett respektfullt bemötande och ett icke-dömande och alliansskapande arbetssätt med hög grad av flexibilitet. Dessa teman kopplas här ofta till målgruppens särskilda förutsättningar.

#### 2.2.3.1 Bemötande och förhållningssätt

Sammantaget beskriver ungdomarna och de närstående omfattande tidigare kontakter med framför allt barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst. Återkommande i beskrivningarna är att de uppfattat ett positivt bemötande vid Resursmottagningen, vilket också ofta sätts i relation till deras tidigare kontakter. En ungdom konstaterade följaktligen att *”de är mer välkomnade här. Trevliga, genuina bemötanden. Inget dömande, vilket man kan få annars. Det är en personligare relation”*.

Just det icke-dömande perspektivet är ofta återkommande i beskrivningarna och det är många av ungdomarna som poängterar att de uppskattat Resursmottagningens hantering av och förståelse för deras substansbruk. Detta går också tillbaka till de komplexa utmaningar som många av ungdomarna upplever. *”(Substansbruket) är en av de jobbigare saker man vill ha hjälp med. Det tar bort något som man tar för att må bra. Innan blev jag dömd för det”*. Ett ord som särskilt återkommer i dialogen är att stödet uppfattas som genuint. *”Det var en mer personlig relation, det gjorde det lite lättare. Det var genuint, men helt professionellt”*. Framför allt är det emellertid det icke-dömande perspektivet som präglar Resursmottagningens arbete som lyfts fram.

*”Om man genuint vill ha hjälp och samarbetar så får man det. Om jag halkade till och var ärlig, då fick jag inte en utskällning. Vi pratade om att det här är konsekvenserna, det här ledde det till. Vi analyserade varför det blev som det blev. Då blev jag mer sårbar”*.

En aspekt av bemötandet som många av ungdomarna lyfter fram är att de varit positiva till dialogen om den egna diagnosen. Även i detta avseende görs en jämförelse med tidigare kontakter, där de ofta beskriver att dialogen haft en annorlunda utgångspunkt. Skillnaden ligger i att de vid Resursmottagningen anser sig ha blivit lyssnade till, att jämföra med tidigare kontakter där de beskriver att de mest fått information berättat för sig eller att det varit vuxna som pratat med varandra över huvudet på ungdomen.



*"Det kändes som att jag kunde berätta om hur jag ser på min ADHD. Det är enkelt att diskutera med dem om hur jag ser på min ADHD och min medicinering. (...) Det är väldigt bra personal som är villiga att lyssna, inte bara säga nej när någon vill beskriva sin egen ADHD, att ge sin egen input. Det har denna mottagningen gjort jättebra".*

Detta är ett perspektiv som även delas av de närstående. *"På soc har det stannat vi samtal och ofta är det bara vi vuxna som pratat om honom".*

Sammantaget beskrivs arbetssättet vid Resursmottagningen ha medfört att ett förtroende utvecklats hos ungdomarna. Det utgår i sin tur från ett helhetsperspektiv i stödet, där det inte enbart har funnits ett fokus på utredning och diagnos eller behandling av substansbruket. En närstående summerar med att *"det kändes fantastiskt att få tillgång till diagnos och behandling. Men också att han har fått gå här och prata. Att det är någon som har koll på honom. Jag märker att han har ett förtroende för personalen och att han har uppskattat det".*

### 2.2.3.2 Helhetsperspektiv och tillgänglighet

Värdet av just ett helhetsperspektiv på ungdomarnas situation, där det inte handlar om enbart psykisk hälsa/diagnos eller substansbruk utan en kombinerad ansats, är ett tydligt tema i ungdomarnas och de närstående beskrivningar av Resursmottagningen. En kommentar från en ungdom får illustrera den generella uppfattning som förmedlas:

*"Här behandlar de inte bara ett problem, de bygger upp en plan. De andra kollar på en sak och det andra glöms bort. Här hjälper de till med allt. Det gör att man slipper många kontakter".*

Särskilt framträdande i beskrivningarna är att stödet har haft ett psykiatriskt perspektiv, men att det funnits en samtidig förståelse för substansbrukets orsaker och konsekvenser. Detta relateras framför allt till tidigare erfarenheter från BUP, där uppfattningen är att Resursmottagningens anknytning till Mini-Maria och det integrerade perspektivet bidrar till en annan förståelse för de ungas situation. *"De har haft en förförståelse i och med att det är kopplat till Mini-Maria, vilket inte är saker de haft koll på hos BUP".* En ungdom summerade att *"det känns som att alla som jobbar här..., de skulle kunna ha en bror som är missbrukare".*

I flera fall har ungdomarna kunnat resonera kring skillnaden mellan ordinarie Mini-Maria och Resursmottagningen. Även om de varit mycket nöjda med stödet från Mini-Maria finns det en tydlig bild av att Resursmottagningen haft ett annat fokus som de uppskattat. Det handlar då om ett bredare perspektiv på livssituationen, vid sidan av substansbruket. *"På Mini-Maria hade de fokus på att ta bort knarket. På Resursmottagningen har de haft fokus på vad det hade orsakat och vad vi hade nu".* De löpande kontakterna och stödsamtalen vid Resursmottagningen uppfattas ur detta perspektiv som mycket positivt av ungdomarna. Även de närstående förmedlar denna bild, vilket särskilt utgår från det integrerade perspektivet och att det finns en samordning av kontakter även utanför Resursmottagningen. En närstående summerade att det är *"positivt är att det är samlat olika resurser på samma ställe. Man pratar med någon och då får de andra reda på det".* En annan närstående påtalade värdet av att *"det är samlat, de olika kompetenserna. Att de har kontakter med andra inom vården".*

I likhet med generella beskrivningar av Mariamottagningar återkommer kommentarer om en hög tillgänglighet på Resursmottagningen. Både ungdomar och närstående beskriver att det är lätt att komma i kontakt med personalen på Resursmottagningen i förhållande till övriga vården. *"Man kan få tider, de har ett brett utbud. Man får vara med och välja sin behandling, hur ofta det ska vara".* I linje med tidigare beskrivningar från medarbetare vid Resursmottagningen om hur arbetet präglas av ett "roddande" kring ungdomarna beskrivs att det finns ett annat perspektiv i detta sammanhang än i det ordinarie vårdssystemet. Här läggs mycket fokus på personalens arbete med att få ungdomarna att komma till mottagningen för att ta del av det stöd som erbjuds. *"Det blir ett arbete i sig att komma i kontakt med vården. Här jagar de efter en själv, de lägger mycket tid. Mycket mer än jag är van vid".*

### 2.2.3.3 Mervärde av stödet från Resursmottagningen

När det gäller det mervärde och de effekter som Resursmottagningen skapat för de som varit inskrivna så handlar ungdomarnas och de närståendes beskrivningar till stor del om att stödet har genererat en bättre förmåga hos ungdomarna att hantera sin livssituation. Detta kopplas till att ungdomarna fått en större förståelse för sig själva och sina förutsättningar genom utredning och diagnos.

*"Många saker har blivit förklarade. Sådant som har med ADHD att göra, men som jag har trott var jag. Jag har det svårare, det är inte alla andra som är smartare. Det gjorde det lättare att inte hata mig själv".*

Såväl ungdomar som närstående beskriver att stödet från Resursmottagningen har bidragit till en förändrad attityd hos ungdomarna till sin situation, vilket i sin tur lagt grunden för en fortsatt planering framåt. En närstående summerade att *"det är en inställningsförändring. (Min son) har bestämt sig för att det inte är bra. Den hjälpen han fick efter det var att (socionomen) ordnade en (frivillig inläggning) på Östra sjukhuset. Sedan startades utredningen efter det".*

Återkommande i beskrivningarna är att ungdomarna fått hjälp av Resursmottagningen att påbörja en övergång till vuxenlivet. *"De har gjort ett bra jobb, jag har lärt mig att kontrollera min ADHD. Jag har inte använt mig av substanser. Jag har börjat lägga upp planer för dagen, kommit igång med livet".* Ett tydligt tema är att ungdomarna fått en diagnos av framför allt ADHD och därefter en ökad förståelse och verktyg för att hantera sin funktionsnedsättning. *"Jag har fått ADHD-färdigheter och en struktur som har hjälpt mig med mina studier".* Ett perspektiv som lyfts fram är att detta har sedermera bidragit till en hoppfullhet och ökad motivation inför framtiden. *"Jag har en tydligare väg med vad jag ska göra med livet. Det är inte hopplöst längre".* En annan ungdom konstaterade att *"det var samtalet som gav mig motivation, de motiverar dig att göra saker och det är de väldigt duktiga på".* Samma ungdom summerar sig utveckling på följande sätt:

*"Jag gick från hemlöshet till boende. Från missbrukare till drogfri. Från odiagnostiserad till att komma och få en diagnos. Jag har väntat 12 år på min utredning. Det har varit mycket påbörjat, abrupta avslut på grund av min problematik. De snackar inte skit, de säger att de ska hjälpa mig och det gör de".*

Samtidigt förs det framför allt från närstående fram en oro över att det saknas ett långsiktigt stöd som kan ta tillvara den positiva utvecklingen. Detta ligger mycket i linje med det perspektiv på meningsfull sysselsättning som lyftes fram av personalen på Resursmottagningen. Många av ungdomarna beskriver en tydlig plan framåt, inte sällan genom studier på folkhögskola. De närstående förmedlar emellertid en oro om att brist på ändamålsenligt stöd för etablering i arbete eller studier ska leda till bakslag i utvecklingen. *"Jag kan känna att vi är i limbo. Jag är så tacksam att han själv vill studera nu. Men han är lite skraj nu för att misslyckas. Hade man kopplat på ett stöd in i vuxenlivet så hade det varit fantastiskt"*.

#### 2.2.3.4 Avgörande förändring genom Resursmottagningen

Som avslutning på samtalen ombads de ungdomar intervjuades på plats i Resursmottagningens lokaler att med egna ord skriva ett svar på frågan "Vad är den mest avgörande förändringen som kontakten med Mini-Maria Resursmottagning har inneburit för dig?" Det resulterade i att fem ungdomar i skrift utvecklade sina erfarenheter av Resursmottagningen på följande sätt.

*"Jag har hittat en kompis som fattar".*

*"Hjälp med drogberoende. Mer självtanke. Förbättrat självförtroende. Bättre påläst om diagnoser. Bättre information om droger och hur man bekämpar beroende. Mer vuxet beteende/moget beteende".*

*"När jag kom till Mini-Maria Resursmottagning så fick jag lära mig att hantera mina problem från ett tredje perspektiv. Jag fick även min diagnos ADHD här och fick lära mig att leva med den på ett mer effektivt sätt".*

*"Långsiktig behandlingsplan som är anpassningsbar med kortsiktiga och långsiktiga mål. Utredning i saker som lätt ignoreras av resterande världen. Stöd och utbildning till närstående, hjälper patient med problem hemma så att familj får en bättre förståelse för sin problematik. Jag fick även hjälp med ADHD-färdigheter, vilket hjälpt mig med struktur och skolliv".*

*"Jag går i min vardag och jag förstår vad som händer. Nu händer detta och då kan jag göra så här. Det jag behövde hjälp med var inte att sluta röka. Det var känslorna och måendet jag försökte hjälpa med cannabiset. Nu har jag en frisk kropp och jag orkar göra saker".*

Sammantaget konstateras att även ungdomar och närstående, i likhet med övriga intressenter, ser positivt på det stöd som har kunnat erbjudas via Mini-Maria Resursmottagning. Mycket av framgångsfaktorerna utgår från ett arbetssätt där ungdomarna blir lyssnade till, vilket bidrar till en relation där det skapas en motivation för förändring. En ökad förståelse för de egna förutsättningarna, framför allt utifrån en diagnosticerad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, beskrivs bidra till en stabilare tillvaro där det finns ett förbättrat självförtroende och en ökad framtidstro. *"Sen jag kom hit och blev av med bruket har mitt liv börjat rulla. Jag har kommit någonstans. Jag gjorde inget innan. Jag har sökt skola, fixat mina knän och fått möjligheter att jobba"*. En kommentar från en ungdom får avsluta framställningen: *Jag har varit på så många projekt och det här är det bästa av dem alla. Är det något projekt man ska ha igång, så är det detta. Det här stället är fan bra"*.

## 3 SUMMERING OCH REKOMMENDATIONER

Under hösten 2023 och våren 2024 har Tranquist Utvärdering haft i uppdrag av Västra Götalandsregionen (VGR) att göra en utvärdering av pilotprojektet Mini-Maria Resursmottagning. I denna rapport redovisas de samlade resultaten av utvärderingen.

### 3.1 Bakgrund och utgångspunkter

En Mariamottagning (även kallad Mini-Maria) är en specialiserad öppenvårdsenhet som utgör en integrerad beroendemottagning för barn och unga vuxna med risk- och missbruk samt beroende. Gemensamt för Mariamottagningar är att kommun och region i samverkan erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning kring substansbruk, drogtester, individuell eller familjeterapeutisk behandling samt manualbaserade behandlingsprogram.

Mini-Maria Resursmottagning är ett pilotprojekt som drivs av Västra Götalandsregionen (VO Beroende, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i nära samverkan med BUP Göteborg) och Göteborg stad (Socialförvaltningen Centrum). Syftet med pilotprojektet är att ta fram ett förslag på hur Mini-Maria i Göteborg, genom att förändra och utvidga sitt uppdrag, kan ta hand om ungdomar som i dagsläget riskerar att inte få en sammanhållen vård. Detta innebär att Mini-Marias primärvårdsuppdrag med fokus på tidig upptäckt, familjearbete och utåtriktat arbete utökas till att innefatta ungdomar som utöver substansbruk har psykiatrisk problematik på specialistnivå samt gruppen unga lagöverträdare.

Mini-Maria Resursmottagning, som startades i oktober 2022, har riktat sig till barn och unga 14–21 år som har en samsjuklighet i form av problematiskt substansbruk samt psykisk ohälsa. Idén bakom mottagningen utgår från att Mini-Marias samverkan med barn- och vuxenpsykiatri behöver stärkas eftersom ungdomar på Mini-Maria behöver få tillgång till medicinering och utredning så att psykiatriinsatser ges i samband med kontakten på Mini-Maria. Detta utgår från att forskning visar att merparten unga personer med alkohol- och narkotikaproblem även har omfattande psykiska problem.

### 3.2 Resursmottagningens utfall och resultat

Under den period som utvärderingen avser, dvs oktober 2022 till och med december 2023, har Mini-Maria Resursmottagning haft kontakt med totalt 108 ungdomar. Av dessa har 68 ungdomar skrivits in som patienter vid Resursmottagningen. Åldern på de ungdomar som skrivits in vid Resursmottagningen är 14–21 år, vilket är i linje med målgruppsbeskrivningen. Medianåldern är 18 år, vilket är något högre än medianåldern för Mini-Maria i Göteborg som för år 2022 var 16 år.

Av det vårdadministrativa systemet Elvis framgår att de 68 ungdomarna sammantaget genererat 1442 besökstillfällen, vilket motsvarar drygt 21 tillfällen per ungdom. Av dessa har ca en tredjedel resulterat i uteblivna besök. Till de registrerade uppgifterna läggs även löpande sms- och telefonkontakter som personalen har med ungdomar och som inte syns i uppföljningen, vilket uppges vara av en omfattande karaktär. Det tillkommer även 178 bokade besök hos socionom, vilket inte redovisas i samma system.

Av de kartläggningar som genomförts genom UngDOK tecknas en bild av att Mini-Maria Resursmottagning har nått en grupp ungdomar med omfattande och sammansatt utsatthet. Av ungdomarna på Resursmottagningen är det knappt det 62 procent som uppgett att de använder cannabis som primär substans, vilket i

förhållande till Mini-Maria är relativt lågt. Däremot är användningen av ytterligare substanser utöver den primära avsevärt högre vid Resursmottagningen. Vid Mini-Maria är det en tredjedel av ungdomarna som uppger att de använder en eller fler ytterligare substanser. På Resursmottagningen är det sammantaget 87 procent som uppger att de använder någon substans utöver den primära. Hälften av ungdomarna uppger att de använder minst fem substanser och tvärtom utvecklingen på Mini-Maria är det de unga kvinnorna som i högst utsträckning uppger att de använder åtskilliga substanser.

När det gäller ungdomarnas tidigare behandlingshistoria har 8 av 10 ungdomar tidigare har vårdats för narkotikaproblem. 3 av 10 har vårdats enligt LVU och 6 av 10 ungdomar har tagit del av frivillig psykiatrisk vård. En tredjedel av de inskrivna kvinnorna har också tidigare omfattats av psykiatrisk tvångsvård. Till detta läggs att en fjärdedel av ungdomarna är dömda för något brott och att hälften av ungdomarna tidigare haft kontakt med socialtjänsten p g a kriminalitet.

I det närmaste samtliga ungdomar som varit inskrivna på Resursmottagningen beskriver att de har eller har haft problem i skolan som påverkat deras närvaro, resultat och/eller trivsel. Av svaren på frågor om ungdomarnas livssituation och psykiska hälsa tecknas också en bild av att ungdomarna vid Resursmottagningen har en mycket omfattande psykisk ohälsa, både historiskt och under den senaste månaden. Detta gäller särskilt inskrivna kvinnor, men även de unga männen. Sammantaget framkommer en bild av ungdomar med en omfattande utsatthet och en uppväxt som i de flesta fall präglats av psykisk ohälsa, våldsutövande, våldsutsatthet, sexuella övergrepp och våldtäkter. Ett anmärkningsvärt resultat är ytterst att 60 procent av de inskrivna kvinnorna uppger att de vid något tillfälle försökt begå självmord.

Ett tema som framkommit i utvärderingen är således utsträckningen av ungdomarnas fysiska, psykiska och sexuella utsatthet. Nästan samtliga kvinnor som har kontakt med Resursmottagningen har genom kartläggningen Sexit uppgett att de varit utsatta för sexuella övergrepp, där det handlar om våldtäkt i de allra flesta fall. En tredjedel av inskrivna kvinnor och 10 procent av männen uppger att de någon gång har utfört en sexuell handling i utbyte mot någon form av ersättning.

Sammantaget konstateras att ungdomarna som skrivits in på Resursmottagningen, i jämförelse med underlag från t ex Mini-Maria, har en särskilt omfattande utsatthet i ett såväl fysiskt, psykiskt som sexuellt perspektiv. Detta gäller i synnerhet de unga kvinnor som tagit del av stöd från Resursmottagningen, men även de unga männen ger uttryck för en omfattande utsatthet. Till denna sociala och psykiska utsatthet läggs även mer utbrett substansbruk än vad som syns i uppföljningsdata från ordinarie Mini-Maria.

### 3.3 Resursmottagningens uppfattade mervärde

Den bild som framträder genom de kvantitativa underlagen bekräftas sedan i samtal med olika intressenter kring Mini-Maria Resursmottagning. Personalen vid Resursmottagningen beskriver att de har nått ungdomar med ett omfattande stödbehov som av olika anledningar inte tillgodoses av det ordinarie vårdsystemets basmottagningar. Det beskrivs å ena sidan att denna grupp av ungdomar sällan söker vård på egen hand, å andra sidan att de inte erbjuds ändamålsenlig vård då de väl gör detta.

Personalen vid Resursmottagningen beskriver att arbetet till stor del handlar om en återkommande samordning och ett klagörande kring ungdomarnas förutsättningar för vård och behandling. Mot bakgrund av den omfattande och komplexa

problematiken hos ungdomarna beskrivs genomgående vikten av att utgå från ungdomarnas individuella behov i nuläget och att det antas en flexibel hållning till aspekter kring stabilisering, utredning och behandling.

Sammantaget beskrivs att ungdomar som skrivits in på Resursmottagningen har en sammansatt problematik som tar sin grund i den omfattande utsatthet som presenterats tidigare, inte minst i termer av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. En viktig aspekt i det relationella stödet som beskrivs är därför att det behöver finnas tid och förutsättningar att lära känna patienterna och lyssna till deras erfarenheter. Återkommande i beskrivningarna är att ungdomarna har en synnerligen komplex problematik och det konstateras att den grundläggande hypotesen om att det skulle finnas "enkla" patienter, där behovet framför allt skulle handla om tillgång till utredning och diagnos, inte infriats i någon större utsträckning.

Genomgående beskrivs det flexibla arbetssätt som tar sin utgångspunkt i ungdomarnas hela livssituation som en avgörande framgångsfaktor i arbetet, och att vården som erbjuds inte enbart utgår från ett fokus på utredning av neuropsykiatrisk utredning eller substansbruk. När det gäller det mervärde och de effekter som Resursmottagningen skapat för inskrivna ungdomar så handlar medarbetarnas beskrivningar sedan till stor del om att det personcentrerade arbetet har genererat en bättre förmåga hos ungdomarna att hantera sin livssituation. Detta kopplas sedan till att många av ungdomarna efter utredning har fått en diagnos och därefter strategier att hantera sin neuropsykiatriska funktionsnedsättning.

Under arbetet med utvärderingen har samtal på olika sätt förts med representanter för Mini-Maria i Göteborg, Beroendemottagningar under VO Beroende inom VGR samt SMC Pilen. Det finns en samstämmig bild där de olika intressenterna är mycket positiva till utvecklingen av Resursmottagningen. Samtliga tillfrågade ser Resursmottagningen som en synnerligen relevant lösning för de ungdomar som har sammansatt problematik och en omfattande utsatthet. Den bild som kommuniceras är att dessa ungdomar tidigare inte kunnat erbjudas ändamålsenlig vård, men att Resursmottagningen erbjuder ett anpassat stöd utifrån målgruppens förutsättningar.

Generellt beskrivs Resursmottagningen bidra med ett psykiatriskt förhållningssätt till de ungdomar som söker sig till Mini-Maria, men som har en alltför komplex problematik i förhållande till det stöd som erbjuds där. Resursmottagningen uppfattas följaktligen bredda utbudet av insatser och skapa trygghet för personalen i arbetet vid Mini-Maria. Vidare anses Resursmottagningen motverka en tidig inskrivning av unga personer vid beroendemottagningar för vuxna samt bidra till identifiering av sexuell utsatthet hos unga och sedermera stöd i övergång till SMC Pilen. Sammantaget förmedlas en tydlig uppfattning om att Resursmottagningen fyller en påtaglig funktion i vårdsystemet och att den integrerade verksamheten bidrar med ett särskilt mervärde genom sitt sätt att hantera den omfattande utsatthet som de aktuella ungdomarna möter.

Bilden av Resursmottagningens mervärde bekräftas även i samtal med ungdomar och närstående. Uppfattningarna utgår generellt från kärnan i Mini-Mariamottagningen, dvs ett lättillgängligt stöd, ett respektfullt bemötande och ett icke-dömande och alliansskapande arbetssätt med hög grad av flexibilitet. Sammantaget beskrivs arbetssättet vid Resursmottagningen ha medfört att ett förtroende har utvecklats hos ungdomarna. Det utgår i sin tur från ett helhetsperspektiv i stödet, där det inte enbart har funnits ett fokus på utredning och diagnos eller behandling av substansbruket.

Särskilt framträdande i beskrivningarna är att stödet har haft ett psykiatriskt perspektiv, men att det funnits en samtidig förståelse för substansbrukets orsaker och konsekvenser. Genom ett fokus på att lyssna och försöka kartlägga ungdomarnas utsatthet har det skapats grund för att utveckla anpassade vård- och stödinsatser.

Sammantaget konstateras att ungdomar och närstående, i likhet med övriga intressenter, ser positivt på det stöd som har kunnat erbjudas via Mini-Maria Resursmottagning. Mycket av framgångsfaktorerna utgår från ett arbetssätt där ungdomarna blir lyssnade till, vilket bidrar till en relation där det skapas en motivation för förändring. En ökad förståelse för de egna förutsättningarna, framför allt utifrån en diagnosticerad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, beskrivs bidra till en stabilare tillvaro där det finns ett förbättrat självförtroende och en ökad framtidstro. Detta beskrivs i förlängningen bidra till bättre förutsättningar för att bryta ett substansberoende.

Den utmaning som framför allt beskrivs för arbetet inom och/eller kring Resursmottagningen utgår från att det vid mottagningen finns förutsättningar att hjälpa ungdomarna med utredning, stabilisering och medicinering i förhållande till deras substansbruk och psykiska ohälsa, men att de utmaningar som många av ungdomarna har utanför detta stöd fortfarande finns kvar. Det handlar om steget vidare till en hållbar lösning för ungdomarna, för att den positiva utveckling de upplever på Resursmottagningen ska bli varaktig. Det handlar då om ett behov av stöd till sysselsättning eller utbildning som ett steg vidare från Resursmottagningen eller Mini-Maria.

### 3.4 Resursmottagningen i ett bredare perspektiv

Av summeringen ovan kan det konstateras att Mini-Maria Resursmottagning i hög grad motsvarar de antaganden som ligger bakom pilotprojektet. Utgångspunkten togs i att det finns ungdomar som inte får den sammanhållna vård som de har rätt till på grund av en samsjuklighetsproblematik. Problemet som identifierades var att Mini-Maria, en lågtröskelverksamhet på primärvårdsnivå, träffar ungdomar som har större problem än vad som ryms inom deras uppdrag. Erfarenheterna var att ungdomar som utöver substansbruk har psykiatrisk problematik på specialistnivå riskerar att inte få en sammanhållen och ändamålsenlig vård på grund av att basmottagningar saknar ett ungdomsperspektiv samt att psykiatrin och flera andra verksamheter inte arbetar med de som har ett pågående substansbruk.

De resultat som presenterats i denna rapport gör att Mini-Maria Resursmottagning i många avseenden motsvarar de slutsatser och rekommendationer som lyfts fram i Samsjuklighetsutredningen (SOU 2021:93). Där konstaterar utredarna att det är vanligt att personer med skadligt bruk och beroende inte får tillgång till den psykiatriska behandling som de har behov av. Detta beror inte bara på hur huvudmannskapet är fördelat utan också på resurser, kompetens, arbetssätt och kultur inom hälso- och sjukvården. Denna slutsats får, mot bakgrund av de resultat som presenterats i utvärderingen, tydligt stöd av erfarenheterna från Mini-Maria Resursmottagning. Vidare konstateras att:

*"Vård- och stödsystemet är fragmentiserat och svåröverblickat. För en person med behov av många kontakter är det av stort värde att det finns en person som håller ihop planering och genomförande av insatserna. Personer med samsjuklighet betonar också vikten av en tillitsfull relation mellan den som*

*håller ihop insatserna och den som behöver dem. (...) Målbilden kan uppnås genom att det finns förutsättningar för kontinuitet i det ordinarie vård- och stödsystemet och genom att sådana särskilda funktioner garanteras för dem med de största behoven”<sup>20</sup>.*

Denna bild av vårdssystemet för personer med samsjuklighet motsvarar i hög grad den bild som tecknats genom Mini-Maria Resursmottagning, där berörda ungdomar har en omfattande problematik med koppling till substansbruk, psykisk ohälsa samt psykisk, fysisk och sexuell utsatthet. Erfarenheten är att dessa unga har behov som överstiger utbudet som finns på ordinarie Mini-Maria och det har framgått att de inte anses kunna få sina behov tillgodosedda i det ordinarie vårdssystemet.

Mini-Maria Resursmottagning framstår således som ett konkret exempel på utformningen av de mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet som utredningen föreslår. Två av de konkreta förslag som lämnades i utredningen är att behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för psykiatriska tillstånd samt att en samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Att detta är en ändamålsenlig lösning för unga med en samsjuklighetsproblematik har pilotprojektet Mini-Maria Resursmottagning tydligt visat.

Det finns även en påtaglig koppling till mellan erfarenheterna från Mini-Maria Resursmottagning och resonemangen som förs fram i Narkotikautredningen (SOU 2023:62). Där konstateras att vårdssystemet för personer med skadligt bruk eller beroende är brett och i många delar välfungerande. Samtidigt finns det luckor i systemet, då personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika är också ofta socialt utsatta. Därför konstateras att det behövs särskilda vård- och stödinsatser till särskilt sårbara grupper, t ex flickor och kvinnor, hbtqi-personer, klienter på anstalt eller personer som utför sex mot ersättning. Resultaten från utvärderingen av Mini-Maria Resursmottagning tecknar en tydlig bild av att kvinnor i målgruppen har en särskilt utbredd utsatthet, men att de inte söker vård på egen hand. Där har den integrerade mottagningen fyllt en tydlig och viktig funktion. De framgångsfaktorer som presenterats i utvärderingen återkommer även i Narkotikautredningens resonemang.

*”Några sätt att särskilt möta behov hos dessa grupper är att erbjuda hög tillgänglighet utan tidsbokning (...) och att inte i onödan ställa krav på total drogfrihet för att få tillgång till hjälp och stöd. (...) Många aktörer samverkar runt samma person i olika delar av samtidiga insatser och i olika skeden i en rehabilitering eller återhämtningsprocess. Brister i samverkan och övergångar mellan skeden utgör tydliga risker för personer med skadligt bruk eller beroende”<sup>21</sup>.*

Utvärderingen har följaktligen visat att de personer som Mini-Maria Resursmottagning vänder sig till har en omfattande utsatthet med behov som överstiger det utbud som finns på ordinarie Mini-Maria. Det har också framgått att dessa ungdomar inte med lätthet kan få sina behov – kopplade till omfattande substansbruk, psykisk ohälsa samt

---

<sup>20</sup> SOU 2021:93

<sup>21</sup> SOU 2023:62



psykisk, fysisk och sexuell utsatthet – tillgodosedda i det ordinarie vårdssystemet. Mot denna bakgrund dras en övergripande slutsats att Mini-Maria Resursmottagning fyller en funktion för att erbjuda ett ändamålsenligt stöd till ungdomar som lever i en särskild utsatthet på grund av samsjuklighet utifrån substansberoende och psykiatrisk problematik.

### 3.5 Rekommendationer från utvärderingen

Utifrån resultaten från utvärderingen av Mini-Maria Resursmottagning avslutas denna rapport med några särskilda rekommendationer inför fortsatt arbete utifrån erfarenheterna från de pilotprojekt som genomförts.

- Utvärderingen har påvisat ett tydligt behov av det stöd som erbjuds unga som utöver substansbruk har psykiatrisk problematik på specialistnivå. De berörda parterna – VO Beroende, Barn- och ungdomspsykiatri, Vuxenpsykiatri och Göteborgs stad – rekommenderas därför att implementera erfarenheterna från Mini-Maria Resursmottagning i ordinarie verksamhet inom ramen för Mini-Maria 3.0.
- Mini-Maria Resursmottagning är en integrerad mottagning där ett helhetsperspektiv och flexibel tillgång till olika aktörers insatser är en av framgångsfaktorerna. I ett fortsatt arbete med Mini-Maria Resursmottagning är det viktigt att samtliga berörda aktörer ingår i den samverkanstruktur som etableras. Särskilt viktigt är att såväl Beroendemottagningar, Barn- och ungdomspsykiatri, Vuxenpsykiatri och Socialtjänst ingår i en formaliserad samverkansstruktur. Detta utgår från att de olika aktörerna var för sig har olika uppdrag som är avgörande för att Mini-Maria Resursmottagning ska kunna erbjuda ett ändamålsenligt integrerat stöd för unga 14–21 år. Ansvariga beslutsfattare rekommenderas därför att säkerställa att samtliga nyckelaktörer avsätter resurser för att ingå i samverkan genom Mini-Maria Resursmottagning.
- Ett av de utvecklingsområden som identifierats utgår från att ungdomars motivation för att bryta sitt substansberoende är kopplat till en meningsfull sysselsättning och en stark framtidstro. I syfte att skapa bättre förutsättningar för en långsiktigt hållbar planering rekommenderas att samarbetet stärks mellan Mini-Maria Resursmottagning och verksamheter som har ett uttalat fokus på stöd mot arbete eller studier, t ex Finsam Göteborg. På detta sätt skulle arbetet i högre grad motsvara de resonemang kring parallella samordnade insatser där den jobbfokuserade insatsen ingår som förts fram i forskning av Væksthusets Kompetencecenter i Danmark<sup>22</sup>.
- En stor andel av de ungdomar som blivit aktuella för stöd från Mini-Maria Resursmottagning har en sexuell riskutsatthet eller har varit/är utsatta för sexuellt våld. Detta gäller särskilt unga kvinnor i Resursmottagningens målgrupp. I detta avseende har samarbetet med Sexualmedicinskt centrum Pilen (SMC), som riktar sig till sexuellt riskutsatta personer från 13 år, varit avgörande för att kunna erbjuda ett ändamålsenligt stöd. Mot bakgrund av den omfattande utsatthet som identifierats rekommenderas att förutsättningarna undersöks för att ytterligare vidareutveckla samarbetet mellan de två verksamheterna.

---

<sup>22</sup> Bodilsen, S & Albeck Nielsen, S & Rosholm, M (2023).

- I det fortsatta arbetet med Mini-Maria Resursmottagning rekommenderas att det skapas en struktur för vidareutveckling av det interna arbetet på Resursmottagningen. Det är i detta avseende tre områden som särskilt bör beaktas:
  - Tydliggörande av det gemensamma utvecklingsarbetet i förhållande till de roller som finns på Resursmottagningen, där det skapas en större klarhet kring rollfördelningen mellan de professioner som finns på Mini-Maria Resursmottagning och samsyn kring gemensamma arbetssätt.
  - Tydliggörande av vilken roll som socionomerna bör ha på Mini-Maria Resursmottagning i förhållande till t ex ett fokus på stöd till närstående och familjer kring inskrivna ungdomar och ett uppsökande arbete i förhållande till unga i kriminalitet. I detta avseende bör det undersökas vilka uppgifter som med fördel utförs som en del av arbetet inom ordinarie Mini-Maria.
  - Tydliggörande av rutiner för hur akuta händelser ska hanteras, med särskilt fokus på händelser utanför ordinarie öppettider på Mini-Maria Resursmottagning.
- Det finns mycket uppgifter tillgängliga i UngDOK vid in- och utskrivning, men även genom Sexit, som kan användas för att följa upp och analysera verksamheten vid Mini-Maria Resursmottagning. Dessa uppgifter bör löpande följas upp, inte minst för att fortlöpande belysa och analysera utsattheten hos den grupp av ungdomar som Resursmottagningen når, men även för att analysera uppnådda resultat när volymen av utskrivna patienter har ökat. Därför rekommenderas ledningen för Mini-Maria Resursmottagning att säkerställa en återkommande analys av uppgifter i tillgängliga uppföljningssystem.

## REFERENSER

- Anderberg, M & Dahlberg, M & Hellberg, K (2018) "Ökad förekomst av ADHD-diagnos bland ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem". I: *Socialmedicinsk tidskrift* 1/2018
- Anderberg M, Dahlberg M, Wennberg P (2022) "Criminality among Young People With Substance Use Problems in Sweden: A One-Year Follow-Up Study". I: *Journal of Drug Issues*.
- Axelsson, C & Ruuth, L (2024) *Ny socialtjänstlag. Göteborgsregionen*.
- Bodilsen, S & Albeck Nielsen, S & Rosholm, M (2023) Measuring Employment Readiness for Hard-to-Place Individuals. IZA Discussion Paper No. 16626. Tillgänglig på: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4646348>
- Dahlberg, M & Anderberg, M (2018) *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2018*.
- Dahlberg, M & Anderberg, M (2018) Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden.
- Dahlberg, M & Anderberg, M (2022) *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Ungdomar i öppenvård år 2022. En rapport från Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården, IKM*.
- Dahlberg, M & Anderberg, M (2022) UngDOK. Manual för intervjuformulären. Växjö: Linneuniversitetet.
- Hammarström, S (2023) *SEXIT - Metoden som startar samtalet. Powerpointpresentation*
- Hammarström, S & Persson, P A & Stenqvist, K & Sanzén (2023) *Sexit. Handboken för samtal med unga om sexuell hälsa och erfarenhet av våld*.
- Länsstyrelsen (2008) *Öppenvårdsinsatser för barn och unga på Mini-Maria-mottagningar, Göteborgs Stad. Verksamhetstillsyn enligt 13 kap 2 § socialtjänstlagen, SoL, Barnupdrag 16:1*.
- Martins Persson, S & Pettersson, S (2016) *Mitt i svårigheterna finns möjligheterna. Behovsinventering och Kartläggning – om förutsättningarna att starta en Mariamottagning Lund med omnejd*.
- SKR (2018) *Missbruk och beroende i åldern 13–29 år. Så vänder vi utvecklingen*;
- 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*.
- Socialstyrelsen (2022) <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/ungdok/>.
- SOU 2021:93. *Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.
- SOU 2023:62. *Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus*.
- Svanström Sparby, L & Hanning Sundberg, L (2023) *Ungdomars sexuella risktagande och rapporterad våldsutsatthet via SEXIT - En stickprovsundersökning*.