

RP 131/2024 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om en terapigaranti för barn och unga

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen, lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande och, lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ändras.

Propositionen hänför sig till föresatsen i regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering, enligt vilken ”barns och ungas lika tillgång till korttidspsykoterapi eller annan effektiv psykosocial behandling på basnivå tryggas genom lagstiftning”. Syftet med propositionen är att främja förebyggande och behandling av psykiska problem hos barn och unga samt att öka tillgången till stöd för psykisk hälsa inom primärvården och socialvårdens tjänster på basnivå. Med barn och unga avses personer under 23 år.

Enligt propositionen fogas till hälso- och sjukvårdslagen och lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande en bestämmelse om att korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion ska inledas inom primärvården inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Inom socialvården ska som service inom mentalvårdsarbete ordnas psykosocialt stöd för barn och unga på det sätt som välfärdsområdet bestämmer och där ovannämnda psykosociala metoder används i tillämpliga delar i serviceuppgifterna inom socialvården. I fråga om ibruktagande och användning av metoderna ska det avtalas så att social- och hälsovårdens verksamhet bildar en ändamålsenlig helhet. Ett beslut om service inom mentalvårdsarbete ska verkställas inom en månad från det att behovet av stöd konstaterades. Servicen ska vara avgiftsfri.

Dessutom ändras bestämmelserna delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande i fråga om representanterna i delegationen och delegationens sammansättning eftersom ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster har överförts till välfärdsområdena.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

De föreslagna lagarna avses träda i kraft den 1 maj 2025.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
MOTIVERING.....	5
1 Bakgrund och beredning.....	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Beredning.....	6
2 Nuläge och bedömning av nuläget	7
2.1 Barns och ungas välbefinnande och psykiska hälsa	7
2.1.1 Inledning.....	7
2.1.2 Barns och ungas psykiska störningar.....	8
2.1.3 Det har blivit vanligare med psykiska symtom	10
2.2 Barns och ungas rätt till psykisk hälsa som en grundläggande och mänsklig rättighet	11
2.3 Servicesystemet för barns och ungas psykiska hälsa.....	15
2.3.1 Mentalvårdsarbete inom primärvården.....	16
2.3.1.1 Arbete som främjar psykisk hälsa.....	16
2.3.1.2 Vård av psykisk hälsa inom primärvården	17
2.3.1.3 Behandlingsformer för psykisk hälsa inom primärvården.....	18
2.3.2 Socialvårdens mentalvårdsarbete.....	20
2.3.3 Rehabilitering som ordnas och ersätts av Folkpensionsanstalten.....	21
2.3.4 Utmaningar och utvecklingsbehov inom mentalvårdstjänster för barn och unga ...	22
2.3.5 Barns, ungas och familjers syn på utvecklingsbehoven inom mentalvårdstjänsterna	24
2.3.6 Utveckling av mentalvårdstjänster och införande av psykosociala metoder.....	28
2.4 Nationella rekommendationer för psykosociala metoder	30
2.5 Lagstiftning om tillgång till vård och tjänster	32
2.5.1 Tillgången till vård inom primärvården.....	33
2.5.1.1 Tillgång till vård inom studerandehälsovården för högskolestuderande	35
2.5.1.2 Tillgång till vård inom elev- och studerandevården	36
2.5.1.3 Tillgången till vård inom hälso- och sjukvården för fångar	36
2.5.1.4 Tillgång till vård inom mottagningstjänsterna.....	37
2.5.2 Tillgång till tjänster inom socialvården	37
2.6 Ansvar för att ordna mentalvårdstjänster för barn och unga	39
2.6.1 Velfärdsområdena.....	39
2.6.2 Studerandehälsovård för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten	40
2.7 Tillgång till personal.....	41
2.7.1 Personal inom social- och hälsovårdens tjänster på basnivå	41
2.7.2 Psykoterapeuter.....	44
3 Målsättning.....	45
4 Förslagen och deras konsekvenser	46
4.1 De viktigaste förslagen	46
4.1.1 Målgruppen för den föreslagna lagstiftningen.....	48
4.1.2 Psykosociala metoder som omfattas av garantin och ibruktagande av dem.....	49
4.1.3 Genomförande av garantin i primärvården.....	50

4.1.4 Genomförande av garantin i socialvården	51
4.1.5 Uppföljning av genomförandet av garantin	52
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	53
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser	54
4.2.1.1 Konsekvenser för välfärdsområdenas och statens kostnader	54
4.2.1.2 Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning	65
4.2.1.3 Konsekvenser för företagen	65
4.2.1.4 Konsekvenser för nationalekonomin	66
4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna	67
4.2.2.1 Nationella konsekvenser	67
4.2.2.2 Konsekvenser för välfärdsområdena	68
4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser för människor	72
4.2.3.1 Konsekvenser för de grundläggande och mänskliga rättigheterna	72
4.2.3.2 Konsekvenser för barn och unga	73
4.2.3.3 Konsekvenser för jämlikheten	80
4.2.4 Konsekvenser för sysselsättningen och arbetslivet	83
4.2.5 Konsekvenser för säkerheten	84
4.2.6 Sammanfattning av de viktigaste konsekvenserna	84
5 Alternativa handlingsvägar	85
5.1 Alternativen och deras konsekvenser	85
5.1.1 Vårdgaranti för lindriga och medelsvåra störningar	86
5.1.2 Garanti på förebyggande nivå	86
5.1.3 Garanti som träder i kraft stegvis	87
5.1.4 Förbättring av tillgången till psykosociala metoder som utvecklingsarbete	88
5.1.5 Lagtekniska alternativ för genomförande	88
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet	91
5.2.1 Norden	91
5.2.2 Storbritannien	92
6 Remissyttranden	93
6.1 Remissyttranden	93
6.1.1 Fortsatt beredning	96
6.2 Utlåtande av rådet för bedömning av lagstiftningen	98
6.3 Förhandsgranskning av justitiekanslern	98
7 Specialmotivering	98
7.1 Hälso- och sjukvårdslagen	98
7.2 Socialvårdslagen	105
7.3 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande	110
7.4 Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården	112
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag	112
8.1 Statsrådets förordning om delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande	115
9 Ikraftträdande	115
10 Verkställighet och uppföljning	115
11 Förhållande till andra propositioner	116
11.1 Samband med andra propositioner	116
11.2 Förhållande till budgetpropositionen	116

12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning.....	116
12.1 Tillräckliga social- och hälsovårdstjänster	117
12.2 Jämlikhet.....	119
12.3 Velfärdsområdenas självstyrelse och statens skyldighet att trygga att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses	121
12.4 Rättssäkerhet och tillsyn	122
12.5 Sammandrag	123
LAGFÖRSLAG.....	125
1. Lag om ändring av 53 och 55 § i hälso- och sjukvårdslagen.....	125
2. Lag om ändring av 25 a och 45 § i socialvårdslagen.....	126
3. Lag om ändring av 10 a och 11 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	127
4. Lag om ändring av 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	128
BILAGOR	129
PARALLELLTEXTER.....	129
1. Lag om ändring av 53 och 55 § i hälso- och sjukvårdslagen.....	129
2. Lag om ändring av 25 a och 45 § i socialvårdslagen.....	131
3. Lag om ändring av 10 a och 11 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	133
4. Lag om ändring av 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	135
FÖRORDNINGSUTKAST	136
Statsrådets förordning om ändring av statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan velfärdsområden	136
Statsrådets förordning om ändring av 2 § i statsrådets förordning om delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande	137

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

Barns och ungas psykiska hälsa är en viktig folkhälsofråga, eftersom en stor del av de psykiska sjukdomar som uppstår under livet bryter ut under barndomen och ungdomen. Missbruksproblem och problem med den psykiska hälsan orsakar två tredjedelar av hälsofarorna hos ungdomar och hälften av hälsofarorna hos barn. Coronapandemin orsakade en tydlig ökning i symtom med anknytning till psykisk hälsa. De ökade symtomen kunde noteras redan före pandemin, framför allt hos flickor. Man känner inte till exakt vad som orsakade detta.

Statsminister Petteri Orpos regering har förbundit sig till att främja en god psykisk hälsa och de rättigheter som anknyter till psykisk hälsa. I enlighet med regeringsprogrammet förbättras tillgången på och effekten av mentalvårds- och missbrukartjänster inom social- och hälsovården, och särskild uppmärksamhet fästs vid förebyggande mentalvårds- och missbrukararbete. Det främjas genom att tillsammans med välfärdsområdena, organisationer och församlingar förbättra tillgången till lågröskelverksamhet, drop in -tjänster och chattar. Som en tväradministrativ åtgärd utarbetar regeringen ett omfattande åtgärdsprogram för att förebygga utslagning bland unga och för att avhjälpa bristerna i välbefinnandet och i den psykiska hälsan. Temat för det riksomfattande programmet för ungdomsarbete och ungdomspolitik (RUNGPO) för åren 2024–2027 är att stärka ungas välbefinnande sektorsövergripande och genom omfattande åtgärder.

I regeringsprogrammet framförs att mentalvårdstjänsterna på basnivå ska utvecklas genom att ta i bruk en stegvis vårdmodell. Detta förutsätter att välfärdsområdena har vårdformer på olika nivåer som lämpar sig för olika åldersgrupper. Tillgången på mentalvårdstjänster inom välfärdsområdena stöds även genom att effektivisera användningen av tjänstehelheten Psykporten. Denna regeringsproposition är en del av den ovan beskrivna helhet som skrivits in i regeringsprogrammet i syfte att stärka barns och ungas psykiska hälsa.

Terapi ingår som ord i ett flertal olika termer som avser vård- och rehabiliteringsformer, såsom psykoterapi, ergoterapi och talterapi. Allmänspråkligt används ordet terapi ofta som en allmän benämning på alla psykoterapier och annan psykosocial vård samt i allmänhet för samtalshjälp. Med ordet kan man även hänvisa till olika alternativa behandlingar. Samma flertydighet gäller även beteckningen terapeut. Användningen av den regleras inte i lag, varför vem som helst i teorin kan erbjuda terapeuttjänster. Däremot är psykoterapeut en skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården.

Även om ordet terapi är förknippat med många problem används begreppet *terapigaranti för barn och unga* i denna regeringsproposition för att beskriva den författningshelhet som föreslås. Detta eftersom begreppet har valts i regeringsprogrammet för att beskriva denna åtgärdshelhet. I delen om nuläget och bedömning av nuläget i regeringspropositionen och delvis även när innehållet i den föreslagna regleringen beskrivs används begreppen psykosocial metod och intervention, med vilka avses psykosociala behandlingsmetoder samt psykosociala arbetsmetoder inom socialvården och utförandet av dem. Dessa begrepp har preciserats i den föreslagna regleringen på grund av kraven på lagstiftningens noggrannhet. Närmare information

om begreppen som gäller psykosociala metoder finns i den promemoria VN/576/2023¹ som social- och hälsovårdsministeriet berett åt riksdagen.

Begreppet terapigaranti anknyter även till det medborgarinitiativ om ”Terapigaranti för snabbare tillgång till mentalvårdstjänster” (MI 10/2019 rd) som riksdagen behandlade under den föregående regeringsperioden. Förslagen om ändringar i lagstiftningen i medborgarinitiativet gällde hela befolkningen och ett centralt förslag var att reglera i lag om att den psykoterapi eller annan psykosocial vård som genomförs inom primärvården ska ordnas inom fyra veckor från det att vårdbehovet har bedömts.

Medborgarinitiativet behandlades i riksdagen samtidigt som regeringens proposition om tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården (RP 74/2022). I samband med behandlingen av den ansåg social- och hälsovårdsutskottet att den modell som föreslogs i regeringens proposition, där tidsfristerna för att få vård avsågs gälla vårderna av alla sjukdomar på samma sätt, är motiverad och primär. Som problem i genomförandet av terapigarantin enligt medborgarinitiativet identifierades att det inte finns tillräckligt med utbildad personal till primärvården för att säkerställa tillgången på psykoterapi. I utskottets sakkunnighöranden uppmärksammades även det att egentlig psykoterapi måste särskiljas begreppsmässigt i helheten från annan psykosocial vård och interventioner. Inte på långt när alla som lider av problem med den psykiska hälsan behöver psykoterapi. I samband med behandlingen identifierades bristerna och dröjsmålen i mentalvården av barn och unga inom primärvården. Social- och hälsovårdsutskottet betonade att åtgärderna för att säkerställa tillgången på psykosociala vårdformer och psykoterapi ska fortsätta genom målmedveten och långsiktig utveckling (ShUB 21/2022 rd).

Regeringens proposition om terapigarantin för barn och unga är en del av den nationella servicereformen som skrivits in i regeringsprogrammet, där målet är att revidera lagstiftningen om social- och hälsovårdstjänster samt den tillhörande styrningen för att motsvara social- och hälsovårdsstrukturerna och de nationella social- och hälsovårdsmålen. I den nationella servicereformen förnyas verksamhetssätten inom social- och hälsovården, och målet är bland annat att stärka det förebyggande stödet och social- och hälsovårdens integration samt att säkerställa tillgången på och effektiviteten av tjänsterna.

1.2 Beredning

I enlighet med regeringsprogrammet bereder social- och hälsovårdsministeriet den nationella servicereformen inom social- och hälsovården, där servicesystemet utvecklas genom lagstiftning, program- och projektarbete samt genom en revidering av välfärdsområdenas styrsystem (projektnummer VN/32594/2023 och STM098:00/2023; <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM098:00/2023>). Regeringens proposition om terapigarantin för barn och unga har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet inom projekthelheten för lagstiftning om den nationella servicereformen. Samarbete bedrevs även med finansministeriet.

På hösten 2023 kartlade ministeriet möjliga sätt att genomföra skrivningen i regeringsprogrammet. Diskussioner fördes bland annat med sakkunniga vid Institutet för hälsa och välfärd (THL) samt med aktörer inom fältet mentalvårdsarbete för barn och unga. I december 2023 genomfördes dessutom en enkät till välfärdsområdena, vars syfte var att

¹ [Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet 2023](#)

kartlägga deras syn på genomförandet av skrivningen i regeringsprogrammet och deras beredskap att verkställa lagstiftningen.

Ett preliminärt förslag på verkställande av lagstiftningen lämnades till välfärdsområdena i januari 2024, och diskussioner fördes om detta i samarbetsområdena (YTA på finska) i februari 2024. Avsikten var att samla in respons och preciseringsförslag om det preliminära förslaget. En diskussionstillställning hölls även med tillsynsmyndigheterna samt Folkpensionsanstalten (FPA) och Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS). Diskussionerna om det preliminära genomförandeförslaget behandlades även tillsammans med andra centrala intressentgrupper under våren 2024.

En webbenkät riktad till barn och unga om deras åsikter om tillgången på och utvecklingen av stödet i fråga om psykisk hälsa genomfördes 15.2.–31.3.2024. Dessutom utnyttjades webbplatsen Din åsikt för en enkät riktad till vuxna, som bland annat kunde besvaras av föräldrar till barn och unga med intresse för utveckling av mentalvårdstjänsterna för barn och unga, myndiga ungdomar samt av yrkespersoner inom mentalvårdsarbetet (<https://www.otakantaa.fi/sv/hankkeet/992/>). Syftet med dessa enkäter var att samla in information om hur det skulle vara enkelt för barn och unga att söka och omfattas av stöd, hur stort stöd som borde erbjudas och var samt vad som borde beaktas i utvecklingen av mentalvårdstjänsterna.

Genomförandeförslaget och utkastet till regeringens proposition behandlades i ministerarbetsgruppen för ett hållbart välfärdssamhälle 29.1.2024, 4.4.2024 och 5.9.2024 samt i ministerarbetsgruppen för barn, unga och familjer 17.4.2024 och 12.9.2024.

Utkastet till regeringsproposition var ute på remiss 29.4.–9.6.2024 och det svenskspråkiga utkastet under tiden 8.5.–18.6.2024. Begäran om utlåtande publicerades på webbplatsen Utlåtande.fi. Beredningshandlingarna rörande regeringens proposition finns i den offentliga tjänsten med projektnummer STM083:00/2023, <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM083:00/2023>.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Barns och ungas välbefinnande och psykiska hälsa

2.1.1 Inledning

I lagstiftningen som gäller terapigarantin för barn och unga har åldersgruppen fastställts vara barn och unga under 23 år. Den förvaltningsområdesspecifika lagstiftningen i Finland innehåller flera olika definitioner på ungdom. Enligt ungdomslagen (1285/2016) avses med unga personer de som inte har fyllt 29 år. I socialvårdslagstiftningen anses en person vara ung om han eller hon är under 25 år enligt socialvårdslagen (1301/2014) och under 23 år enligt barnskyddslagen (417/2007). I regleringen om att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) definieras personer under 23 år som unga. Brokigheten i definitionerna beskriver hur svårt det är att säga exakt när ungdomen som livsfas börjar och slutar. Man kan dock säga att ungdomen är livsfasen mellan barndomen och vuxenheten. Den börjar i pubertetsåldern och infaller utvecklingsmässigt ungefär i åldrarna 12–22.

I Finland finns det cirka 1,3 miljoner barn och unga under 23 år, av vilka merparten mår bra. Barn och unga är dock inte en homogen grupp. Grunden till barnets välbefinnande byggs upp redan under graviditetstiden, och levnadsförhållandena i barndomsfamiljen inverkar på många sätt på barns och ungas utveckling och framtidsutsikter. Barns och ungas välbefinnande stöds

särskilt av tillräcklig omsorg och trygghetskänsla i familjen, en god tidig interaktion och föräldrarnas välbefinnande och ekonomiska säkerhet. En förälders utmaningar med orken påverkar även barnets välbefinnande.

Psykisk hälsa är ett välbefinnandetillstånd som gör att människan kan handla i enlighet med sina förmågor, klara av de utmaningar som hör till livet samt arbeta och ta del av det som sker i samhället runt honom eller henne. Den är alltså en väsentlig del av välbefinnandet och hälsan som helhet. Psykisk hälsa är inte en permanent egenskap, utan den formas under hela livet. Den psykiska hälsan kan utvecklas, rubbas eller förbättras i växelverkan mellan individuella faktorer och omständigheter. Riskfaktorer ökar benägenheten för störningar i den psykiska hälsan, och skyddande faktorer främjar för sin del den psykiska hälsan och kompenserar för eventuella riskfaktorer. Både de skyddande faktorerna och riskfaktorerna kan fungera på individens, familjens, gemenskapens och samhällets olika nivåer.

Den mest mångsidiga bilden av psykisk hälsa ges av den tvådimensionella modellen för psykisk hälsa, där psykisk hälsa och sjukdom granskas som separata dimensioner: såväl ur perspektivet psykisk ohälsa som psykisk hälsa. Även en person med en psykisk störning eller någon annan sjukdom i sitt liv kan uppleva mentalt välbefinnande.

Barns och ungas psykiska hälsa kan inte granskas separat från den övriga välfärden och en större social kontext. Barns och ungas hälsa och välbefinnande utmanas till exempel av ensamhet, övervikt och för lite motion. Även inlärningsmiljöerna har en stor betydelse för välbefinnandet. År 2022 fick 24 procent av eleverna i grundskolan intensifierat eller särskilt stöd, och antalet som behöver stöd ökar. Enligt gymnasiebarometern upplever en tredjedel av de studerande att de behöver mer stöd för studierna, och cirka 60 procent av gymnasiestuderandena upplever att det är mentalt tungt att studera.

Mobbning, trakasserier och erfarenheter av våld försämrar barns och ungas välbefinnande och kan leda till frånvaro från skolan eller psykiska symtom. I enkäten Hälsa i skolan som publicerades 2023 hade andelen som upplevde mobbning minst varje vecka ökat på alla skolstadier. I enkäten Hälsa i skolan 2021 hade 48 procent av flickorna och 11 procent av pojkarna upplevt störande sexuella förslag eller ofredande. Barn och unga som är i utsatt ställning, såsom första generationens invandrare, personer med funktionsnedsättning samt barn och unga som hör till en sexuell minoritet eller könsminoritet, blir oftare mobbade, upplever fysiska hot och ensamhet.

Utmaningarna med välbefinnandet överförs ofta även från studierna till arbetslivet. Enligt resultaten från ungdomsbarometern 2019 känner var femte ung person ofta att arbetsärenden ger ångest även under fritiden och över en tredjedel måste ofta förlänga sin arbetsdag för att arbetet gjort. 17 procent har svårigheter att orka i sitt arbete.

De ungas tobaks- och alkoholanvändning har minskat, men fortfarande använder en del av de unga alkohol i berusningssyfte. Bland andelen unga som prövat på droger noteras ingen betydande förändring under de senaste åren. I Finland är det dock vanligt med drogrelaterade dödsfall bland personer under 25 år. Själv mord är den vanligaste dödsorsaken bland unga i åldrarna 15–19 år, och antalet har inte minskat under de senaste åren. År 2016–2020 orsakades fler än vart fjärde dödsfall bland ungdomar i åldrarna 15–19 år av själv mord. Dödligheten av olycksfalls- och våldsoresaker bland finländska ungdomar är klart högre än medelnivån i Europa. Antalet barn och unga som begår brott har minskat, men det finns tecken på att en mindre skara unga gör allt fler brott. Misstänkta rån- och misshandelsfall har ökat från och med 2019 i alla åldersgrupper under 21 år. I dessa brott är offret ofta ett annat barn eller en annan ung person.

2.1.2 Barns och ungas psykiska störningar

Det är vanligt med problem rörande barns och ungas psykiska hälsa. Gränsen mellan normal och störningssymtom är ändå ofta glidande, och symtomen ska alltid relateras till barnets eller den ungas utvecklingsfas. Till barns och ungas normala utveckling hör psykiska symtom som reaktion på olika förändringar och situationer i livet. I synnerhet i ungdomen är det vanligt med kraftiga humörsvägningar och ångestkänslor. Det är fråga om en störning då symtomen orsakar betydande subjektivt lidande eller funktionella olägenheter.

Det finns ingen exakt information om hur vanligt det är med psykiska störningar hos finländska barn och unga, men det har uppskattats att sammanlagt cirka 10–15 procent av barnen och 20–25 procent av de unga har någon psykisk störning. Hos barn är beteendestörningar, aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (adhd) samt ångeststörningar de vanligaste störningarna. Det har uppskattats att beteendestörningar förekommer hos cirka 5–10 procent, ångeststörningar hos cirka 3–9 procent och aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (adhd) hos cirka 5 procent. Det saknas dock tillförlitlig aktuell information om hur vanliga störningarna är hos den finländska barnbefolkningen.

Psykiska störningar blir vanligare då man övergår från barndomen till ungdomen och de förekommer som mest hos unga vuxna. I ungdomen ökar i synnerhet ångeststörningar och affektiva störningar samt incidensen och prevalensen av missbruksproblem. Ångeststörningar och affektiva störningar är 2–3 gånger vanligare hos unga än hos barn. Hos unga och unga vuxna är de vanligaste störningarna (och deras uppskattade prevalens på årsnivå) depressionstillstånd (5–10 %), ångeststörningar (10–15 %), beteendestörningar (5–10 %), missbruksproblem (5–10 %) samt ätstörningar (5 %). Hos unga är det vanligt (5 %) med neuropsykiatriska symtom (särskilt adhd). Enligt THL:s registeruppgifter förekom adhd-diagnoser hos så mycket som 8,9 procent av pojkarna och 2,8 procent av flickorna i åldrarna 7–12 i Finland år 2022².

I barndomen och den tidiga ungdomen är det vanligare med psykiska störningar hos pojkar än hos flickor, men från mitten av ungdomen insjuknar fler flickor än pojkar. Både hos barn och unga är det vanligt att det samtidigt förekommer flera störningar, och det påverkar varaktigheten av det men och den störning på funktionsförmågan som symtomen orsakar. Symtomen av störningarna varierar i enlighet med åldersfasen. Till exempel vid ångeststörningar i barndomen är det typiskt med kraftigare former av olika rädslor som hör till åldersnivån, specifika rädslor och separationsångest. I ungdomen blir det vanligare med rädsla för sociala situationer, rädsla för offentliga platser och paniksyndrom.

I längdsnittsstudier som fortsätter från barndomen till vuxen ålder har det konstaterats en stark koppling mellan beteendeproblem i barndomen och många hälsoproblem, psykisk störningar, självmordsdödlighet, brottslighet och marginalisering³. Enligt materialet om barn i lågstadieåldern i enkäten Hälsa i skolan fanns det en koppling mellan asocialt beteende och inlärningssvårigheter och utmaningar med välbefinnandet, mobbning och att bli mobbad⁴. I materialet om finländska gymnasiestuderande påvisades betydelsen av depressionssymtom i ungdomen som en negativ prognos för den psykiska hälsan i vuxen ålder⁵. Barns och ungas problem med den psykiska hälsan är även förenat med annat skadligt hälsobeteende, såsom för lite sömn, för lite motion, hög användning av digitala apparater, samt hos ungdomar även

² Vuori m.fl. 2024

³ Bland annat Sourander m.fl. 2007

⁴ Karjalainen m.fl. 2024

⁵ Aalto-Setälä m.fl. 2002

användning av tobak, snus eller andra nikotinprodukter, riklig alkoholkonsumtion och försök med droger.

Svåra störningar föregås av lindrigare störningar och symtom, som ofta inte har identifierats och vårdats. Psykiska störningar som konstateras i barndomen och ungdomen är vanligtvis långvariga och fortsätter ofta upp i vuxen ålder. I fråga om psykiska störningar som vuxna har under sina liv har det bedömts att cirka hälften av dem bryter ut redan före mitten av ungdomen och tre av fyra före 25 års ålder⁶.

Resultaten från Hälsa i skolan -enkäterna om barn och unga de senaste åren liksom även observationerna i undersökningen Hälsosamma Finland (2022–2023) i fråga om vuxna under 50 år visar på att det har blivit vanligare med psykiska symtom i den grad att det kan ge hänvisningar om att psykiska störningar blir vanligare även i material om finländare. Det finns dock inga säkra belägg för detta.

2.1.3 Det har blivit vanligare med psykiska symtom

Trots att psykiska störningar hos barn och unga inte konstateras ha blivit väsentligt vanligare under de senaste årtiondena har deras egna rapporter om psykiska symtom blivit vanligare i olika undersökningar. Man har observerat att särskilt flickors depressions-, ångest- och ätstörningssymtom har blivit vanligare förekommande i befolkningsundersökningar, medan prevalensen av beteende- och missbrukssymtom har förblivit oförändrad eller till och med minskat. Användningen av alkohol i berusningssyfte bland unga har minskat sedan början av 2000-talet, men det ökade antalet drogrelaterade dödsfall bland unga visar ändå på en ökning av allvarliga missbruksproblem. Det har blivit mycket vanligare att söka vård på grund av neuropsykiatriska symtom och att använda adhd-läkemedel. Hos unga som står utanför arbete och studier (NEET) är det anmärkningsvärt allmänt med problem med den psykiska hälsan. Barn inom barnskyddets vård utom hemmet har mer problem med den psykiska hälsan än andra i samma ålder.

Av barnen i rådgivningsåldern har uppskattningsvis cirka 20 procent psykiska symtom, och cirka 10–30 procent av familjerna har behov av särskilt stöd⁷. I Hälsa i skolan -enkäter har det konstaterats vara vanligt att i synnerhet flickor själva rapporterar depressions- och ångestsymtom. Till exempel av de flickor i låg- och högstadiet och på andra stadiet som deltog i enkäten Hälsa i skolan 2023 rapporterade en tredjedel betydande ångest och en tredjedel depressionssymtom som varat i minst två veckor. Nästan hälften av flickorna i ungdomsåldern rapporterade social ångest⁸. I hälso- och välfärdsundersökningen av högskolestuderande (KOTT) 2021 konstaterades motsvarande utveckling som i enkäten Hälsa i skolan. Var tredje högskolestuderande konstaterades lida av ångest- och depressionssymtom; av kvinnorna uppgav så mycket som 40 procent detta⁹.

Coronapandemin och de tillhörande begränsningsåtgärderna prövade välbefinnandet och den psykiska hälsan för invånare i alla åldrar. I en omfattande internationell meta-analys bedömdes det att prevalensen för kliniskt betydande depressions- och ångestsymtom hos barn och unga

⁶ Kaltiala-Heino m.fl. 2015

⁷ Sourander m.fl. 2001, Gyllenberg m.fl. 2014

⁸ Kiviruusu m.fl. 2024

⁹ Basresultat från undersökningen Parikka S, Holm N, Ikonen J, Koskela T, Kilpeläinen H & Lundqvist A. KOTT 2021 2021

hade fördubblats under pandemin¹⁰. Samma observation gjordes i fråga om finländska unga. Under pandemin på våren 2021 uppgav en tredjedel av de flickor som besvarade enkäten Hälsa i skolan att de upplevt medelsvår eller svår ångest samt depressionssymtom som varat i minst två veckor. I enkäten Hälsa i skolan på våren 2023 var depressions- och ångestsymtom hos flickor fortsättningsvis lika vanliga. Bland flickorna i 8–9:e årskursen uppgav till och med fler än tidigare att de hade ångestsymtom. Sammanlagt nästan tre av fyra flickor (73 %) och en tredjedel av pojkarna (33 %) rapporterade minst ett symtom på psykisk ohälsa över sållningsgränsen. Resultaten visar att konsekvenserna av pandemitiden ännu fortsätter påverka de finländska barnens och ungdomarnas psykiska hälsa.

Eftersom psykiska symtom som är lindrigare än en störning prognostiserar att man senare klarar sig psykosocialt på ganska samma sätt som vid symtom på störningsnivå är det viktigt att rikta in stöd och vård på psykiska problem på symtomnivå. Detta är samtidigt att förebygga psykiska störningar som uppkommer senare. Identifiering och tidig vård av psykiska störningar i barndomen och ungdomen är motiverat både mänskligt och ekonomiskt sett.

2.2 Barns och ungas rätt till psykisk hälsa som en grundläggande och mänsklig rättighet

Rätten till hälsa och välbefinnande är ett viktigt mål för rättsskyddet. Det är en socioekonomisk rättighet, vars exakta innehåll är svår att fastslå. Begreppet hälsa är också inexact. Av hävd har det dock ansetts vara ett mål att alla människor ska kunna njuta av bästa möjliga hälsoliv. Bestämmelserna anger ingen viss nivå på hälsotillståndet som ska eftersträvas, men miniminivån kan fastställas genom säkerställande av ett människovärdigt liv. Rätten till hälsa och välbefinnande fastställs i grundlagen och i människorättskonventioner som det allmännas ansvar att sörja för tillräckliga hälso-, sjukvårds- och socialvårdstjänster.

De grundläggande och mänskliga rättigheterna utgör således även en grund för de rättigheter som anknyter till psykisk hälsa. Med dem avses att en god psykisk hälsa ska ses som en grundläggande rättighet, som alla har lika rätt till. Ur perspektivet de grundläggande och mänskliga rättigheterna ska var och en garanteras samhälleliga förhållanden som främjar individernas psykiska hälsa och skyddar dem från faktorer som medför risk för psykiska störningar. Det är särskilt viktigt att de grundläggande rättigheterna respekteras i fråga om dem som lider av psykiska störningar.

Det är samhällets skyldighet att främja barns, ungas och familjers psykiska hälsa. Det allmännas positiva skyldigheter att agera omfattar alla människor, men med en särskild betoning på dem som är i utsatt ställning. Rätten till psykisk hälsa omfattar stärkande av de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och minskning av de faktorer som äventyrar den. Rätten till psykisk hälsa kan ses som en rättighet till högklassig, evidensbaserad och behövlig vård för psykiska störningar.

När social- och hälsovårdstjänsterna för barn och unga regleras och ordnas ska uppmärksamhet fästas vid skyldigheterna enligt grundlagen. De grundläggande och mänskliga rättigheterna är rättigheter som gäller alla likvärdigt, och enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de tillgodoses. Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen, och ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Således är trygghet av jämlikhet också en central del av förverkligandet av de grundläggande och mänskliga rättigheterna i de tjänster som anknyter till psykisk hälsa. Det allmänna ska även,

¹⁰ Racine m.fl. 2021

enligt 19 § i grundlagen, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa och stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Dessa skyldigheter enligt grundlagen ska även synas i myndigheternas lösningar och faktiska åtgärder rörande barns och ungas psykiska hälsa.

Utöver grundlagen är Finland bundet av internationella konventioner. Enligt FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, ESK-konventionen) förutsätts det att konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa (artikel 12). Detta omfattar rätten till hälsovårdstjänster.

När social- och hälsovårdstjänster ordnas för barn ska skyldigheterna enligt FN:s konvention om barnets rättigheter beaktas (FördrS 59–60/1991). Konventionen har varit i kraft på lagnivå i Finland sedan 1991 och den gäller alla som är under 18 år. Artikel 3 i konventionen betonar att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn och vidtas av lagstiftande organ. Barnets bästa ska således komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, även inom hälso- och sjukvården. Detta gäller såväl beslut och vårdåtgärder i fråga om ett enskilt barn som även principer som iakttas inom hälso- och sjukvården och planering av hälso- och sjukvården.

Det är en av de fyra allmänna principerna i konventionen om barnets rättigheter att barnets bästa ska komma i främsta rummet. Enligt de andra allmänna principerna får ett barn inte diskrimineras (artikel 2), har barnet rätt till liv och utveckling (artikel 6) samt rätt att få sin åsikt beaktad (artikel 12). Tillgodoseendet av dessa rättigheter förutsätter att barnet kan få de hälso- och sjukvårdstjänster som barnet behöver och att man till det yttersta av sin förmåga säkerställer barnets överlevnad och utveckling. Inom hälso- och sjukvården och i ordnandet av den är det viktigt att på det sätt som avses i konventionen fästa särskild uppmärksamhet vid barn som hör till utsatta grupper, eftersom barn behöver särskilt skydd och särskild omsorg samt adekvat vård på grund av sin fysiska och psykiska omognad.

Den allmänna principen enligt artikel 6 kompletterar artikel 24 i konventionen, enligt vilken barn har rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Detta gäller även barns rätt till psykisk hälsa samt vård och rehabilitering vid psykiska störningar. Konventionsstaterna ska säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård, och konventionsstaterna ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården. Konventionsstaterna ska sträva efter att utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning och service vad gäller familjeplanering. I sin allmänna kommentar nr 15 (2013) rörande artikel 24 betonade kommittén att även i fråga om mentalvård ska tjänster för barn ordnas på primärhälsovårdsnivå så att deras omfattning, kvalitet och funktion är tillräckliga och så att de är tillgängliga både fysiskt och ekonomiskt och godtagbara för alla grupper av barn. Staterna bör prioritera allmän tillgång till primärhälsovård för barn, i så nära anslutning som möjligt till barnens och deras familjers hem, främst inom lokalsamhällen.

Kommittén uppmanade konventionsstaterna att tillhandahålla adekvat vård och rehabilitering åt unga som lider av psykiska störningar och att ge allmänheten information om tidiga tecken på dessa sjukdomar, deras symtom och allvarlighet samt att skydda unga från onödigt stress, såsom psykosocial stress. Konventionsstaterna uppmanas även att bekämpa diskriminering och stigmatisering i fråga om psykiska störningar. Enligt kommittén har varje ung person som lider av en psykisk störning rätt att i mån av möjlighet få vård inom sitt lokalsamhälle.

Kommittén understryker att barns rätt till hälsa är en vittomfattande rättighet, som bland annat handlar om att barn i rätt tid ska få lämplig förebyggande, hälsofrämjande och behandlande vård. Barn har rätt att växa och utveckla sina fulla möjligheter och att leva under förhållanden som främjar deras hälsa på bästa sätt. Om man ser på hälsa ur ett helhetsperspektiv placeras förverkligandet av barns rätt till hälsa inom de internationella människorättsåtagandenas bredare ram.

Enligt barnrättskommittén ska staterna säkerställa att det finns tillgång till tillräckligt med adekvat utbildad personal så att hälso- och sjukvårdstjänsterna kan erbjudas till alla barn. I sin allmänna kommentar lyfte kommittén upp att innebörden i artikel 24 är att konventionsstaterna har en strikt skyldighet att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvård samt andra relevanta tjänster, särskilt när det gäller missgynnade områden och befolkningar. Artikel 24 ställer krav på att det ska finnas ett heltäckande primärvårdssystem med fullgoda rättsliga ramar, och att man kontinuerligt är uppmärksam på de underliggande faktorer som påverkar barns hälsa. Konventionsstaterna bör identifiera och undanröja hinder för barns tillgång till hälso- och sjukvård. WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå konstaterar att det finns allt fler belägg för att insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykiska störningar, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva.

Barns psykiska hälsa byggs upp i växelverkan med föräldrarna och andra vuxna som svarar för barnets fostran. Enligt artikel 18 i konventionen om barnets rättigheter ska konventionsstaterna ge lämpligt bistånd till föräldrar och vårdnadshavare då de fullgör sitt ansvar för barnets uppförelse. Konventionsstaterna ska även vidta alla lämpliga legislativa, administrativa och sociala åtgärder samt åtgärder i upplysningssyfte för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande (artikel 19 i konventionen om barnets rättigheter). Således ska även åtgärder för att stödja föräldrarna ses som en del i främjandet av tillgodoseendet av barnets rättigheter.

Kommittén för barnets rättigheter har betonat att särskild uppmärksamhet ska fästas vid barns nya hälsoproblem och vid förändringen av hälsoprioriteringarna. Kommittén har uttryckt sin oro om de ökade psykiska problemen hos barn och unga och bland annat om användningen av alkohol, droger och andra rusmedel. Enligt kommittén bör särskild uppmärksamhet fästas vid de sociala och andra faktorer som påverkar barns psykiska hälsa. I sin kommentar nr 15 (2013) anser kommittén att konventionsstaterna är skyldiga att tillhandahålla lämplig behandling och rehabilitering åt barn med psykiska och psykosociala störningar, och samtidigt undvika onödig medicinering.

Även skyldigheterna i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26-27/2016) ska beaktas i främjandet av barns och ungas psykiska hälsa och ordnandet av vård. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning trädde i kraft nationellt i juni 2016. Syftet med konventionen är att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för personer med funktionsnedsättning. I alla åtgärder som rör barn med funktionsnedsättning ska barnets bästa komma i främsta rummet enligt artikel 7 i konventionen. Dessutom har barn och unga med funktionsnedsättning särskilda rättigheter i anslutning till funktionsnedsättningen.

Artikel 25.1 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning garanterar personer med funktionsnedsättning rätt att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning och säkerställer tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster. Ett barn med funktionsnedsättning ska få njuta av ett fullvärdigt och gott liv

i enlighet med artikel 23 i konventionen. Utgångspunkten för konventionen är inte ”minimnivån” för att klara sig eller att tillgodose det mest nödvändiga behovet, utan uttryckligen ett gott och fullvärdigt liv för barnet. Denna rätt gäller alla barn med olika funktionsnedsättningar. När man ordnar tjänster måste man fundera över vad ett fullvärdigt och gott liv innebär i olika åldrar och under individuella förhållanden. Även i artikel 25 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning erkänns det att personer med funktionsnedsättning har rätt till bästa möjliga hälsoliv utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Således ska man även inom mentalvårdstjänsterna se till att tjänsterna är tillgängliga, att de genomförs utan någon form av diskriminering och att personer med funktionsnedsättning har tillgång till dem i enlighet med konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

I den nationella lagstiftningen har barns och ungas särställning inom mentalvården beaktats så att de har rätt att få psykiatrisk specialiserad sjukvård inom en kortare tid än den övriga befolkningen (53 § i hälso- och sjukvårdslagen). Enligt 3 § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, patientlagen) har var och en som varaktigt bor i Finland rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans hälsotillstånd förutsätter inom gränserna för de resurser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande vid respektive tidpunkt. Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Denna rättighet gäller även barn och unga.

Psykisk hälsa stöds även inom socialvården, och en klient inom socialvården har rätt att få socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård enligt 4 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000). Myndigheterna ska bedöma i enlighet med 5 § i diskrimineringslagen (1325/2014) hur deras verksamhet påverkar olika befolkningsgrupper och hur likabehandling i övrigt uppnås i deras verksamhet, samt vidta de åtgärder som behövs för att främja likabehandling. De främjande åtgärderna ska vara effektiva, ändamålsenliga och proportionerliga med beaktande av myndighetens verksamhetsmiljö, resurser och övriga omständigheter. Myndigheterna ska således i sin offentliga verksamhet som gäller barn och unga se till att barn och unga i särskilt utsatt ställning får de tjänster de behöver i enlighet med barnets bästa.

Man kan dock konstatera att barns och ungas grundläggande och mänskliga rättigheter inte har tillgodosetts fullt ut i Finland i frågor som gäller psykisk hälsa, eftersom det har observerats många brister i ordnandet av mentalvården. År 2020 publicerades en Nationell strategi för psykisk hälsa, vars mål är att trygga kontinuiteten och målinriktningen i mentalvårdsarbetet fram till 2030. Genomförandet av strategin fokuserade under åren 2020–2022 på utveckling av tillgängligheten till och effektiviteten hos mentalvårds- och missbrukstjänster, förebyggande av självmord, främjande av psykisk hälsa i människors vardagsmiljö samt sysselsättning av personer med psykisk ohälsa. Åren 2023–2024 fokuserar strategin på utvecklingen av mentalvårdsarbetet.

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter gav rekommendationer till Finland 2021¹¹, där den framförde sin oro om vårdunderskottet i fråga om psykisk hälsa, den ojämna geografiska fördelningen av tjänster och att grupper som är i mer utsatt ställning än andra inte får jämlik vård och omsorg (artikel 12). Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter rekommenderade att rätten till hälsa ska utgöra grund för revideringen av mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård samt för genomförandet av den nationella strategin för psykisk hälsa och andra strategier med anknytning till området. Kommittén bad även Finland förbättra tillgången till mentalvård, särskilt öppenvård, inom de områden och på

¹¹ [Kommitténs rekommendation till Finland 2021](#)

de platser som har för lite tjänster, såsom skolor och fängelser, effektivisera förebyggande tjänster och tjänster i tidigt skede samt förbättra tillgången på mentalvård till skäligt pris. Dessutom rekommenderade kommittén att i den nationella strategin för psykisk hälsa ska infogas åtgärder specifikt riktade till barn och unga, asylsökande och flyktingar, låginkomsthushåll samt frisläppta fångar genom vilka man ingriper i de hinder som dessa möter när de söker lämpliga tjänster. Det rekommenderades även att beredskapen för förebyggande socialvårdstjänster ökas.

I februari 2021 publicerades Finlands första nationella barnstrategi som genomför FN:s konvention om barnets rättigheter och som beretts parlamentariskt. Den baserar sig på grundfördragen och människorättskonventionen, och visionen är ett genuint barn- och familjevänligt Finland som respekterar barnets rättigheter. Barnstrategin betonar att en grunden till en god psykisk hälsa byggs upp i barndomen, och därför har de tjänster som stöder psykisk hälsa och vårdar psykiska störningar en viktig betydelse. Behandling av psykiska störningar och stärkande av en god psykisk hälsa förutsätter fungerande tjänster samt sektorsövergripande åtgärder för att förebygga social utestängning och anhopningen av problem.

I juni 2023 gav kommittén för barnets rättigheter sin rekommendation till Finland om dess kombinerade femte och sjätte periodiska rapport om genomförandet av konventionen om barnets rättigheter. Som en positiv sak lyfte kommittén upp att det i Finland har utarbetats en nationell strategi för psykisk hälsa och ett program för suicidprevention, men noterade med oro att det är vanligt med depression, ångest och självskadebeteende bland barn (punkt 32).

Kommittén rekommenderade att Finland i brådskande ordning ger adekvata resurser, genomför strategin för psykisk hälsa, ordnar missbrukarvårdens tjänster samt reviderar barnskyddslagen. Dessutom rekommenderade kommittén att Finland säkerställer att det finns mentalvårdstjänster i skolor, förvarsloraker och fängelser samt i kommunerna i alla områdena, och att det finns ett tillräckligt antal kompetenta yrkespersoner för att i rätt tid tillgodose behoven i fråga om barns psykiska hälsa. Kommittén ansåg det vara viktigt att tjänsterna, framför allt de förebyggande tjänsterna och det tidiga stödet, anpassas särskilt för behoven hos flickor, barn som är asylsökande och flyktingar, låginkomsthushåll, barn med funktionsnedsättning samt barn som hör till sexuella minoriteter eller könsminoriteter.

Dessutom rekommenderade kommittén för barnets rättigheter att Finland ska satsa på förebyggande åtgärder, ingripa i orsakerna bakom barns självmord och psykiska problem och säkerställa att barnens synvinkel beaktas då man utvecklar tjänster avsedda för dem för att lösa dessa problem. Enligt kommittén ska Finland även säkerställa att läkemedel inte föreskrivs åt barn för vård av bland annat ångest, depression, psykosomatiska störningar och aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (adhd), om det inte är absolut nödvändigt medicinskt och om inte barnets bästa har bedömts individuellt. Enligt kommittén ska man dessutom erbjuda stöd för psykiska problem som kan tas hem åt barns föräldrar och vårdnadshavare.

2.3 Servicesystemet för barns och ungas psykiska hälsa

Det allmänna tryggar förverkligandet av barns och ungas rättigheter som anknyter till psykisk hälsa genom en mentalvårdshelhet, vars mål är att stärka den psykiska hälsan och minska hoten mot den. Mentalvårdsarbetet omfattar arbete som främjar psykisk hälsa, förebyggande av problem med psykisk hälsa och vård av psykisk hälsa samt mentalvårdsarbete inom hälso- och sjukvården samt inom socialvården. Vårdsområdet ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster för barn och unga. FPA ordnar mentalvårdstjänster som en del av studerandehälsovården för högskolestuderande, vars riksomfattande produktion är Studenternas

hälsovårdsstiftelses ansvar. FPA ansvarar också för att ordna och ersätta rehabilitering i samband med psykiska störningar hos barn och unga.

Arbete som främjar barns och ungas psykiska hälsa bedrivs inte bara inom social- och hälsovården, utan även i stor utsträckning inom kommunernas bildningsväsende och annan verksamhet samt i organisationer och församlingar. Förebyggande mentalvårdsarbete är en del av det långsiktiga främjandet av välbefinnande, hälsa och säkerhet och ingår i både kommunens och välfärdsområdets lagstadgade uppgifter.

2.3.1 Mentalvårdsarbete inom primärvården

2.3.1.1 Arbete som främjar psykisk hälsa

Tjänster inom förebyggande hälsovård för barn, unga och familjer är mödra- och barnrådgivningstjänsterna samt skol- och studerandehälsovården. Till tjänsterna inom förebyggande hälsovård kan också räknas psykologtjänster inom elev- och studerandevården. Den förebyggande hälsovårdens uppgift är enligt 3 § i hälso- och sjukvårdslagen att främja hälsan, funktionsförmågan och välbefinnandet hos individerna, samhällsgrupperna och befolkningen. Detta inkluderar arbete som främjar och stärker den psykiska hälsan samt förebyggande av psykiska störningar.

Enligt 15 § i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde ordna rådgivningsbyråttjänster för där bosatta gravida kvinnor, familjer som väntar barn och barn under läropliktsålder och deras familjer. Dessutom ska välfärdsområdet i enlighet med 15 a § i lagen ordna elevhälsotjänster för elever och studerande som genomgår utbildning i skolor eller på andra stadiets läroanstalter inom dess område oberoende av elevernas och de studerandes hemkommun. Studerandehälsovården för högskolestuderande regleras i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.

Elevhälsotjänsterna innefattar skol- och studerandehälsovård och psykolog- och kuratorstjänster inom elev- och studerandevården. Kuratorstjänster är socialvårdstjänster, men de behandlas i detta sammanhang som tjänster som ingår i elev- och studerandevårdshelheten. Lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) tillämpas på elev- och studerandevården för eleverna inom den undervisning och utbildning som avses i lagen om grundläggande utbildning (628/1998) och för de studerande inom den utbildning som avses i gymnasielagen (714/2018) och i lagen om yrkesutbildning (531/2017). Den tillämpas inte på högskolestuderande och bestämmelserna om psykolog- och kurators-tjänster inom elev- och studerandevården enligt 7 § i lagen om elev- och studentvård gäller inte högskolestuderande.

Rådgivningsbyråns samt skol- och studerandehälsovårdens åldersrelaterade hälsoundersökningar når i praktiken alla barn och unga samt deras familjer. Vid hälsoundersökningarna följer man upp och främjar barns och ungas uppväxt och utveckling samt familjens hälsa och välbefinnande, identifierar behov av stöd eller undersökningar och stöder barn, unga och deras familjer.

Rådgivningsbyråns och skol- och studerandehälsovårdens roll är central för att förebygga och identifiera psykiska störningar hos barn och unga samt erbjuda tidigt stöd. Skolhälsovården är en basservice för barn och unga, till vilken eleven på eget initiativ kan söka sig under skoldagen. Enligt enkäten Hälsa i skolan 2021 besöker cirka 40 procent av eleverna hälsovårdaren även annars än vid hälsoundersökningar. Eleverna har fått mest hjälp och stöd av de hälsovårdare

som de har blivit bekanta med från elevvården.¹² Studerandehälsovården omfattar även tidigt konstaterande, vård och hänvisning till fortsatt vård vid psykiska störningar och missbruksproblem. Utöver skol- och studerandehälsovården främjar psykologer och kuratorer inom elev- och studerandevården i enlighet med lagen om elev- och studentvård elevernas och studerandenas lärande, hälsa och välbefinnande samt delaktighet och förebygger uppkomsten av problem. Dessutom har alla yrkesutbildade personer inom studerandevårdstjänsterna till uppgift att främja skol- och studiegemenskapens välbefinnande samt samarbetet med familjer och andra närstående. Psykolog- och kuratortjänsterna stöder och styr inläring och välbefinnande genom att stärka barns och ungas sociala och psykiska färdigheter. Kuratorer och psykologer erbjuder även tidigt stöd till barn och unga som behöver det. Enligt uppföljningen 2022 använde psykologer och kuratorer inom elev- och studerandevården i genomsnitt hälften av sin klientarbetstid på psykiska problem, medan hälsovårdarna använde ungefär en fjärdedel av sin arbetstid till detta.¹³

2.3.1.2 Vård av psykisk hälsa inom primärvården

Mentalvårdsarbetet inom den förebyggande hälsovården omfattar identifiering av faktorer som äventyrar barns och ungas psykiska hälsa, tillhandahållande av stöd och handledning samt psykosocialt stöd som ges förebyggande. Om ett barn eller en ung person behöver behandling av en psykisk störning ska han eller hon hänvisas till primärvårdens sjukvårdstjänster eller tjänster inom den specialiserade sjukvården i enlighet med graderingen av vården. Högskolestuderande som omfattas av Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster kan få mentalvårdstjänster både från välfärdsområdet och från SHVS. Unga i arbetslivet kan utnyttja både välfärdsområdets och företagshälsovårdens tjänster.

Sjukvårdstjänsterna omfattar undersökning av sjukdomar, medicinsk diagnostisering, vård och medicinsk rehabilitering. Även förebyggande av sjukdomar, tidig identifiering av hälsoproblem och hänvisning till fortsatt vård samt handledning som stöder patientens engagemang för vården och egenvården hör till sjukvården enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen. Sjukvården ska genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård.

Bestämmelser om mentalvård inom primärvården och den specialiserade sjukvården finns i 27 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den ska välfärdsområdet ordna mentalvård för sina invånare som omfattar handledning och rådgivning i fråga om de faktorer som dels skyddar, dels hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen, familjen och andra närstående och samordning av det. Mentalvården omfattar även förebyggande, undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i form av mångsidiga tjänster i samband med psykiska störningar.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska mentalvården planeras och genomföras så att den utgör en fungerande helhet tillsammans med annan social- och hälsovård samt med främjandet av psykisk hälsa i välfärdsområdet och i kommunerna. Social- och hälsovårdsministeriets grunder¹⁴ för icke-brådsakande vård som publicerades 2019 fastställer vård av lindriga och medelsvåra psykiska störningar hos barn och unga som en uppgift på basnivå. Även vård av

¹² THL, Asiointi ja avunsaanti perusopetuksen opiskeluhoitopalveluissa – Kouluterveyskysely 2021, Tutkimuksesta tiivistä 53/2021

¹³ https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145353/URN_ISBN_978-952-343-931-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁴ [Enhetliga grunder för icke-brådsakande vård 2019 – Valto \(valtioneuvosto.fi\)](#).

upprätthållande eller uppföljande karaktär i fråga om allvarliga störningar kan höra till uppgifterna på basnivå. I grunderna för icke-brådsakande vård fastställs också på vilket sätt specialnivå stöder basnivå i genomförandet av den funktionella integrationen av undersökning och vård i rätt tid samt specialiserad sjukvård och primärvård för patienten. Helheterna avtalas regionalt i enlighet med de olika verksamhetsenheternas arbetsfördelning och kompetens. Som stöd för tillämpningen av kriterierna har THL tagit fram tre handböcker som gäller barn och unga.^{15 16 17} Specialsjukvården ansvarar i första hand för undersökning och behandling av allvarliga psykiska störningar.

2.3.1.3 Behandlingsformer för psykisk hälsa inom primärvården

Högklassig mentalvård baserar sig på att möta barn, unga och familjer och noggrant bedöma deras helhetssituation, där man beaktar livsmiljöns och livssituationens inverkan på symtomen. Ju yngre barnet är, desto större del av hans eller hennes psykiska symtom är kopplade till faktorer i uppväxtmiljön i hemmet och i andra uppväxtmiljöer. Det är väsentligt att trygga det stöd som vuxna ger barn och unga i vardagen och som motsvarar behoven i deras utvecklingsskede, trygga och bestående omständigheter samt att kravnivån ställs i enlighet med förutsättningarna för utvecklingsnivån hemma, i småbarnspedagogiken och i studierna. Uppfattningen om vilken typ av bedömning som behövs i barnets eller den ungas situation kan gradvis klarna, liksom även formen av den vård eller det stöd som behövs.

Till barns och ungas allmänna psykosociala stödåtgärder hör handledning i levnadsvanor som främjar välbefinnandet, bland annat genom att lindra barnets eller den ungas belastning hemma, i studierna och på fritiden, stödja tillräcklig sömn och rörelse, handleda i användningen av digitala medier samt erbjuda psykoedukativ information och handledning till barn, unga och föräldrar. Psykoedukation omfattar målinriktat informationsutbyte med ett vägledande arbetssätt, med beaktande av barnets eller den ungas problem och utvecklingsskede. Föräldraskapets resurser och färdigheter kan stärkas med hjälp av handledning och genom att öva i vardagliga situationer. De stödåtgärder som barnet, den unga eller föräldern behöver för vardagens struktur och funktion ska inledas utan dröjsmål, även om det ännu inte finns någon klar uppfattning om barnets eller den ungas problem. Småbarnspedagogikens, skolans och läroanstaltens stödåtgärder är en viktig del av helheten för stöd till barn och unga. När problemets karaktär samt behovet av vård och stöd har utretts kan vid behov symtom- eller störningsspecifika psykosociala metoder och samtalsterapiformer kopplas till stödåtgärderna. Behandlingen kan riktas till individen, föräldrarna eller hela familjen.

Psykosocial behandling används både för att förebygga psykiska störningar och för att behandla enskilda symtom och störningar. Behandling enligt symtom genomförs i situationer där barnets eller den ungas symtom inte i första hand förutsätter annat stöd eller där behandling enligt symtom genomförs som en del av en mer omfattande vårdhelhet. Ofta är gränsen mellan psykiska symtom och lindrig psykisk störning vag hos barn och unga. Definitionsmässigt kan en psykisk störning uppstå till exempel när symtomen varar längre, och behandlingsmässigt används ofta samma metoder i dessa situationer. Läkarens diagnostiska bedömning är därför inte alltid en förutsättning för att inleda behandling, om inte barnets eller den ungas

¹⁵ Stöd och behandling av psykiska problem hos barn i skolåldern i tjänster på basnivå: Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien menetelmien käyttöön <https://www.julkari.fi/handle/10024/140590>

¹⁶ Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa : Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin <https://www.julkari.fi/handle/10024/131873>

¹⁷ Koulutuksen ja työn ulkopuolella olevien nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveys- ja päihdehoito: Suosituksia perusterveydenhuollon toimijoille <https://www.julkari.fi/handle/10024/145867>

symtombilder eller funktionsförmåga i övrigt förutsätter det. Symtombaserad behandling fokuserar i allmänhet på att identifiera och hantera enskilda symtom. Behandlingen omfattar information om faktorer som påverkar symtomen och hanteringen av dem samt hanteringsövningar.

En människa som lider av lindriga symtom kan få tillräcklig hjälp på egen hand eller genom kortvariga interventioner som genomförs med stöd av en yrkesutbildad person. Olika lättillgängliga problemspecifika webbaserade självvårds- och egenvårdsprogram, applikationer och nätterapier har under de senaste åren utvecklats till en viktig del av den mentalvård som primärvården tillhandahåller. Vid självvård bestämmer personen själv behovet av vård och genomför sin vård självständigt. Egenvården omfattar förutom självvård även en kort handledning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som kan vara av varierande slag. Inom vården av minderåriga är möjligheterna i fråga om webbaserade program fortfarande begränsade. De bästa resultaten har uppnåtts i handledning av föräldrar vid barns beteendestörningar. Unga och unga vuxna kan ha nytta av egenvårdsprogram vid behandling av lindrig ångest; resultaten för egenvård av depression är motstridiga. Vid behandling av ångest hos barn samt barns och ungas rus-medelsanvändning, känsloreglering, sömnlöshet och ätstörningar är evidensen eller forskningsdata otillräckliga för att dra slutsatser. Det finns heller inga forskningsdata om huruvida effekterna av egenvårdsprogrammen är permanenta. I ljuset av dagens kunskap är teknikstödda behandlingsprogram således inte primära och inte allena tillräckliga för behandling av psykiska störningar hos barn och unga.

Symtomspecifika nätterapier som produceras av Helsingfors universitetssjukhus (HUS) lämpar sig för behandling av lindriga och medelsvåra psykiska störningar. Med remiss av läkare hänvisas man till dessa, men de kräver ingen omfattande diagnostik. Patienten genomför nätterapibehandling som baserar sig på kognitiv beteendeterapi via Psykporten (psykporten.fi) från sin egen dator eller smarta enhet. Nätterapier har utvecklats främst för ungdomar över 16 år och finns på finska och svenska.

Strukturerade evidensbaserade psykosociala metoder för vård och stöd är en viktig del av mentalvårdsutbudet för barn och unga inom primärvården. De lämpar sig både för förebyggande av störningar och för behandling av lindriga och medelsvåra psykiska störningar. Det finns metoder som lämpar sig för primärvården bland annat för behandling av ångest hos barn och unga, barns trots- och beteendeproblem, depressionssymtom hos unga och posttraumatiska symtom, men inte till exempel för affektiva störningar hos barn i lågstadieåldern. För närvarande finns det inte heller någon lämplig strukturerad metod för ätstörningar hos barn och unga. Särskilda neuroutvecklingsmässiga svårigheter såsom uppmärksamhets- och aktivitetsstörningar, drag av autismspektrumstörning eller mer allmänt neurokognitiva svårigheter kan inte elimineras med strukturerade korttidsinterventioner. I vården av dem är det centralt att anpassa utvecklingsmiljöerna i barnets eller den ungas vardag (hem, småbarnspedagogik, skol- och studiemiljö) för att stödja barnets eller den ungas utveckling. Användningen av neuropsykiatrisk handledning som en grundläggande metod har blivit allt vanligare, men det finns ännu inga tydliga forskningsresultat om metodens effektivitet.¹⁸

Med psykosociala metoder strävar man samtidigt efter att stärka faktorer som främjar psykiskt välbefinnande och förmågan att minska och hantera riskfaktorer och symtom. Arbetet kan fokusera på att identifiera och ändra skadliga handlings- och tankemönster. Olika kognitiva arbetsmetoder hjälper till att hantera till exempel variationer i humör och känslotillstånd samt lindriga depressions- och ångestsymtom. Huvudprincipen i interventioner med syfte att utveckla

¹⁸ [Haltia m.fl. 2023](#)

föräldrafärdigheter är att lösa utmaningar med barnets beteende i första hand genom att öka den positiva interaktionen mellan barnet och föräldern och i andra hand genom att lära ut konstruktiva metoder att hantera problembeteende till föräldrarna. Vård som baserar sig på strukturerade psykosociala metoder ges ofta av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som inte har någon mer omfattande psykiatrisk eller psykoterapeutisk utbildning, men som har fått fortbildning i identifiering och bedömning av psykiska symtom samt symtombaserad behandling.

Det finns inte evidensbaserade psykosociala metoder för alla psykiska problem hos barn och unga, och strukturerad intervention är inte heller alltid det primära alternativet för behandling av psykiska problem hos barn eller unga. Behandlingen av ett barn eller en ung person som individ och individuella interventioner är inte tillräckliga och effektiva i situationer där kraven i utvecklingsmiljön ständigt överstiger den kognitiva och känslomässiga regleringsförmågan som är rimlig med hänsyn till barnets ålder och utvecklingsnivå och underskrider behovet av stöd och handledning. I stället för individcentrerade interventioner behövs då i första hand mångsidigt stöd som riktar sig till miljöfaktorerna, till exempel genom att stödja föräldraskapet och föräldrarnas ork, genom tillräckligt stöd för inläring i skolan, ingripande i mobbning samt minskning av vardagsbelastningen och det digitala flödet av stimulans. Psykosociala strukturerade metoder kan komma i fråga som en del av vårdhelheten när vården av ett barn eller en ung person inte i första hand förutsätter en annan behandlingsmetod eller till exempel ingripande i faktorer i uppväxtmiljön.

De strukturerade psykosociala behandlingarna och metoderna som beskrivs ovan omfattar cirka 3–20 besök beroende på metod. Egentliga psykoterapibehandlingar ges vid svårare symtom eller psykisk störning baserat på en medicinsk bedömning. Yrkesutbildade personer med en skyddad yrkesbeteckning som utför psykoterapi har en separat psykoterapeututbildning för en viss psykoterapiform. Psykoterapi kan ordnas som korttidspsykoterapi (högst 20–25 gånger) eller som längre terapeutisk psykoterapi eller rehabiliterande psykoterapi. Korttidspsykoterapi lämpar sig både inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Långvariga psykoterapier hör till sådan vård och rehabilitering av störningar som den specialiserade sjukvården ansvarar för. Endast en liten andel av de människor som lider av psykiska symtom behöver rehabiliterande psykoterapi.

2.3.2 Socialvårdens mentalvårdsarbete

Inom socialvården genomförs mentalvårdsarbete för barn och unga i huvudsak som allmän socialservice. Socialservice ordnas med stöd av socialvårdslagen för barn och familjer som tjänster för barnfamiljer och för myndiga kunder som tjänster för personer i arbetsför ålder. Mentalvårdsarbete som genomförs inom socialvården ska enligt 25 § i socialvårdslagen planeras och genomföras så att det utgör en fungerande helhet tillsammans med annan social- och hälsovård samt med främjandet av psykisk hälsa i välfärdsområdet och i kommunerna.

Socialvårdslagen förpliktar välfärdsområdena att stödja barnfamiljer och föräldraskap (10 § och 13 § i socialvårdslagen). Denna skyldighet är också central i förebyggandet av psykiska störningar hos barn och unga. Stödet för psykisk hälsa är också förknippat med skyldigheterna i 2 § i barnskyddslagen. Myndigheter som arbetar med barn och familjer ska stödja föräldrar och vårdnadshavare i deras uppgift som fostrare samt sträva efter att erbjuda familjen nödvändig hjälp tillräckligt tidigt. I enlighet med 3 a § i barnskyddslagen främjas och tryggas barns uppväxt, utveckling och välfärd samt stöds föräldraskapet genom det förebyggande barnskyddet. Förebyggande barnskydd är stöd som ges till exempel inom socialservicen för barnfamiljer.

Enligt 11 § i socialvårdslagen ska socialservice ordnas bland annat som stöd för att klara av det dagliga livet och för att förhindra marginalisering och främja delaktighet. Andra behov av stöd kan vara att stödja en balanserad utveckling och välfärd hos barn, stödbehov på grund av psykisk ohälsa samt stödbehov med anknytning till annan psykisk, social eller kognitiv funktionsförmåga. Bestämmelser om socialservice som motsvarar dessa stödbehov finns i 14 § i socialvårdslagen. Central socialservice som stöder barns och ungas psykiska hälsa är socialarbete, social handledning, social rehabilitering, familjearbete, tjänster inom rusmedelsarbete och mentalvårdsarbete, uppfostrings- och familjerådgivning samt kuratorstjänster inom elev- och studerandevården.

I socialvårdslagen ingår även servicebestämmelser som särskilt gäller mentalvårdsarbete och dess innehåll (25 §–25 a § i socialvårdslagen). Enligt socialvårdslagen avses med mentalvårdsarbete inom socialvården välfärdsområdets socialservice och annan individ- och gemenskapsinriktad verksamhet som syftar till att stärka de faktorer som skyddar individens och gemenskapens psykiska hälsa, minska och avlägsna faktorer som äventyrar den psykiska hälsan och svara mot stödbehov till följd av försämrade psykisk funktionsförmåga. Mentalvårdsarbete inom socialvården omfattar utöver rådgivning och handledning sådan socialservice som avses i 14 § i lagen antingen i form av allmän socialservice eller som service som svarar mot stödbehov särskilt till följd av försämrade psykisk funktionsförmåga. Mentalvårdsarbetet omfattar dessutom behövligt psykosocialt stöd som hänför sig till faktorer som dels skyddar, dels äventyrar den psykiska hälsan för individen eller familjen och samordnande av psykosocialt stöd för individen och gemenskapen.

Bestämmelser om särskilda tjänster inom socialvårdens mentalvårdsarbete ingår i 25 a § i socialvårdslagen. Ofta är det ändamålsenligt att samordna särskilt den service som avser att tillgodose stödbehovet till följd av försämrade psykisk funktionsförmåga med de hälso- och sjukvårdstjänster som klienten får enligt 2 a § för att kunna erbjuda klienten övergripande hjälp och stöd.

2.3.3 Rehabilitering som ordnas och ersätts av Folkpensionsanstalten

Folkpensionsanstalten ordnar rehabilitering enligt lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005, rehabiliteringslagen) till den del den inte hör till hälso- och sjukvårdens ansvar. Den vanligaste orsaken till att man söker sig till FPA:s rehabiliteringar är psykiska störningar och beteendestörningar, och barn och unga är en betydande befolkningsgrupp inom dessa tjänster.

Som krävande medicinsk rehabilitering för barn och unga ordnar FPA bland annat psykoterapi, familjeterapi, bildkonstterapi, musikterapi och neuropsykologisk rehabilitering samt rehabiliteringskurser. Bestämmelser om ordnandet av och innehållet i krävande medicinsk rehabilitering finns i 9 och 10 § i rehabiliteringslagen. En förutsättning för detta är att rehabiliteringsklienten har en sjukdom eller kroppsskada som medför betydande svårigheter att klara av vardagssysslor. FPA:s rehabilitering ingår därför i huvudsak i rehabiliteringshelheten för patienter inom den specialiserade sjukvården.

På grundval av 11 a och 11 b § i rehabiliteringslagen ersätter FPA ändamålsenlig rehabiliterande psykoterapi i syfte att stödja eller förbättra 16–67-åriga försäkrades arbets- eller studieförmåga, om en mental störning som konstaterats och diagnostiserats på behörigt sätt hotar den försäkrades arbets- eller studieförmåga. Ett villkor för att rehabiliterande psykoterapi ersätts är att den försäkrade efter det att den mentala störningen konstaterades har fått tillbörlig vård som varat minst tre månader. Med tillbörlig vård avses vård som getts enligt god vårdpraxis vid en hälso- och sjukvårdsenhet och som innefattar be-hövlig medicinsk, psykiatrisk och

psykoterapeutisk undersökning och vård. Rehabiliterande psykoterapi ersätts inte om andra tillgängliga behandlings- eller rehabiliteringsformer är tillräckliga för att förbättra eller återställa arbets- och studieförmågan.

Rehabiliterande psykoterapi kan vara individuell eller grupp-, familje- eller parpsykoterapi eller bildkonstterapi. För 16–25-åringar kan det också vara musikterapi. Rehabiliterande psykoterapi ersätts i högst tre år. Antalet rehabiliteringsklienter har ökat under de senaste åren, särskilt inom rehabiliterande psykoterapi, vilket för sin del talar för antalet störningar som allvarligt och långsiktigt påverkar studie- och arbetsförmågan. Antalet personer som har fått rehabiliterande psykoterapi har tredubblats på tio år.¹⁹

Med stöd av 12 § i rehabiliteringslagen kan Folkpensionsanstalten dessutom som prövningsbaserad rehabilitering ordna och ersätta bland annat rehabiliteringskurser för personer med psykiska störningar, neuropsykologisk rehabilitering samt LAKU-familjerehabilitering och Min egen väg-rehabilitering för barn, unga och unga vuxna. LAKU-familjerehabilitering är avsedd för barn i åldern 5–15 år som har fått en neuropsykiatrisk diagnos samt deras familjer och Min egen väg-rehabiliteringen för ungdomar och unga vuxna i åldern 16–29 år som har fått en neuropsykiatrisk diagnos. I enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering har man anvisat 25 miljoner euro i tilläggsfinansiering för prövningsbaserad rehabilitering av neuropsykiatriska störningar hos barn och unga, som Folkpensionsanstalten riktar till LAKU-familjerehabilitering och Min egen väg-rehabilitering.

2.3.4 Utmaningar och utvecklingsbehov inom mentalvårdstjänster för barn och unga

Mer omfattande utmaningar som gäller social- och hälsovårdens servicesystem, såsom välfärdsområdenas ekonomiska situation och problem med att få personal, påverkar också tjänsterna för barn och unga. Dessutom kan man identifiera utmaningar i servicesystemet särskilt i fråga om barns och ungas psykiska hälsa, till exempel att servicesystemet är splittrat, det finns regionala variationer i tillgången till tjänster samt brister i det övergripande multiprofessionella samarbetet.

Dessa faktorer har upprepade gånger lyfts fram i utredningar, undersökningar och av tillsynsmyndigheterna. I sitt avgörande från 2023 bedömde biträdande justitiekanslern att mentalvårdstjänsterna för barn och unga är avsevärt underresurserade och ansåg att det var mycket oroväckande att efterfrågan på och behovet av mentalvårdstjänster hade ökat under flera år och att det fanns betydande problem i helheten med organiseringen av dem. Biträdande justitiekanslern betonade att långvarig otillräcklighet i tjänsterna är ett problem i fråga om de grundläggande rättigheterna, och att det orsakar omfattande mänskligt lidande och står i konflikt med de rättigheter som tryggas för barn och unga i lagen (OKV/294/70/2020) att problemet inte har lösts. Riksdagen har därför krävt behövliga nationella åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till tjänster, särskilt inom tjänster på basnivå (bland annat ShUB 4/2022 rd, s. 3; ShUB 21/2022 rd, s. 12; ShUB 24/2022 rd, s. 7).

Särskilt inom vården av barns psykiska hälsa saknas det i servicesystemet dessutom en aktör som svarar för vården på basnivå. Barnrådgivningarna har inga uppgifter inom öppenvården för små barn, och behandlingen av psykiska störningar hör inte heller till de lagstadgade uppgifterna inom elevvården för barn i grundskoleåldern. Hälsocentralsystemet har inte heller tillgodosett behovet av primärvård för barn i fråga om mentalvård. I en del välfärdsområden arbetar till exempel psykiatriska sjukskötare i skolor och läroanstalter för att komplettera skolhälsovårdens

¹⁹ [FPA-statistik rehabilitering 2022 \(helsinki.fi\)](https://fpa.fi/statistik/rehabilitering/2022/)

och elev- och studerandevårdens tjänster, men de tjänster inom primärvården som gäller mentalvård är bristfälliga och varierar regionalt. Strukturerna för produktion av studerandehälsovård för studerande på andra stadiet är också brokiga regionalt både vad gäller innehåll och benämningar.

Bristen på tjänster på basnivå och en tydlig servicestruktur har lett till ett splittrat system för mentalvårdstjänster för barn och unga, där samarbetet mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården och mellan social- och hälsovården ofta är okoordinerat. Detta försvårar både uppsökandet av vård och stöd och deras kontinuitet. Följden blir att tjänsterna på vissa ställen är ineffektiva, snäva och dåligt anpassade för barns, ungas och familjers behov. Ett barn eller en ung person som behöver hjälp kan ha hänvisats till flera på varandra följande utredningar och bedömningar innan det behövliga stödet eller den behövliga behandlingen har kommit igång²⁰. Dessa utmaningar syns på många ställen också som en belastning på barnskyddet.

Bristerna i mentalvården av barn och unga inom primärvården har också avspeglats på den övriga socialvården och elev- och studerandevården. Personalresurserna för uppfostrings- och familjerådgivning som ordnas med stöd av 26 § i socialvårdslagen har på många ställen inriktats på undersökning och behandling av psykiska störningar hos barn som hör till primärvårdens ansvar, och socialvårdens serviceuppgift har genomförts bristfälligt. Bristerna inom primärvården har också syns i vardagen i klientarbetet inom alla yrkesgrupper inom elev- och studerandevården. Kurators och psykologens arbete består av arbete både i grupp och individuellt, men i praktiken ligger tyngdpunkten på individuellt arbete (ca 60 % av arbetstiden). Enligt en uppskattning står arbetet med psykiska problem för cirka hälften av kuratorernas och psykologernas arbetstid inom individuellt klientarbete. Kuratorer, psykologer och skolhälsovårdare har i praktiken också varit tvungna att täcka upp på grund av den överbelastade situationen inom den psykiatriska specialiserade sjukvården.

Den ökade förekomsten av psykiska symtom hos barn och unga syns i antalet besök inom hälso- och sjukvården. De senaste åren har antalet besök inom mentalvården för barn och unga ökat kraftigt både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Den kraftigaste ökningen har skett inom primärvården, där besöken bland 13–17-åringar ökade förhållandevis mest. När tjänsterna på basnivå inte har kunnat tillgodose vårdbehovet i fråga om lindrigare störningar har trycket riktats mot den specialiserade sjukvården, vars efterfrågan har ökat särskilt bland unga. Överbelastningen av tjänsterna har också påverkat tillgången till specialiserad sjukvård för de barn och unga som har de svåraste symtomen.²¹ Coronapandemin försvårade för sin del tillgången till tjänster både inom sjukvården och inom elev- och studerandevården.

I statistikrapporten av Forsell m.fl. (2022) konstaterades det att nästan var femte 18–22 åring hade gjort ett besök som gällde psykisk hälsa hos den offentliga hälso- och sjukvården 2020. Cirka 130 000 personer i åldern 7–22 år hade gjort ett besök. Antalet klienter med besök vid primärvården på grund av psykisk hälsa var större än inom den specialiserade sjukvården. Det fanns stora regionala skillnader i utbudet och användningen av tjänster, delvis på grund av olika redovisningspraxis. Det finns också regionala skillnader i tillgången till psykosociala metoder. En bristfällig tillgång till tjänster på basnivå ökar hänvisningen till den specialiserade sjukvården. Den föreslagna lagstiftningen förbättrar tillgången till psykosociala interventioner. En ökning av vårdmetoderna inom primärvården skulle på så sätt minska antalet remisser till

²⁰ Huikko m.fl. 2023

²¹ [Valvira ja Avi Dnro V/6085/2022](#)

den specialiserade sjukvården i situationer där dessa beror på att det saknas tjänster på basnivå. Det här skulle förbättra genomförandet av vården i rätt tid redan på basnivå.

Praxis inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga motsvarar inte till alla delar behoven i den ålder då man börjar bli vuxen. Ungdomar som nyss har blivit myndiga hänvisas till tjänster för vuxna, även om deras behov av vård och stöd är särskilt kopplat till åldersspecifika problem hos ungdomar. Enligt besöksstatistiken minskar användningen av mentalvårdstjänster kraftigt bland 18-åringar, vilket tyder på att tjänsternas tillgänglighet är sämre bland unga vuxna²².

Bristen på en helhet av tjänster framhävs särskilt när det gäller de barn och unga som behöver mångsidigt stöd. Till exempel har mentalvårds- och missbrukstjänster till många delar utvecklats som separata tjänster. Behoven hos särskilda grupper såsom personer med funktionsnedsättning eller NEET-ungdomar som står utanför arbete och utbildning beaktas för närvarande inte tillräckligt i tjänsternas innehåll eller verksamhetsprocesser.²³ Invandrarfamiljers barn och unga kanske inte får tillgång till tjänsterna på grund av bristfälliga språkkunskaper eller för att det är för svårt för familjen att nå tjänsterna. Samtidigt har det också konstaterats brister i tillgången till tjänster som stöder eller vårdar psykisk hälsa för svensk- och samiskspråkiga barn och unga på deras eget modersmål.

2.3.5 Barns, ungas och familjers syn på utvecklingsbehoven inom mentalvårdstjänsterna

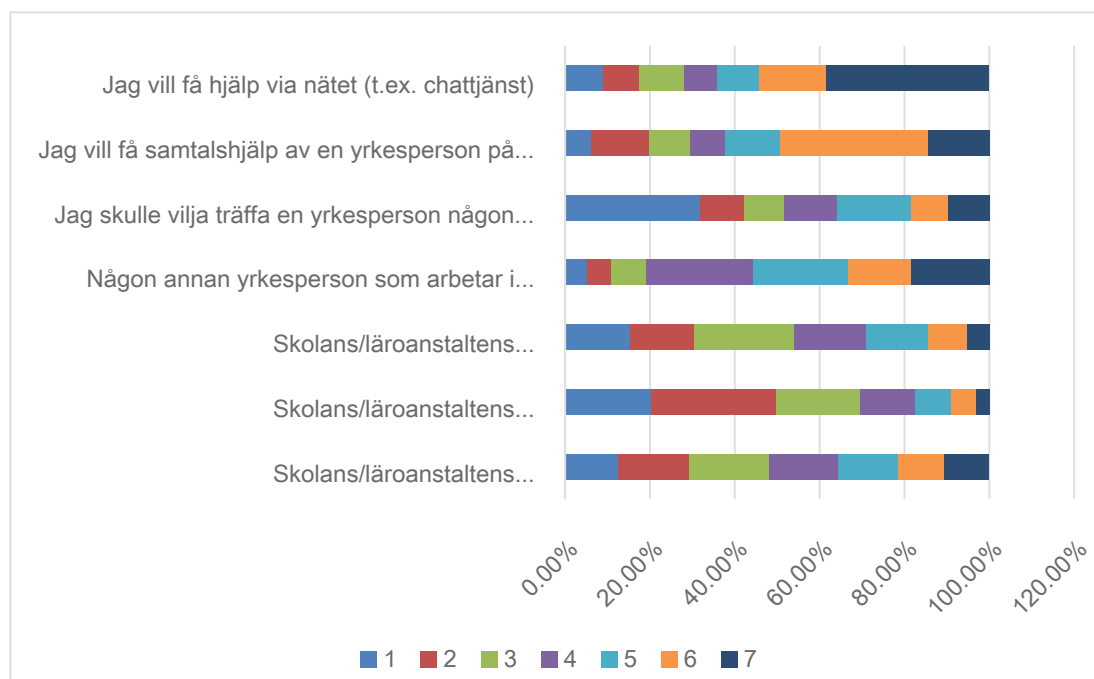
Två webbenkäter genomfördes som stöd för beredningen av regeringspropositionen. Syftet med dessa enkäter var att samla in information om hur barn och unga lätt skulle kunna söka hjälp för sin psykiska hälsa samt var och vilket stöd som borde erbjudas. I Webropol-enkäten för barn och unga fick man 528 svar. 580 personer besvarade den öppna enkäten på webbplatsen Din åsikt.

Utifrån svaren önskar barn och unga att hjälp ska finnas tillgänglig både inom elev- och studerandevården och inom andra social- och hälsovårdstjänster (se figur 1). Av de svarande önskar 30 procent att möten om psykiska problem i första hand ska ske utanför skolan eller läroanstalten. Sammanlagt 48 procent av de svarande önskade i första hand hjälp av elev- och studerandevårdens tjänster (förstahandsval psykolog 20 %, kurator 15 %, hälsovårdare 13 %). Psykologen inom elev- och studerandevården ansågs vara den primära hjälparen inom elev- och studerandevården.

Figur 1: Från vilket ställe skulle du vilja få hjälp, om du någon gång skulle behöva hjälp på grund av symtom av mental ohälsa? (Alternativen i prioriteringsordning, viktigaste 1, näst viktigaste 2 osv.)

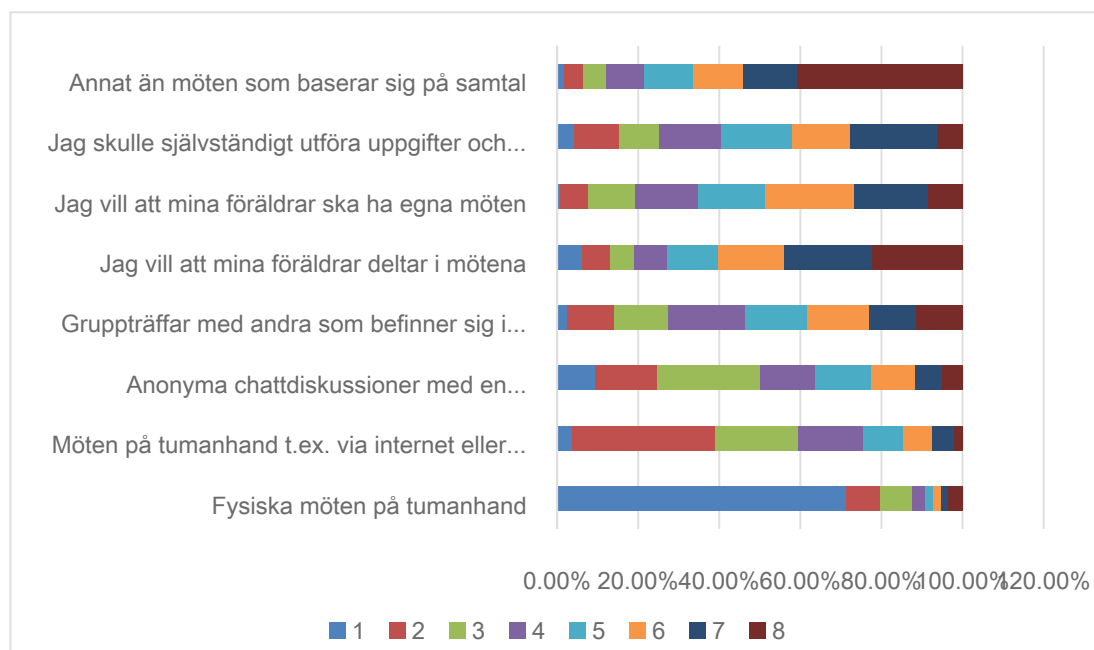
²² Forsell 2022

²³ [Karjalainen m.fl. 2022](#)



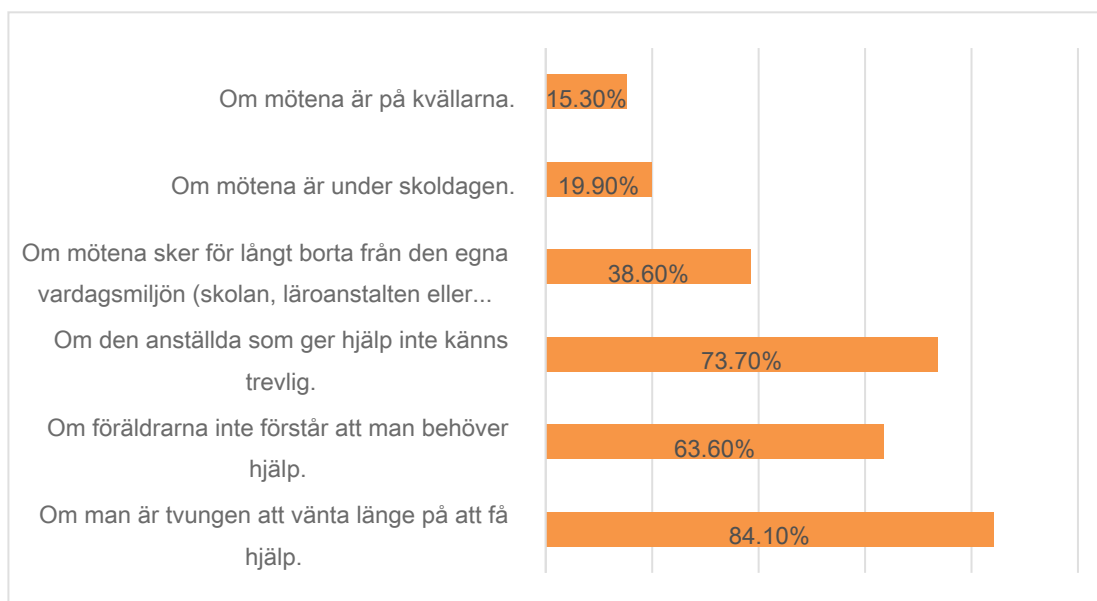
Baserat på svaren på enkäten önskar barn och unga i första hand fysiska möten på tumanhand med en yrkesutbildad person (71 %). Även möten som genomförs på distans ansågs vara önskvärda om ett fysiskt möte inte är möjligt (32 %). Enligt de svarande var samtalshjälp i chattform också ett bra sätt att få hjälp. De svarande förhöll sig negativa till föräldrarnas närvaro på mötena. Annat stöd än samtalsstöd ansågs vara det sista alternativet (41 % av de svarande). (se figur 2).

Figur 2: Om du kunde välja, hurdana möten skulle du helst önska? Sätt alternativen i prioriteringsordning (Alternativen i prioritetsordningen viktigaste 1, näst viktigaste 2 osv.)



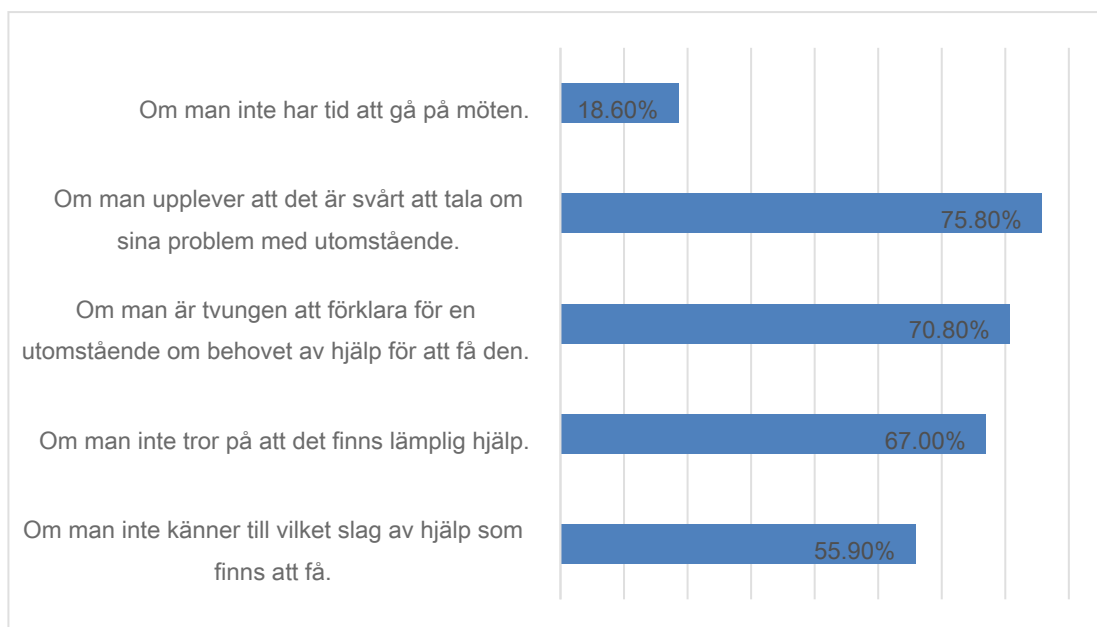
Enligt enkäten är den viktigaste faktorn för fungerande mentalvårdstjänster för barn och unga att hjälp erbjuds snabbt och med låg tröskel. Betydelsen av arbetstagarens personlighet lyftes också fram. (se figur 3) I enkätens öppna svar betonades att arbetstagaren ska ha goda interaktionsfärdigheter och ska förhålla sig allvarligt till de bekymmer som barn och unga lyfter fram. Många konstaterade att arbetstagaren inte får underskatta problem eller förklara dem som en normal utvecklingsrelaterad sak. Det ansågs viktigt att barn och unga deltar i beslutsfattandet och planeringen av vården. Många svarande betonade också att hjälp bör fås utan att föräldrarna informeras.

Figur 3: Vilka frågor kan försvåra tillgången till stöd för psykiska problem? (Välj de tre viktigaste.)



Ett väsentligt hinder för att få hjälp som anknyter till en själv och som lyftes fram var att det kan vara svårt att tala om sina egna ärenden med utomstående och att det är tungt att motivera sitt behov av hjälp. Även informationen om det stöd som erbjuds och tron på att det finns lämpligt stöd kan vara ringa. (Se figur 4).

Figur 4: Vilka frågor som berör en själv kan försvåra tillgången till stöd för psykiska problem? (Välj de tre viktigaste.)



Enligt svaren på webbplatsen Din åsikt är de viktigaste utmaningarna i barns och ungas psykiska problem att det inte finns nödvändig hjälp att få, trots att man söker den. Det råder brist på psykologer inom elev- och studerandevården och väntetiderna till den specialiserade sjukvården är långa. Det splittrade och komplexa servicesystemet lyftes också fram i svaren. Ett annat problem ansågs vara att hjälpåtgärderna alltför ofta fokuserar på individnivå istället för att beakta hela familjen.

Ett centralt önskemål i svaren till enkäten på Din åsikt var att säkerställa hjälp i rätt tid med låg tröskel, att samordna tjänsterna och att tjänsterna ska finnas tillgängliga i vardagens miljöer som skolor och läroanstalter samt som närtjänster. I svaren betonades ändå framför allt betydelsen av ett bredare välbefinnande för att bygga upp en god psykisk hälsa hos barn och unga. Denna utveckling stöds bland annat av trygga vuxna i barnens och ungdomarnas vardag, högklassig småbarnspedagogik och undervisning, hobbyverksamhet och ekonomisk stabilitet i familjerna.

2.3.6 Utveckling av mentalvårdstjänster och införande av psykosociala metoder

Den långsiktiga utvecklingen av mentalvårdsarbetet styrs av den nationella strategin för psykisk hälsa för åren 2020–2030. Den innehåller fem prioriteringar: psykisk hälsa som en resurs, barns och ungas psykiska hälsa, rätt till psykisk hälsa, omfattande tjänster och gott ledarskap i psykisk hälsa. I samband med strategin för psykisk hälsa bereddes också ett program för förebyggande av självmord. På grundval av strategin väljer regeringarna prioriteringarna för regeringsperiodens mentalvårdspolitik.

Den reformerade lagstiftningen om mentalvårds- och missbrukartjänster som gäller hela befolkningen trädde i kraft 1.1.2023. I reformen överfördes regleringen av mentalvårds- och missbrukartjänster från mentalvårdslagen (1116/1990) och lagen om missbrukarvård (41/1986) till socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen. Samtidigt strävade man efter att förbättra tjänsternas tillgänglighet och effektivitet samt tillgången på och helheten av tjänster. För genomförandet av lagstiftningen anslogs 16,25 miljoner euro för 2023 och 18 miljoner euro från och med 2024.

I reformen strävade man efter att förtydliga socialvårdens och hälso- och sjukvårdens roller i arbetet med och vården av psykisk hälsa, missbruk och beroende samt att stärka samordningen av dem och uppkomsten av välfungerande servicehelheter. Syftet var också att tydligare lyfta fram att de tjänster som hänför sig till psykisk hälsa, rusmedel och beroende är en del av den övriga social- och hälsovården och att minska den stigmatisering som är förknippad med användningen av dessa tjänster.

En central nationell åtgärd i utvecklingen av mentalvårdstjänster på basnivå för barn och unga har varit införandet av evidensbaserade psykosociala metoder, som den föreslagna regeringspropositionen och lagstiftningen även gäller. Målet har varit att överföra tyngdpunkten på vård och stöd inom mentalvårdstjänster för barn och unga från den specialiserade sjukvården till primärvården och andra tjänster på basnivå. Evidensbaserade metoder för barns och ungas psykiska problem har tidigare varit bristfälligt tillgängliga och de har inte upprätthållits eller spridits på ett koordinerat och långsiktigt sätt. Under åren 2020–2022 allokerades sammanlagt 60 miljoner euro till genomförandet av strategin för psykisk hälsa, varav sammanlagt 43 miljoner euro anslogs för att förbättra tillgången till psykosocial vård via programmet Framtidens social- och hälsocentral. Med hjälp av projektarbetet har tusentals experter på psykosociala metoder utbildats inom primärvården, elev- och studerandevården och socialvården under de senaste åren.

Alla projekt inom programmet Framtidens social- och hälsocentral skulle omfatta införande av psykosociala metoder. Till en början inriktades förbättringen av tillgången på metoder endast på tjänster på basnivå för unga, men åren 2021–2023 utvidgades införandet av metoder till alla åldersgrupper. Eftersom ett uppställt mål även var en samarbetsstruktur med den specialiserade sjukvården beviljades sjukvårdsdistrikten med universitetssjukhus separat statsunderstöd för utvecklingen av den regionala samordningen av psykosociala metoder för åren 2022–2023. Målet var att införa metoder som konstaterats vara effektfulla i en tidig behandling av de vanligaste lindriga och medelsvåra psykiska störningarna och missbruksstörningarna.

Enligt THL:s expertbedömning prioriterades för barnens del anställning av arbetstagare per välfärdsområde för att ansvara för samordningen av utbildningarna samt skapande av en samarbetsstruktur när finansieringen från programmet Framtidens social- och hälsocentral användes. Programmets finansiering användes nästan inte alls för att utbilda yrkespersoner i användningen av metoderna. Däremot började man införa psykosociala metoder som används för ungdomar direkt i början av projektet, och sakkunniga på effektiva interventioner utbildades betydligt mer än när det gäller metoder som används för barn eller vuxna. Till exempel bedömdes antalet yrkesutbildade som utbildats för behandling av depression ligga ganska nära det antal som bedömdes vara tillräckligt för att tillgodose de ungas servicebehov i slutet av projektperioden. Vid införandet av psykosociala metoder för vuxna låg fokus särskilt på webbaserad utbildning om nya interventioner. (Slutbedömning av nyttomålen för programmet Framtidens social- och hälso-central, THL, i tryck)

Efter att programmet Framtidens social- och hälsocentral har avslutats fortsätter utvecklingsarbetet fram till 2025 inom Finlands program för hållbar tillväxt.

Tabell 1. Antal metodexperter och -handledare som utbildats under projekten inom programmet Framtidens social- och hälsocentral.

Utbildade metodexperter					
Barn 0–12 år	Totalt	Unga 13–18 år	Totalt	Vuxna 19–22 år	Totalt
Cool Kids	412	Cool Kids	416	Kognitiv korttidsterapi	82
De otroliga åren	42	IPC-N	1548	IPC	64
Övriga metoder	195	Övriga metoder	342	Övriga metoder	34
Utbildade metodhandledare					
Barn 0–12 år	Totalt	Unga 13–18 år	Totalt	Vuxna 19–22 år	Totalt

Cool Kids	27	Cool Kids	23	Kognitiv korttidsterapi	50
De otroliga åren	0	IPC-N	67	IPC	29
Övriga metoder	10	Övriga metoder	5	Övriga metoder	30

Nationellt har man också finansierat särskilt bedömningen av psykosociala metoder för barn och unga. På webbplatsen Kasvun tuki (Tidig insats) som upprätthålls av Självständighetsjubileets barnstiftelse (Itla) sammanställs information om den evidensbaserade effekten av metoder som främjar barns och ungas psykiska och sociala välbefinnande. På webbplatsen presenteras metoder som riktar sig till barn under 18 år, unga och deras familjer och som har en tydligt definierad målgrupp, teoretisk grund och en utbildning som är tillgänglig i Finland.

Vid införandet av psykosociala metoder är det viktigt att säkerställa att verksamheten är planmässig. Social- och hälsovårdsministeriet har beviljat finansiering för Itlas projekt Nationell implementeringskompetens som stöd för barns och ungas utveckling (Kasvun tuki KI) 2023–2025, vars mål är att främja införandet och implementeringen av effektiva evidensbaserade psykosociala metoder för barn, unga och familjer. Den kompletterar införandet av effektiva metoder i enlighet med den nationella strategin för psykisk hälsa (2020–2030). Lösningarna som utvecklas i projektet integreras som en del av helheten Kasvun tuki.

Utvecklingsarbete i anslutning till vård av psykisk hälsa har också utförts i Studenternas hälsovårdsstiftelse. Antalet högskolestuderande som är berättigade till studerandehälsovårdstjänster mer än fördubblades när lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019, lagen om studerandehälsovård) trädde i kraft 1.1.2021 och stödet utvidgades till att även omfatta yrkeshögskolestuderande. Under åren 2021–2023 beviljades SHVS ett statsunderstöd på sammanlagt 5 miljoner euro för att inleda utvidgade uppgifter och förebygga problem på grund av coronapandemin. Med hjälp av statsunderstödet har man bland annat utvecklat tjänsterna på den digitala mentalvårdskliniken. Dessutom har man i statsrådets budget reserverat ett statsunderstöd på en miljon euro för åren 2023–2026 för att stödja högskolestuderandes välbefinnande.

2.4 Nationella rekommendationer för psykosociala metoder

Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (Palko) som finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet har till uppgift att ge rekommendationer om vilka undersöknings-, vård- och rehabiliteringsmetoder som ska ingå i det offentligt finansierade utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster i Finland. Målet är att de tjänster som ingår i tjänsteutbudet ska vara effektiva, säkra och kostnadsmässigt godtagbara. Fastställandet av tjänsteutbudets helhet förenhetligar utbudet av offentliga hälso- och sjukvårdstjänster och främjar därmed jämlikheten mellan olika delar av landet.

Tjänsteutbudsrådets rekommendationer ger även riktlinjer för behandlingen av psykiska störningar. I sin rekommendation Psykoterapier och övriga psykosociala behandlings- och

rehabiliteringsmetoder vid behandling av psykiska störningar och missbruksproblem (2018) konstaterar rådet att psykoterapier och psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder som konstaterats vara effektiva vid psykiska störningar och missbruksstörningar ingår i utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster som en del av den målinriktade vården eller rehabiliteringen. Denna rekommendation gäller även vård och rehabilitering av psykiska störningar och missbruksstörningar hos barn och unga inom primärvården och den specialiserade sjukvården, men specificerar inte separat de behandlingsmetoder som omfattas av rekommendationen. Rekommendationen omfattar bland diagnosgrupperna störningar relaterade till läkemedel och rusmedel, psykoser, affektiva störningar, ångeststörningar, ätstörningar, personlighetsstörningar samt beteende- och känslöstörningar som vanligen börjar i barndomen eller tonåren. Tjänsteutbudsrådet har dessutom publicerat rekommendationer om psykosociala metoder för vård och rehabilitering av alkoholberoende och narkotikaberoende 2020 och 2021, som avgränsar de metoder som ingår i tjänsteutbudet med särskild hänsyn till tjänsteutbudet för unga och samsjuklighet.

Utgångspunkten för tjänsteutbudsrådets rekommendationer är bland annat de rekommendationer om God praxis som utarbetats av experter, de vådrekommandationer som specialistläkarföreningarna gett samt de enhetliga grunderna för icke-brådsakande vård som publicerats av social- och hälsovårdsministeriet.

God praxis-rekommendationerna är oberoende nationella vådrekommandationer som baserar sig på forskningsrön och har utarbetats av Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ry (finländska läkarföreningen Duodecim) och specialistläkarföreningar. Rekommendationerna kan användas för att öka enhetligheten i vårdpraxisen och därmed främja jämlikheten mellan patienterna. Det finns flera rekommendationer inom barn- och ungdomspsykiatri som täcker alla de viktigaste psykiska problemen hos barn och unga.

Tjänsteutbudsrådet kan endast ge rekommendationer om innehållet i tjänsteutbudet. I samband med riksdagsbehandlingen av den lagstiftning som gäller inrättandet av tjänsteutbudsrådet slopades det ursprungliga förslaget om tjänsteutbudsrådets befogenheter att fatta beslut om vård som hör till tjänsteutbudet på förslag av grundlagsutskottet (GrUU 30/2013 rd, s. 4). Social- och hälsovårdsutskottet betonade i sitt utlåtande att tjänsteutbudsrådets rekommendationer inte innebär att man avstår från den individuella bedömningen av behovet av medicinsk vård och att patienten fortfarande utan diskriminering skulle ha rätt till den hälso- och sjukvård som patientens hälsotillstånd förutsätter. Läkaren beslutar i samförstånd med patienten om patientens medicinska undersökning, diagnostisering och vård.

Inom socialvården finns inga motsvarande nationella aktörer, vars befogenhet skulle innefatta att ge rekommendationer. Socialvårdens innehållsstyrning har traditionellt sett i högre grad baserat sig på normstyrning med hjälp av lagstiftning än inom hälso- och sjukvården. Omfattningen och kvaliteten på socialvårdens nationella kvalitetsrekommendationer och annan informationsstyrning varierar. Inom socialvården finns det ingen särskild innehållsstyrning i fråga om barns och ungas psykiska hälsa.

Under denna regeringsperiod arbetar man med innehållsstyrning inom social- och hälsovården som en del av den nationella servicereformen, vars mål är att förbättra förebyggandet, förbättra förankringen av tjänsterna i verksamheten och ge bättre tillgång till och kontinuitet i tjänsterna, förenkla servicesystemet samt förbättra effektiviteten och kostnadseffektiviteten. Genom åtgärderna i servicereformen säkerställs att servicelagstiftningen och lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) är kompatibla och tjänster och metoder som påverkar nationellt betonas baserat på nationellt utvärderingsarbete.

Välfärdsområdena styrs att förnya sina tjänster baserat på en ändamålsenlig gradering av tjänsterna. Trycket på användningen av dyra tjänster på specialnivå kan minskas när tjänsterna på basnivå fungerar och riktas rätt och i rätt tid. Förflyttningen av tyngdpunkten till basnivån stöds genom lagstiftning och nationell styrning. Regeringens mål är att effektivitetsbaseringen och kostnadseffektiviteten ska stärkas genom hela social- och hälsovårdssystemet. Effektivitetsbaseringen stärks evidensbaserat genom statens styrning samt genom välfärdsområdenas ledning och tjänsteproduktion. Målet är att stärka strukturerna, processerna och utvärderingskompetensen i fråga om utvärdering av effektiv och kostnadseffektiv praxis. Servicesystemets enhetliga informationsproduktion utvecklas för att motsvara behoven inom effektbaserat beslutsfattande och undersökningar och utredningar som stödjer detta.

Social- och hälsovårdsministeriet beställde våren 2023 två utredningar^{24 25} som behandlade det nuvarande läget och reformbehoven för innehållsstyrningen inom socialvården samt främjandet av graderingen av socialvårdstjänsterna. Av utredningarna framgår det tydligt att för att stärka kompetens och tjänster som baserar sig på bästa möjliga forskningsdata samt effektiviteten inom socialvården behövs en starkare utveckling och styrning av både kunskapsbasen och kompetensen samt arbetsmetoder och processer som är jämförbara med God praxis-rekommendationerna och tjänsteutbudsrådets rekommendationer.

I utredningarna betonas dessutom betydelsen av de fem samarbetsområden som välfärdsområdena bildar i utvecklingen av innehållet i socialvården samt i användningen och styrningen av effektiva arbetsmetoder. Som en nationell åtgärd föreslår utredningspersonerna också att ett organ enligt 33 a § i socialvårdslagen tillsätts för att ta initiativ till att pröva och följa upp samt utvärdera tjänster enligt rekommendationerna. Kommittén skulle kunna ha expertis från bland annat THL, välfärdsområdena, högskolorna samt socialbranschens kompetenscentrum och organisationer.

Förbättrandet av tillgången till evidensbaserad vård och service har främjats nationellt även i statsunderstödda projekt. Det nationella centret för verkningsfullhet, som består av välfärdsområdena med universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen, inledde sin verksamhet som pilotprojekt med finansiering av Finlands program för hållbar tillväxt (RRP) år 2023. Pilotprojektet med centret för verkningsfullhet genomförs i samarbete med de välfärdsområden som har ett universitetssjukhus inom sitt område. Av finansieringen som riktas till pilotprojektet allokeras 50 procent på utveckling av socialvården och av främjande av välbefinnande och hälsa. För helheten har man avsatt två miljoner euro i finansiering.

För att främja kostnadseffektiviteten finansieras även en uppdatering av de evidensbaserade nationella rekommendationerna inom hälso- och sjukvården samt utarbetande av nya rekommendationer inom social- och hälsovården med avseende på kostnadseffektivitet. Förutom innehållsinformation kommer rekommendationerna även att innehålla forskningsbaserad information om kostnadseffektivitet. Finansieringen riktas till Norra Österbottens välfärdsområde, där den nationella HTA (Health technology assessment)-samordningsenheten (FinCCHTA) finns. Till den hör enligt 3 § 1 mom. 6 punkten i centraliseringsförordningen samordningen av utvärderingen i välfärdsområdena av de metoder som tillämpas inom hälso- och sjukvården. FinCCHTA samordnar nätverket som har till uppgift att kartlägga sjukhusens bedömningsbehov, samordna beslutsfattande och upphandlingar på sjukhusen samt producera bedömningsinformation som stöd för hälsopolitiskt och kliniskt beslutsfattande. Nätverkets kärngrupp utgörs av universitetssjukhusens bedömningsöverläkare

²⁴ [Heikkilä & Marjamäki 2024](#)

²⁵ [Muuri & Pohjola 2024](#)

och andra personer som ansvarar för välfärdsområdenas bedömningsverksamhet. Andra organisationer som utvärderar hälso- och sjukvårdsmetoder är medlemmar i nätverket.

2.5 Lagstiftning om tillgång till vård och tjänster

De lagändringar som föreslås i denna proposition gäller inte bara innehållet i social- och hälsovårdens mentalvårdstjänster för barn och unga som beskrivs ovan, utan även lagstiftningen om tillgång till tjänster och vård, som föreslås skärpas.

Bestämmelser om bedömning av behovet av vård inom primärvården och tillgång till icke-brådskande vård som gäller alla åldersgrupper finns i hälso- och sjukvårdslagen, lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, fängelselagen (767/2005) och häktningsslagen (768/2005). Dessa bestämmelser gäller även behovet av vård i samband med psykisk hälsa.

I socialvårdslagen ingår bestämmelser om inom vilken tid klientens servicebehov ska bedömas, ett beslut om behovet av socialservice tas och beslutet verkställas. Dessutom föreskrivs det i lagen om elev- och studerandevård om inom vilken tid skolelever och studerande ska ordnas möjlighet att personligen tala med en psykolog eller kurator inom elev- och studerandevården samt om hur hälsovårdare och läkare ska vara tillgängliga inom skol- och studerandehälsovården.

2.5.1 Tillgången till vård inom primärvården

Maximitiderna på 3 månader för tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården skärptes från och med 1.9.2023 till 14 dygn. Tillgången till vård av psykiska och fysiska hälsoproblem berörs av likadana principer. Regleringen av tillgången till vård gäller i synnerhet uppsökande av vård, dvs. tillgång till läkare eller, om det inte finns behov av medicinsk bedömning, tillgång till direktmottagningen för någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. På direktmottagningen kan man träffa en yrkesutbildad person utan remiss från läkare. Direktmottagningar för mentalvårds- eller missbruksarbete kan också kontaktas direkt för att få råd eller handledning i kriser relaterade till livssituationen, situationer med psykisk belastning eller för att få stöd på grund av psykiska symtom eller nedsatt psykisk funktionsförmåga.

I den gällande 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om inom vilken tid man ska få kontakt med en verksamhetsenhet inom primärvården och få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är, till exempel i frågor som gäller den psykiska hälsan. Välfärdsområdet ska ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid under samma dag kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Patienten ska få en individuell bedömning av behovet av undersökningar eller vård och hur brådskande behovet är, och bedömningen ska även omfatta vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som behöver utföra patientens undersökningar eller vård. Bedömningen görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Brådskande vård ska ordnas omedelbart.

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning har konstaterats vara medicinskt nödvändig ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (51 a § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen). Tidsgränsen för tillgång till vård räknas från och med dagen efter bedömningen, inklusive veckoslut och helgdagar (RP 74/2022 rd, s. 120).

I samband med behandlingen av regeringens proposition om att få icke-brådskande vård inom primärvården (RP 74/2022 rd) framhölls att begreppet vårdhändelse som används i 51 a § 1 mom. inte är helt entydigt. Social- och hälsovårdsutskottet konstaterade i sitt betänkande om propositionen att det i fråga om begreppet är väsentligt att vården de facto ges. Eftersom situationerna inom hälso- och sjukvården är så varierande var det enligt utskottet inte ändamålsenligt att definiera begreppet vårdhändelse närmare (ShUB 21/2022 rd, s. 8).

Om en patient på grundval av en individuell bedömning av behovet av undersökningar eller vård och av hur brådskande ärendet är har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av sitt hälsoproblem har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen (51 a § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen). Således, om till exempel en skolhälsovårdare i samband med en hälsoundersökning eller ett annat mottagningsbesök konstaterar att barnet eller den unga behöver läkarundersökning eller -vård, ska barnet eller den unga personen få komma till läkarens mottagning antingen vid skolhälsovården eller på hälsostationen inom sju dygn.

De längsta väntetider som föreskrivs i 51 a § 1 och 2 mom. gäller dock inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården (51 a § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen). Således omfattas till exempel en andra stadiets studerandes planerade och nödvändiga fortsatta möten på psykologmottagningen inte av tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården som ska ges inom 14 dygn. Då ska vården ordnas i enlighet med god vårdpraxis och med beaktande av den studerandes helhetssituation inom en skälig tid, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med vård- eller rehabiliteringsplanen (51 a § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen). Om det när en patient vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att patienten även behöver icke-brådskande undersökning, vård eller rehabilitering inom primärvården, ska den genomföras i enlighet med de längsta tider som föreskrivs i 51 a § 1-4 mom.

Direktmottagningar inom hälso- och sjukvården omfattas av maximitiden på 14 dygn för att få vård. Om patienten behöver en medicinsk bedömning för att bedöma psykiska störningar hänvisas han eller hon antingen direkt på grundval av bedömningen av behovet av undersökningar eller vård och hur brådskande det är eller efter ett vårdbesök hos någon annan legitimerad yrkesutbildad person till läkarmottagningen för diagnostisk bedömning och val av vård inom sju dygn. Vården genomförs då enligt en vårdplan. Tidsgränsen sju dygn för att få vård gäller därmed inte separat egentlig psykoterapi som ges av en utbildad psykoterapeut eller annan psykosocial vård som utgör en del av en vårdplan.

I samband med den vårdbedömning som avses i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen ska det bedömas om välfärdsområdet kan producera undersökningar, vård och rehabilitering inom maximitiderna för att få vård. Om ett välfärdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de i 51 a § föreskrivna längsta väntetiderna, ska det ordna dem i enlighet med 54 § i hälso- och sjukvårdslagen på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden (611/2021) genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänstproducenter.

Enligt 55 § i hälso- och sjukvårdslagen ska välfärdsområdet månadsvis offentliggöra nyckeltal om hur iakttagandet av de maximitider som föreskrivs i 51 och 51 a § har förverkligats. Till

exempel i oktober 2023 genomfördes 89 procent av de besök inom öppenvården som skulle genomföras inom 14 dygn på det sätt som lagstiftningen förutsätter. Av vårdhändelserna genomfördes 40 procent av läkarkontakterna och 70 procent av kontakterna med sjukskötare eller hälsovårdare på distans. Det finns stora regionala skillnader i användningen av distanstjänster.²⁶

Om rätten att inleda ett ärende som gäller hälsan vid en hälso- eller sjukvårdsenhet eller tillgången till vård inte förverkligas inom den tid som föreskrivs i lagen, kan patienten i första hand framställa en anmärkning om saken till verksamhetsenhetens ledare. Därefter kan patienten föra ärendet om att en myndighet inte har iakttagit lagen som klagan till riksdagens justitieombudsman eller statsrådets justitiekansler i egenskap av tillsynsmyndighet.

Under ramförhandlingarna 15–16.4.2024 fattade regeringen beslut om att återställa regleringen om tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården till 2022 års nivå genom att upphäva de åtstramningar som den föregående regeringen gjort. I regeringens proposition om ärendet gäller åtstramningarna av tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården dock inte barn eller unga personer under 23 år. För dem är maximitiden för att få icke-brådskande vård inom primärvården fortfarande 14 dygn. Avsikten är att propositionen överlämnas till riksdagen i september 2024 inom tidsfristen för budgetlagen. Lagen avses träda i kraft 1.1.2025.

2.5.1.1 Tillgång till vård inom studerandehälsovården för högstestuderande

För högstestuderandes del föreskrivs det i 10 § i lagen om studerandehälsovård om att få kontakt och bedömning av vårdbehovet samt i 10 a § om att från och med 1.9.2023 få vård på motsvarande sätt som i hälso- och sjukvårdslagen. Dessutom ska SHVS i samband med bedömningen av vårdbehovet på samma sätt som välfärdsområdena bedöma om den kan genomföra vården inom den föreskrivna maximitiden (10 c § i lagen om studerandehälsovård). SHVS har egna serviceställen på 23 orter. Den studerande hänvisas i första hand till ett serviceställe på den egna studieorten, men vid behov kan man också få tid till ett annat av SHVS serviceställen. SHVS producerar tjänsterna i huvudsak som egen verksamhet, men enligt 8 § i lagen om studerandehälsovård kan den även skaffa kompletterande studerandehälsovårdstjänster av en annan tjänsteproducent om tjänsterna inte kan genomföras på annat sätt och/eller inom maximitiden. En del av SHVS:s tjänster produceras som köptjänst av underleverantörer.

Riksdagens biträdande justitieombudsman har på eget initiativ undersökt situationen för ordnandet och genomförandet av vård samt tillgången till vård inom studerandehälsovården mer allmänt och 26.3.2024 utfärdat beslut EOAK/2811/2022 om tillgången till studerandehälsovård för högstestuderande. I beslutet ansåg biträdande justitieombudsmannen att högstestuderandenas rättigheter till tillräckliga hälsotjänster och till exempel omedelbar tillgång till kontakt och icke-brådskande vård inte alltid har förverkligats på det sätt som lagen förutsätter. Beslutet gäller tiden innan regleringen av tillgången till vård skärptes 1.9.2023. I enlighet med 10 d § i lagen om studerandehälsovård ska även SHVS från och med 1.9.2023 månadsvis offentliggöra uppgifter om hur iakttagandet av maximitiderna för att få kontakt och få en individuell bedömning av behovet av undersökningar eller vård och hur brådskande det är samt för att få icke-brådskande vård har förverkligats. Till exempel i januari–april 2024 fick 96–99 procent kontakt med SHVS allmänna hälsotjänster och mentalvårdstjänster samt en bedömning av vårdbehovet under samma dag.²⁷ Förverkligandet av den föreskrivna

²⁶ [THL tilastoraportti 71/2023](#)

²⁷ [Vårdgaranti som gäller SHVS tjänster](#)

maximitiden på 14 dygn för att få vård inom SHVS allmänna hälso- och sjukvårdstjänster och mentalvårdstjänster varierade både i fråga om den undersökta tidsperioden och i fråga om områdena.²⁸

2.5.1.2 Tillgång till vård inom elev- och studerandevården

Elev- och studerandevårdens tjänster ska vara lättillgängliga och en del av elevernas, studerandenas och läroanstaltens vardag, från förskoleundervisningen ända till andra stadiet. Enligt 17 § i lagen om elev- och studerandevård ska hälsovårdarens arbetstid inom skol- och studerandehälsovården ordnas så att de studerande i förekommande fall har möjlighet att besöka hälsovårdarens mottagning också utan tidsbeställning. De studerande ska dessutom ges möjlighet att vardagar under tjänstetid under samma dag få kontakt med studerandehälsovården. Vid behov ska läroanstaltens hälsovårdare, psykolog eller läkare på mottagningen göra en individuell bedömning av elevens eller studerandens behov av undersökningar och vård i enlighet med 51 § i hälso- och sjukvårdslagen, och tillgången till vård som konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas i enlighet med 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen.

För elev- och studerandevårdens psykologmottagning föreskrivs det strängare maximitider för tillgång till vård än i den gällande hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 15 § i lagen om elev- och studerandevård ska den studerande ges möjlighet till ett personligt samtal med elevhälsans psykolog eller kurator senast den sjunde arbetsdagen vid läroanstalten efter det att den studerande har begärt detta. I brådskande fall ska möjlighet till ett samtal ges samma eller nästa arbetsdag. Ovan nämnda maximitider gäller även kuratorer inom elev- och studerandevården.

Kuratorn bedömer elevens eller studerandens behov av stöd och av att få tjänster i enlighet med socialvårdslagen. Eftersom en kurator inte är en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, ska kuratorn vid behov hänvisa barnet eller den unga till hälso- och sjukvårdstjänsterna för en individuell bedömning av behovet av undersökningar och vård och hur brådskande det är enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen. Om ett behov av icke-brådskande sjukvård inom primärvården har konstaterats medicinskt nödvändig, ska den första vårdhändelsen ordnas för barnet eller den unga personen inom 14 dygn från bedömningen.

2.5.1.3 Tillgången till vård inom hälso- och sjukvården för fångar

Lagstiftningen om tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården tillämpas även på rannsakningsfångar och fångar. Antalet rannsaknings- och fängelsefångar under 21 år har varierat i genomsnitt mellan 81–96 unga under åren 2013–2022. År 2022 fanns det 36 rannsakningsfångar under 25 år.²⁹ Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas medicinska behov i enlighet med 10 kap. 1 § i fängelselagen. På maximitiderna för att få vård och få tillgång till de tjänster som ordnas av enheten för hälso- och sjukvård för fångar samt på ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering i enlighet med rannsakningsfångens medicinska behov tillämpas vad som föreskrivs i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen. Fångarna ska i mån av möjlighet ges tillfälle till rådgivning, stöd och vård som ges av en psykolog och till annan motsvarande rådgivning, annat stöd och annan vård (10 kap. 5 § i fängelselagen). För fångarna ordnas också social rehabilitering.

²⁸ [Avohilmo: Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen](#)

²⁹ [RISE Tilastollinen vuosikirja 2022.pdf](#)

Även enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet publicera nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur iakttagandet av maximitiderna för tillgång till vård inom primärvården förverkligades. Inom hälso- och sjukvården för fångar genomfördes 79 procent av läkarbesöken och 96 procent av besöken hos sjukskötare eller hälsovårdare inom maximitiden 14 dygn i oktober 2023.

2.5.1.4 Tillgång till vård inom mottagningstjänsterna

Även inom mottagningstjänsterna, som Migrationsverket ansvarar för, finns det barn och unga. Mottagningstjänsterna omfattar även social- och hälsovårdstjänster. Bestämmelser om hälso- och sjukvårdstjänster ingår i 26 § i lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011, mottagningslagen). Personer som får tillfälligt skydd eller barn som söker internationellt skydd samt offer för människohandel som är barn och inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland får hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland (26 § 2 mom. i mottagningslagen). Dessa grupper omfattas således av bestämmelserna om bedömning av vårdbehovet och om tillgång till icke-brådskande vård i hälso- och sjukvårdslagen. De barn och unga som omfattas av mottagningstjänsterna och som går i skola eller studerar omfattas också av elev- och studerandevårdstjänsterna.

Personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i enlighet med 50 § i hälso- och sjukvårdslagen samt rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt som nödvändiga (26 § 1 mom. i mottagningslagen). Därför finns det begränsningar angående att få vård för personer som är över 18 år. Man ska dessutom ta hänsyn till 56 § i lagen om ordnande av hälso- och sjukvård, där det föreskrivs om ordnande av hälso- och sjukvård i vissa fall, och till 56 a § där det ingår bestämmelser om ordnande av hälso- och sjukvård för vissa personer som vistas inom välfärdsområdet.

2.5.2 Tillgång till tjänster inom socialvården

När det gäller socialservice bestäms de lagstadgade maximitiderna för tillgång till service utifrån när ärendet inlett. Enligt 34 § i socialvårdslagen inleds ett socialvårdsärende på ansökan eller när en anställd hos välfärdsområdets socialvård annars i sitt arbete har fått kännedom om en person som eventuellt behöver socialservice. När det gäller barn kan ärendet också bli anhängigt hos socialvården genom en barnskyddsanmälan. Välfärdsområdet ska i enlighet med 36 § i socialvårdslagen och 26 § i barnskyddslagen se till att barnets eller den ungas behov av brådskande hjälp omedelbart bedöms. Dessutom har klienten rätt att få en bedömning av servicebehovet, om det inte är uppenbart onödigt att göra en bedömning.

I socialvårdslagen och barnskyddslagen anges tidsfrister för utredning av klientens situation. Enligt socialvårdslagen ska bedömningen av servicebehovet påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. Närmare angivna tidsfrister än detta har fastställts för äldre, personer med funktionsnedsättning och personer som behöver särskilt stöd. Bedömning av behov av barnskydd och bedömning av hurdan servicebehov ett barn som behöver särskilt stöd har ska inledas senast den sjunde vardagen efter det att ärendet har inletts, och bedömningen ska bli klar senast tre månader från inledningen. I serviceprocesserna ska man säkerställa att klienten utan dröjsmål får den service som är nödvändig med avseende på dennes hälsa och utveckling.

För bedömningen av servicebehovet svarar en ändamålsenlig yrkesutbildad person inom socialvården enligt 3 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015). En socialarbetare gör en bedömning av behovet av tjänster och stödåtgärder enligt barnskyddslagen och av servicebehovet för ett barn som behöver särskilt stöd. Bedömningen av servicebehovet ska göras i den utsträckning som klientens situation förutsätter. För att göra bedömningen kan arbetstagaren vid behov kontakta klientens närstående samt olika samarbetspartner och experter (41 § i socialvårdslagen).

Socialvårdslagen tillämpas på socialvården i välfärdsområdet. En person som söker internationellt skydd, som får tillfälligt skydd och ett offer för människohandel som inte har en hemkommun som avses i lagen om hemkommun i Finland har rätt att få socialservice som avses i 14 § i socialvårdslagen, om en yrkesutbildad person inom socialvården bedömer att den är nödvändig under den tid som personen är berättigad till mottagningstjänster eller under vilken personen är i hjälpsystemet. Mottagningstjänsterna ordnas av den förläggning där den som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd registreras som kund.

THL begär två gånger per kalenderår uppgifter från välfärdsområdena för att genomföra uppföljning och övervakning av genomförandet av de tidsfrister för bedömning av servicebehov som föreskrivs i 26 § i barnskyddslagen och 36 § i socialvårdslagen. Baserat på den uppföljning som genomfördes 1.4–30.9.2023 började man behandla bedömningen av servicebehovet inom de sju lagstadgade vardagarna i cirka 92 procent av fallen. Bedömningen av servicebehovet färdigställdes till cirka 86 procent inom den lagstadgade tidsfristen på tre månader.

I uppföljningen konstaterades att behandlingstiderna för bedömning av barnskyddsbehovet eller servicebehovet hos ett barn som behöver särskilt stöd hade blivit längre under fem uppföljningsperioder i följd. Enligt en områdesvis granskning ökade överskridningen av behandlingstiden för färdigställande av bedömningen av servicebehovet i 16 områden och minskade i 6 områden. En del av försämringen förklaras av att sätten att beräkna statistiken har ändrats i och med att välfärdsområdena infördes och att det medför utmaningar att extrahera information från olika informationssystem.³⁰

Enligt 45 § 1 mom. i socialvårdslagen har klienten rätt att få ett skriftligt beslut om ordnandet av socialservice. Ärenden som gäller brådskande åtgärder ska handläggas och beslutet fattas utan dröjsmål så, att klientens rätt till nödvändig omsorg och försörjning inte äventyras. I fall som inte är brådskande ska beslut fattas utan ogrundat dröjsmål efter det att ärendet inletts. Tidsgränsen för beslutsfattandet beror på klientens individuella situation.

Enligt 45 § 2 mom. i socialvårdslagen ska ett beslut om socialservice verkställas utan dröjsmål i brådskande fall och utan ogrundat dröjsmål i fall som inte är brådskande. Beslutet ska dock verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov. Ett särskilt skäl kan vara t.ex. att klienten behöver tjänsten först efter en viss tidsperiod. Formuleringen av bestämmelsen lämnar rum för tolkning med tanke på olika fall och målet är att klientens intresse ska tryggas. Om tjänsten inte kan fås inom den föreskrivna skäligen tiden, ska klienten få ett överklagbart beslut om avslag.

Inom socialvården finns tills vidare ingen nationell information tillgänglig om huruvida klienterna får den socialservice de behöver inom de tidsfrister som lagen förutsätter. Problem

³⁰ [Lastensuojelun käsittelyajat huhti - syyskuu 2023 \(julkari.fi\)](https://lastensuojelun.kasittelyajat.huhti-syyskuu-2023-julkari.fi)

med tjänsternas tillgänglighet har emellertid identifierats. Enligt THL:s riksomfattande FinLapset-enkät anger en betydande andel av föräldrarna till små barn som behövt stöd att behovet av tjänster eller stöd inte har tillgodosetts.³¹

De flesta barn och unga (80–95 %) upplever inte att de behöver hjälp av en kurator inom elev- och studerandevården. När det gäller den grundläggande utbildningen har 1–3 procent av barnen inte fått tillgång till kuratorstjänsten, även om de hade behövt det. Av studerandena på andra stadiet bedömde 6–7 procent av flickorna och 2–3 procent av pojkarna att de skulle ha behövt kuratorhjälp, men inte har fått det. De senaste fem åren har andelen som besökt kurator ökat, särskilt bland flickor vid yrkesinriktade läroanstalter. Andelen flickor i yrkesinriktade läroanstalter och gymnasier som har besökt kuratorn mer än tre gånger har nästan fördubblats under de senaste fem åren.³²

2.6 Ansvar för att ordna mentalvårdstjänster för barn och unga

2.6.1 Velfärdsområdena

Från och med 1.1.2023 har 21 velfärdsområden och Helsingfors stad ansvarat för att organisera servicehelheten inom social- och hälsovården samt räddningsväsendet. I Nyland ansvarar även HUS-sammanslutningen för att ordna tjänster inom hälso- och sjukvården. Velfärdsområdet har självstyre enligt lagen om velfärdsområden (611/2021). För Ålands del hör ordnandet av social- och hälsovården till Ålands egen behörighet enligt självstyrelselagen för Åland (1144/1991). För ordnandet av både primärvården och den specialiserade sjukvården i landskapet Åland svarar Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS. För socialvården ansvarar 16 kommuner på Åland.

Enligt 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska velfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i velfärdsområdet. Social- och hälsovården ska ordnas på både finska och svenska i tvåspråkiga velfärdsområden så att kunden får dem på det språk han eller hon väljer i enlighet med 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska velfärdsområdet ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap att ansvara för ordnandet av social- och hälsovården. För att fullgöra sitt organiseringsansvar ska velfärdsområdet ha den personal som verksamheten förutsätter samt tillräcklig egen serviceproduktion.

Den föreslagna lagstiftningen anknyter inte bara till velfärdsområdets organiseringsansvar utan även till velfärdsområdenas inbördes samarbete, eftersom det är motiverat att avtala om införandet av psykosociala metoder för barn och unga och upprätthålla kompetensen i en större regional helhet.

Som en del av social- och hälsovårdsreformen bildades fem samarbetsområden inom social- och hälsovården, dvs. Södra Finland, Östra Finland, Inre Finland, Västra Finland och Norra Finland. I 36 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård anges det att syftet med samarbetsavtalet som upprättas för ett samarbetsområde för varje fullmäktigeperiod är att

³¹ [Työdytymätön palvelutarve lapsiperheitä tukevissa sosiaalipalveluissa | Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti \(journal.fi\)](#)

³² [Opiskeluhoitopalvelujen käyttö perusopetuksessa ja toisella asteella \(julkari.fi\)](#)

säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan de välfärdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för skötseln av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter och för tryggheten av kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården. I statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområdena (309/2023) preciseras regleringen i lagen om ordnande av social- och hälsovård vad gäller de uppgifter och tjänster som ska avtalas i samarbetsavtalet.

I enlighet med 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård bestäms i samarbetsavtalet de regionala principerna vid ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för principerna. Med riksomfattande riktlinjer avses rekommendationer av Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (Palko) och andra nationella rekommendationer inom social- och hälsovården, såsom God praxis-rekommendationerna. De nya metoderna kan gälla både social- och hälsovården. Enhetliga principer i ibruktagandet av metoderna främjar likabehandling av invånarna i välfärdsområdena (RP 241/2020 rd, s. 758). I samarbetsavtalet ska det avtalas om fördelningen av kostnader mellan välfärdsområdena för de ansvar som avtalats i enlighet med 36 § 4 mom. De tvåspråkiga välfärdsområdena ska ingå ett samarbetsavtal för att trygga de svenskspråkiga invånarnas språkliga rättigheter i social- och hälsovården. Detta samarbetsavtal ska samordnas med det samarbetsavtal som avses i 36 §.

I samarbetsavtalet ska det dessutom avtalas om uppgifterna för ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus när det gäller att samordna, styra och ge råd i arbetsfördelningen mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet. I samarbetsavtalet ska beaktas statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017, centraliseringsförordningen). Enligt 4 § i centraliseringsförordningen ska de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och i Nyland HUS-sammanslutningen ha hand om vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården, planeringen av dem och samordningen av dem på regional nivå. En sådan uppgift är utvärdering av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem. Uppgiften gäller även införandet av psykosociala metoder för barn och unga. Ett välfärdsområde som upprätthåller ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ska regionalt se till att primärvården och den specialiserade sjukvården har verksamma psykoterapeutiska och psykosociala metoder i enlighet med befolkningens behov samt utbildning och arbetshandledning i anknytning till dem. Med bestämmelsen avses skyldigheten för ett välfärdsområde som upprätthåller ett universitetssjukhus att planera och samordna utvärderingen och införandet av psykoterapeutiska och psykosociala metoder som helhet och att förhandla om dem regionalt. År 2020 inleddes ett systematiskt regionalt samarbete på grundval av förordningen inom programmet Framtidens social- och hälsocentral och inom ramen för detta inleddes införandet av psykosociala metoder för olika åldersgrupper.

De första utkasterna till samarbetsavtal mellan välfärdsområden enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård skulle vara färdiga senast 30.4.2024, och avtalen undertecknas senast 31.12.2024. Innehållet i dem preciseras vid behov i fråga om nödvändigt samarbete. Allt samarbete mellan välfärdsområdena behöver inte avtalas genom ett samarbetsavtal.

I enlighet med 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdena höra social- och hälsovårdsministeriet innan samarbetsavtalet godkänns. Genomförandet av samarbetsavtalet följs upp och utvärderas årligen vid förhandlingarna mellan ministeriet och de välfärdsområden som hör till samarbetsområdet. Vid behov ska samarbetsavtalet ändras, antingen utgående från ett eller flera välfärdsområdens förslag eller på initiativ av social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådet kan i enlighet med 38 § i lagen om ordnande av social- och

hälsovård besluta om välfärdsområdenas samarbetsavtal och dess innehåll till den del välfärdsområdena inte når ett avtal, i samarbetsavtalet inte har avtalats om ärenden som avses i 36 § 3 mom. så att det tryggar förverkligandet av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter eller i samarbetsavtalet inte har avtalats om sådant som avses i 36 § 3 mom. så att det tryggar social- och hälsovårdens kostnadseffektivitet.

2.6.2 Studerandehälsovård för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten

I de föreslagna lagändringarna ska man utöver de tjänster som välfärdsområdena ordnar beakta studerandehälsovården för högskolestuderande. Majoriteten av de unga som fyllt 18 år studerar i gymnasiet, vid yrkesläroanstalter, yrkeshögskolor eller universitet, varvid de också är berättigade till tjänster inom studerandehälsovården. Välfärdsområdena ansvarar för ordnandet av studerandehälsovårdstjänster för studerande vid läroanstalter på andra stadiet inom sitt område i enlighet med 15 a § i hälso- och sjukvårdslagen, men Folkpensionsanstalten har från och med 1.1.2021 ansvarat för ordnandet av studerandehälsovård för universitets- och yrkeshögskolestuderande i enlighet med 6 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. Enligt 8 § i lagen om studerandehälsovård produceras tjänsterna av Studenternas hälsovårdsstiftelse.

FPA:s ställning som anordnare av studerandehälsovårdstjänster och SHVS ställning som stiftelse och producent av tjänster skiljer sig från välfärdsområdenas ställning som anordnare och producent av tjänster bland annat vad gäller finansieringen av tjänsterna. Bestämmelser om finansieringsmodellen för studerandehälsovården finns i 14 § i lagen om studerandehälsovård. Finansieringen av totalkostnaderna för studerandehälsovården består av en nationell andel och av den statliga ersättning som Folkpensionsanstalten betalar i enlighet med 20 a § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013). Den nationella finansieringsandelen består av den finansieringsandel för studerandehälsovård som staten betalar till Folkpensionsanstalten samt de i 25 § avsedda hälsovårdsavgifter av skattenatur som de studerande betalar till Folkpensionsanstalten. Enligt 25 § i lagen om studerandehälsovård är hälsovårdsavgiften lika stor för alla studerande som är skyldiga att betala den. Målet är att med statens medel täcks 77 procent och med den hälsovårdsavgift som tas ut hos de studerande 23 procent av den nationella finansieringsandelen för studerandehälsovården.

Godtagbara kostnader vid finansieringen av studerandehälsovården för högskolestuderande är de behövliga och skäligena kostnaderna för produktionen av tjänsterna med beaktande av de mål för kvalitet, genomslag, lönsamhet och produktivitet som Folkpensionsanstalten ställt upp för de tjänster den ansvarar för att ordna. De godtagbara totalkostnaderna utgörs av de godtagbara kostnaderna för studerandehälsovårdstjänster för en enskild studerande multiplicerade med antalet högskolestuderande som anmält sig som närvarande. Riksdagen beslutar årligen om den godtagbara nationella finansieringsandelen och statens finansieringsandel av studerandehälsovården i samband med behandlingen av statsbudgeten.

2.7 Tillgång till personal

Tillgången till personal är en central faktor både för att uppfylla skyldigheterna i lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovård och för att förbättra tillgången till mentalvårdstjänster för barn och unga. Många yrkesgrupper inom social- och hälsovården har personalbrist. Välfärdsområdenas ekonomiska hållbarhet, personalbehovet inom andra branscher och befolkningsstrukturen utgör utmaningar för att trygga tillgången på personal. Granskningen av en enskild yrkesgrupp eller tjänst inom social- eller hälsovården ger inte en helhetsbild av situationen i fråga om tillgången till personal och behovet av att öka utbildningsmängderna. På

grund av bristerna i kunskapsbasen om social- och hälsovårdspersonalen är det svårt att göra en helhetsbedömning av situationen.

2.7.1 Personal inom social- och hälsovårdens tjänster på basnivå

Av dem som arbetade inom sjuksköterycket arbetade nästan 85 procent som sjukskötare (inklusive förstavårdare), 3 procent som barnmorskor och 12 procent som hälsovårdare. Det finns knappast någon brist på barnmorskor, förstavårdare i ambulans och hälsovårdare, utan den största bristen gäller sjukskötare.

I slutet av 2022 hade 114 335 personer under 65 år yrkesrättigheter som sjukskötare. Antalet legitimerade sjukskötare är på nedåtgående. År 2022 beviljades 3 302 licenser för sjukskötare, vilket är 842 färre än året innan och 1 118 färre än år 2020. Minskade antal ses även inom andra legitimerade yrken inom vårdbranschen. Under de senaste åren har arbetskraftsbristen inom vården förvärrats både inom den offentliga och privata serviceproduktionen.

Arbetskraftsbristen bland sjukskötare förklaras av att sjukskötarutbildningen nästan inte har ökats under många år. Därför utökades antalet utbildningsplatser med 1 000 till 5 000 under åren 2020–2022, och studieplatserna har kunnat fyllas. Genomströmningen inom utbildningen är cirka 80 procent. Ökningen syns på arbetsmarknaden från och med 2024. Ett år efter examen var 94,4 procent av sjukskötarna sysselsatta och 1 procent var arbetslösa (år 2021). Under de kommande fem åren beräknas cirka 8 500 sjukskötare gå i pension, varav cirka 7 000 kommer från den offentliga sektorn. Under åren 2022–2031 pensioneras 24,6 procent av sjukskötarna, 31,2 procent av hälsovårdarna och 45 procent av avdelningsskötarna i välfärdsområdena.

Det finns färsk information om tillgången på personal bland annat i Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT:s utredning, enligt vilken välfärdsområdena har flest lediga platser för sjukskötare och närvårdare.³³ Enligt arbets- och näringsministeriets utredningar och uppgifter som samlats in från arbetsgivarna tycks situationen i början av 2024 ha lättat jämfört med början av 2023, även om yrkena inom social- och hälsovården fortfarande ligger i framkant när det gäller arbetskraftsbrist. Arbetskraftsbristen har emellertid minskat tydligt under det senaste året, särskilt när det gäller sjukskötare.³⁴

Förutom sjukskötare råder det också brist på psykologer. Det totala antalet psykologer, det vill säga alla de personer som var sysselsatta eller arbetslösa under årets sista vecka, var 5 758 i slutet av 2022. Enligt en uppskattning arbetar cirka 60 procent av psykologerna inom den offentliga sektorn och majoriteten med mentalvårdsarbete som gäller vuxna eller barn och unga. På tredje plats kom de som arbetar som skolpsykologer och på fjärde plats de som arbetar som psykoterapeuter.

Enligt Psykologförbundets kartläggning fanns det flest lediga tjänster inom elev- och studerandevården år 2021 och näst flest inom den specialiserade sjukvården. Antalet studieplatser inom psykologutbildningen har ökat avsevärt under de senaste åren. Enligt uppgifter från utbildningsförvaltningens statistiktjänst Vipunen har det åren 2021–2023 varit cirka 350–400 personer som har tagit emot studieplatsen, medan antalet låg på under 300 studerande åren 2015–2020. Det betydligt lägre antalet som inledde studier under tidigare år återspeglas ännu länge i tillgången på psykologer. För närvarande ökar nettoantalet psykologer

³³ [Hyvinvointialueilla on pahin pula lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä, Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT](#)

³⁴ [Työvoiman saatavuus ja kohtaanto 1/2024, TEM-analyyseja 119/2024](#)

ärligen med 150 yrkespersoner. Matchningsproblemet är dock betydande, eftersom en relativt liten andel av psykologerna arbetar inom den offentliga sektorn.

Läkarbristen inom primärvården har varit oförändrad under en lång tid och många läkare arbetar på deltid. År 2022 var 325 tjänster obesatta (8 %), som man hade försökt rekrytera till, men inte lyckats. Dessutom fanns det 97,5 obesatta tjänster som man inte ens hade försökt tillsätta. Behovet av ytterligare vakanser är cirka 300, dvs. 7–8 % av det nuvarande totala antalet vakanser. Inom skolhälsovården råder det brist på läkare och vakanserna har inte kunnat tillsättas i en del välfärdsområden. Situationen var svår redan före coronapandemin. Under de närmaste åren pensioneras cirka 600 läkare per år och när vi går in på 2030-talet är motsvarande tal cirka 500. Cirka 60 procent av läkarna går i pension från uppgifter inom den offentliga sektorn och cirka hälften av de pensionerade fortsätter att arbeta som pensionärer. Enligt de senaste bedömningarna från arbets- och näringsministeriet verkar bristen på läkare ha lättat något.³⁵

Inom socialvårdstjänsterna för barn, unga och familjer arbetar i huvudsak socialarbetare och personer som har avlagt socionomexamen (YH). Inom socialvården finns det dessutom tjänster där vård- och omsorgsuppgifter betonas. Dessa uppgifter sköts i synnerhet av närvårdare, hemvårdare och vårdare av personer med funktionsnedsättning som har en skyddad yrkesbeteckning.

Behörig som kurator inom elev- och studerandevården är socialarbetare eller en socionom i enlighet med 7 § i lagen om elev- och studerandevård. Behörig att verka som kurator är den som avlagt en sådan högskoleexamen som avses i 7 § eller 8 § 1 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. Behörig som kurator är också den som har en för uppgiften lämplig högskoleexamen inom det sociala området, det pedagogiska området eller beteendevetenskaper. I utbildningen ska ingå eller utöver den ha avlagts högskolestudier som omfattar 60 studiepoäng och som består av universitetsstudier i socialt arbete eller studier som hör till en sådan högskoleexamen som avses i 8 § 1 mom. i nämnda lag. Varje läroanstalt ska ha tillgång till tjänster som tillhandahålls av en ansvarig kurator som är en sådan yrkesutbildad person som avses i 7 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården.

År 2020 arbetade sammanlagt över 173 000 personer inom socialvården. De största servicehelheterna inom socialvården är öppenvårdstjänster och boendetjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning. Mer än hälften av personalen inom socialvården arbetade inom dessa tjänster. Det råder brist på socionomer i synnerhet inom barnskyddets anstaltsvård, men i övrigt är tillgången på arbetskraft ganska god. Den största bristen på arbetskraft inom socialsektorn gäller socialarbetare, särskilt inom barnskyddet.³⁶ Under de kommande fem åren beräknas 5 356 socialarbetare gå i pension, 3 819 från den offentliga sektorn.

Social- och hälsovårdsministeriet har inlett programmet för ett gott arbete för att trygga tillgången på personal och lindra personalbristen. Det baserar sig på regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering och är en fortsättning på det program som genomfördes under åren 2021–2023 som handlade om personalresurserna inom social- och hälsovården. Programmet syftar till att locka ny arbetskraft till social- och hälsovården och att den befintliga personalen i branscherna ska stanna kvar, och det är en del av genomförandet av den nationella

³⁵ [Työvoiman saatavuus ja kohtaanto 1/2024, TEM-analyyseja 119/2024](#)

³⁶ [Hyvinvointialueilla on pahin pula lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä](#)

servicereformen. I enlighet med den genomförandeplan³⁷ som utarbetats för åren 2024–2027 ökas utbildningsmängderna inom social- och hälsovården och utbildningsstrukturerna utvecklas. Den yrkesutbildade personalens uppgifter minskas till exempel vad gäller skriftligt arbete och personalens arbetsfördelning förtydligas. Dessutom stöds social- och hälsovårdsbranschens attraktions- och hållkraftsfaktorer och den internationella rekryteringen stärks. Statsunderstödet som riktas till välfärdsområdena är tillgängligt för pilotprojekt som gäller arbetsfördelningen för personal inom social- och hälsovården och för en coachnings- och utvecklingshelt som gäller orken i arbetet.

Dessutom föreslås det i enlighet med regeringens beslut under ramförhandlingarna 15–16.4.2024 att lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården ändras så att rätt att tillfälligt vara verksam i en legitimerad socialarbetares uppgifter också ges den som inom ramen för en lämplig högskoleexamen inom det sociala området eller utöver en sådan examen har avlagt grundstudier, ämnesstudier och praktik i socialt arbete eller den som utöver lämplig högskoleexamen inom det sociala området och grundstudier och ämnesstudier i socialt arbete har tillräcklig praktisk erfarenhet och yrkesskicklighet. Syftet med förslaget är att säkerställa tillräckligheten och tillgängligheten av personal inom socialvården samt att trygga socialvårdens klienters rätt till tillräckliga socialtjänster och god socialvård.

2.7.2 Psykoterapeuter

Den ökade efterfrågan på mentalvårdstjänster och den ökade mängden rehabiliterande psykoterapi som Folkpensionsanstalten ersätter har lyft fram frågan om tillgången på psykoterapeuter. Psykoterapeuterna är yrkesutbildade personer med en skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården. Antalet psykoterapeuter under 65 år med en skyddad yrkesbeteckning var 5 739 i slutet av 2022 och antalet över 65 år var 3 101. Antalet psykoterapeuter har ökat med över 37 procent sedan 2010.

För att en person ska få använda den skyddade yrkesbeteckningen utbildad psykoterapeut krävs att han eller hon har genomgått psykoterapeututbildning vid ett universitet eller psykoterapiutbildning som ett sådant universitet ordnat tillsammans med en annan utbildningsorganisation. Det universitet som ordnar utbildningen ska ha utbildningsansvar inom det medicinska eller psykologiska området. Psykoterapeututbildningen är utbildning efter examen som universiteten genomför som avgiftsbelagd fortbildning och undervisnings- och kulturministeriet ansvarar inte för dess författningsgrund, styrning eller finansiering. I Finland ordnas psykoterapeututbildningen av universiteten i Helsingfors, Östra Finland, Jyväskylä, Uleåborg, Tammerfors och Åbo samt av Åbo Akademi.

Social- och hälsovårdsministeriet beställde våren 2022 ett utredningsarbete om psykoterapiutbildningens nuläge och utmaningar samt om att göra utbildningen avgiftsfri. Enligt utredningen är utmaningen i nuläget bland annat att utbildningarna styrs på marknadsvillkor och att det är svårt att styra dem enligt servicesystemets behov. Utbildningen tillgodoser inte samhällets behov och bidrar för sin del till att upprätthålla både en regional och innehållsmässig obalans i tillgången till tjänster. I utredningen framställdes som omedelbara utvecklingsförslag att etablera psykoterapiutbildningens permanenta ställning vid universitetet och trygga den finansiering som behövs för detta. Att formalisera utbildningens ställning skulle skapa kontinuitet som möjliggör utveckling av kvalitet, innehåll och kostnadseffektivitet. I utredningen konstaterades att om utbildningens ställning etableras vid universiteten och

³⁷ [Genomförandeplan 2024–2027. Tryggandet av arbetskraften inom social- och hälsovården och räddningsbranschen](#)

grundfinansiering budgeteras för den, påverkar detta de kostnader som debiteras studerandena. Dessutom föreslogs det att man ska utreda hur mängden psykoterapeututbildning skulle kunna ökas.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering ska tillgången på psykoterapitjänster stärkas genom att förnya psykoterapeututbildningen till en tvåstegsutbildning och genom att föreskriva att det första steget inom utbildningen ska vara avgiftsfritt. Enligt bilagan till programmet har finansiering reserverats för reformen från och med 2025. I planen för de offentliga finanserna för åren 2024–2027 har finansiering reserverats för genomförandet av anteckningen för högskolornas verksamhetsutgifter inom undervisnings- och kulturministeriets förvaltningsområde enligt följande: 2 miljoner euro 2025, 5 miljoner euro 2026 och 10 miljoner euro från och med 2027. Styrgruppen som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet styr och koordinerar genomförandet av skrivningarna i regeringsprogrammet inom social- och hälsovårdsministeriet samt undervisnings- och kulturministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet svarar för ändringarna i psykoterapeututbildningens ställning i fråga om lagstiftningen och finansieringen. Undervisnings- och kulturministeriet svarar för verkställandet av regeringsprogrammet till den del uppgiften gäller utbildning som leder till examen. När det gäller utbildning som kompletterar examen, psykoterapeututbildning samt reglering av yrkesverksamheten och den kompetens som krävs i den är social- och hälsovårdsministeriet huvudansvarigt för verkställandet av regeringsprogrammet. Ministeriet ansvarar också för att utreda rollen och uppgiftsbeskrivningen för en yrkesutbildad person inom basservice med låg tröskel samt den kompetens som detta förutsätter inom servicesystemet.

3 Målsättning

Genom regeringens proposition verkställs skrivningen i regeringen Petteri Orpos regeringsprogram Ett starkt och engagerat Finland, enligt vilken barns och ungas lika tillgång till korttidspsykoterapi eller annan effektiv psykosocial behandling på basnivå tryggas genom lagstiftning.

Målet med propositionen är stärka förebyggandet och vården av psykiska störningar hos barn och unga samt tillgången på stöd för den psykiska hälsan inom primärvården och socialvårdstjänster på basnivå. Målet med den föreslagna lagstiftningen är att bemöta de ökade problemen med psykisk ohälsa hos barn och unga i ett tidigt skede och på ett effektivt sätt. För att kunna tillgodose deras vård- och stödbehov inom tjänsterna på basnivå måste det finnas psykosociala metoder med evidensbaserad effektivitet.

Genom att införa bestämmelser om en tidsfrist inom vilken psykosocial intervention som omfattas av garantin ska inledas strävar man efter att garantera vård och stöd åt barn och unga i rätt tid och att tillgodose deras rättigheter till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver. Genom att främja användningen av evidensbaserade psykosociala metoder som en del av tjänsteutbudet inom social- och hälsovården stärks kvaliteten på och jämlikheten i mentalvårdsarbetet.

I och med den föreslagna lagstiftningen strävar man indirekt efter att även påverka situationen inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga. Genom att förbättra tillgången och kvaliteten på det stöd som ges på basnivå kan man minska hänvisningen av barn och unga till den specialiserade sjukvården på grund av otillräckliga tjänster på basnivå. På så sätt kan man indirekt även främja tillgången på vård för barn och unga som lider av svåra störningar. Dessutom kan tidig vård och tidigt stöd som ges i rätt tid även minska på behovet av långvarig socialvård.

Målet med propositionen är således att bemöta de brister och utvecklingsbehov som har identifierats i mentalvårdstjänsterna på basnivå för barn och unga samt i tillsynsmyndigheternas och laglighetsövervakarnas observationer om dem. Förenta nationernas kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter samt kommittén för barnets rättigheter har även gett rekommendationer till Finland om att säkerställa tillgången på mentalvårdstjänster på basnivå för barn och unga.

Både i samband med behandlingen av regeringens proposition om att få icke-brådskande vård inom primärvården (RP 74/2022) och i samband med behandlingen av regeringens proposition om ändring av lagstiftningen som gäller mentalvårds- och missbrukartjänster (RP 197/2022 rd) fäste riksdagen uppmärksamhet vid att det krävs nationella åtgärder för att säkerställa barns och ungas rättigheter och tillgången på tjänster för att lösa situationen med mentalvårdstjänsterna för barn och unga. Social- och hälsovårdsutskottet betonade att åtgärderna för att säkerställa tillgången på psykosociala vårdformer och psykoterapi ska fortsätta genom målmedveten och långsiktig utveckling. Utskottet ansåg att särskild uppmärksamhet ska fästas vid tillgången på förebyggande tjänster och tjänster på basnivå och vid behov ska lagstiftningsåtgärder vidtas.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

Enligt regeringens proposition föreslås en specialbestämmelse om att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga bli infogad i hälso- och sjukvårdslagen. Den avser komplettera regleringen i den gällande 53 § i hälso- och sjukvårdslagen som nu gäller att få vård inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga.

Enligt förslaget ska för barn och unga under 23 år avsedd korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling inom primärvården som grundar sig på psykologisk interaktion inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan vård har konstaterats, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat. Den föreslagna lagstiftningen avses gälla både de social- och hälsovårdstjänster som välfärdsområdena och Helsingfors stad har organiseringsansvar för och studerandehälsovården för högskolestuderande som FPA har organiseringsansvar för i enlighet med lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.

Enligt förslaget ska en bestämmelse fogas till den gällande 25 a § i socialvårdslagen om service inom mentalvårdsarbete, enligt vilken det som service inom mentalvårdsarbete ska ordnas sådant psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år på det sätt som välfärdsområdet bestämmer och där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som grundar sig på psykologisk interaktion används. I fråga om ibruktagande och användning av metoderna ska det avtalas så att social- och hälsovårdens verksamhet bildar en ändamålsenlig helhet. Enligt förslaget fastställs det dessutom i 45 § i socialvårdslagen att ett beslut om ovan nämnda tjänst ska verkställas inom en månad från att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

Det är viktigt att tröskeln för att få tillgång till vård och stöd för psykisk hälsa är tillräckligt låg. I fråga om den föreslagna lagstiftningen ska det i alla situationer därför inte krävas en medicinsk bedömning av barnets eller den unga personens vårdbehov eller diagnostisering av en psykisk störning, utan garantin avses även omfatta sådana situationer som är lindrigare än psykiska störningar, där det också räcker med att behovet av vård eller stöd har bedömts av någon annan

yrkesutbildad person inom social- eller hälsovården än en läkare. Korttidspsykoterapi ska alltid ges på grundval av en medicinsk bedömning inom hälso- och sjukvården.

Psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen ska kunna utföras i syfte att förebygga och behandla psykiska störningar. Interventioner som genomför garantin kan i hög grad även utföras inom sådana social- och hälsovårdstjänster och på sådana verksamhetsställen inom social- och hälsovården som man kan kontakta direkt för att få råd eller handledning i livskriser, i situationer med psykisk belastning eller för att få stöd på grund av psykiska symtom eller en sänkt funktionsförmåga i anknytning till den psykiska hälsan. Interventioner avses kunna genomföras till exempel inom social- och hälsostationers öppna sjukvård, vid familjecenter, inom den förebyggande hälsovården, elev- och studerandevården, verksamhet av karaktären familjerådgivning och ungdomsmottagning samt inom socialvårdens tjänster för barnfamiljer och personer i arbetsför ålder.

Välfärdsområdet ska kunna besluta vid vilka verksamhetsenheter inom social- och hälsovården interventioner som omfattas av garantin utförs. Tjänsterna ska dock finnas tillgängliga som förebyggande hälso- och sjukvård och öppen sjukvård inom primärvården samt som tjänst inom socialvården. Vid arbetsfördelning ska uppgiftsfördelningen inom social- och hälsovården beaktas och de lagstadgade skyldigheterna för respektive funktion, såsom att vården av psykiska störningar inte hör till rådgivningsbyråernas, den övriga förebyggande hälsovårdens eller socialvårdens lagstadgade uppgifter, utan att de utför arbete som förebygger psykiska störningar och stärker den psykiska hälsan.

I beredningen av den föreslagna lagstiftningen har det beaktats att lagstiftningarna för hälso- och sjukvården och socialvården skiljer sig från varandra bland annat i fråga om beslutsförfarandet, rätten att överklaga samt regleringen som gäller patientens och klientens ställning och rättigheter. Trots detta skillnader är det motiverat att de psykosociala interventionerna som omfattas av garantin även är tillgängliga inom socialvården. På så sätt blir stödet tillgängligt i större utsträckning och det blir enkelt att få tillgång till stödet så att barn, unga eller familjer inte hänvisas till hälso- och sjukvården när hjälp- och stödbehoven i fråga om psykisk hälsa kan tillgodoses genom socialvårdens metoder. Detta skulle möjliggöra bekämpning av onödig medikalisering i barns och ungas situationer och utvecklingsfaser och ett bättre beaktande av behovet av stöd och handledning vid föräldraskap när det gäller stödet för barns och ungas psykiska hälsa.

Avsikten är inte att göra psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen till primära mentalvårdsformer för barn, unga eller familjer, utan behovet av vård och stöd ska alltid bedömas individuellt. Psykosociala metoder som omfattas av garantin ska inte användas om någon annan form av vård eller stöd för psykisk hälsa bättre motsvarar barnets, den ungas eller familjens behov. Det föreslås inga ändringar i arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården eller hälso- och sjukvårdens interna arbetsfördelning vad gäller förebyggande eller vård av psykiska störningar hos barn och unga och inga ändringar i strukturen för servicesystemet för barn och unga. I lagstiftningen föreslås heller inga ändringar vad gäller ordnandet av brådskande mentalvård.

Avtal om ibruktagande av de psykosociala metoder som omfattas av garantin avses basera sig på det samarbete som fastställts i välfärdsområdenas samarbetsavtal i enlighet med 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I samarbetsavtalet ska de regionala principerna vid ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården bestämmas med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för principerna. Skyldigheten att avtala om de psykosociala metoderna för barn och unga som ingår i den föreslagna lagstiftningen ska preciseras i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av

samarbetsavtal mellan välfärdsområden. Samarbetsavtalet ska beakta universitetssjukhusens skyldighet enligt centraliseringsförordningen att regionalt ombesörja att primärvården och den specialiserade sjukvården i enlighet med befolkningens behov har tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder som visat sig vara effektfulla samt utbildning och metodhandledning i anslutning till dem. Arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården samt helheten av metoder som omfattas av garantin konkretiseras i det regionala samarbetsavtalet till en helhet som samordnar social- och hälsovårdens verksamhet.

Dessutom föreslås det att bestämmelser fogas till 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) om att det psykosociala stöd som ordnas som en tjänst inom mentalvårdsarbetet enligt 25 a § i socialvårdslagen ska vara en avgiftsfri socialservice. Inom hälso- och sjukvården är mentalvården avgiftsfri enligt 5 § i lagen om klientavgifter.

I samband med detta föreslås ändringar i 11 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande och i 2 § i förordningen om delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande (274/2021) i fråga om representation och medlemskap i delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande. De föreslagna ändringarna har ingen inverkan på terapigarantin för barn och unga, utan det är fråga om en ändring av de paragrafer som inte korrigerats i samband med social- och hälsovårdsreformen för att motsvara välfärdsområdenas organiseringsansvar för social- och hälsovårdstjänster.

4.1.1 Målgruppen för den föreslagna lagstiftningen

Strukturerade och tidsbegränsade psykosociala interventioner lämpar sig väl i primärvården för att förebygga psykiska störningar och behandla lindriga och medelsvåra psykiska störningar samt i socialvården för att förebygga psykiska störningar, om problemet som är föremål för interventionen är tillräckligt begränsat, barnets eller den ungas motivation är tillräcklig och hans eller hennes livssituation i övrigt är tillräckligt stabil. Barn och unga som av olika orsaker lever i en instabil uppväxtmiljö behöver i regel längre och mångsidigare stöd än en kort intervention. För barn och unga som har svåra symtom kan psykosociala interventioner lämpa sig som en del av vårdhelheten, men i sådana fall genomförs behandlingen i regel inom den specialiserade sjukvården.

Även barn och unga som har flera samtidiga problem (till exempel psykiska symtom, rusmedelsanvändning och betydande inlärningssvårigheter) behöver ofta specialiserad sjukvård eller mångsidigare och långvarigare stöd på basnivå än vad korta interventioner kan erbjuda. Likaså kan långvariga symtom kräva annat slags stöd. Vid neuropsykiatriska symptom (till exempel adhd eller problem inom autismspektrum) är primära hjälpmedel inte strukturerade interventioner, utan en bearbetning av vardagen för att motsvara barnens och de ungas utvecklingsbehov. Dessa barn och unga kan dock dra nytta av strukturerade interventioner som samtidigt riktas mot andra psykiska symtom (till exempel ångest eller depression).

Den föreslagna lagstiftningen gäller barn och unga under 23 år. Således motsvarar åldersavgränsningen definitionen enligt 53 § 2 mom. i den gällande hälso- och sjukvårdslagen av den åldersgrupp inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga som garanteras psykiatrisk specialiserad sjukvård snabbare än den övriga befolkningen. I övrigt innehåller hälso- och sjukvårdslagen inga definitioner som gäller ålder. Förslaget avses även gälla högskolestuderande under 23 år som omfattas av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande och därmed SHVS tjänster.

Socialvårdslagen innehåller definitioner både av barn och av ung person. Enligt 3 § avses med barn den som är under 18 år och med ung person den som är 18–24 år. Enligt 6 § i

barnskyddslagen som hör till socialvården anses som ung person den som är 18–22 år. Definitioner av unga personer finns även i lagstiftningen för andra förvaltningsområden, såsom ungdomslagen, där man med unga avser personer som inte har fyllt 29 år. Social- och hälsovårdstjänsterna faller inte inom tillämpningsområdet för ungdomslagen.

Bestämmelserna om en åldersgräns på 23 år i den gällande hälso- och sjukvårdslagen gäller all psykiatrisk specialiserad sjukvård, dvs. både vård på avdelning och öppenvård. Behovet av en åldersspecifik specialreglering motiveras i förarbetena till bestämmelsen med att åldersgränserna för ungdomspsykiatrisk vård i hög grad har varierat lokalt (RP 90/2010 rd). Fastställandet av en enhetlig åldersgräns i lagen möjliggjorde en jämlik nationell praxis med avseende på patienterna och de som tillhandahåller tjänsterna. Åldersgränsen motiverades med en enhällig rekommendation av överläkarna som svarar för ungdomspsykiatri inom sjukvårdsdistrikten.

Grundlagsutskottet (GrUU 41/2010) konstaterade i sitt utlåtande om regeringspropositionen att det finns godtagbara grunder för den åldersgräns som anges i 53 §. Utskottet ansåg att så tidig tillgång till psykiatrisk vård och service som möjligt är av största vikt för den psykiska utvecklingen hos barn och unga. Enligt motiveringarna är de ungas psykiska utveckling fortfarande i ett känsligt skede, även om de blir myndiga vid 18 års ålder. Det att man blir myndig, frigör sig från barndomshemmet, studerar, söker arbete eller går igenom andra förändringar kan göra det svårare att behålla kontrollen över livet och det kan även orsaka psykiska problem i den unga personens liv. Att få vård så tidigt som möjligt kan förebygga att det uppstår allvarigare psykiska sjukdomar. Enligt grundlagsutskottets ståndpunkt var specialställningen för en viss åldersgrupp i lagstiftningen motiverad av dessa orsaker.

Även i social- och hälsovårdsministeriets grunder för icke-brådskande vård beaktas de utvecklingsmässiga särskilda behoven hos unga vuxna under 23 år. När en ung vuxen som är över 18 men under 23 år för första gången kommer för vård inom den specialiserade sjukvården för vuxna iaktas de enhetliga grunderna vård inom ungdomspsykiatri när personen antas för vård. Övergången från ungdomspsykiatrisk vård till vuxenpsykiatrisk vård genomförs så att man utöver överföringen av patienten och dennes uppgifter även säkerställer kontinuiteten i vårdinnehållet och vårdintensiteten.

Syftet med den föreslagna lagstiftningen är att på ovan sagda sätt säkerställa att unga får korttidspsykoterapi eller strukturerad, tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion snabbare än den övriga befolkningen även åren efter att de blivit myndiga. Bestämmelser på grundval av samma åldersgrupp framställs även i fråga om den nya tjänst som föreslås i socialvårdslagen. Den nya bestämmelsen i 25 a § i socialvårdslagen i enlighet med förslaget motsvarar således definitionen av en ung person i barnskyddslagen, men avviker från definitionen i socialvårdslagen.

Den gällande definitionen av en ung person i socialvårdslagen är inte kopplad till rättigheter i fråga om tjänster eller vissa tjänster. I barnskyddslagen är definitionen av en ung person under 23 år kopplad till ungas rättigheter till eftervårdstjänster (75 § i barnskyddslagen). I samband med revideringen av socialvårdslagen som genomförs senare som en del av den nationella servicereformen kan man överväga om definitionen av en ung person i socialvårdslagen behöver harmoniseras med definitionen i barnskyddslagen, och huruvida skyldigheterna rörande unga klienter behöver ändras i större utsträckning.

4.1.2 Psykosociala metoder som omfattas av garantin och ibruktagande av dem

Med psykosociala metoder som ingår i den föreslagna lagstiftningen avses korttidspsykoterapier och andra strukturerade och tidsbegränsade psykosociala behandlingar inom primärvården som grundar sig på psykologisk interaktion samt för socialvårdens del psykosocialt stöd som ges som service inom mentalvårdsarbetet och där ovan nämnda psykosociala metoder används till den del de är tillämpliga inom socialvården.

Med korttidspsykoterapi avses psykoterapi som ges patienter inom primärvården och som omfattar högst 20–25 besök. Psykoterapi är en behandlingsform som strävar efter att öka funktionsförmågan hos personer med psykiska störningar. Behandlingen ges av en psykoterapeut, som är en yrkesperson med en skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården. Begreppsmässigt ska korttidspsykoterapi särskiljas från andra samtalsbehandlingar som baserar sig på interaktion.

Strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion avser en metod som utvecklats för vård av ett visst psykiskt problem, till exempel beteendestörningar, depression eller ångest, och som har evidensbaserad effekt som baserar sig på vetenskaplig forskning. Metoderna baserar sig på vissa teoretiska referensramar, och de är kortare än psykoterapi och avsedda för lindrigare symtom. Psykosociala interventioner kan ges av sådana yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som har fått utbildning i användningen av metoden i fråga. Dessa yrkesutbildade personer kan vara till exempel sjukskötare, hälsovårdare, psykologer, kuratorer inom elev- och studerandevården, socialhandledare och socialarbetare.

En del av de strukturerade och tidsbegränsade psykosociala behandlingar som används inom hälso- och sjukvården lämpar sig även som arbetsmetoder inom socialvården i arbetet med att förebygga psykiska störningar. Sådana är till exempel metoder för att ge småbarnsföräldrar föräldrahandledning för att kunna bemöta utmaningar i barnets känsloreglering eller beteende. För socialvårdens del är målet med de interventioner som omfattas av garantin att stärka de faktorer som skyddar barns, ungas och familjers psykiska hälsa samt att minska och undanröja faktorer som äventyrar den psykiska hälsan. Mentalvård genomförs inte inom socialvården enligt förslaget.

I enlighet med 4 § 6 punkten i den gällande centraliseringsförordningen som styr verksamheten inom den specialiserade sjukvården ska huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen i Nyland även ha hand om utvärdering av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem. Universitetssjukhus ombesörjer regionalt att primärvården och specialistsjukvården i enlighet med befolkningens behov har tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder som visat sig vara effektfulla samt ombesörjer utbildning och metodhandledning i anslutning till dem.

Avtal om ibruktagande av de psykosociala metoder som omfattas av garantin avses basera sig på det samarbete som fastställts i välfärdsområdenas samarbetsavtal i enlighet med 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I enlighet med 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård bestäms i samarbetsavtalet de regionala principerna vid ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för principerna. Skyldigheten att avtala om de psykosociala metoderna för barn och unga som ingår i den föreslagna lagstiftningen ska preciseras i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden. I samarbetsavtalet ska hänsyn även tas till uppgiften att planera och samordna metoderna regionalt i enlighet med centraliseringsförordningen. Arbetsfördelningen mellan

social- och hälsovården samt helheten av metoder som omfattas av garantin konkretiseras i det regionala samarbetsavtalet till en helhet som samordnar social- och hälsovårdens verksamhet.

4.1.3 Genomförande av garantin i primärvården

Förebyggande av psykiska störningar och icke-brådskande vård av lindriga och medelsvåra okomplicerade störningar som hör till primärvården avses omfattas av garantin (27 § i hälso- och sjukvårdslagen). I samarbetet och arbetsfördelningen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården ska man fortfarande handla i enlighet med grunderna för icke-brådskande vård³⁸. De betonar samarbetet och det stöd som specialnivån ger till basnivån.

I enlighet med 51 a § 4 mom. i den gällande hälso- och sjukvårdslagen och 10 a § 4 mom. i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande om att få icke-brådskande vård ska vården efter den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen eller 10 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten. Genom den föreslagna lagstiftningen vill man skärpa bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om strukturerade och tidsbegränsade psykosociala behandlingar som grundar sig på psykologisk interaktion och korttidspsykoterapier vad gäller barn och unga under 23 år. Enligt regeringens proposition ska det fastställas i hälso- och sjukvårdslagen och i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande att då ett behov av sådan vård har konstaterats ska vården inledas inom en tidsfrist på 28 dagar, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat. Behovet av en vårdform som omfattas av den föreslagna lagstiftningen kan konstateras genast i samband med den första vårdhändelsen eller senare under vårdprocessen till exempel när någon annan vårdform har visat sig vara otillräcklig. Strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling eller korttidspsykoterapi kan, beroende på patientens behov, genomföras som enda behandlingsform eller som en del av en större vårdhelhet. Behovet av en sådan vårdform kan också återkomma under vårdprocessen. Om den vård som erbjuds inom primärvården inte ger ett tillräckligt terapivar ska vården eller vårdformen bedömas på nytt. Vid behov hänvisas barnet eller den unga till den specialiserade sjukvårdens tjänster enligt den stegvisa modellen.

Kontakt med en primärvårdsenhet och individuell bedömning av behovet av undersökningar och vård samt den första vårdhändelsen vid icke-brådskande sjukvård inom primärvården ska ordnas i enlighet med 51 § och 51 a § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen. För SHVS del ingår bestämmelse om detta i 10 och 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. Om det inte finns något behov av medicinsk bedömning, kan behovet av rådgivning, stöd eller symtomatisk individuell behandling fastställas av någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare i enlighet med de anvisningar som överenskommits på verksamhetsenheten.Handledning och stöd som ges på en sådan direktmottagning av en annan yrkesutbildad person samt till exempel egenvård omfattas av tillgången till vård inom 14 dygn inom primärvården.

Om barnets eller den ungas situation förutsätter en medicinsk bedömning, ska behovet av en vårdform som omfattas av garantin fastställas som en del av vårdplaneringen och bedömningen ska göras av en läkare inom den offentliga primärvården. Läkaren bedömer om interventionerna

³⁸ [STM 2019](#)

inom primärvården är tillräckliga och i rätt tid samt behovet av konsultationer av eller hänvisning till den specialiserade sjukvården.

Användningen av en psykosocial behandlingsmetod som omfattas av garantin kan vid behov inledas redan vid den första vårdhändelsen enligt 51 a § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen eller 10 § 1 mom. i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. Barnets eller den ungas eventuella behov av annan vård ska bedömas och säkerställas även efter att den psykosociala behandlingsmetoden har genomförts.

Tjänsteprocesserna ska organiseras så att hänvisningen till mentalvården går smidigt ut barnets, den ungas eller familjens synvinkel. I fall där vård av en psykisk störning inte behövs, utan det är fråga om förebyggande arbete, ska psykosociala interventioner som omfattas av garantin även kunna utföras inom den förebyggande hälsovården. SHVS svarar för sin del för högskolestuderandenas psykosociala behandlingar som omfattas av garantin.

4.1.4 Genomförande av garantin i socialvården

I socialvården ska man kunna genomföra psykosociala interventioner som förebygger psykiska störningar och stöder den psykiska hälsan och omfattas av garantin, och som lämpar sig för socialvårdens tjänsteuppgifter och verksamhet på basnivå. De interventioner som omfattas av garantin genomförs i enlighet med välfärdsområdets regionala riktlinjer inom socialvården i serviceuppgifter för barnfamiljer och personer i arbetsför ålder så att de bildar en helhet som är förenlig med social- och hälsovårdens verksamhet och som motsvarar barns och ungas behov.

Inom socialvården är de psykosociala arbetsmetoder som omfattas av garantin en del av helheten av mentalvårdstjänster som ordnas med stöd av 25 a § i socialvårdslagen. I enlighet med 25 § i socialvårdslagen avses med mentalvårdsarbete välfärdsområdets socialservice och annan individ- och gemenskapsinriktad verksamhet som syftar till att stärka de faktorer som skyddar barnets eller den ungas psykiska hälsa, minska och avlägsna faktorer som äventyrar den psykiska hälsan och svara mot stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga. I enlighet med 25 a § 2 mom. i lagen kompletterar socialvårdens mentalvårdstjänster andra socialtjänster som behövs för att stödja individens psykiska hälsa och som avses i 14 §, såsom till exempel social handledning, kuratorstjänst inom elev- och studerandevården eller uppfostrings- och familjerådgivning.

Enligt förslaget ska en bestämmelse fogas till 25 a § i socialvårdslagen om service inom mentalvårdsarbete, enligt vilken det som riktad service inom mentalvårdsarbete ska ordnas psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år på det sätt som välfärdsområdet bestämmer och där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som grundar sig på psykologisk interaktion används. I fråga om ibrukttagande och användning av metoderna ska det avtalas så att social- och hälsovårdens verksamhet bildar en ändamålsenlig helhet.

Enligt det gällande 45 § 2 mom. ska ett beslut om socialvård verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov. Enligt det nya 3 mom. som föreslås ska beslutet om service inom mentalvårdsarbetet för barn och unga under 23 år, avvikande från bestämmelserna i 45 § 2 mom., verkställas inom en månad från det att behovet av stöd konstaterats. Maximitiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

Välfärdsområdet avses kunna besluta vilka anställda inom socialservicen som utför de riktade psykosociala interventionerna inom mentalvårdsarbetet som omfattas av garantin och i vilken utsträckning de genomförs inom socialvården. Dessa anställda kan till exempel omfatta personal inom socialarbete, socialhandledning, familjearbete, uppfostrings- och familjerådgivning samt kuratorstjänster, men administrativt avses det vara fråga om en separat service inom mentalvårdsarbetet. I fråga om unga kan kompetensen och tjänsteproduktionen rörande psykosociala interventioner organiseras som en del av tjänstehelheten för personer i arbetsför ålder till exempel på ungdomsstationer eller Navigatorer. I serviceprocesserna ska man säkerställa att barn, unga och familjer utan dröjsmål får den socialservice som är nödvändig med avseende på deras utveckling och att servicestigar till hälso- och sjukvården är välplanerade och fungerande. Socialvårdens service inom mentalvårdsarbetet kan inte ersätta den mentalvård som ett barn eller en ung person behöver och som ges av hälso- och sjukvården.

4.1.5 Uppföljning av genomförandet av garantin

I 55 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om offentliggörande av uppgifter om tillgången till hälso- och sjukvård. Enligt propositionen ska välfärdsområdet också i fråga om den föreslagna lagstiftningen offentliggöra nyckeltal om hur iakttagandet av maximitiderna förverkligades. Även SHVS är skyldig att offentliggöra motsvarande uppgifter i enlighet med 10 d § i lagen om studerandehälsovård.

Utöver uppföljningen enligt den föreslagna 55 § ska regionalt och nationellt jämförbar information kunna samlas in med hjälp av de uppgifter som registreras i patient- och klientdatasystemen. THL har tagit fram åtgärds-koder för psykosociala metoder för social- och hälsovårdens bruk, för att registerbaserat kunna följa upp genomförandet av den föreslagna lagstiftningen. Registrerade åtgärds-koder ska kunna följas upp per välfärdsområde och åldersgrupp i Avohilmo- och Hilmo-systemet som THL upprätthåller. Avsikten är att SHVS ska producera ovan nämnda uppgifter i fråga om studerandehälsovården för högskolestuderande.

När en psykosocial intervention enligt den föreslagna lagstiftningen utförs ska den anställda registrera innehållet i det arbete som hen utfört med en åtgärds-kod. Kunduppgifterna och beslutsuppgifterna om interventioner som genomförs av socialvården antecknas i socialvårdens klientregister, och interventioner som genomförs som hälso- och sjukvård antecknas i patientregistret. Den rapportering som fås ur informationssystemet möjliggör en granskning av antalet patienter och klienter som omfattas av vård och intervention, frekvensen för genomförda besök, vård- och tjänsteperiodens varaktighet samt individuella terapivar. För socialvårdens del kan utförandet av interventioner även följas upp med hjälp av beslutsuppgifterna. Via socialvårdens uppföljningsregister ska uppgifterna i framtiden fås från THL:s hyte-sote-informationsresurs. Enligt bedömningen kommer det att vara möjligt att samla in uppgifter inom socialvården först år 2026.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

Konsekvensbedömning genomfördes i de olika skedena av beredningen av regeringspropositionen bland annat i samarbete med THL och genom att höra välfärdsområdena, Folkpensionsanstalten och Studenternas hälsovårdsstiftelse, tillsynsmyndigheterna, organisationer och barnombudsmannen. Enkäter genomfördes för barn och unga och i större utsträckning i civilsamhället. Dessutom utnyttjades information som sammanställdes i statsunderstödda projekt, utredningar och undersökningar i konsekvensbedömningen.

Social- och hälsovårdsministeriet har berett en bedömning av de sammantagna konsekvenserna av de lagändringar som gäller social trygghet och social- och hälsovårdstjänster och som lämnas till riksdagen i form av budgetlagar i samband med statens budgetproposition för 2025, inbegripet konsekvenserna för de grundläggande fri- och rättigheterna och mänskliga rättigheterna. Bedömningen offentliggörs samtidigt som förslagen till budgetlagar överlämnas och kan användas som ett komplement till de konsekvensbedömningar som ingår i regeringspropositionerna.

Propositionen har positiva sammantagna konsekvenser med den regeringsproposition om vårdgarantier för icke-brådskande primärvård som är under beredning, eftersom den längsta väntetiden för barn och unga under 23 år för att få icke-brådskande vård inom primärvården enligt förslaget kvarstår i sin helhet vid nuvarande 14 dygn.

Nedskärningarna i de sociala förmånerna i kombination med försämringar i tjänsterna samt höjningar av klientavgifterna inom social- och hälsovården kan åtminstone indirekt också inverka på behovet av en terapigaranti och genomförandet av den, om situationen för de föräldrar och familjer som tar hand om barnen och de unga försämras. Att söka sig till de avgiftsfria tjänster som den föreslagna terapigarantin omfattar ökar inte familjernas kostnader och skulle således inte höja tröskeln för att söka stöd och vård. En risk med nedskärningarna i de sociala förmånerna är ändå att barndomsfamiljens ekonomiska svårigheter ökar sannolikheten för att andra problem hopar sig under barnets och den ungas liv. Då kan den nyttan som terapigarantin erbjuder i form av stöd och vård i ett tidigt skede bli mindre än vad som beräknats.

Vid undervisnings- och kulturministeriet bereds dessutom regeringspropositioner genom vilka man i enlighet med regeringsprogrammet reviderar bestämmelserna om stöd för lärande och skolgång inom den grundläggande utbildningen samt gymnasieutbildningen och yrkesutbildningen. Syftet med propositionerna är att förtydliga och precisera de stödformer elever och studerande får samt att säkerställa tillräckligt stöd så att stödformerna är enhetliga i hela landet, tydliga och mångsidiga. Stödet för lärande ska tillhandahållas individuellt och i enlighet med elevens behov. Dessa propositioner har en positiv samverkan med propositionen om en terapigaranti, som ökar stödet för barn och unga vid läroanstalterna.

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

Psykisk hälsa är en central delfaktor för välbefinnande som påverkar samhällets stabilitet och kostnader inom olika sektorer. Ekonomiska konsekvenser uppstår dels av storleken på kostnaderna för den offentliga sektorn på grund av psykisk ohälsa, och dels av i vilken mån psykisk hälsa påverkar arbetsproduktiviteten samt individernas och familjernas ekonomiska situation. I konsekvensbedömningen har information från utredningar och expertbedömningar använts. I fråga om de nya uppgifter som föreslås i propositionen försvåras konsekvensbedömningen av kostnaderna av bristen på information, eftersom helheten av psykosociala metoder som tas i bruk varierar regionalt, och sätten att ordna tjänsterna också varierar. De slutsatser som dragits är således förknippade med osäkerhetsfaktorer.

4.2.1.1 Konsekvenser för välfärdsområdena och statens kostnader

Psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen ska kunna utföras inom primärvården, elev- och studerandevården och som service enligt socialvårdslagen. Organiseringansvaret för ovan nämnda tjänster ligger i huvudsak på välfärdsområdena. Dessutom ger SHVS en del av de psykosociala behandlingarna för 18–22-åringar inom högskolestuderandenas studerandehälsovård. Högskolestuderande kan få primärvårdstjänster

både av SHVS och av välfärdsområdet. För ordnandet av tjänster för fångar och personer inom mottagningssystemet svarar THL:s enhet för hälso- och sjukvård för fångar och flyktingförläggningarna.

Bedömning av klientantal

De interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen utgör endast en del av mentalvårdstjänsterna på basnivå inom social- och hälsovården, och till dem hänvisas endast en del av de barn, unga och familjer som behöver vård och stöd. Metoderna används på många ställen redan nu, och interventioner kan till viss del ersätta andra befintliga behandlings- och arbetsmetoder, dvs. det handlar bara till viss del om det ökade arbetet för yrkesutbildade personer. Enligt THL:s utredning står arbetet med psykiska problem för cirka hälften av kuratorernas och psykologernas arbetstid inom individuellt klientarbete. Det är således fråga om att stärka tillgången till både det metodiska evidensbaserade innehållet i klientarbetet och mentalvårdstjänsterna inom social- och hälsovården genom att öka personalen som ger interventioner som omfattas av garantin.

Det är mycket utmanande att bedöma antalet klienter som omfattas av den föreslagna lagstiftningen. I bedömningen av klientantalet har man varit tvungen att göra uppskattningar:

- den totala incidensen av centrala störningar,
- hur stor andel av klienterna som kommer att behandlas med interventioner enligt propositionen och
- viljan att delta, det vill säga hur stor andel av dem som erbjuds intervention söker sig till dem och om det finns en tidigare så kallad vård- och serviceskuld.

Utifrån dessa uppskattningar har man strävat efter att få en övergripande uppskattning av hur många sammanlagt som kommer att få interventioner som omfattas av garantin per år. Det slutliga antalet klienter påverkas dock även av välfärdsområdenas val, till exempel angående hur många experter som utbildas och inom vilka metoder samt hur mycket välfärdsområdena satsar på andra vård- och serviceformer som kan minska behovet av interventioner som omfattas av garantin.

Bedömningen av klientantalet samt vård- och servicebehovet baserar sig på incidensen av de viktigaste störningarna i respektive åldersgrupp. Bedömningen har gjorts av THL:s experter på grundval av tillgänglig internationell och inhemsk forskningsdata. En del undersökningar är från tiden före coronapandemin, men det nuvarande läget har bedömts på grundval av de färskaste undersökningarna. På grundval av incidensen kan det bedömas hur många nya klienter som årligen fås inom det förebyggande arbetet, vården och stödet som gäller dessa störningar.

Förebyggande och vård av psykiska störningar är dock en omfattande helhet. Förebyggande och icke-strukturerat psykosocialt stöd som stärker den psykiska hälsan ges inom social- och hälsovården till exempel inom skol- och studerandehälsovården, psykolog- och kuratorstjänsterna inom elevvården samt inom socialservicen. Vården av lindriga och medelsvåra psykiska störningar hör till primärvården. En del av behandlingarna ordnas med digitalt stöd till exempel som nätterapi eller som egenvård. Undersökning och vård av allvarliga eller komplicerade psykiska störningar hör till den specialiserade sjukvården. Vård- och rehabiliteringstjänsterna kompletteras med köptjänster av privata serviceproducenter, och från och med 16 års ålder även med rehabiliterande psykoterapi som ersätts av FPA i

rehabiliteringsskedet, om personens arbets- eller studieförmåga är nedsatt. FPA ordnar också annan rehabilitering.

Korttidspsykoterapi och andra psykosociala metoder som ingår i den föreslagna lagstiftningen utgör alltså endast en del av vård- och stödformerna inom mentalvårdstjänsterna på basnivå i social- och hälsovården, och till dem hänvisas endast en del av de barn, unga och familjer som behöver vård och stöd. Syftet är att de metoder som omfattas av garantin ska utnyttjas enligt individuella behov, dvs. att de inte ska tillämpas i situationer där ett lättare stöd skulle räcka, inte heller i alltför svåra situationer eller när någon annan vård- eller stödform bättre svarar mot barnets, den ungas eller familjens behov. Det är delvis fråga om en ändring i fråga om utvecklingen av de yrkesutbildade personernas arbetssätt, som också kan förstärka och effektivisera det tidigare arbetet med barn, unga och familjer. I beräkningarna har det uppskattats hur stor del av det totala antalet som bedömts på grundval av incidensen som kommer att hänvisas till de interventioner som omfattas av garantin. Bedömningen har gjorts i samarbete mellan experter med hjälp av information som sammanställts från statsunderstödda projekt, utredningar och undersökningar. Dessutom bör det beaktas att även de behandlingsformer som inte omfattas av garantin ökar och blir mer mångsidiga.

Samtidigt med denna proposition har det beretts en regeringsproposition där det föreslås att den maximala väntetiden på 14 dagar för vård i den icke-brådskande öppna vården inom primärvården avskaffas för personer som fyllt 23 år och att den tidigare maximala väntetiden på tre månader återställs. När det gäller den åldersgrupp som omfattas av den föreslagna terapigarantin för barn och unga bibehålls nuläget i fråga om tillgång till icke-brådskande primärvård i sin helhet, och de föreslagna ändringarna av maximitiden för tillgång till vård har således inte några konsekvenser för tillgången till interventioner som omfattas av detta förslag.

Barns problem med reglering av beteende och uppmärksamhet, barns ångest samt depression och ångest hos unga tjejer, beroende på åldersgrupp, 70–90 procent av servicesystemets klienter, och för dessa finns det redan psykosociala evidensbaserade metoder i bruk. Dessutom finns det mer sällsynta problem och störningar, för vilka det är svårt att exakt förutse utvecklingen av klientantalen och kostnaderna. Ännu finns det inte strukturerade psykosociala metoder för alla störningar, eller det saknas ännu behövlig evidens om metodernas effektivitet. I beräkningarna har det även beaktats antalet personer som behöver vård på grund av mindre vanliga störningar och de årliga kostnaderna för detta, så att utbudet av interventioner kan utvecklas och utökas även för dessa.

Som en del av genomförandet av strategin för psykisk hälsa har psykosociala metoder tagits i bruk inom primärvården, socialvården och elev- och studerandevården sedan 2020 med finansiering från programmet Framtidens social- och hälsocentral och Finlands program för hållbar tillväxt. I februari 2024 sammanställdes information om projekten inom programmet Framtidens social- och hälsocentral beträffande antalet experter och handledare inom olika metoder som har utbildats inom dem. Det saknas fortfarande centralt sammanställd rapportering om de projekt som fått finansiering genom Finlands program för hållbar tillväxt. Det kan dock antas att den redan befintliga tillgången på psykosociala metoder har varit tillräcklig för att åtminstone tillgodose det tidigare behovet.

Tabell 1. Antal utbildade metodexperter och -handledare inom programmet Framtidens social- och hälsocentral.

Utbildade metodexperter

Barn 0–12 år	Totalt	Unga 13–18 år	Totalt	Vuxna 19–22 år	Totalt
Cool Kids	412	Cool Kids	416	Kognitiv korttidsterapi	82
De otroliga åren	42	IPC-N	1548	IPC	64
Övriga metoder	195	Övriga metoder	342	Övriga metoder	34
Utbildade metodhandledare					
Barn 0–12 år	Totalt	Unga 13–18 år	Totalt	Vuxna 19–22 år	Totalt
Cool Kids	27	Cool Kids	23	Kognitiv korttidsterapi	50
De otroliga åren	0	IPC-N	67	IPC	29
Övriga metoder	10	Övriga metoder	5	Övriga metoder	30

I bedömningen av klientantalen bör det dessutom beaktas att alla som erbjuds vård eller stöd inte påbörjar behandlingen. I enlighet med uppföljningsuppgifterna för programmet Talking Therapies som genomförts i England sedan 2008 är denna andel så mycket som 30 procent. Även i ibruktagandet av nationella psykosociala metoder har det konstaterats att till exempel alla föräldrar inte vill delta i den föräldraskapshandledning som erbjuds åt dem. Stödbehoven som anknyter till föräldraskap kan även tillgodoses på andra sätt än genom sådana interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen, till exempel inom socialservicen för barnfamiljer. I beräkningarna har det uppskattats hur stor del som vill ha vård eller stöd. I fråga om vuxna finns ovan angivna forskningsdata att tillgå, men i fråga om barn och unga har en uppskattning gjorts om andelen som önskar vård eller stöd genom att dra nytta av de erfarenheter som fåtts i de statsunderstödda projekten. Viljan att delta varierar mellan olika metoder och åldersgrupper, vilket har beaktats i bedömningen.

Beräkning av kostnader

Klienterna ska få tjänster enligt förslaget inom primärvården, elev- och studerandevården eller socialvården. Det totala antalet klienter som omfattas av garantin avgör de totala kostnaderna, inte det hur de fördelas mellan social- och hälsovården. Förslaget utökar inte heller antalet barn eller unga som omfattas av mentalvårdsarbetet som utförs inom social- och hälsovården.

Helheten av hur välfärdsområdenas områdesspecifika tjänster organiseras och vilka lokala lösningar som finns påverkar i vilka tjänster interventioner som omfattas av garantin ges inom de gränser som fastställs för hälso- och sjukvårdens och socialvårdens lagstadgade uppgifter. Dessa lösningar har dock ingen väsentlig inverkan på de totala kostnaderna. De totala årliga kostnaderna för de interventioner som omfattas av garantin utgörs således av enhetskostnaderna för de valda metoderna och det totala antalet klienter.

Socialvården har administrativa skeden som avviker från hälso- och sjukvården (bland annat bedömning av servicebehovet och beslutsfattande), vilka även avses gälla mentalvårdstjänster som omfattas av garantin. Extra administrativt arbete uppstår för de klienter som annars inte skulle ha kommit till socialvårdens service. Denna grupp bedöms vara liten. Inom socialvården används redan nu strukturerade psykosociala arbetsmetoder som omfattas av den föreslagna lagstiftningen, och behoven av stöd i samband med föräldraskap samt utmaningar i samband med barns och ungas uppväxt, utveckling och välbefinnande är vanliga skäl att söka sig till socialvården. Genom handledning och utbildning som ges som stöd för tillämpningen av lagstiftningen kan man förtydliga hänvisningen till servicen och därigenom minska till exempel behovet av ändringssökande.

I beräkningarna har man använt enhetspriserna på de vanligaste metoderna som välfärdsområdena hittills tagit i bruk som grund för uppskattningarna av enhetspriserna för interventionerna. Således baserar sig beräkningarna på enhetspriserna för de metoder som i respektive åldersgrupp just nu utgör merparten (70–80 procent) av interventionerna på basnivå som omfattas av garantin. Beräkningarna är riktgivande exempel, eftersom helheten av metoder inte är enhetlig nationellt sett. Det bör även beaktas att helheten av psykosociala metoder ständigt utvecklas, och att de metoder som används även kan vara andra än de som beräkningarna baserar sig på.

Enhetskostnaderna för metoderna varierar enligt genomförandesätt (individuellt eller gruppform) och längd. Hur de totala kostnaderna utvecklas för de interventioner som omfattas av garantin beror även på vilka metoder välfärdsområdena och SHVS tar i bruk och i vilken omfattning. Det finns olika metoder till olika pris för förebyggande och behandling av samma störningar. Den valda beräkningsmetoden för de metoder som vanligtvis väljs ger dock en bra genomsnittlig uppskattning av hur mycket det kan kosta för välfärdsområdena att genomföra psykosociala metoder. I propositionen har olika metoder med olika priser använts som grund för kostnadsberäkningen, så man kan anta att kostnaderna för de metoder som tas i bruk i framtiden sannolikt också är av samma storleksklass i genomsnitt. Härnäst används ordet vård för att även beskriva användning av förebyggande metoder och stödmeter.

Enhetskostnaderna för metoderna motsvarar till stor del personalkostnaderna för den arbetstid som går åt till att ge dem. Således täcker den tilläggsfinansiering som anvisas välfärdsområdena och Folkpensionsanstalten i fråga om den föreslagna lagstiftningen kostnaderna för den ytterligare personal som anställs för att ge interventioner som omfattas av garantin. I bedömningarna har det inte beaktats att en del av den arbetstid som används för att ge interventioner som omfattas av garantin ersätter stöd som nu ges på andra sätt och att personalen redan har utbildats i psykosociala metoder. Kostnadsuppskattningen för anställning av mer personal är således en överskattning till denna del.

Kostnaderna berörs dock av osäkerhet i fråga om hur tjänsten kan produceras inom tidsfristen och om det skapar tryck på till exempel en ökning av köptjänster och hyrd arbetskraft. I början när lagstiftningen genomförs uppstår det även en påfrestning av om det finns tillräckligt med arbetstagare som är utbildade i dessa metoder. Oron gäller särskilt korttidspsykoterapi, som i

nuläget inte finns i den mån som behövs och som kräver en långvarig utbildning av dem som ska ge den.

Barn 0–12 år

I fråga om ångest hos barn har THL bedömt incidensen vara 1,25 procent av barnbefolkningen, vilket innebär cirka 8 900 barn per år (enligt befolkningsdata för 2022). Med hänsyn till antagandena om hur stor del som önskar vård (80 procent) och hur stor del av barnen som beräknas få vård genom metoder som omfattas av garantin (70 procent) kan man uppskatta att cirka 5 000 barn kommer att omfattas av interventionerna.

Kostnader för servicen:

- Cool Kids som intervention (11 besök, 80–120 euro i enhetskostnad per besök, dvs. sammanlagt cirka 1 100 euro).
- Kostnaderna uppskattas totalt uppgå till cirka 5,5 miljoner euro.

THL har uppskattat incidensen för barns beteendestörningar och emotionella störningar till 1,25 procent per år. I beräkningen antas det att denna delas ungefär till hälften på två interventioner, den lättare föräldragruppen Kraftfamiljer och den mer intensiva föräldragruppen De otroliga åren.

Kostnader för servicen:

- Målgruppen för den lättare interventionen (Kraftfamiljer) uppskattas till 7 procent av 4-åringarna (cirka 3 400). Med hänsyn till antagandena om hur stor del som önskar vård (50 procent) och hur stor del av klienterna som beräknas få vård genom metoder som omfattas av garantin (100 procent) kan man uppskatta att cirka 1 700 barn kommer att omfattas av interventionen. Valfärdsområdet orsakas kostnader på cirka 2 000 euro per barn, varför de totala kostnaderna för denna intervention uppgår till 3,4 miljoner euro.
- Den mer intensiva interventionen (föräldragrupperna De otroliga åren) bedöms vara ändamålsenlig för ungefär hälften av den uppskattade incidensen (cirka 4 500 barn). Med hänsyn till antagandena om hur stor del som önskar vård (80 procent) och hur stor del av klienterna som beräknas få vård genom metoder som omfattas av garantin (70 procent) kan man uppskatta att cirka 2 500 barn berörs av interventionen som omfattas av garantin. Man har uppskattat kostnaden för interventionen till cirka 450 euro (totalt 12–20 möten 2,5 timmar åt gången, två grupphandledare och 10–14 deltagare samt metodhandledning under de tre första grupperna). Således uppskattas de totala kostnaderna till 1,1 miljoner euro.

Ovan angivna interventioner är exempel på interventioner som för närvarande används för att förebygga och behandla de vanligaste psykiska störningarna hos barn. Utöver ovan nämnda störningar förekommer det även mindre vanliga störningar hos barn. Med beaktande av de metoder som är tillgängliga för vården av dessa och som omfattas av den föreslagna garantin bedöms klientantalet öka med fem procent. Om de genomsnittliga kostnaderna för interventioner för barn används som enhetskostnad uppgår kostnaderna för dem till uppskattningsvis 0,3 miljoner euro.

Unga 13–18 år

THL har bedömt att incidensen för depression hos unga är 3 procent, dvs. cirka 11 200 ungdomar per år. Med hänsyn till antagandena om hur stor del som önskar vård (80 procent) och hur stor del av de unga som beräknas få vård genom metoder som omfattas av garantin (50 procent) kan man uppskatta att cirka 4 500 unga berörs av interventionen.

Kostnader för servicen:

- De enskilda kostnaderna för intervention (IPC) har uppskattats vara cirka 700 euro för ett paket med sju besök (80–120 euro i enhetskostnad per besök).
- Kostnaderna uppskattas totalt uppgå till cirka 3,1 miljoner euro.

THL har bedömt att incidensen för ångest hos unga är 5,25 procent, dvs. cirka 19 600 ungdomar. Med hänsyn till antagandena om hur stor del som önskar vård (80 procent) och hur stor del av de unga som beräknas få vård genom metoder som omfattas av garantin (50 procent) uppskattas det att cirka 7 900 unga berörs av interventioner som omfattas av garantin.

Kostnader för servicen:

- Cool Kids som intervention (11 besök, 80–120 euro i enhetskostnad per besök, dvs. sammanlagt cirka 1 100 euro).
- Kostnaderna uppskattas totalt uppgå till cirka 8,6 miljoner euro.

Ovan angivna interventioner är exempel på interventioner som för närvarande används för att förebygga och behandla de vanligaste psykiska störningarna hos barn. Utöver ovan angivna störningar förekommer det även mer sällsynta störningar hos unga. Med beaktande av de metoder som är tillgängliga för vården av dessa och som omfattas av den föreslagna garantin bedöms klientantalet öka med fem procent. Om de genomsnittliga kostnaderna för interventioner för unga används som enhetskostnad uppgår kostnaderna för dem till uppskattningsvis 0,5 miljoner euro.

Unga vuxna 19–22 år

Kostnader för servicen:

THL har bedömt att med beaktande av den sammantagna prevalensen för depressions- och ångeststörningar är incidensen 6 procent, dvs. 14 445 unga vuxna. På basis av uppföljningsuppgifterna kan cirka 70 procent av dem önska vård (10 112).

- Av alla dessa (10 112) antas 10 procent hänvisas direkt till den specialiserade sjukvården och 75 procent till handledd egenvård (omfattas inte av garantin).
- Av resterande 15 procent (1 517) antas hälften bli hänvisade till nätterapi (omfattas inte av garantin) och hälften till korttidsinterventioner (758 klienter, genomsnittlig kostnad 694 euro/klient).
- Av dem som ursprungligen hänvisades till egenvård (7 584) antas en fjärdedel behöva nätterapi (omfattas inte av garantin) och en fjärdedel korttidsintervention (1 896 klienter, genomsnittlig kostnad 694 euro/klient).

- Av alla klienter inom primärvården (2 275 klienter, genomsnittlig kostnad 2 700 euro/klient) uppskattas en fjärdedel behöva korttidspsykoterapi.

Kostnaderna uppskattas totalt uppgå till cirka 8 miljoner euro. Av detta uppskattas SHVS andel vara 30 procent, dvs. 2,4 miljoner, och välfärdsområdenas andel 5,6 miljoner på grundval av befolkningstäckningen. År 2023 omfattades 73 000 högskolestuderande under 23 år av SHVS tjänster. De kan få primärvårdstjänster både av SHVS och av välfärdsområdet.

Upprätthållande av kunskandet om metoderna

I de nödvändiga kostnaderna ingår förutom kostnaderna för psykosociala interventioner även säkerställande av personalens kompetens och tillgången på personal. I utbildningskostnaderna ingår teoretisk utbildning, metodhandledning och fortbildning i psykosociala metoder. På grund av personalomsättningen behöver det även utbildas ytterligare personal varje år. En del av de psykosociala interventionerna och utbildningarna är licensierade, varvid de måste köpas av en viss serviceproducent.

Genom centraliseringsförordningen har bedömningen av psykosociala metoder och upprätthållandet av kompetensen i fråga om dessa fastställts som uppgift för de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus i den gällande lagstiftningen. Universitetssjukhusen ombesörjer regionalt att primärvården och specialistsjukvården i enlighet med befolkningens behov har tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder som visat sig vara effektfulla samt ombesörjer utbildning och metodhandledning i anslutning till dem. Samordningsskyldigheten är således en redan existerande skyldighet. I samarbetsavtalet enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård avtalar välfärdsområdena även om finansieringen för upprätthållandet av kunskandet om de psykosociala metoder som omfattas av garantin. På grund av den föreslagna lagstiftningen ökar utbildningsbehovets volym, varför det bedöms att tilläggsfinansiering kommer att behövas även för ordnande av utbildning och handledning i de metoder som omfattas av garantin.

Ordnandet av utbildning och handledning i metoderna består av två helheter:

- den personal som behövs för utbildning och samordning (inklusive den kompetens på utbildarnivå som krävs av utbildarna),
- det utvecklingsarbete och underhåll som krävs för den digitalt genomförda utbildningen (innehåll och teknisk lösning).

Kostnaderna kan stävas genom effektivt samarbete och inbördes arbetsfördelning. De slutliga kostnaderna för båda helheterna påverkas således av hur utbildningen organiseras samt den arbetsfördelning som välfärdsområdena avtalat om och det nationella samarbetet. I kostnadsuppskattningen för förslaget har man utnyttjat information och erfarenheter från statsandelsprojekt, eftersom de slutliga organisations- och finansieringssätten ännu inte är kända.

Enligt bedömningen behövs det totalt 900 000 euro årligen per samarbetsområde för välfärdsområdenas utbildnings- och samordningsverksamhet som gäller barn, unga och unga vuxna. Av detta bedöms 650 000 euro behövas för närvaroutbildningar och samordning av utbildningen. För utbildning som sker digitalt är behovet uppskattat till 250 000 euro årligen per samarbetsområde. Det totala beloppet i hela landet för fem samarbetsområden uppskattas till 4,5 miljoner euro årligen. Kalkylen är riktgivande. Kostnadsbedömningen är i varje fall

förknippad med osäkerhet, eftersom rollerna och arbetsfördelningen i underhållet av metoderna mellan områdena och de olika aktörerna kan utvecklas och förändras till och med väsentligt i fortsättningen.

I beräkningen har det bedömts att upprätthållande av kompetensen kräver arbetsinsatser av en utvecklingsläkare och personer som samordnar utbildningsverksamheten. Vid sidan om den regionala samordningsuppgiften avses de sköta exempelvis teoretisk utbildning och praktisk metodhandledning. Velfärdsområdena ska även kunna utbilda och anställa egna metodhandledare och koordinators.

Kostnaderna för den resurs som beskrivs ovan har uppskattats utifrån kostnadsuppskattningen för Östra Finlands samarbetsområde, eftersom det är den enda arbetsgruppen som hittills har etablerat sig. I kostnadsberäkningen för unga på 215 000 euro ingick förutom personalkostnader även andra kostnader.³⁹ I Östra Finlands samarbetsområde har teamet vid kompetenscentret för ungas psykiska hälsa (NMOK) vid Kuopio universitetssjukhus (KYS) fungerat som aktör i fråga om utbildning och förankring av psykosociala metoder för unga, med 2 projektkoordinatorer på 100 procent arbetstid och en utvecklingsläkare på 20 procent som resurs. Om man antar att det behövs motsvarande resurser även för barn och unga vuxna är de totala kostnaderna för närvaroutbildning och samordning av utbildningen ovan nämnda 650 000 euro per samarbetsområde. Kostnaderna gäller ibruktagande och upprätthållande av de två vanligaste metoderna.

Utöver utbildningskostnaderna är det också nödvändigt att med avseende på tillgången på personal utveckla närvaroutbildningar, men även utbildning som genomförs digitalt. Närvaroutbildningar har högre indirekta kostnader eftersom de binder fler personalresurser. Digitalt genomförda utbildningar har dock ett likadant behov av metodhandledning som närvaroutbildningar.

En del av den teoretiska utbildningen genomförs på den digitala utbildningsplattform som redan tagits fram inom programmet Framtidens social- och hälsocentral och inom Finlands program för hållbar tillväxt, och som kan användas avgiftsfritt under projektperioden till 2025. Velfärdsområdenas finansiering är allmänt täckande och ordnandet av utbildningsverksamheten omfattas av velfärdsområdenas självstyre, varför velfärdsområdena sinsemellan ska komma överens om fortsatt digital utbildningsverksamhet.

Upprätthållandet av kunskanden om de psykosociala metoderna har tidigare genomförts genom olika projektfinansieringar, med vilka man har tagit fram olika tillfälliga lösningar för områdena (17 velfärdsområden fortsätter till exempel utvecklingsverksamhet med RRP-finansiering åren 2024–2025). Statsunderstödet får inte användas för finansiering av uppgifter enligt lagen om velfärdsområdenas finansiering (617/2021), om inte dessa åtgärder har ett direkt samband med projektets försöks- och utvecklingsarbete eller införandet av nya verksamhetsmodeller.

För velfärdsområdena uppkommer det dessutom frånvarokostnader för de anställda som deltar i utbildning. Längden på och sättet hur utbildningen i olika metoder ordnas (närvaro- eller webbutbildning) påverkar hur mycket en anställd måste vara frånvarande från arbetet. Om man antar att en anställd i genomsnitt är frånvarande från klient- eller patientarbetet på grund av

³⁹ I kostnadsberäkningen ingick till exempel övergripande samordning av de psykosociala metoderna, utbildning (inkl. repetitionskurser, metodhandledning och workshoppar), stöd och förankring vid ibruktagande (implementering), upprätthållande av ett expertregister, identifiering av kompetensbrist och tilläggsutbildning.

utbildning i två dagar och det genomsnittliga enhetskostnaden för en arbetstimme är 45 euro blir vikariekostnaderna 0,4 miljoner euro. De baserar sig på antagandet att det behövs cirka 4 000 anställda och 670 årsverken för att genomföra metoderna, och att man årligen måste utbilda 15 procent av det antal som behövs på grund av personalomsättning. Antalet årsverken har beräknats enligt den arbetstid som krävs för de metoder som utgör grunden för beräkningarna (till exempel Cool Kids 11 besök, antagande om arbetstiden totalt 22 timmar). Därav har man härlett antalet anställda genom att multiplicera detta med sex, dvs. med antagande om att de anställda som utför dessa interventioner i genomsnitt använder en sjättedel av sin arbetstid åt dessa.

Tabell 2. Sammanfattning av kostnadsuppskattning

Kostnaderna för hela året på 2025 års nivå (lagen träder i kraft 1.5.2025)		
Miljoner euro	Välfärdsområdenas kostnader	SHVS kostnader Finansiering: 77 % staten och 23 % studerande (ingen ändring till det nuvarande)
Interventioner under 12 år	10,4	
Interventioner 13–18 år	12,3	
Interventioner 19–22 år	5,6	2,4 (varav statlig finansiering 1,8 och studerandes avgifter 0,6)
Upprätthållande av kompetensen	4,5	
Frånvaro under utbildning	0,4	
Totalt	33,2 (8 månader = 22,2)	2,4 (8 månader = 1,6)
Statlig finansiering totalt	33,2 (8 månader = 22,2)	1,8 (8 månader = 1,2)

I propositionen föreslås lagarna träda i kraft den 1 maj 2025, varvid välfärdsområdenas kostnader år 2025 uppgår till sammanlagt 22,2 miljoner euro och SHVS kostnader till 1,6 miljoner euro, varav statens finansieringsandel är cirka 1,2 miljoner euro. Statens finansieringsandel är då sammanlagt 23,4 miljoner euro.

Kostnader för informationssystem

Välfärdsområdena och SHVS ska ha funktioner för uppföljning av garantin i samband med klient- och patientdatasystemen. Inom hälso- och sjukvården (inkl. SHVS) finns dessa funktioner redan, eftersom vårdgarantin och den tillhörande lagstadgade uppföljningsplikten har varit i kraft redan tidigare. Resultatkoder för bedömningen av vårdbehovet i enlighet med den föreslagna lagstiftningen bör fastställas i hälso- och sjukvårdens patientdatasystem. Det är svårt att uppskatta kostnaderna som orsakas av organisationerna. På nationell nivå är målet att genomföra ändringarna som en helhet tillsammans med beredningen av de ändringar som föreslås i 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen i fråga om maximitider för att få vård.

När det gäller socialvården kan maximitiderna för garantins förverkligande följas upp genom att följa upp tiderna för verkställandet av beslutet om service inom mentalvårdsarbetet. Via socialvårdens uppföljningsregister ska uppgifterna i framtiden fås från THL:s hyte-sote-informationsresurs. Uppföljningen av tidsfristen kan göras med hjälp av datumen i bedömningsdokumentet, beslutet om tjänsten och anteckningen om tjänstens början i klienthandlingarna. Enligt en preliminär bedömning förutsätter detta inte att några nya informationssystem genomförs i välfärdsområdena. För genomförande av en noggrannare metodspecifik uppföljning krävs det att åtgärds-koder tas i bruk. Ändringar behövs i socialvårdens klientdatasystem i fråga om de åtgärds-koder som beskriver mentalvårdstjänsterna. Dessa åtgärder kan genomföras som en del av en mer omfattande förstärkning av socialvårdens kunskapsbas.

Enligt THL kommer användningen av de psykosociala metoder som omfattas av garantin sannolikt att vara ganska liten inom socialvården i inledningsskedet och bedömer därför att det inte lönar sig att planera och genomföra ändringar i informationssystemen innan det finns erfarenheter av användningen av system med strukturell lagring i Kanta-tjänsterna. När det gäller ändringar relaterade till registrering behövs det en personalresurs för att styra ändringen. Behovet av att rekrytera mer personal beskrivs ovan i avsnittet Beräkning av kostnader.

Kostnader för lokaler

Reformen enligt förslaget har inga betydande konsekvenser för lokalerna, eftersom interventionerna genomförs inom de nuvarande tjänsterna.

THL:s och tillsynsmyndigheternas kostnader

Uppföljningen av genomförandet av garantin avser delvis gälla motsvarande uppföljning och tillsyn av genomförandet av tidsfristerna som för att få vård inom primärvården, och detta avses även gälla tjänsterna på basnivå inom socialvården. Välfärdsområdet och SHVS ska månadsvis i det allmänna datanätet publicera nyckeltal om hur iakttagandet av de maximitider som föreskrivs i 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen eller 10 a § 4 mom. i lagen om studerandehälsovård förverkligades. THL tar fram nyckeltal på grundval av de uppgifter som det erhållit.

Regionförvaltningsverket ska årligen enligt den gällande 27 § i hälso- och sjukvårdslagen och 25 § i socialvårdslagen ordna regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvårdsarbetet och mentalvården för barn och unga inom socialvården. Uppföljningen av den föreslagna lagstiftningen avses anknyta till denna regionförvaltningsverkens lagstadgade uppgift, eftersom mentalvårdsarbetet i fråga om barn och unga ska granskas som en helhet. Välfärdsområdenas och SHVS egenkontroll är prioriterad, och till exempel anmärkningar och klagomål riktas i första hand till dem, men åtminstone tillfälligt kan den nya lagstiftningen orsaka merarbete även för regionförvaltningsverken och

Valvira. Valvira och regionförvaltningsverken fastställer årligen prioriteringarna för övervakningsobjekten. År 2024 framhävs i verksamheten bland annat tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården, tjänster för barnfamiljer samt grundläggande psykisk hälsa och tillsyn över ordnandet av missbruks- och beroendetjänster. Genom bra nationell styrning och utbildning som ges i genomförandeskedet av lagstiftningen kan behovet av efterhandsövervakning minskas. Konsekvenserna för tillsynsmyndigheterna bedöms även i delen som gäller konsekvenser för myndigheter.

Kostnader för hälso- och sjukvården för fångar och mottagningstjänsterna

Psykosociala interventioner enligt förslaget som ingår i mentalvården inom primärvården hör också till hälso- och sjukvården för unga fångar. Genomförandet av den föreslagna lagstiftningen kan således medföra kostnader för THL:s enhet för hälso- och sjukvård för fångar. Antalsmässigt är de unga fångarna få, och en stor del av dem är endast en kort tid i fängelse, varför maximitiden på en månad för genomförande av stöd eller vård inte nödvändigtvis hinner uppfyllas. Således kan även merparten av de unga som har fått en fängelsedom få den psykosociala intervention de behöver av välfärdsområdet. Det är vanligt med psykiska störningar hos fångar, men situationen är i princip komplicerad för en ung person i fängelse och därför skulle det vara fråga om behov av annan vård eller annat stöd än korttidsinterventioner inom tjänster på basnivå, som den föreslagna lagstiftningen gäller. Av denna anledning bedöms tilläggskostnaderna förbli små inom hälso- och sjukvården för fångar.

Även inom mottagningstjänsterna finns det barn och unga under 23 år. I mottagningssystemet fanns det totalt 35 506 klienter vid utgången av december 2023, varav 79 procent var ukrainska medborgare, och ungefär en fjärdedel av dem var barn. En del av barnen har kommit till Finland utan vårdnadshavare, antingen ensam eller med en närstående. Mottagningstjänsterna ordnas av den förläggning där den som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd registreras som kund. Staten ersätter de kostnader som orsakas av mottagningstjänsterna inom ramen för sin budget. Mottagningstjänsterna omfattar även nödvändiga social- och hälsovårdstjänster.

I enlighet med 26 § 2 mom. i mottagningslagen ska personer som får tillfälligt skydd eller barn som söker internationellt skydd samt offer för människohandel som är barn och inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland få hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland. De barn som omfattas av mottagningstjänsterna får vid behov stöd även av elev- och studerandevårdstjänsterna på samma grunder som andra barn och unga. För barnfamiljernas del ordnar flyktingförläggningarna sociala tjänster som stöder föräldraskapet inom socialservicen. Vid behov hänvisas klienten till hälso- och sjukvårdstjänster utanför förläggningen och till mentalvården. Hänsyn ska även tas till 56 § i lagen om ordnande av hälso- och sjukvård i vissa fall och till 56 a § i lagen om ordnande av hälso- och sjukvård i fråga om vissa personer som vistas i välfärdsområdet i bedömningen av rätten till nödvändiga social- och hälsovårdstjänster.

Migrationsverket har utvecklat mentalvårdsarbetet inom mottagningssystemet, och personalen har fått lära sig metoder som stöder barn, unga och familjer. Dessa metoder har även utvecklats för att bättre motsvara behoven inom mottagningstjänsterna. I huvudsak kan barns, ungas och familjers behov tillgodoses genom att fortsätta detta arbete. En del tilläggskostnader kan dock uppkomma av att helheten av psykosociala metoder utvidgas.

4.2.1.2 Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning

Förslagen har inga effekter på de klientavgifter inom social- och hälsovården som välfärdsområdet uppbär. Enligt förslaget är välfärdsområdets social- och hälsovårdstjänster som omfattas av garantin avgiftsfria för klienten. Interventioner avses även ingå i välfärdsområdets tjänster som är avgiftsfria redan sedan tidigare.

Förslaget bedöms ha en ringa inverkan på hälsovårdsavgiften av skattenatur som tas ut av yrkeshögskole- och universitetsstuderande, om hälsovårdsavgiften höjs i och med den föreslagna lagstiftningen. Högskolestuderande betalar terminsvis en hälsovårdsavgift för studerandehälsovården till Folkpensionsanstalten. Med dessa avgifter täcks 23 procent av den nationella finansieringsandelen för högskolestuderandenas studerandehälsovård. År 2024 omfattas uppskattningsvis 290 000 högskolestuderande av SHVS tjänster. Av den tilläggskostnad på 2,4 miljoner euro som förslaget medför för högskolestuderandes studerandehälsovård ska de studerande betala 0,6 miljoner euro år 2026. Detta innebär uppskattningsvis en årlig ökning på 2,40 euro, dvs. 1,20 euro per termin, för de studerande. Konsekvensen bedöms således vara liten. Högskolestuderandes hälsovårdsavgift grundar sig för sin del på uppskattningar av antalet studerande. Om antalet studerande utvecklas stigande som under de föregående åren är inverkan på hälsovårdsavgiften sannolikt mindre än vad som bedömts ovan. Inga ändringar föreslås i fördelningen av SHVS finansiering mellan studerande och staten.

Reformen inverkar positivt på hushållens ekonomiska ställning framför allt på längre sikt, då ett tidigt stöd i rätt tid inom mentalvårdstjänsterna på basnivå stöder barns, ungas och familjers välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och delaktighet, som i sin tur främjar exempelvis studieframgången samt övergången till arbetslivet.

En förbättrad tillgång på psykosociala interventioner inom tjänster på basnivå för barn och unga kan dessutom på lång sikt minska behovet av FPA:s rehabiliterande psykoterapier och således medföra besparingar för hushållen genom självriskandelarna för dessa.

4.2.1.3 Konsekvenser för företagen

Med undantag för korttidspsykoterapi som ges unga vuxna köps för närvarande sådana interventioner som avses i propositionen knappt alls från privata tjänsteproducenter. Däremot skaffas korttidspsykoterapi i huvudsak som köpta tjänster eller med servicesedel av företag eller självständiga yrkesutövare eftersom korttidspsykoterapi för närvarande produceras i mycket liten utsträckning av välfärdsområdena själva.

Det finns ett tryck på användningen av köpta tjänster då det enligt förslaget föreskrivs en tidsfrist för de interventioner som avses i propositionen. Den framtida utvecklingen av köpta tjänster beror på välfärdsområdenas beslut, men sannolikt skaffas köpta tjänster på samma sätt som för närvarande, det vill säga att köpta tjänster i huvudsak används vid korttidspsykoterapi. I bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna uppskattades antalet klienter inom korttidspsykoterapi till cirka 2 300 och kostnaden till 6,1 miljoner euro per år.

På detta inverkar bland annat att man genom projektfinansiering i huvudsak har utbildat anställda hos offentliga tjänsteproducenter till experter på korttidsinterventioner och att det inom den privata sektorn förutom korttidspsykoterapi åtminstone inte ännu finns något stort utbud. Om välfärdsområdena utbildar vidare sina anställda till experter inom de metoder som anges i propositionen, minskar det på trycket på behovet av köpta tjänster. I framtiden kanske också privata tjänsteproducenter utbildar sina anställda i användningen av korttidsinterventioner

eller korttidspsykoterapi, om till exempel företag som erbjuder företagshälsovård vill utöka sina tjänster med stöd för psykisk hälsa. Då kanske dessa företag börja erbjuda sina tjänster också när det gäller sådana tjänster som avses i propositionen, som välfärdsområdena kan köpa. En ökning av korttidspsykoterapi som köpt tjänst begränsas av bristen av psykoterapeuter. Det råder brist på psykoterapeuter både inom den offentliga och den privata sektorn och både på basnivå och inom den specialiserade sjukvården. På behovet av korttidspsykoterapi och därigenom också på utvecklingen av de köpta tjänsterna inverkar också på vilket sätt välfärdsområdena betonar olika metoder, det vill säga om utbudet på lättare korttidsinterventioner och på andra mentalvårdstjänster på basnivå utökas.

En del av de psykosociala behandlingarna för 18–22-åringar ges av SHVS inom högskolestuderandenas studerandehälsovård. Även SHVS köper en del av tjänsterna av privata tjänsteproducenter, men det finns inte uppgifter om hur stor del av SHVS totalkostnader på 2,4 miljoner euro (för metoder som avses i propositionen) som skulle användas för köpta tjänster.

I och med att de psykosociala metoderna utvecklas kan det även uppstå varumärkesskyddade interventioner eller utbildningstjänster som endast kan genomföras som köpta tjänster. Även utvidgningen av dem beror på vilka metoder som tas i bruk i välfärdsområdena eller om de köper utbildningstjänster.

4.2.1.4 Konsekvenser för nationalekonomin

Kostnaderna som psykiska problem orsakar för nationalekonomin är betydande framför allt i fråga om kostnaderna som anknyter till arbetsoförmåga. Insjuknande i psykiska störningar sker typiskt under barndomen och ungdomen, och sjukdomen kan försämra utbildnings- och sysselsättningsmöjligheterna. Detta märks som stora indirekta kostnader för psykiska störningar. Enligt OECD är de direkta och indirekta mentalvårdskostnaderna i Finland bland de största inom OECD-länderna.⁴⁰ Av dem som fått sjukhusvård som unga på grund av affektiva störningar är mindre än hälften i arbete efter 25 års ålder.⁴¹ Enligt WHO överskrider fördelarna med en utvidgning av mentalvårdens omfattning dess kostnader 2,3–3-falt om man enbart räknar den ekonomiska nyttan, och 3,3–5,7-falt om man även beaktar värdet av en förbättrad hälsa.⁴² Således kan man anta att förebyggande av psykiska störningar hos framför allt barn och unga och en stärkt tillgång till vård på lång sikt minskar såväl de direkta som de indirekta kostnaderna. Det att psykiska problem som börjar i barndomen fortsätter som en negativ spiral orsakar de allra största kostnaderna på grund av marginalisering.

I ett projekt inom statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet bedömdes det att sjukdagpenningperioder som anknyter till psykiska störningar minskar bruttonationalprodukten med 0,3–0,4 procent i Finland. Om övergången till invalidpension eller sjukpension på grund av psykiska orsaker minskar med 10–15 procent, ökar bruttonationalprodukten med 0,3–0,5 procent. Slutsatsen av undersökningen var att genom att investera i främjande av psykisk hälsa och mentalvårdstjänster är det möjligt att avsevärt minska de indirekta kostnaderna.⁴³ På grund av olika tjänste- och kostnadsstrukturer i olika länder kan uppskattningen av storleken på besparingarna ändå inte tillämpas som sådan på Finland.⁴⁴

⁴⁰ Health at a glance: Europe 2018

⁴¹ Hakulinen m.fl. 2019.

⁴² Chisholm m.fl. 2016

⁴³ Wahlbeck m.fl. 2017

⁴⁴ Knapp m.fl. 2011

4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna

4.2.2.1 Nationella konsekvenser

Nationella konsekvenser för myndigheterna anknyter till styrningen av tjänsteorganiseringen, ändringar i tjänsteinnehållet samt frågor som gäller lagstiftningsprinciper.

Genom den föreslagna lagstiftningen avses maximitiden för att få vård och service fastställas för en viss mentalvårdsform och för service inom socialvårdens mentalvårdsarbete. Ur lagtolkningssynvinkel är det utmanande att reglera om en separat maximitid på ett sätt som avviker från den övriga lagstiftningen och kan öka behovet av nationell styrning. Helheten som ska genomföras i ett flertal av social- och hälsovårdens olika tjänsteuppgifter kan visa sig vara utmanande, och utmaningarna ökas av att kunskapsbasen för socialvårdens innehållsstyrning och aktörsstrukturerna, särskilt i fråga om de psykosociala metoderna, är bristfälliga i jämförelse med hälso- och sjukvården. Frågor som gäller arbetsfördelningen mellan den förebyggande hälsovården och sjukvården i genomförandet av lagstiftningen kan också öka behovet av styrning. I informations- och innehållsstyrningen innehåller tillsynsmyndighetsuppgifter inom social- och hälsovården av social- och hälsovårdsministeriet, THL samt regionförvaltningsverken och Valvira.

Regeringsprogrammet innehåller åtgärder för att stärka den nationella styrningen i fråga om de metoder som tas i bruk. I enlighet med regeringsprogrammet ska det föreskrivas om principerna för vilka tjänster och metoder som ska ingå i den offentliga social- och hälsovårdens tjänsteutbud i syfte att främja verkningsfulla och jämlika tjänster. Dessutom utreds möjligheten att föreskriva om en nationell aktör som har behörighet att på ett bindande sätt fastställa vilka metoder och tjänster som ska eller inte ska ingå i tjänsteutbudet. Dessa åtgärder går dock vidare till praktiken först senare, varför genomförandet av den föreslagna lagstiftningen ska styras och stödas genom både nationella och regionala lösningar. För att stödja nationell jämlikhet kommer social- och hälsovårdsministeriet att genomföra nationell handledning som stöd för genomförandet av lagstiftningen till exempel i form av stödmaterial i anslutning till tillämpningen av lagen. Dessutom utreder man under 2024 om det är möjligt att utarbeta en nationell rekommendation om psykosociala metoder för barn och unga som stöd för de beslut som tas inom samarbetsområdena. Behovet av andra kompletterande åtgärder kommer också att bedömas.

Den föreslagna lagstiftningen innebär olika maximitider i hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen när det gäller tillgången till behandlingar och tjänster som omfattas av garantin jämfört med tillgången till andra behandlingar. I hälso- och sjukvårdslagen uppstår det även olika reglering för att få vård på grund av psykiska och fysiska hälsoproblem. Det är fråga om en exceptionell lösning i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, och det är möjligt att liknande lagförslag kommer att krävas och genomföras i fortsättningen även för andra behandlingar och sjukdomsgrupper. I socialvårdslagstiftningen ingår bestämmelser om tidsfrister för bedömning av servicebehovet i fråga om vissa klientgrupper, men en separat tidsfrist för verkställande av ett servicebeslut är ny som princip. Den nya typen av reglering medför behov av att inom den nationella servicereformen bedöma de allmänna riktlinjerna inom lagstiftningen om socialvårdstjänster.

Mentalvårdsarbetet inom socialvården har inte ett till alla delar etablerat innehåll, och läget varierar vad gäller hur tjänsterna ordnas regionalt. En positiv konsekvens av den föreslagna lagstiftningen är att innehållet i mentalvårdsarbetet inom socialvården fastställs bättre i fråga om barn, unga och familjer och blir mer enhetligt i välfärdsområdena. Samtidigt harmoniseras och stärks även statistikbasen och den övriga kunskapsbasen i fråga om dessa.

4.2.2.2 Konsekvenser för välfärdsområdena

När de psykosociala metoderna tas i bruk i regionerna är det väsentligt med noggrann förberedelse, högklassig utbildning och användningsstyrning, välfungerande ledarskap och ett långsiktigt stöd.⁴⁵ Denna helhet ska planeras enligt den föreslagna lagstiftningen både på välfärdsområdesnivå och samarbetsområdesnivå. Den föreslagna lagstiftningens konsekvenser för myndigheterna i välfärdsområdet gäller centralt arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården, inom primärvården samt mellan primärvården och den specialiserade sjukvården.

Val av psykosociala metoder och samordning av helheten

Den föreslagna lagstiftningen har konsekvenser för välfärdsområdenas samarbetsavtal, som nu har upprättats för första gången under 2024. Samarbetsavtalet ska vid behov ändras i enlighet med 37 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Ändringen kan basera sig på ett eller flera välfärdsområdens förslag eller på social- och hälsovårdsministeriets initiativ. I och med godkännandet av den föreslagna lagstiftningen preciseras således innehållet i de fem samarbetsområdenas samarbetsavtal i fråga om 2 a § i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområdena. I denna process ska man säkerställa att de avtal som ingåtts tryggar genomförandet av lagstiftningen och säkerställer kompetensen inom och en högklassig tillämpning av psykosociala metoder inom området.

På samarbetsavtalsnivå är praxis för samarbetet ännu ostrukturerat och det är även möjligt med motsättningar om välfärdsområdena och universitetssjukhusen inte hittar en gemensam standpunkt till exempel angående de psykosociala metoder som ska tas i bruk och som enligt förslaget ska avtalas i samarbetsavtalet. Motsättningarna kan leda till ojämlikheter mellan välfärdsområdena när det gäller tillgången till vård och stöd, och de ekonomiska fördelar som uppstår när områden samarbetar uppnås inte. Det är även möjligt att interventionerna inte blir högklassiga utan en tillräcklig satsning på metodutbildning och -handledning, och därför inte ger välfärdsområdena några fördelar i fråga om vårdens och stödets effektivitet. I samråden i anslutning till beredningen av regeringspropositionen var välfärdsområdena i huvudsak överens om att valet av metoder och upprätthållandet av kompetensen bör genomföras av samarbetsområdet. Välfärdsområdena framförde att valet av metoder som omfattas av garantin på samarbetsavtalsnivå ska göras genom dialog mellan de olika parterna, så att även de lokala särdragen och behoven beaktas. Samtidigt ansågs även den nationella styrningen vara viktig.

I genomförandet av den föreslagna lagstiftningen ska aktörerna inom social- och hälsovården stärka och samordna sitt inbördes samarbete även i välfärdsområdets interna verksamhet. I välfärdsområdets social- och hälsovård ska man fastställa de tjänster och verksamhetsenheter vars personal utför interventioner som omfattas av garantin och planera hur samarbetet och arbetsfördelningen genomförs inom hälso- och sjukvården och mellan social- och hälsovården. Detta är nödvändigt för att kunna säkerställa en samordnad helhet, smidiga tjänstekedjor samt vårdens och stödets kontinuitet. Det har konstaterats att det finns betydande utmaningar i samarbetet mellan social- och hälsovården, och helheten av tjänster är splittrad. Detta kan även synas i genomförandet av den föreslagna lagstiftningen. Samtidigt utgör den föreslagna lagstiftningen ett konkret krav på att stärka samarbetet mellan social- och hälsovården. Att bygga upp en fungerande helhet för att stödja och vårda den psykiska hälsan effektiviserar välfärdsområdenas verksamhet och stärker det klientorienterade servicesystemet.

⁴⁵ [Isokuortti 2023](#)

Det har funnits stora brister och regionala variationer i tillgången till mentalvård inom primärvården framför allt för barn, men också för unga. Om detta serviceunderskott inte avhjälpas i genomförandet av den föreslagna lagstiftningen kan det synas som en belastning på den förebyggande hälsovården, den specialiserade sjukvården och socialvården. Samtidigt kan en framgångsrik förbättring av tillgången på psykosociala behandlingar för barn och unga inom primärvården på lång sikt minska belastningen både på socialvården och den förebyggande hälsovården, om barn, unga och familjer har bättre tillgång till högklassig hjälp av den öppna sjukvården inom primärvården än hittills.

Om behovet av psykiatrisk specialiserad sjukvård minskar då tillgången på vård och stöd på basnivå blir bättre har det positiva effekter på situationen inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga. Den föreslagna lagstiftningen kan dock inte allena avhjälpa barns och ungas ökade psykiska belastning, varför välfärdsområdena ska fortsätta utvecklingen och stärkandet av mentalvårdsarbetet som helhet samt samarbetet med kommunerna och organisationerna.

Personalens kompetens och rekrytering

Den föreslagna lagstiftningen har konsekvenser för utvecklingen av personalens kompetens och rekryteringen. Genomförandet av lagstiftningen förutsätter att kompetensen hos de yrkesutbildade personerna inom socialvården och hälso- och sjukvården stärks i fråga om de metoder som omfattas av garantin. De viktigaste yrkesgrupperna är åtminstone sjukskötare, hälsovårdare, socionomer, kuratorer inom elev- och studerandevården, socialarbetare och psykologer.

På många områden har i synnerhet kuratorerna inom elev- och studerandevården utbildats till experter på psykosociala metoder med hjälp av finansiering av statsunderstödda projekt. Inom elev- och studerandevården har det konstaterats att utbildning i psykosociala metoder ökar erfarenheten av hur man kan hjälpa i mentalvårdsfrågor.⁴⁶ Genom ibruktagande av metoderna kan man således stärka de anställdas arbetshälsa och engagemang i arbetet. Samtidigt kan ibruktagandet av metoderna även orsaka belastning för personalen. Därför bör välfärdsområdena genomföra ibruktagandet av metoderna stegvis samtidigt som processen kontinuerligt utvärderas.⁴⁷

Den föreslagna lagstiftningen förutsätter även att välfärdsområdena satsar på att stärka kompetensen hos läkarna inom primärvården. Inom välfärdsområdena bör det bland annat avtalas om konsultationspraxis med den specialiserade sjukvården. Även samordningen av det multiprofessionella arbetet inom primärvården ska stärkas.

Den föreslagna lagstiftningen skapar även ett behov av att anställa mer personal i en situation där personalrekryteringen är utmanande. Situationen har lättat något i och med välfärdsområdenas organiseringsansvar, eftersom planering på välfärdsområdesnivå har gjort det möjligt att hitta lösningar som stöder personalens tillräcklighet. Tillgången på personal varierar mellan regioner och yrkesgrupper. Utmaningarna är särskilt stora när det gäller rekrytering av sjukskötare, läkare och socialarbetare.⁴⁸

⁴⁶ [Kohti yhteistä työtä hyvinvointialueilla \(julkari.fi\)](https://www.kho.fi/julkaisut/kohti-yhteista-tyota-hyvinvointialueilla)

⁴⁷ Isokuortti 2023

⁴⁸ STM 2024:1

Behovet av att anställa mer personal gäller i fråga om socialvården serviceuppgifterna inom tjänster för barnfamiljer och personer i arbetsför ålder. Arbetskraftsbristen inom socialvården gäller framför allt dygnet-runt-vården och socialarbetarna. Arbetskraftssituationen för socionomer och kuratorer inom elev- och studerandevården är betydligt bättre. Rekryteringen av mer personal underlättas också av att det är lättare att rekrytera socialarbetare till exempel för uppgifter inom tidigt stöd för familjer jämfört med till barnskyddets socialarbete. När det gäller hälso- och sjukvården håller det på att bli lättare att rekrytera arbetskraft. Baserat på uppgifter från arbets- och näringsministeriet och arbetsgivare finns det tydliga tecken på att arbetskraftsbristen minskar, särskilt vad gäller sjukskötare.

Det är en gemensam uppgift för social- och hälsovården att förebygga psykiska störningar hos barn och unga och stärka deras psykiska hälsa. I den föreslagna lagstiftningen har man strävat efter att beakta att olika yrkesgrupper kan utnyttjas i så bred utsträckning som möjligt både inom socialvården och hälso- och sjukvården. Detta skulle för sin del bidra till att rekryteringen av mer personal lyckas. I samråden i anslutning till beredningen av regeringens proposition var välfärdsområdenas enhetliga ståndpunkt att det är viktigt att särskilt kuratorerna inom elev- och studerandevården och personalen inom uppfostrings- och familjerådgivningen och därmed även socialvården deltar i genomförandet av garantin, eftersom denna personal redan har utbildats i användningen av psykosociala arbetsmetoder.

I fråga om genomförandet av lagstiftningen ska välfärdsområdena vidta åtgärder för att stärka både förmågan att hålla kvar personal och sådana attraktionsfaktorer som stöder rekrytering av ny personal. I början av 2024 beviljade social- och hälsovårdsministeriet över 800 000 euro i statsunderstöd till välfärdsområdena för pilotprojekt med att förnya arbetsfördelningen för personalen inom social- och hälsovården samt för verksamhet som stöder arbetsförmågan. Inom programmet för ett gott arbete vidtar social- och hälsovårdsministeriet även andra åtgärder som kan bedömas stödja välfärdsområdena i genomförandet av den föreslagna lagstiftningen.

I enlighet med åtgärdsplanen⁴⁹ för programmet för ett gott arbete kommer bland annat studieplatserna att ökas på båda nationella språken, särskilt inom de branscher och områden som har störst brist på arbetskraft. Dessutom förbättras tillgången till psykoterapeuter genom att man utvecklar utbildningen för yrkespersoner inom området psykisk hälsa, så att den gör det möjligt att förskjuta tyngdpunkten i vården till lågtröskeltjänster på basnivå som ges i ett tidigt skede. I programmet för ett gott arbete stärks också tillgången till psykoterapitjänster genom att psykoterapeututbildningen förnyas och blir en tvåstegsutbildning där det första steget av utbildningen föreskrivs som avgiftsfri, och utbildningen för tidigt stöd för psykisk hälsa utvecklas så att den blir en del av utbildningen även för andra yrkesgrupper. I programmet för ett gott arbete minskar man också mängden skriftligt arbete som krävs av den yrkesutbildade personalen i enlighet med regeringsprogrammet och ökar möjligheterna att använda arbetstiden till klientarbete. Dessutom förtydligas arbetsfördelningen för personalen inom social- och hälsovården och behörighetsvillkoren granskas.

De interventioner som omfattas av propositionen kan ges flexibelt inom olika tjänster och av olika yrkesutbildade personer. Det här gör det möjligt för välfärdsområdena att för utbildning och tillhandahållare av metoder välja anställda inom de tjänster och representanter för de yrkesgrupper som det finns bättre tillgång av i området. Utöver detta, även om det till exempel är allmän brist på sjuksköterskor och socialarbetare, så är tillgången på dessa bättre inom tjänster för tidigt stöd för barn och unga än inom andra tjänster.

⁴⁹ STM 2024:11

Det varierar enligt yrke och tjänst om de psykosociala interventioner som omfattas av garantin ersätter vård och stöd som tidigare getts åt barn och unga på annat sätt eller om det kommer att behövas ytterligare personal. Såsom konstateras i kapitlet om konsekvenser för sysselsättningen behövs det uppskattningsvis en arbetsinsats på cirka 670 årsverken för att genomföra de interventioner som omfattas av garantin. Om man antar att de anställda som genomför interventionerna använder i genomsnitt en sjättedel av sin arbetstid till dessa behövs det cirka 4 000 anställda med kunskaper i de metoder som omfattas av garantin. Den arbetsinsats som interventionerna innebär kräver således en ökad arbetsinsats på cirka fem procent av arbetstagarna inom sektorerna allmänpraktiserande läkarverksamhet (86210) och andra öppna sociala instanser som inte klassificerats på annat håll (88999). Talet är riktgivande, eftersom exakt antal anställda i de tjänster och yrken där interventioner som omfattas av garantin utförs inte kan specificeras genom personalstatistiken. På basis av talet kan man dock bedöma att genomförandet av propositionen inte kräver en betydande ökning av personal och således äventyrar tillgången till personal sannolikt inte genomförandet av reformen.

Det administrativa arbetet

Den föreslagna lagstiftningen kan i viss mån öka välfärdsområdenas administrativa arbetsuppgifter, om beslutsfattandet inom socialvården ökar vad gäller det psykosociala stöd för barn och unga som genomförs som service inom mentalvårdsarbetet. Det är känt att servicebeslut enligt 45 § i socialvårdslagen inte nödvändigtvis fattas inom elev- och studerandevårdens kuratorstjänster och inom uppfostrings- och familjerådgivningsverksamheten i alla välfärdsområden i nuläget.⁵⁰ Den föreslagna nya regleringen avses för sin del medföra ändringar i denna praxis, om kuratorerna inom elev- och studerandevården eller personalen inom uppfostrings- och familjerådgivningen deltar i utförandet av interventioner som omfattas av garantin. Det är ändå inte fråga om en ny lagstadgad skyldighet för socialvården.

Den föreslagna lagstiftningen medför att välfärdsområdena behöver följa upp tillgången på interventioner som omfattas av garantin och genomförandet av maximitiderna med avseende på genomförandet av åtgärdskoderna och servicebesluten. Utvecklingen av dessa processer förutsätter ledning av praxis som gäller dokumentation av klientarbete, personalutbildning och utveckling av informationshantering i välfärdsområdena. Åtgärdskoderna för evidensbaserade psykosociala metoder inom hälso- och sjukvården användes redan i slutet av 2023 av de flesta välfärdsområdena och SHVS. THL har också fastställt åtgärds-koder för de psykosociala metoder som används inom socialvårdens service, och de kan tas i bruk 2025. Det finns dock fortfarande skillnader mellan enskilda yrkesutbildade personer och organisationer i fråga om hur regelmässigt åtgärdskoderna används.

4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser för människor

4.2.3.1 Konsekvenser för de grundläggande och mänskliga rättigheterna

Regleringen av serviceutbudet inom vården av och stödet för psykisk hälsa har betydelse med avseende på de grundläggande fri- och rättigheterna. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa är nödvändig även med avseende på tillgodoseendet av barnets alla andra rättigheter. Enligt grundlagsutskottet (GrUU 30/2013 rd) kan man när tjänsternas tillräcklighet bedöms som utgångspunkt använda

⁵⁰ <https://www.julkari.fi/handle/10024/144565>

en sådan nivå på tjänsterna som skapar förutsättningar för var och en att verka som en fullvärdig medlem i samhället (RP 309/1993 rd, s. 71 och GrUU 36/2012 rd, s. 2/II).

De föreslagna ändringarna har positiva effekter i synnerhet på det allmännas ansvar enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster och stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Det har konstaterats betydande brister och regionala variationer i tillgången på mentalvård och mentalvårdstjänster på basnivå för barn och unga. Den föreslagna lagstiftningen avses avhjälpa denna situation och främja tillgodoseendet av barns och ungas grundläggande och mänskliga rättigheter och jämlikhet i relation till den övriga befolkningen.

Kommittén för barnets rättigheter har i sin allmänna kommentar nr 15 (artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter) uppmanat staterna att tillämpa ett synsätt som utgår från psykosocialt stöd för att möta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, och att investera i primärvårdsmetoder som underlättar tidig upptäckt och behandling av barns psykosociala, emotionella och psykiska problem. Förslaget kan anses bemöta dessa ställningstaganden. De konsekvenser som särskilt gäller åldersgruppen som omfattas av garantin beskrivs närmare i stycket om barn och unga.

I social- och hälsovården som en större helhet kan det förekomma konsekvenser förutom för dem som ingår i åldersgruppen som omfattas av den föreslagna lagstiftningen även indirekt för den övriga befolkningen. Trots att konsekvenserna av den föreslagna lagstiftningen är positiva för den åldersgrupp som omfattas av lagstiftningen, försätter den unga vuxna i viss mån i olika ställning sinsemellan. Vid samrådsmötena förde framför allt studerandeorganisationerna fram att en betydande del av de studerande inte omfattas av den föreslagna lagstiftningen, trots att det är mycket vanligt med psykiska problem bland studerande.⁵¹ I enlighet med förslaget har unga under 23 år rätt att snabbare få mentalvård och mentalvårdstjänster inom primärvården än de som är över 23 år när det gäller vissa behandlingar. Enligt förslaget ska lagstiftningen om tillgång till icke-brådskande vård som gäller hela befolkningen tillämpas på mentalvård för personer över 23 år, och denna reglering gäller i första hand säkerställande av den första vårdhändelsen. I det nuvarande ekonomiska läget inom statsfinanserna och med tanke på spartrycket är det mycket möjligt att resurser för mentalvårdstjänster inom primärvården för personer över 23 år inte kommer att finnas i samma utsträckning, utan att de som fyllt 23 år erbjuds ett snävare utbud av vård och mer digitala former av mentalvård. Företagshälsovården har möjlighet att för dem som fyllt 23 år och som omfattas av deras tjänster utveckla tjänster med låg tröskel som stöder den psykiska hälsan i ett tidigt skede, men de som står utanför arbetslivet omfattas inte av dessa tjänster. Samtidigt finns det skillnader i vilken omfattning olika aktörer som tillhandahåller företagshälsovårdstjänster erbjuder mentalvårdstjänster.

De ovan angivna skillnaderna i regleringen om tillgång till vård påverkar dock inte jämlikheten nämnvärt. Under ramförhandlingarna 15–16.4.2024 fattade regeringen beslut om att återställa regleringen av tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården till 2022 års nivå. I utkastet till regeringsproposition som var ute på remiss sommaren 2024 föreslås det att den maximala väntetiden på 14 dagar för vård i den icke-brådskande öppna vården inom primärvården avskaffas för personer som fyllt 23 år och att den tidigare maximala väntetiden på tre månader återställs (SHM042:00/2024). I fråga om barn och unga under 23 år kvarstår nuläget för icke-brådskande primärvård i sin helhet. I samtliga fall bör behandlingen dock ske inom rimlig tid.

⁵¹ [KOTT 2021](#)

Konsekvenserna av detta förslag om tillgång till vård för hela befolkningen på tillgodoseendet av de grundläggande och mänskliga rättigheterna bedöms inte i denna regeringsproposition.

Den gällande lagstiftningen garanterar redan i sin nuvarande form att även den första vårdhändelsen inom mentalvården ska ordnas inom 14 dygn och när det gäller andra tjänster inom icke-brådskande vård inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten. De centrala och långvariga bristerna i servicesystemet har i synnerhet berört helheten av mentalvård för minderåriga, varför positiv särbehandling av barn och unga under 23 år är godtagbart även ur jämlikhetsperspektiv. De satsningar som föreslås angående tillgången till psykosociala metoder i tidigare åldersskeden samt maximitiden på en månad i fråga om de interventioner som omfattas av garantin kan även minska senare behov av vård och stöd som framträder i vuxen ålder. Således märks fördelarna med snabbare vård och stöd även senare i vuxenåldern.

I enlighet med regeringsprogrammet vidtas även andra åtgärder som bedöms ge positiva effekter för tillgången på och jämlikheten av mentalvården för hela den vuxna befolkningen. Tillgången på vård förbättras på basnivå bland annat genom att utnyttja erfarenheterna från verksamhetsmodellen Första linjens terapier, genom att ta i bruk en stegvis vårdmodell och effektivisera användningen av servicehelheten Psykporten i områdena (egenvårdsprogram och nätterapier). Utöver detta ökas tillgången på lågtröskeltjänster och hjälp vid psykisk ohälsa i samarbete med bland annat organisationer och församlingar. Tillgången på psykoterapitjänster stärks genom att förnya psykoterapeututbildningen till en tvåstegsutbildning och genom att föreskriva att det första steget inom utbildningen ska vara avgiftsfritt.

4.2.3.2 Konsekvenser för barn och unga

FN:s konvention om barnets rättigheter gäller säkerställande av rättigheterna för barn, dvs. personer under 18 år. Inom bedömningen av konsekvenserna för barn ska även familjens synvinkel beaktas, eftersom familjen är barnets viktigaste uppväxtmiljö. I den föreslagna lagstiftningen finns det skäl att även inkludera unga som fyllt 18 år i konsekvensbedömningen, eftersom förslaget centralt gäller övergångsskedet mellan barndomen och vuxenåldern och även omfattar 18–22-åringar. Inom konsekvenserna för barn och unga bedöms även konsekvenser för barn, unga och familjer i utsatt ställning. Konsekvenserna för jämställdheten mellan könen, sexuella minoriteter och språkliga rättigheter bedöms i ett separat underkapitel.

I konsekvensbedömningen som gäller barn och unga utnyttjas tidigare undersökningar och utredningar där man behandlat situationen i fråga om servicesystemet för barn och unga samt deras behov som klienter inom social- och hälsovården. Dessutom har man i bedömningen utnyttjat svaren från enkäten till barn (528 svarande) som genomfördes under beredningen samt svaren från enkäten som var öppen för alla på webbplatsen Din åsikt (580 svarande). Konsekvensbedömningen är indelad enligt WHO:s referensram tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality). Enligt den allmänna kommentaren nr 15 av kommittén för barnets rättigheter ska staterna säkerställa att alla hälsovårdstjänster för barn uppfyller dessa kriterier. Referensramen kan tillämpas på bedömning av såväl hälso- och sjukvården som socialvården.

Tillgång

I fråga om den föreslagna lagstiftningen ska det bedömas om den stärker tillgången på vård och stöd för barns och ungas psykiska problem och vilka konsekvenser den har för barn, unga och familjer. Både kommittén för barnets rättigheter och kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har till Finland framfört sin oro om vårdunderskottet i fråga om barns och ungas psykiska hälsa samt tjänsternas ojämna geografiska fördelning. Finland har uppmanats att i mentalvården framför allt förbättra tillgången på vård- och stödtjänster som ges förebyggande eller i ett tidigt skede inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården.

Den föreslagna lagstiftningen bemöter dessa identifierade brister och stärker tillgången på vård och stöd för barns och ungas ökade psykiska symtom. Genom förslaget kan man även bidra positivt till ett mer jämlikt nationellt servicesystem, eftersom strävan är att innehållet i det stöd som tillhandahålls ska förenhetligas både inom välfärdsområdena och samarbetsområdena samt nationellt. Bättre tillgång till psykosociala metoder stärker de enhetliga tjänsterna på basnivå, minskar hänvisningar till den specialiserade sjukvården på grund av bristfälliga tjänster på basnivån och kan på så sätt balansera servicesystemet.

Strukturerade och tidsbegränsade vård- och arbetsmetoder och korttidspsykoterapier som grundar sig på psykologisk interaktion utgör endast en del av helheten i mentalvårdsarbete inom social- och hälsovården. Användningsområdet för dem inom hälso- och sjukvården är förebyggande och behandling av psykiska störningar och i tillämpliga delar vid stödjande av den psykiska hälsan inom socialvården. Att förbättra tillgången till dem främjar således inte på ett enhetligt sätt tillgången till all mentalvård eller inverkar inte på bakgrundsfaktorerna till den psykiska hälsan.

Ur synvinkeln barns och ungas inbördes jämlikhet ska det beaktas att strukturerade psykosociala metoder och korttidspsykoterapi bara är en del av de psykosociala och biologiska behandlingsformerna inom psykisk hälsa. Andra behandlingsformer som behövs genomförs i enlighet med den individuella vårdplanen. För alla vård- och stödbehov när det gäller psykisk hälsa finns det inte eller är det inte ändamålsenligt att använda en strukturell, evidensbaserad psykosocial metod. Till exempel aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (adhd) kräver individuella och mångsidiga stöd- och vårdåtgärder som genomförs i vardagen. För neuropsykiatrisk träning har det inte ännu utvecklats några strukturerade arbetsmetoder med evidensbaserad effekt.⁵² Stödet som behövs för barn och unga som har en funktionsnedsättning eller använder rusmedel är också typiskt sett mångfaldigt och förutsätter framför allt ett fungerande samarbete mellan olika yrkesgrupper och tjänster. För att stärka kvaliteten på detta arbete krävs det många olika utvecklingsåtgärder.

Den föreslagna lagstiftningen stärker dock tillgången till exempelvis föräldrahandledning, som kan utnyttjas som en del av vård- och stödhelheten även för ovan nämnda grupper som behöver ett mer mångsidigt stöd, och förebygger genom vård och stöd i ett tidigt skede behovet av till exempel tyngre missbruksvård för barn och unga. När de psykosociala behandlingarna utvecklas kan man anta att helheten av behandlingar med evidensbaserad effekt kommer att utvidgas till olika diagnosgrupper och att detta ytterligare stärker en jämlik tillgång. Rätten att få icke-brådskande primärvård inom 14 dygn enligt den gällande hälso- och sjukvårdslagen, där stöd- och vårdåtgärderna ska vidtas i enlighet med vårdplanen inom en maximitid på 3 månader, gäller all vård som barngrupperna behöver.

Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering innehåller även andra åtgärder som stöder barns och ungas psykiska hälsa, såsom stärkande av chatt- och drop in-tjänster med

⁵² [Haltia m.fl. 2023](#)

låg tröskel samt effektivisering av användningen av de egenvårdsprogram och nätterapier som ingår i servicehelheten Psykporten, som för sin del förbättrar tillgången på vård och stöd. I enlighet med regeringsprogrammet vidtas också åtgärder som riktar sig till att hjälpa unga som uppvisar allvarliga symtom som tar sig uttryck i form av rusmedelsbruk, brott och våld samt förebygga dödsfall relaterade till narkotika bland unga. Även i reformen av barnskyddslagen beaktas frågor som gäller barns psykiska hälsa och missbruksproblem. Utvecklingen av helheten av vård och stöd för barns och ungas psykiska hälsa bör ännu fortsättas och bedömas inom den större reformen av lagstiftningen som gäller social- och hälsovårdstjänster.

Tillgänglighet

Servicens tillgänglighet är ett omfattande begrepp och i bedömningen av det ska till exempel fysiska, ekonomiska, sociala och administrativa synvinklar beaktas. De interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen ska vara tillgängliga för alla barn och unga under 23 år, oberoende av deras bakgrund eller egenskaper. Den centrala frågan om tillgängligheten är hur flexibelt barn, unga och familjer kan få de psykosociala interventioner som omfattas av garantin. Enligt en enkät som genomfördes under beredningen ansåg barn och unga att framför allt tjänsterna inom elev- och studerandevården och mentalvårdstjänster utan remiss var sådana tjänster som det skulle vara enkelt att söka sig till.

Eftersom den föreslagna lagstiftningen avses gälla både förebyggande stöd och vård av psykiska störningar främjar den tillgängligheten. Ibruktage av psykosociala interventioner som omfattas av garantin stärker de olika yrkesgruppernas färdigheter inom symptomatisk vård i situationer där en läkarbedömning inte behövs. Stöd ska kunna fås flexibelt till exempel med hänvisning av rådgivningsbyrå eller skol- och studerandehälsovården, genom elev- och studerandevårdens kurators- och psykologtjänster eller genom andra lågtröskeltjänster inom social- och hälsovården. Dessa utgör tjänster som barn, unga och familjer annars också utnyttjar. Detta främjar också fysisk tillgänglighet. I dessa tjänster ska särskild uppmärksamhet fästas vid bemötande av barn och unga också i användningen av psykosociala metoder. Utifrån svaren upplever barn och unga att det är en väsentlig tillgänglighetshindrande faktor om stödbehovet måste motiveras för att man ska få stöd eller om den person som erbjuder hjälp inte har en tilltalande personlighet.

Interventioner som erbjuds via de förebyggande tjänsterna stämplat inte barnet, den unga eller familjen socialt, och detta kan sänka tröskeln för att ta upp saker som gäller psykisk belastning eller psykisk hälsa. Enligt bedömningen är också den administrativa tillgängligheten bra, eftersom det inte krävs skriftliga ansökningar av barn, unga eller familjer för att få psykosociala interventioner, utan ärendet kan skötas muntligen. Tjänsterna avses vara avgiftsfria i välfärdsområdet och i praktiken också inom SHVS, varför de även är ekonomiskt tillgängliga.

Strukturerade metoder förutsätter tillräcklig förmåga att sätta ord på och konceptualisera de saker som bearbetas. De lämpar sig därför inte för barn och unga med betydande kognitiva begränsningar. Även bristfälliga språkkunskaper till exempel hos invandrabarn kan utgöra ett hinder för att dra nytta av en strukturerad intervention. Det är också möjligt att barn, unga eller föräldrar inte har färdigheter för det arbete som krävs för en psykosocial intervention till exempel på grund av bristande språkkunskaper, och är således i en svagare ställning än andra i fråga om stödets tillgänglighet och de fördelar som erhålls av vården och stödet. Barn och unga avses kunna utnyttja garantin till exempel via elev- och studerandevårdens tjänster. Därmed påverkas inte möjligheterna att få hjälp lika mycket av till exempel vårdnadshavarnas språkkunskaper, funktionsförmåga eller utmaningar i relationen mellan föräldern och barnet.

Välfärdsområdet ska dock även säkerställa tillräckliga tolktjänster och vid behov omarbета servicestigar och interventionerna så att de passar alla barn, unga och familjer.

Personer med funktionsnedsättning, de som är i barnskyddets vård utom hemmet samt regnbågsungdomar upplever psykiska riskfaktorer 2–5 gånger oftare än andra. Man måste kunna identifiera dessa gruppers individuella situationer och behov. Man kan tänka sig att det även för ovan nämnda grupper är viktigt att kunna söka sig till stöd och vård via elev- och studerandevårdens tjänster och andra lågtröskeltjänster. Även socialvårdens möjligheter att tillhandahålla service inom mentalvårdsarbete som omfattas av garantin bidrar för sin del till att det stöd som barn, unga och familjer i utsatt ställning behöver blir tillgängligt.

Även i fråga om vård och stöd för psykisk hälsa ska man se till att tjänsterna är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning och att de ordnas och genomförs utan diskriminering. Om välfärdsområdet inte beaktar specialbehoven hos personer med funktionsnedsättning i fråga om lokalerna och kompetensen hos de yrkesutbildade personer som utför interventioner som omfattas av garantin försätts de i en svagare ställning än andra i samma ålder. Särskilda utvecklingsåtgärder bör således vidtas för att utveckla servicehelheten för barn och unga med funktionsnedsättning. Denna skyldighet anknyter både till välfärdsområdenas lokala nivå och till universitetssjukhusets uppgifter och samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena som enligt 36 § i lagen om anordnande av social- och hälsovård ska främja bland annat klient- och patientsäkerhet, ändamålsenlighet, jämlik tillgång, språkliga rättigheter samt fungerande servicekedjor och servicehelheter inom social- och hälsovården. Behovet av att utveckla tjänsterna för barn och unga med funktionsnedsättning anknyter även till reformen av lagen om funktionshinderservice. Målet är att regeringens proposition om precisering av tillämpningsområdet för lagen om funktionshinderservice lämnas till riksdagen i början av hösten 2024.

Kvalitet

I fråga om den föreslagna lagstiftningen ska det bedömas om den ökar kvaliteten på vården och stödet som gäller barns och ungas psykiska hälsa och välfungerande serviceprocesser. I den föreslagna lagstiftningen förutsätts det att social- och hälsovårdens servicesystem i högre grad än nu och mer koordinerat använder evidensbaserade psykosociala metoder för att försöka öka effektiviteten av vården och stödet. För att utföra interventioner som omfattas av garantin krävs det enligt förslaget att utbildning i användningen av metoden har avlagts och även att kompetens upprätthålls. Dessa faktorer ska säkerställa kvaliteten på den vård och det stöd som tillhandahålls.

I enkäten till barn och unga som genomfördes som stöd för beredningen framkom det som en viktig faktor gällande det stöd som fås i anknytning till psykiska hälsa att man inte ska behöva vänta länge på att få hjälp och att mötena vid behov bör ordnas utan tidsbokning. Den föreslagna lagstiftningen fastställer en maximitid inom vilken en psykosocial intervention ska inledas, och den avses komplettera den gällande lagstiftningen om att få vård inom 14 dygn efter den första vårdhändelsen. Ett första möte med kurator eller psykolog inom elev- och studerandevården ska ordnas inom 7 dygn. Således stöder fastställandet av en strängare maximitid dessa behov, men ger samtidigt tjänsteinordnaren ansvaret för att fastställa och inrätta mentalvårdstjänster, som man även kan söka sig till utan tidsbokning. Enligt enkäten önskade barn och unga i första hand fysiska möten med en anställd, men ansåg det inte vara viktigt att föräldrarna deltar i mötena. Enligt svaren är arbete på tumanhand med en anställd en kvalitetshöjande faktor ur barnens och ungdomarnas synvinkel.

Upplevelsen av att man får effektiv hjälp kan stärka barns, ungas och familjers upplevelse av att det lönar sig att söka hjälp. Om man genom tjänster på basnivå i fortsättningen kan avbryta ett barns eller en ung persons marginaliseringsutveckling oftare än i dag har det positiva effekter på barns och ungas livsskeden. Obehandlade psykiska problem har en betydande koppling till exempel till andra sjukdomar och sysselsättning. Det är möjligt att positiva effekter också kan ses i familjernas vardag. Om föräldrarna får högklassig handledning i rätt tid, till exempel för att stödja ett trotsigt barn, stärker detta den positiva växelverkan i familjens vardag. En effektivt stöd i fråga om föräldrars uppfostringsmetoder minskar även risken för barnmisshandel. När det finns högklassiga psykosociala interventioner för ett barns eller en ung persons depressionssymtom, genom vilka han eller hon får stöd i att förbättra de sociala färdigheterna, stärker detta även kontinuiteten i vänskapsförhållandena och känslan av att höra till en social gemenskap. Stödet som tillhandahålls med hjälp av psykosociala interventioner, till exempel i syfte att identifiera de egna resurserna, stärker barns och ungas aktörskap och positiva självbild.

En central fråga för att uppnå positiva effekter är de frågor som gäller tillgången på personal. Av denna anledning har man i propositionen försökt att i så stor utsträckning som möjligt beakta yrkesgrupperna inom social- och hälsovården, som möter barn, unga och familjer, som genomförare av de interventioner som omfattas av garantin.

Då personalen inom social- och hälsovården genom metodutbildningarna har professionellt fungerande metoder för att stödja barn och unga kan detta även främja orken i arbetet. En eventuell minskning av personalomsättningen stärker barns och ungas bestående sociala relationer i skolans och läroanstaltens vardag. På så sätt skulle de anställda i skolan ha ett långsiktigt perspektiv för att följa upp barnets utveckling, och detta kan i sin tur bidra till att stödet ges i rätt tid.

I ibruktagandet av strukturerade metoder kan risker också identifieras. De interventioner som omfattas av garantin utförs enligt en viss struktur och ett visst innehåll, och de fokuserar på ett visst problem och symtom. Ett för snävt stöd kan ge barnen, ungdomarna eller familjerna en upplevelse av en intervention som genomförs schematiskt, där deras individuella servicebehov inte beaktas. Om den föreslagna strukturerade interventionen inte lämpar sig för barnet och barnet därför avbryter den, kan det leda till hopplöshet och missnöje med det stöd som erbjuds. Detsamma sker om interventionerna inte smidigt förankras till en del av vårdkedjan och servicehelheterna utan blir fristående från dem. Barns, ungas och familjers behov av stöd ska således granskas ur ett bredare helhetsperspektiv än en enskild psykosocial intervention. I Dinåsikt-enkäten som genomfördes som stöd för beredningen framhövdes även framför allt föräldrarnas önskan om att familjernas situationer ska granskas som en helhet i stället för som individer. Vikten av ett övergripande stöd för föräldraskapet och på familjenivå betonades också i remissyttrandena.

Förutom att kvaliteten på servicen är bunden till ett adekvat och kompetent genomförande av den intervention som utförs, påverkas den även av serviceprocesserna. Den föreslagna lagstiftningen baserar sig på interventioner som utförs både inom socialvården och inom hälso- och sjukvården. Om man vid interventioner som omfattas av garantin inom socialvården inte kan bedöma när ett barn eller en ung person behöver en hälsovårdsbedömning eller sjukvård främjar det inte tillgodoseendet av barnets eller den ungas rättigheter i fråga om den hälso- eller sjukvård som behövs. Samma utmaning finns dock redan i nuläget. Fördelarna med den föreslagna lagstiftningen bedöms vara mer betydande ur barns och ungas synvinkel än de ovan nämnda eventuella negativa konsekvenserna. Förebyggande av de negativa konsekvenserna förutsätter att social- och hälsovårdens processer och verksamhetsprinciper identifieras i planeringen av tjänstekedjorna. Det är viktigt att de yrkesutbildade personerna har tillräcklig

kompetens för multiprofessionellt samarbete, så att rätten till behövliga social- och hälsovårdstjänster inte äventyras.

Den föreslagna lagstiftningen innehåller inga större ändringsförslag för socialvårdens eller hälso- och sjukvårdens verksamhetspraxis. Således ligger det på tjänsteanordnarens ansvar att fastställa fungerande serviceprocesser som stöder kontinuiteten. Målet är att fastställa dessa delfaktorer även i genomförandet av den mer omfattande nationella servicereformen.

Godtagbarhet

I fråga om godtagbarhet ska det bedömas om den föreslagna lagstiftningen identifierar barns och ungas individuella behov, kulturella bakgrund samt köns- och åldersfrågor. Beträffande vården och stödet i fråga om barns och ungas psykiska hälsa har en väsentlig utmaning konstaterats vara att servicesystemet är splittrat. Den föreslagna lagstiftningen löser inte denna splittring. Regeringens proposition innehåller inte heller några ändringar i den förebyggande hälsovårdens uppgifter eller arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården. Genom den finansiering som reserverats för den föreslagna lagstiftningen kan man förbättra mentalvårdstjänsterna på basnivå för barn och unga både kvantitativt och kvalitativt, men satsningen leder dock inte nödvändigtvis till att servicestrukturen förtydligas i välfärdsområdet. Det gemensamma centrala målet med den nationella servicereformen är att förtydliga servicesystemet. Detta arbete bör fortsätta under regeringsperioden även i fråga om social- och hälsovårdens servicehelhet för barn och unga.

Den föreslagna lagstiftningen gäller tjänster på basnivå, och medför indirekta effekter på situationen för den specialiserade sjukvården, som barn och unga som lider av svåra psykiska störningar behöver. Den föreslagna lagstiftningen uppskattas ha positiva effekter för de grupper som är i utsatt ställning och för vilka det räcker med stödtjänster på basnivå. Det är motiverat att sträva efter att förebygga behovet av mångsidigt stöd genom högkvalitativa interventioner i ett tidigt skede. På så sätt kan man minska till exempel den skada som rusmedelsanvändning orsakar för barns och ungas utveckling. I genomförandet av lagstiftningen ska särskild uppmärksamhet dock fästas vid specialgruppernas och minoriteternas behov, så att jämlikheten tillgodoses. Tjänsteanordnaren har även en lagstadgad skyldighet till detta. Det bör dock identifieras att alla barn, unga och familjer inte gynnas jämnt av de interventioner som omfattas av garantin, eftersom vård- och stödbehoven är mångsidiga.

Genomförandet av den föreslagna lagstiftningen kan även medföra negativa konsekvenser för barn och unga. På grund av den offentliga sektorns och välfärdsområdenas strama ekonomiska situation är det möjligt att tilläggsfinansiering inte allokeras fullt ut för genomförandet av lagstiftningen. Det är också möjligt att mentalvårdsarbetet drar ner på någon annan verksamhet inom välfärdsområdet. Till exempel kan den generellt inriktade elevvårdens andel minska i jämförelse med den individuella. Det är känt att den generellt inriktade elevvården redan nu har minskat i och med att elever och studerande har fått större behov av individuellt stöd. Om detta arbete minskar ytterligare inverkar det negativt på de barn som i första hand gynnas av det generellt inriktade arbetet och kan även medföra behov av individuellt stöd, om till exempel mobbningen ökar i skolgemenskapen. Det generellt inriktade arbetet är dock en gemensam uppgift för skolgemenskapen, och det ska inte ses som en uppgift enbart för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården inom elev- och studerandevårdstjänsterna.

Det är också möjligt att den föreslagna lagstiftningen leder social- och hälsovårdens servicesystem till att främst granska barns, ungas och familjers utmaningar i vardagen som psykiska problem och ogrundat medikalisera barns och ungas behov och situationer i anslutning

till vardagen och utvecklingen samt den samhälleliga situationen. Medikalisering kan också leda till att man i allt högre grad närmar sig risker inom psykisk hälsa genom att erbjuda psykosociala interventioner på individ- och familjenivå i stället för att försöka påverka till exempel livsmiljön och förhållanden. Symtomfokuserad observation kan bortse från barnets eller den ungas uppväxtmiljös roll i bakgrunden till symtomen samt från att påverka belastningsfaktorerna och stärka stödet. Detta kan i onödan ge barn och unga en identitet som präglas av risk för sjukdom eller sjukdom och på så sätt försämma förutsättningarna för en normal utveckling under barndomen och ungdomen. Barns och ungas utveckling är förenad med många olika skeden och de ska inte i första hand kallas som psykiska problem hos individen. Familjernas behov av stöd ska bedömas på ett övergripande sätt. Risken för medikalisering har man försökt minska genom socialvårdens roll i genomförandet av de interventioner som omfattas av garantin. Det är dock möjligt att lagstiftningen leder till motsvarande fenomen också inom socialvården, det vill säga till psykologisering, då användningen av psykosociala metoder betonas framom annat slag av hjälp och stöd.

Genom den föreslagna lagstiftningen kan man inte påverka de samhälleliga bakgrundsfaktorerna till problemen med barns och ungas psykiska hälsa, såsom utmaningar i anslutning till mobbning eller olika familjers vardag. Det krävs många slags åtgärder för att bygga upp en god psykisk hälsa hos barn och unga. Enligt rekommendationerna i den nationella strategin för psykisk hälsa stärks barnens och de ungas psykiska hälsa när samhället skapar förutsättningar för ett tryggt liv i familjerna och de övriga viktiga uppväxtmiljöerna och vid förändringar i samhället, tryggar alla barns lika möjligheter till god självkänsla, färdigheter inom psykisk hälsa, lärande och framgångsupplevelser, ger alla barn och unga lika möjligheter att delta i trygga hobbyer som främjar utvecklingen, tillgodoser rättigheterna för barn och unga i en utsatt ställning eller livssituation, minskar fattigdomen bland barnfamiljer samt minskar marginaliseringen bland barn och unga.⁵³

Den föreslagna lagstiftningen gäller inte den specialiserade sjukvården och omfattar inte vården av allvarliga eller komplicerade psykiska störningar. Bestämmelser om tillgång till vård vid allvarliga störningar finns i 53 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen. Enligt paragrafen ska vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat. Tillgången till vård på grund av allvarliga psykiska sjukdomar förverkligas således långsammare än vid lindriga situationer. Å andra sidan förväntas den förbättrade tillgången till psykosocial vård på basnivå förbättra möjligheten att ge vård i rätt tid. Genom att förbättra tillgången och kvaliteten på det stöd som ges på basnivå kan man minska hänvisningen av barn och unga till den specialiserade sjukvården. På så sätt kan man indirekt även främja tillgången på vård för barn och unga som lider av svåra störningar.

I svaren till enkäterna som genomfördes i samband med beredningen framhävdes behovet av att identifiera en bredare betydelse av barns, ungas och familjers vardag och välbefinnande, då målet är att stärka den psykiska hälsan. Det ansågs att en god psykisk hälsa i första hand byggs upp genom social gemenskap, familjens och vänners stöd, hobbyverksamhet, trygga vuxna i vardagen, högklassig småbarnspedagogik och utbildning, högklassigt ungdomsarbete samt genom organisationer och församlingar.

Konsekvenserna av den föreslagna lagstiftningen ska ses som en del av en större helhet, där lagstiftnings- och utvecklingsåtgärderna kompletterar varandra och påverkar förutsättningarna

⁵³ [SHM 2020](#)

för genomförandet av den föreslagna lagstiftningen. För att kunna minska eventuella negativa konsekvenser ska man i välfärdsområdena även brett överväga andra åtgärder för att i samarbete med till exempel kommuner, organisationer och andra aktörer kunna stärka det övergripande arbetet för att främja barns, ungas och familjers välbefinnande och psykiska hälsa genom multiprofessionella åtgärder på flera nivåer.

Utvärdering av konsekvenser

För att följa upp konsekvenserna av genomförandet av den föreslagna lagstiftningen krävs det att nationell uppföljningsdata samt information om barns och ungas erfarenheter samlas in och analyseras. I uppföljningen ska man bedöma vilka psykosociala interventioner som används regionalt och nationellt, om interventionen genomförs såsom det avsetts och om tillgången på interventioner är jämlik. I uppföljningen på individnivå ska även information om effektiviteten på barns och ungas välbefinnande samlas in.

Uppföljningsdata kan samlas in bland annat vid de förhandlingar mellan välfärdsområdena och social- och hälsovårdsministeriet där man årligen går igenom läget inom social- och hälsovården i välfärdsområdet. Under förhandlingarna får man stöd av de expertbedömningar som görs vid Institutet för hälsa och välfärd, tillsynens rapporter om social- och hälsovården (Valvira och regionförvaltningsverken), välfärdsområdenas utredningar och social- och hälsovårdsministeriets observationer. Genomförandet av samarbetsområdesavtalet följs upp och utvärderas årligen vid samarbetsområdets förhandlingar. Med hjälp av den lägesbild som välfärdsområdena uppdaterar med cirka 3 månaders mellanrum följer social- och hälsovårdsministeriet och välfärdsområdena med hur läget i välfärdsområdena utvecklas.

Uppföljningsdata kan också samlas in i tillsynsmyndigheternas verksamhet. Regionförvaltningsverken ska årligen ordna regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvården och socialvårdens mentalvårdsarbete för barn och unga. Med hjälp av dessa kan man också samla information om verkställigheten av den föreslagna lagstiftningen när det gäller arbetsfördelningen. THL fortsätter det nationella arbetet med att införa psykosociala metoder och som en del av detta sammanställs information ur många olika synvinklar.

4.2.3.3 Konsekvenser för jämlikheten

Konsekvenser för jämlikheten ska övervägas med avseende på kön, etnisk bakgrund, språk och funktionsnedsättning. Konsekvenser enligt åldersgrupp samt i anknytning till barns och ungas bakgrund och funktionsförmåga har bedömts i det föregående underkapitlet. I detta underkapitel bedöms konsekvenserna med avseende på jämställdhet mellan könen, sexuella minoriteter samt språkliga rättigheter.

I fråga om den föreslagna lagstiftningen bedöms det att de största utmaningarna rörande jämlikheten kommer fram även i kontexten av den föreslagna lagstiftningen. I fråga om välfärdsområdenas verksamhet finns det ingen heltäckande information om läget med de delfaktorer som anknyter till jämlikhet. Enligt den nationella utvärdering som gäller välfärdsområdenas första verksamhetsår har icke-diskriminering och tillgänglighet inte stått i centrum för områdenas utvecklingsarbete, och det förväntas att uppmärksamhet fästs vid detta under 2024 för att stärka jämlikheten.⁵⁴

⁵⁴ [SHM 2024](#)

Jämställdhet mellan könen och sexuella minoriteter

I psykiska symtom och sjukdomar finns det könsmässiga drag. Hos små barn finns det inga könsskillnader i fråga om depressions- och ångeststörningar, men i ungdomsåldern blir det mycket vanligare med depression och ångest hos flickor. I Hälsa i skolan -enkäter har det konstaterats vara vanligt att i synnerhet flickor själva rapporterar depressions- och ångestsymtom. Depressionssymtom som varat i minst två veckor var vanligare hos flickor (37 %) än hos pojkar (13 %) i åttonde och nionde årskursen i den grundläggande utbildningen. Motsvarande fenomen har konstaterats hos högskolestuderande. Risken för flickor och kvinnor att insjukna i ätstörningar är avsevärt större än för män. Risken för personer som hör till sexuella minoriteter och könsminoriteter att få en psykisk och fysisk sjukdom har ökat.

Beteendestörningar är ungefär dubbelt vanligare hos pojkar än hos flickor. Pojkars större benägenhet för beteende- och uppmärksamhetsstörningar har förklarats med pojkarnas långsammare mognad. Flickor utvecklas snabbare bland annat vad gäller språklig och känslomässig reglering, och detta kan skydda flickorna från beteendestörningssymtom, men samtidigt göra dem benägna för depressions- och ångestsymtom. Pojkar kan vara mer benägna att reagera genom beteendesyntom när de möter svårigheter. Det är vanligare att kvinnor söker vård i frågor som gäller den psykiska hälsan än män.

Den föreslagna lagstiftningen avses gälla barn i alla åldrar, varför den beaktar såväl pojkarnas åldersfas med mer trots och beteendesyntom som flickors depressions- och ångestsymtom som framhävs i tonåren. Framför allt i fråga om små barns beteendesyntom är handledning åt föräldrarna en viktigt redskap för vård och stöd som föräldrarna drar nytta av oberoende av kön. Dessa psykosociala interventioner som riktar sig till familjens funktion och positiva växelverkan främjar alla barns och familjers välbefinnande.

Enligt enkäten som genomförts som stöd för beredningen fanns det inga skillnader mellan könen angående var man upplever det vara lätt att söka hjälp. Det är dock känt att flickor och kvinnor oftare söker hjälp för depression och ångest än män. Man kan tänka sig att den föreslagna lagstiftningen beaktar framför allt deras behov. De pojkar som är motiverade att ta emot samtalshjälp kan även få nytta av de interventioner som omfattas av garantin. I enkäten angav både flickor och pojkar att samtal på tumanhand med en yrkesutbildad person är den mest tilltalande stödförmen. En central faktor som gör det svårare att få vård och stöd är enligt alla svarande svårigheten att tala om problemen med en utomstående människa. Denna fråga bör beaktas även när könssensitiv praxis byggs upp. Enligt enkäten önskade en lite större andel av pojkarna något annat stöd än möten som baserar sig på samtal. Även dessa stödbehov bör beaktas när stödhelheten för barns och ungas psykiska hälsa utvecklas.

För att säkerställa jämlik hjälp ska den aktör som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna bedöma om det finns behov av att förbättra könssensitiviteten vid identifiering av depression samt vid hänvisning till och genomförande av stöd och vård, om de psykosociala interventionerna jämlikt tillgodoser stödbehoven och om särdragen för personer som till exempel hör till en sexuell minoritet eller en könsminoritet beaktas i dessa. Lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986, jämställdhetslagen) och diskrimineringslagen förbjuder också diskriminering på grund av sexuell inriktning eller könsidentitet samt förpliktat social- och hälsovården att främja jämlikhet.

Språkliga rättigheter

Den föreslagna lagstiftningen påverkar inte regleringen om språkliga rättigheter, men konsekvenserna ska bedömas med avseende på genomförandet av lagstiftningen. I fråga om de språkliga rättigheterna ska det bedömas om rättigheterna för barn och unga med finska, svenska, samiska och romani som språk tillgodoses i enlighet med språklagstiftningen och om rättigheterna för de barn och unga som använder teckenspråk samt tolk- och översättningshjälp på grund av en funktionsnedsättning har beaktats. Språklig tillgänglighet är ett bredare begrepp än språkliga rättigheter. Det förutsätter att flera kanaler används för information, handledning och rådgivning samt att tolktjänster är tillgängliga. Tillgänglighet är också förknippat med en kulturell dimension. Genomförande av språklig tillgänglighet förutsätter att yrkespersonerna inom social- och hälsovården kan möta klienter med olika bakgrund.

Välfärdsområdena är skyldiga att beakta klienternas språkliga rättigheter och tillgodoseendet av dem i enlighet med 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Dessutom ska det samarbetsavtal mellan välfärdsområdena som föreskrivs i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård samordnas med det samarbetsavtal mellan tvåspråkiga välfärdsområden som avses i 39 §. Dessutom ska SHVS och sådana underleverantörer som avses i 8 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande beakta språket i servicen och de språkliga rättigheterna på grundval av 33 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. Språkliga rättigheter tillgodoses dock inte fullt ut i nuläget och det kan antas att samma utmaningar framträder även i genomförandet av den föreslagna lagstiftningen.

Enligt resultaten av enkäten Hälsa i skolan kunde man inte observera några skillnader mellan elever i svenska skolor och elever i finska skolor när det gäller erfarenheter av medelsvår eller svår ångest. Social ångest var mer ovanligt i svenska skolor än i finska skolor. Elever i svenska skolor upplevde ändå avsevärt mer sällan än elever i finska skolor att de hade fått hjälp av yrkesutbildade personer inom elevvårdstjänsterna när de behövde det. Av resultaten kan man se att i svenska skolor hade barn och unga besökt yrkesutbildade personer inom elev- och studerandevårdstjänsterna oftare än andra, men de ansåg dock att de fått stöd och hjälp för sitt välbefinnande mer sällan än andra. Orsakerna till dessa upplevelser bör utredas närmare framöver.⁵⁵ I välfärdsområdena ska man säkerställa att metodutbildningarna också riktas till anställda som arbetar på svenska, så att de språkliga rättigheterna kan säkerställas och tillgodoses i de praktiska tjänsterna.

Samerna har rätt att använda tjänster på sitt modersmål inom samernas hembygdsområde. Den dåliga tillgången på tjänster på samiska gör tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna utmanande även med avseende på den föreslagna lagstiftningen. Tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna påverkar för sin del även utmaningarna med att ha jämlik tillgång till tjänster i glesbebyggda områden. Det har dock vidtagits åtgärder för att bättre tillgodose rättigheterna, och dessa kan även stödja tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna i fråga om den föreslagna lagstiftningen. I hembygdsområdet har det inrättats en enhet för psykosocialt stöd, Uvjj - Uvjå - Uvja, som erbjuder mentalvårdstjänster med låg tröskel på samiska i enlighet med den samiska kulturen. Undervisnings- och kulturministeriet har stött förvärvandet av det kunnande som tjänsterna på samiska förutsätter genom att finansiera projekt för utbildning av samiskspråkig personal inom social- och hälsovården och för utveckling av utbildningen. Majoriteten av de samiska barnen och ungdomarna bor dock utanför hembygdsområdet och för dem ska det säkerställas tillräckliga tolktjänster även i fråga om de psykosociala interventioner som omfattas av garantin.

⁵⁵ [Resultat av enkäten Hälsa i skolan enligt undervisningsspråk i de svenskspråkiga och finskspråkiga skolorna \(julkari.fi\)](#)

För romerna anknyter problemen i social- och hälsovårdens praxis till både språkliga och vidare kulturella skillnader jämfört med största delen av befolkningen. Det har observerats betydande depressions- och ångestsymtom hos den romska befolkningen. Förekomsten av symtom är ungefär fyrfaldigt och hos kvinnor ungefär femfaldigt jämfört med hela befolkningen. Orsakerna till den psykiska ohälsan är ganska långt samma som för den övriga befolkningen, men romerna söker mer sällan hjälp hos social- och hälsovården. Frågor som anknyter till psykisk hälsa är känsliga inom den romska gemenskapen.⁵⁶ Därför ska särskild uppmärksamhet i fråga om den föreslagna lagstiftningen fästas vid psykosociala interventioners språkliga tillgänglighet samt handledning och rådgivning om att söka vård och stöd, så att barn, unga och familjer inom den romska befolkningen har en jämlik möjlighet att få stöd även för psykiska problem.

Barn och unga som talar teckenspråk stöter också på problem i sin vardag vad gäller social- och hälsovårdstjänster samt tillgången till information. Framför allt i frågor som gäller psykisk hälsa garanterar service på teckenspråk ett mer högklassigt stöd i fråga om den föreslagna lagstiftningen, men det finns nästan inga personer med metodkompetens för psykosociala interventioner. Det finns även geografiska skillnader i hur tjänster på teckenspråk är tillgängliga.⁵⁷ Även i fråga om den föreslagna lagstiftningen ska man inse att tolkning kan orsaka missförstånd och att de språkliga rättigheterna således inte tillgodoses fullt ut.

4.2.4 Konsekvenser för sysselsättningen och arbetslivet

Direkta sysselsättningseffekter uppkommer på grund av rekryteringsbehovet som följer av den arbetsinsats som behövs för att utföra de interventioner som omfattas av garantin. Det varierar dock enligt yrke och tjänst om de psykosociala interventioner som omfattas av garantin ersätter vård och stöd som tidigare getts åt barn och unga på annat sätt eller om det kommer att behövas ytterligare personal.

För att genomföra de interventioner som omfattas av garantin behövs det uppskattningsvis en arbetsinsats på cirka 670 årsverken. Om man antar att de anställda som genomför interventionerna använder i genomsnitt en sjättedel av sin arbetstid till dessa behövs det cirka 4 000 anställda med kunskaper i de metoder som omfattas av garantin. Antalet årsverken har beräknats enligt den arbetstid som krävs för de metoder som utgör grunden för beräkningarna (till exempel Cool Kids 11 besök, antagande om arbetstiden totalt 22 timmar).

Psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen ska kunna utföras inom primärvården, elev- och studerandevården och socialvårdens tjänster på basnivå. Enligt Statistikcentralens lönestatistik för kommunsektorn arbetar cirka 15 000 anställda i sådana yrken inom sektorens allmänpraktiserande läkarverksamhet (86210) och andra öppna sociala instanser som inte klassificerats på annat håll (88999), varav en del sannolikt kommer att utföra dessa interventioner. Således innebär den arbetsinsats som interventionerna kräver en ökad arbetsinsats på cirka fem procent för de anställda i dessa uppgifter. Talet är riktgivande, eftersom exakt antal anställda i de tjänster och yrken där interventioner som omfattas av garantin utförs inte kan specificeras genom personalstatistiken.

⁵⁶ [Weiste-Paakkanen m.fl. \(red.\) 2018](#)

⁵⁷ [Katsui m.fl. 2021](#)

4.2.5 Konsekvenser för säkerheten

Genom god psykisk hälsa kan säkerheten i samhället förbättras, eftersom tidigt stöd vid vissa beteendeproblem och känslomässiga problem hos barn och unga kan bidra till att exempelvis minska senare missbruks- och personlighetsstörningar samt marginalisering och brottslighet.

4.2.6 Sammanfattning av de viktigaste konsekvenserna

De centrala konsekvenserna av den föreslagna lagstiftningen gäller förbättring av tillgången till vård och stöd för den psykisk hälsan för barn och unga under 23 år, styrning på nationell nivå samt välfärdsområdenas verksamhet. På nationell nivå ökar förslaget behovet av styrning i ordnandet av social- och hälsovård, framför allt i fråga om val av psykosociala metoder. Arbetsfördelningen inom social- och hälsovården kan också orsaka behov av styrning.

Den föreslagna lagstiftningen innebär nya uppgifter för välfärdsområdena och studerandehälsovården för höskolestuderande, vilket förutsätter tilläggsfinansiering. Kostnader orsakas av att tillgången på korttidspsykoterapier och psykosociala metoder ökas. Det att interventionerna riktar sig till barn, unga och familjer i enlighet med deras behov av individuellt stöd är en viktig fråga med avseende på de ekonomiska konsekvenserna, och den är förknippad med osäkerhetsfaktorer.

Tabell 3. Sammanfattning av de uppskatta ekonomiska konsekvenserna

Miljoner euro	Välfärdsområdenas kostnader	SHVS kostnader Finansiering: 77 % staten och 23 % studerande
Interventioner under 12 år	10,4	
Interventioner 13–18 år	12,3	
Interventioner 19–22 år	5,6	2,4 (varav statlig finansiering 1,8 och studerandes avgifter 0,6)
Upprätthållande av kompetensen	4,5	
Frånvaro under utbildning	0,4	
Sammanlagt	33,2	2,4
Statlig finansiering totalt	33,2	1,8

I propositionen föreslås lagarna träda i kraft den 1 maj 2025, varvid välfärdsområdenas kostnader år 2025 uppgår till sammanlagt 22,2 miljoner euro och SHVS kostnader till 1,6 miljoner euro, varav statens finansieringsandel är cirka 1,2 miljoner euro. Statens finansieringsandel är då sammanlagt 23,4 miljoner euro.

I en större skala uppstår ekonomiska konsekvenser dels av storleken på kostnaderna för den offentliga sektorn på grund av psykisk ohälsa, och dels av hur minskade psykiska problem kan förebygga marginalisering och arbetslöshet. Ett framgångsrikt genomförande av lagstiftningen bedöms på lång sikt ha positiva effekter på den offentliga ekonomin i fråga om dessa faktorer.

Ur synvinkeln jämlikhet nationellt och i samarbetsområdena ska välfärdsområdena kunna avtala om de psykosociala metoder som omfattas av garantin och som tas i bruk. Det finns dock nästan inga erfarenheter av denna avtalsprocess och nivån på samarbetet, och det förekommer osäkerhetsfaktorer och eventuella motsättningar. Om dessa motsättningar inte går att lösa uppstår regionala ojämlikheter inom social- och hälsovårdstjänsterna. Genomförandet av den föreslagna lagstiftningen är förenat med osäkerhetsfaktorer också i fråga om rekryteringen av personal inom social- och hälsovården. Det har anvisats finansiering för genomförandet av lagstiftningen till dem som ordnar tjänsterna, men om det inte går att anställa personal på grund av brist på arbetskraft så nås inte barn, unga och familjer av välfärdsfördelarna.

Den viktigaste av de konsekvenser som berör människor är den förbättrade tillgången och kvaliteten på social- och hälsovårdstjänsterna för barn och unga. Uppmärksamhet ska dock särskilt fästas vid tjänsternas tillgänglighet i fråga om minoriteter och grupper i särskilt utsatt ställning.

Den föreslagna lagstiftningen löser inte de brister och oklarheter som gäller verksamhetsstrukturerna och splittringen i servicesystemet med vård och stöd för barns och ungas psykiska hälsa, varför det målinriktade utvecklingsarbetet bör fortsätta. Konsekvenserna av den föreslagna lagstiftningen ska bedömas med hänsyn till det mer omfattande läget med servicesystemet, där den offentliga ekonomins hållbarhet har äventyrats och det finns utmaningar med tillgången på personal. För att följa upp barnkonsekvenserna av genomförandet av den föreslagna lagstiftningen krävs det dessutom att nationell registerdata samt information om barns och ungas erfarenheter samlas in och analyseras.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Alternativen och deras konsekvenser

Under förberedelsen av lagstiftningen sammanställdes information och åsikter om olika alternativ för genomförandet av skrivningen i regeringsprogrammet. I fråga om genomförandealternativen bedömdes det bland annat om garantin ska gälla enbart hälso- och sjukvården eller om den även ska omfatta det stöd som ges inom socialvårdstjänsterna. Dessutom bedömdes om garantin ska gälla enbart vården av psykiska störningar eller enbart det förebyggande arbetet inom primärvården. Under beredningen diskuterades det även om lagstiftningen ska träda i kraft stegvis. Som genomförandealternativ övervägdes även olika lagtekniska lösningar.

5.1.1 Vårdgaranti för lindriga och medelsvåra störningar

Terapigarantin för barn och unga skulle kunna genomföras genom att låta garantin omfatta vård av lindriga och medelsvåra psykiska störningar som primärvården ansvarar för. Därigenom avses lagstiftningen endast gälla tillstånd på störningsnivå och alltid kräva att en läkare ställer en diagnos om en lindrig eller medelsvår psykisk störning för att garantin ska kunna tillämpas. Lindrigare tillstånd på symtomnivå omfattas inte av modellen.

Styrkan med en modell som gäller störningsnivå är att den är tydligt avgränsad och garanterar barn och unga som lider av lindriga eller medelsvåra psykiska störningar en snabb tillgång till vård och minskar belastningen på den specialiserade sjukvården. En negativ följd kan vara att det i en situation med knapp tillgång på vård inte utförs tillräckligt med ändamålsenlig diagnostik, utan situationen bedöms oändamålsenligt som en lindrigare symtomnivå som således inte omfattas av garantin. Att hänvisa hjälpsökande till en läkare för diagnostisk bedömning onödigt lättvindigt kan även belasta hälso- och sjukvårdsverksamheten om man strävar efter att tolka situationer på symtomnivå som psykiska störningar. Om garantin endast omfattar vård av störningar ska alla interventioner som omfattas av garantin genomföras inom hälso- och sjukvården. Stöd som ges inom socialvården skulle således inte omfattas av garantin, trots att det är en viktig kanal för stöd för barn, unga och familjer. Till exempel interventioner som genomförs av kuratorer inom elev- och studerandevården eller strukturerad handledning för föräldrar med små barn som lider av beteendesyntom som genomförs inom socialvården ska inte omfattas av garantin. Detta genomförandesätt kan även ogrundat medikalisera de utmaningar som är förknippade med barns och ungas uppväxt och utveckling, och det ansågs inte vara motiverat.

5.1.2 Garanti på förebyggande nivå

Terapigarantin för barn och unga skulle kunna genomföras genom att låta garantin endast omfatta förebyggande vård och stöd av psykiska störningar. Därigenom skulle modellen inte gälla tillstånd på störningsnivå och det skulle inte krävas att en läkare ställer en diagnos om en psykisk störning för att garantin ska kunna tillämpas. Förebyggande stöd för psykiska störningar skulle kunna tillhandahållas både inom socialvården och hälso- och sjukvården. I detta fall omfattar garantin inte korttidspsykoterapi, eftersom de inte hör till det förebyggande arbetet.

Med hjälp av en garanti om stöd som förebygger psykiska störningar strävar man efter att så snabbt som möjligt och i ett tidigt skede bemöta tillstånd på symtomnivå när det gäller barns och ungas psykiska hälsa och stödbehov som beror på att den psykiska funktionsförmågan har försämrats. Det verkar som om ångestsymtom och affektiva symtom har ökat hos barn och unga, men alla symtom hos barn och unga ska inte tolkas som psykiska störningar. Det finns i synnerhet behov av lågtröskeltjänster.

Styrkan med modellen är att stöd kan erbjudas såväl inom socialvårdens som hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter och tjänster, till vilka det är lätt för barn och unga att söka sig. Problemet med modellen är dock att en stor del av barnen och ungdomarna inte omfattas av den, då det nu finns brister i hälso- och sjukvården på basnivå som gäller dem. Effekten av förebyggande arbete på symtomnivå skulle vara begränsad, och belastningen på den specialiserade sjukvården minskas inte. Genomförandemodellen tillgodoser således inte åldersgruppens behov i tillräcklig grad, och inte heller de väsentliga problemen i servicesystemet. Genomförandesättet svarar inte heller på skrivningen i regeringsprogrammet, enligt vilken korttidspsykoterapi ska omfattas av garantin.

5.1.3 Garanti som träder i kraft stegvis

Lagstiftningen om en terapigaranti för barn och unga kan genomföras så att garantin genomförs stegvis. Detta är motiverat, eftersom helheten av psykosociala behandlingar för barn och unga handlar om en omfattande verksamhet som kräver personalresurser och kompetens, och som välfärdsområdena inte ännu har tillräcklig beredskap för till alla delar. Det finns flera alternativ för att genomföra en reglering som träder i kraft stegvis. Bestämmelser som träder i kraft stegvis kan utfärdas i lagstiftningen, där garantin i det första skedet till exempel skulle gälla små barn och stegvis de äldre åldersgrupperna.

Det kan även fastställas i lagstiftningen att psykosociala korttidsinterventioner som har visat sig vara effektiva tas i bruk i det första skedet, och att egentliga korttidspsykoterapier tas i bruk i det andra skedet, till exempel från början av 2027. Korttidspsykoterapierna införs i lagstiftningen senare, eftersom det råder en betydande brist på psykoterapeuter. Åtgärderna för att främja tillgången på psykoterapeuter som genomförs under regeringsperioden ger resultat först efter flera år. I en undersökning som baserade sig på materialet för 2018 och 2019 konstaterades det att i fråga om korta köptjänstpsykoterapier inom HUS-området inledde 20 procent av patienterna psykoterapi inom cirka en månad efter att remiss skrivits ut och hälften inom cirka tre månader från remissen. I undersökningen konstateras att det kan anses vara skäligt att få vård inom tre månader när det gäller korttidspsykoterapi.⁵⁸

Ett stegvis ikraftträdande kan också gälla maximitiderna för när vården och stödet inleds. I detta genomförandeanternativ ska alla interventionsformer vara tillgängliga genast år 2025, men maximitiden för att få vård skulle först vara till exempel tre månader och sedan en månad från början av 2027. Ovan angivna genomförandesätt tillgodoser dock inte fullt ut det akuta behov som identifieras inom mentalvårdsarbetet på basnivå.

Som ett genomförandeanternativ för ett stegvist ikraftträdande övervägdes även en lösning där statusen för psykosociala metoder med en evidensbaserad effekt fastställs i lagstiftningen på andra sätt än genom en maximitid för påbörjande av vård och stöd. I detta genomförandeanternativ skulle det föreskrivas i lag om en nationell aktör som kan fastställa vilka psykosociala metoder för barn och unga som tas i bruk nationellt. Genom lagstiftningen skulle ett nationellt organ fastställas som tillsynsmyndighet för genomförandet av garantin. Organet skulle bland annat ha som uppgift att bedöma metoderna och säkerställa att ibruktagningsplanerna lyckas. Metoderna införs stegvis och skede för skede i servicesystemet.

I det första skedet skulle lagstiftningen kunna omfatta de viktigaste psykiska problemen hos barn och unga. Nationellt skulle valet av metod basera sig på att metoden redan används, lämpar sig för servicesystemet och har en evidensbaserad effekt. Det första skedet skulle samtidigt fungera som pilotprojekt för det fortsatta genomförandet av garantin och utvidgningen av lagstiftningen till andra metoder. Enligt denna genomförandemodell ges en utvald nationell aktör en ny lagstadgad uppgift, enligt vilken denne fungerar som genomförare och samordnare av den nationella uppföljningen av garantin. THL följer på nationell nivå upp hur utbildningen om de valda metoderna framskrider, behovet av dem och tillgången på jämlika tjänster.

Problemet med modellen med en särskilt lagstadgad nationell aktör är att användningen av de psykosociala metoderna styrs på ett sätt som avviker från den övriga social- och hälsovården. Lösningen har även samband med skrivningar i regeringsprogrammet, vars genomförande framskrider först senare under regeringsperioden. I regeringsprogrammet ingår en skrivning

⁵⁸ [Lyhyeen ostopalvelupsykoterapiaan ohjattujen potilaiden hoitoon pääsyn kesto \(duodecimlehti.fi\)](#)

enligt vilken det ska föreskrivas om principerna för vilka tjänster och metoder som ska ingå i den offentliga social- och hälsovårdens tjänsteutbud i syfte att främja verkningsfulla och jämlika tjänster. Dessutom utreds möjligheten att föreskriva om en nationell aktör som har behörighet att på ett bindande sätt fastställa vilka metoder och tjänster som ska eller inte ska ingå i tjänsteutbudet. Denna skrivning kommer även att påverka genomförandet av den föreslagna lagstiftningen efter några år. I beredningen bedömdes det vara motiverat att även uppgifter och lösningar som gäller mentalvårdstjänster för barn och unga struktureras inom denna beredning.

5.1.4 Förbättring av tillgången till psykosociala metoder som utvecklingsarbete

Det krävs inte alltid ändringar i lagstiftningen för att förbättra tjänster. I stället för åtgärder som anknyter till lagstiftningen kan man fortsätta förbättra mentalvårdstjänsterna för barn och unga som en utvecklingsåtgärd för servicesystemet genom att ytterligare stödja införandet av psykosociala metoder. På grundval av internationella erfarenheter behövs det i praktiken ett kontinuum av åtgärder som sträcker sig minst över två regeringsperioder för att komma från nuläget till det målsatta läget. Servicesystemet och de anställda som arbetar där behöver tid för att ta till sig nya metoder, och etablera och genomföra dem på ett effektivt sätt.

Social- och hälsovårdsministeriet bedömde 2023 i en promemoria till riksdagen om psykosociala metoder att det tar flera år att öka vårdkapaciteten så att den är tillräcklig. I promemorian ansågs det att tiden för lagstiftningsändringar, om sådana görs, är först när det utbildats tillräckligt med yrkeskunniga personer för att ge vård. Det ansågs med andra ord inte nödvändigt eller möjligt att på kort sikt göra ändringar i lagstiftningen om vårdgaranti.⁵⁹

Om målet är att förbättra mentalvårdstjänsterna på basnivå för barn och unga i större utsträckning kan ett alternativt genomförandesätt även vara en starkare totalreglering om skyldigheten att ordna i synnerhet mentalvårdstjänster som tillgodoser barns och ungas behov och kraftigt styra ett riksomfattande förenhetligande av dem exempelvis enligt den modell THL framfört. Enligt modellen integreras elev- och studerandevården till en del av primärvården och den specialiserade sjukvårdens stegvisa helhet och gör samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården smidigare.⁶⁰ I enlighet med regeringsprogrammet vill man dock stärka mentalvårdstjänsterna för barn och unga genom att säkerställa rättidig tillgång på basnivå till korttidspsykoterapi och andra psykosociala behandlingar som konstaterats vara effektiva. Ovan angivna åtgärder skulle således inte ha motsvarat regeringens vilja.

5.1.5 Lagtekniska alternativ för genomförande

Under beredningen granskades ett flertal olika lagtekniska genomförandesätt och regleringsformer för den föreslagna regleringen av terapigarantin för barn och unga.

Hälso- och sjukvårdslagen

Under beredningen diskuterades det om en ändring behöver föreslås i 27 § om mentalvård i hälso- och sjukvårdslagen. Eftersom paragrafen gäller mentalvårdsprinciper för hela befolkningen ansågs det inte vara motiverat att utfärda bestämmelser om innehållet i mentalvården enbart för barn och unga. Korttidspsykoterapier och andra psykosociala

⁵⁹ [STM 2023](#) Psykososiaalisten menetelmien käsittelyiden täsmäntämistarpeet, niihin kuuluvien hoitomuotojen käyttö ja toteutus sekä toimenpiteet niiden saatavuuden turvaamiseksi

⁶⁰ Aalto-Setälä t, Huikko E, Peltola K: Vaikuttavimmat mielenterveyspalvelut lapsille ja nuorille- toimenpidesuositus. Päätöksen tueksi 4/2023. THL 2024.

behandlingar hör till serviceutbudet för hela befolkningen oavsett ålder, enligt den gällande paragrafen och den lösning som övervägdes kunde för sin del ha försvårat tolkningen av lagstiftningen. I fråga om barn och unga under 23 år är avsikten att föreslå specialbestämmelser enbart om maximitiden för att få vård, varför det ansågs motiverat att göra ändringar i 6 kap. om att få vård i hälso- och sjukvårdslagen.

Socialvårdslagen

I fråga om socialvårdslagen diskuterades det om regleringen ska föreslås i 25 § om mentalvårdsarbete eller i 25 a § om service inom mentalvårdsarbete i socialvårdslagen. Bestämmelserna om mentalvårdsarbete enligt 25 § beskriver mentalvårdsarbetet inom socialvården som helhet och 25 a § används när förvaltningsbeslut fattas i synnerhet om riktade tjänster på grund av stödbehov som följer av att den psykiska funktionsförmågan har försämrats. Under beredningen diskuterades det om de psykosociala interventioner som omfattas av garantin för socialvårdens del ska anses ingå i sådan allmän socialservice som avses i 14 §, till exempel kuratorstjänster inom elev- och studerandevården, uppfostrings- och familjerådgivning eller socialhandledning, i enlighet med 25 § om mentalvårdsarbete eller om de ska anses utgöra en separat service inom mentalvårdsarbetet som det föreskrivs om i 25 a §.

Genom övervägande kom man fram till att de psykosociala interventioner som omfattas av garantin ska ses som en separat service inom mentalvårdsarbetet, så att tidsfristen på en månad för verkställande av beslut om dessa, som avviker från andra socialservice, tydligt kan särskiljas. Om psykosociala interventionen skulle ingå i ovan nämnda socialservice skulle det vara oklart ur barnens, ungdomarnas och familjernas synvinkel när de är berättigade till snabbare verkställighet av beslut än inom annan socialservice.

I samband med detta diskuterades även om man i fråga om den föreslagna lagstiftningen ska avvika från bestämmelserna i 45 § 1 mom. i socialvårdslagen, enligt vilka klienten har rätt att få ett skriftligt beslut om ordnandet av socialservicen. Det är känt att servicebeslut inte fattas om all socialservice inom välfärdsområdena i nuläget. I beredningen bedömdes det vara motiverat med en skyldighet att fatta beslut framför allt angående den socialservice där det fastställs en genomförandetid för beslutet som avviker från annan service. Det att ett beslut fattas om service inom mentalvårdsarbete ansågs inte heller medföra problem för klienten att kunna omfattas av stödet, utan beslutet innebär snarare att klienten inom socialvården får information om sina rättigheter och innehållet i det stöd som konstaterats vara behövligt.

Definition av psykosociala interventioner

Under beredningen diskuterades det hur de psykosociala interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen ska och kan definieras med en tillräcklig noggrannhet och exakthet i lagen, så att bestämmelsen tolkas på ett enhetligt sätt. Den föreslagna regleringen bör säkerställa en tillräcklig autonomi för områdena i beslutsfattandet om genomförandet av terapigarantin. En för detaljerad reglering kan också leda till upprepade behov av lagändringar i takt med att metoderna utvecklas och diversifieras.

Enligt regeringsprogrammet avgränsas detta till "korttidspsykoterapi eller annan effektiv psykosocial behandling". Med tanke på tillämpningen av lagstiftningen ansågs definitionen av psykosocial behandling eller psykosocial behandling som konstaterats vara effektiv inte vara tillräckligt exakt och avgränsad. Helheten och spektrumet av psykosociala metoder/behandlingar är mycket brett. Det omfattar till exempel egenvård och icke-strukturerat psykosocialt stöd, och begreppen är inte helt etablerade varken i Finland eller internationellt. På

grund av ovan nämnda omständigheter ansågs det nödvändigt att i formuleringen av bestämmelsen lägga till preciserande begrepp om strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling. I definitionen utnyttjades social- och hälsovårdsministeriets promemoria VN/576/2023 till riksdagen.⁶¹ Formuleringen ur psykoterapin härledd psykosocial behandling som var ute på remiss ansågs fortfarande oklar i remissyttrandena och definitionen preciserades ännu i den fortsatta beredningen.

Skyldigheter för ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus

I beredningen diskuterades också behovet av att precisera 4 § i centraliseringsförordningen som styr verksamheten inom den specialiserade sjukvården och som gäller planeringen och samordningen av den regionala helheten. Enligt den gällande regleringen ska de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ha hand om utvärdering av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem (4 § 1 mom. 6 punkten). I beredningen konstaterades det att denna uppgift inte behöver ändras enkom för helheten av psykosociala metoder för barn och unga inom social- och hälsovården. Om ändringar föreslås i denna uppgift ska besluten gälla hela befolkningen.

Universitetssjukhusens uppgift anknyter till samarbetet inom hälso- och sjukvården och stödjandet av kompetensen inom primärvården samt till upprätthållande av ett metodurval för psykosociala behandlingar som är regionalt enhetligt och jämlikt tillgängligt, och det är inte motiverat att anvisa uppgifter som hör till socialvården till hälso- och sjukvården och universitetssjukhusen. Därför ansågs det motiverat att avtala om det regionala införandet av psykosociala metoder som omfattas av garantin i välfärdsområdenas samarbetsavtal, där man enligt 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska avtala om de regionala principerna vid ibruktage, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för dessa. Preciserande bestämmelser föreslås därför i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av välfärdsområdenas samarbetsavtal som utfärdats med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Under beredningen diskuterades också en komplettering av 4 § 6 punkten i centraliseringsförordningen så att utvärdering av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem ska genomföras i nationellt samarbete. Samarbetet ansågs dock genomföras mellan de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus utan att förordningen ändras. I beredningen beaktades också att regeringen har inlett en granskning av arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården på grundval av regeringsprogrammet och besluten från ramförhandlingarna våren 2024. I denna granskning kommer man också att bedöma innehållet i centraliseringsförordningen samt arbetsfördelningen både för samarbetsområdena och på nationell nivå.

En större reform av servicelagstiftningen

I början av beredningen diskuterades det om regleringen av en terapigaranti för barn och unga borde ha gjorts som en del av den mer omfattande reformen av hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen och barnskyddslagstiftningen enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering. Då hade man kunnat bedöma servicesystemet för barn, unga och familjer

⁶¹ [Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet](#)

och dess uppgifter som en helhet. På grund av tidsplanen var det nödvändigt att avstå från detta genomförandesätt.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

Den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga har i hög grad identifierats även i andra länder, men motsvarande lagstiftningsreformer som terapigarantin för barn och unga är inte kända. Andra länders verksamhetspolitik för att stärka barns och ungas psykiska hälsa handlar till exempel om åtgärder som förbättrar kompetensen hos de yrkesutbildade personer som möter barn och unga, åtgärder för att stärka samarbetet mellan de yrkesutbildade personerna samt att sänka tröskeln för att få hjälp genom att utveckla lågtröskeltjänster, skol- och studerandehälsovården och elektroniska tjänster. Skolornas och läroanstalternas samt organisationernas roll identifieras som en central delfaktor i reformerna i flera länder. Beträffande åtgärderna i andra länder kan man konstatera att lösningarna huvudsakligen är enhetliga med de åtgärder som vidtagits i Finland och med den föreslagna lagstiftningen, även om sättet att ordna tjänsterna och ansvarsfördelningen varierar. Utmaningarna med det sektorsövergripande samarbetet samt byggandet av smidiga servicestigar identifieras även i andra länder som en central fråga att lösa.

5.2.1 Norden

I alla nordiska länder har det väckts oro om de ökade problemen med barns och ungas psykiska hälsa, och man har även varit bekymrad över medikaliseringen av fenomenet. På ministermötet ”Nordic Summit on Mental Health” som hölls på Island 23.3.2023 framhövdes behovet av att ta i bruk effektiva metoder inom mentalvårdsarbetet som inte kräver en sjukdomsdiagnos. Utvecklingsåtgärder rörande barns och ungas psykiska hälsa har främst vidtagits inom projekt, program och strategier, och inte så mycket som lagstiftningsreformer.

Sverige

I Sverige utarbetades en nationell strategi för psykisk hälsa för åren 2016–2020. Avsikten med strategin var att skapa förhållanden för ett långsiktigt strategiskt arbete i syfte att främja psykisk hälsa, förebygga psykiska problem, stärka tidig identifiering och interventioner samt utveckla innehållet i vården.

För barn och unga har man utvecklat verksamhet som strävar efter att bemöta lindriga och medelsvåra psykiska problem i ett tidigt skede. Åren 2017–2023 genomförde Socialstyrelsen och Skolverket ett nationellt program. Det centrala temat var tidiga och samordnade insatser⁶², där personalen i skolor, hälso- och sjukvården och socialservicen samarbetar planenligt och erbjuder tidigt stöd, där barnens och familjernas behov granskas som helhet. I detta utvecklingsarbete har bland annat ingått interventioner för att handleda föräldrar och tidigt stöd vid ångestsymtom och affektiva symtom. En del av regionerna och kommunerna har fastställt detta arbete inom skol- och studerandehälsovården, en del inom den övriga hälso- och sjukvården.⁶³

⁶² [Kunskapsguiden TSI](#)

⁶³ [Kunskapsguiden Förstärkt första linje](#)

Norge

Norges storting har fastställt en verksamhetsplan för barns och ungas psykiska hälsa (Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse) för åren 2019–2024).⁶⁴ Planen utarbetades i ett omfattande förvaltningsövergripande samarbete mellan alla ministerier, och den innehåller både hälsofrämjande och förebyggande och terapeutiska åtgärder. I Norge har man dessutom redan tidigare utarbetat en mer omfattande nationell strategi för psykisk hälsa.⁶⁵

I åtgärdsprogrammet som gäller barn och unga ingår en nationell och förvaltningsövergripande anvisning om mentalvårdsarbetet, vars syfte är att förtydliga och ge rekommendationer om ansvarsfördelningen och samarbetet mellan tjänsterna, sektorerna och verksamhetsnivåerna och deras uppgifter. I kommunerna har man fastställt mentalvårdstjänster med låg tröskel, och ytterligare resurser har allokerats till skol- och studerandehälsovården. I Norge har man även diskuterat vilken roll skol- och studerandehälsovården ska ha i vården av psykiska störningar hos barn och unga, och om man genom att ändra ansvarsfördelningen kan främja vårdens tillgänglighet och en effektiv användning av resurserna.

Danmark

I Danmark utarbetades 2022 en tioårsplan för stärkande av psykisk hälsa.⁶⁶ Ett centralt mål i den är att förbättra mentalvårdstjänsterna med låg tröskel för barn och unga. I Danmark har man betonat en ökad användning av evidensbaserade metoder. Detta mål har främjats till exempel genom kvalitetsgrupper inom psykiatrin som har som mål att medverka till att evidensbaserade metoder sprids och att kvaliteten på vården förbättras. Dessutom utvecklas och sprids en verksamhetsmodell där interventioner som baserar sig på kognitiv beteendeterapi genomförs.⁶⁷ Det har även konstaterats ett behov av att öka samarbetet mellan tjänsterna för barn och unga.

5.2.2 Storbritannien

I de reformer som genomförts i Storbritannien har man främst koncentrerat sig på att utvidga tillgången till stöd i skolmiljön samt inom de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna National Health Service (NHS). I Storbritannien inleddes år 2008 det nationella programmet Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), vars mål har varit att förbättra tillgången till evidensbaserade vårdmetoder för depression och ångest och deras tillgänglighet för hela befolkningen. Arbetskraft som saknar yrkesutbildning inom social- eller hälsovården har utbildats till regionala enheter som tillhandahåller mentalvårdstjänster och även till skolor och läroanstalter. Denna personal genomför strukturerade vårdprogram i enlighet med nationella rekommendationer. De som konstateras behöva mer intensiv hjälp hänvisas till vård som ges av yrkesutbildade personer inom mentalvård.

Många program och utredningar, såsom Future in Mind (2015), Five Year Forward View for Mental Health (2016), Transforming Children and Young People's Mental Health provision green paper (2018) och NHS Long Term Plan (2019) har framhävt behovet av att öka tillgången till stöd för barns och ungas psykiska hälsa. I IAPT-programmet konstateras det att yrkesutbildade personer som fått en snävare utbildning, såsom skolgångsbiträden och hälsovårdare, har nått lika goda resultat med barn och unga genom att använda strukturerade

⁶⁴ [Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse \(2019–2024\)](#)

⁶⁵ [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\)](#)

⁶⁶ [Sundhetsministeriet 2022](#)

⁶⁷ [Healthcare Denmark 2023](#)

interventioner som terapeuter med en längre utbildning. Det finns även osäkerhetsfaktorer i anknytning till undersökningarna.⁶⁸

Skolmiljön har identifierats som en central faktor i identifieringen av riskgrupper och i tillhandahållandet av tidiga interventioner. NHS och undervisningsväsendet har i samarbete tillsatt stödgrupper för psykisk hälsa (Mental Health Support Teams) som verkar i skolorna och som erbjuder evidensbaserade interventioner för lindriga eller medelsvåra psykiska störningar och stöder servicestigarna inom mentalvårdsarbetet. Till skolor och läroanstalter har man dessutom anställt personer med uppgift att stödja mentalvårdsarbetet som inkluderar hela skolgemenskapen och utföra psykosociala interventioner (Education mental health practitioners).⁶⁹

6 Remissyttranden

6.1 Remissyttranden

Det finska utkastet till regeringsproposition var ute på remiss 29.4–9.6.2024 och det svenska utkastet 8.5–18.6.2024. Totalt sändes utkastet på remiss till 391 instanser. Dessutom hade alla som ville möjlighet att lämna sitt utlåtande i tjänsten Utlåtande.fi eller genom att lämna in utlåtandet till social- och hälsovårdsministeriet per e-post eller brev.

Sammanlagt 101 utlåtanden gavs om utkastet till regeringspropositionen under remisstiden. Utlåtandet gavs av Suomen Fysioterapeutit - Finlands Fysioterapeuter ry, inrikesministeriet, Birkalands välfärdsområde, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Finlands studentkårsförbund (FSF), Klient- och patientsäkerhetscentret, justitieministeriet, Suomen koulu- ja opiskeluterveyden yhdistys Skooppi ry, Finlands talterapeutförbund rf, Östra Nylands välfärdsområde, undervisnings- och kulturministeriet, finansministeriet, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde, Mellersta Nylands välfärdsområde, EFPP Suomen kansallinen verkosto ry, Suomen Opiskelija-Allianssi - Osku ry, Människorättscentret, Suomen psykologiliitto ry, Valvira, Helsingfors universitet, Centralförbundet för barnskydd rf, Talentia, Förebyggande rusmedelsarbete EHYT rf, Nuoret lesket ry, Kajanalands välfärdsområde, Institutet för hälsa och välfärd THL, Akava ry, Finlands gymnasistförbund rf SLL, Åbo universitet, Finlands närvårdar- och primärskötarförbund Su-Per rf, Finlands föräldraförbund rf, Finlands studerandekårens förbund SAMOK rf, Studenternas hälsovårdsstiftelse SHVS, Södra Savolax välfärdsområde, Finlands Yrkesstuderandes Förbund - SAKKI rf, Tehy rf, Mellersta Finlands välfärdsområde, Mannerheims barnskyddsförbund rf, Folkpensionsanstalten, Österbottens välfärdsområde, Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL rf, Västra Nylands välfärdsområde, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, Barnombudsmannen, Handikappforum rf, gemensamt utlåtande från regionförvaltningsverken i Västra och Inre Finland, Södra Finland, Sydvästra Finland, Östra Finland, Norra Finland och Lappland, Jyväskylä universitet, ADHD-förbundet rf, Teuva kommun, Norra Österbottens välfärdsområde, Vanda och Kervo välfärdsområde, forskningskonsortiet IMAGINE, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Självständighetsjubileets barnstiftelse sr – Itla/Kasvun tuki, Ungdomssektorns takorganisation i Finland Allians rf, Kotka stad, Nätverket för psykisk hälsa (Mielenterveyspooli), Nyyti ry, Finlands Ungdomsfullmäktiges Förbund rf, Fakulteten för medicin och hälsoteknik vid Tammerfors universitet, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt HUS, Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami, Lapplands välfärdsområde, Finlands ungdomspsykiatriska förening rf, Finlands Hälsovårdarförbund FHVF rf, Nuorten

⁶⁸ [Pilling ym. 2020](#)

⁶⁹ [NHS](#)

mielenterveysseura – Yeesi ry, Skolkuratorer rf, Pelkosenniemi kommun, Fakulteten för samhällsvetenskaper vid Tammerfors universitet, Suomen Psykiatriyhdistys - Psykiaterföreningen i Finland ry, Into – etsivä nuorisotyö ja työpajatoiminta ry, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys - Barnpsykiaterföreningen i Finland ry, Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Ratkes ry, Tammerfors universitets verksamhetsmodell Första linjens terapier, MIELI Psykisk hälsa Finland rf, Centralförbundet för mental hälsa rf, Jyväskylä stad, Migrationsverket, riksdagens justitieombudsman, sametinget, Rädda Barnen rf, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, HUS-sammanslutningen, Södra Karelens välfärdsområde, Norra Savolax välfärdsområde, Helsingfors stad, Helsingfors universitets studentkår, Kuusamo stad, Egentliga Finlands välfärdsområde, Svenska Finlands folkting, Finlands Svenska Skolungdomsförbund FSS rf, SOS-barnbyn, Psykosociala förbundet rf, Suomen Kuntoutusyritysjät ry, Diakonisanstalten, Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE, Invalidförbundet rf, Suomen Yleislääkärit - Allmänläkare i Finland - GPF ry samt två privatpersoner. Dessutom meddelade arbets- och näringsministeriet och Ålands landskapsstyrelse att de inte har något att yttra i ärendet. Justitiekanslern i statsrådet lämnade inte i samband med remissbehandlingen något utlåtande om utkastet till proposition, men tog propositionen till förhandsgranskning.

I utlåtandena ansågs propositionens syfte att stärka tillgången till tidigt stöd och vård för barns och ungas psykiska hälsa inom tjänsterna på basnivå kunna understödjas. Propositionen ansågs dock inte vara tillräckligt övergripande och strukturerna i servicesystemet ansågs inte vara en tillräckligt förtydligande lösning för att stödja barns och ungas psykiska hälsa. Flera organisationer föreslog att åldersgränsen för den befolkning som omfattas av den föreslagna lagstiftningen ska höjas från 23 år till 29 år enligt ungdomslagen. Justitieministeriet och riksdagens justitieombudsman ansåg dock i sina utlåtanden att det i propositionsutkastet hade lagts fram godtagbara grunder för åldersgränsen på 23 år samt för olika behandling av barn och unga i förhållande till den övriga befolkningen.

Propositionen ansågs stärka kvaliteten på mentalvårdstjänsterna för barn och unga. Det gavs också kritisk respons om helheten av vård och stöd som omfattas av garantin. Korttidspsykoterapier och evidensbaserade strukturerade och tidsbegränsade psykosociala metoder ansågs vara en alltför smal helhet för att stödja barns och ungas individuella och mångfaldiga behov. Dessutom uttrycktes oro över att det inte har utvecklats strukturerade och tidsbegränsade psykosociala metoder för alla psykiska störningar som primärvården ansvarar för. Remissinstanserna betonade vikten av en högklassig och övergripande bedömning för att barn, unga och familjer ska hänvisas till individuellt stöd och hjälp som motsvarar deras vårdbehov.

De föreslagna ordalydelserna i 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och i 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen upplevdes som svårtydliga. En del av remissinstanserna föreslog att bestämmelsens ordalydelse borde vara mer allmän och omfatta alla psykosociala behandlingar eller all mentalvård. Samtidigt betonade särskilt laglighetsövervakarna i sina utlåtanden principen om att lagstiftningen är noggrant avgränsad och behovet av att tydligare fastställa, antingen i lagen eller i specialmotiveringarna, vilka psykosociala behandlingar och arbetsmetoder som omfattas av den föreslagna lagstiftningen. I den fortsatta beredningen av propositionen försökte man precisera såväl bestämmelsernas ordalydelse som specialmotiveringarna.

Den föreslagna maximitiden på en månad ansågs i huvudsak motsvara barns och ungas behov i fråga om längden. Barnombudsmannen ansåg att det var viktigt att föreskriva en maximitid för att få vård, men ansåg att den föreslagna tiden var lång. En del av välfärdsområdena kritiserade införandet av den nya lagstadgade maximitiden. Enligt THL är lagstadgade maximitider inte ett

fungerande genomförandesätt som tryggar barnets och den ungas bästa. Finansministeriet bedömde att de tidsfrister som fastställs för en enskild tjänst kan ha skadliga styreffekter med tanke på servicesystemet som helhet. I remissyttrandena konstaterades det att maximitiderna enligt propositionen kommer att fastställas enligt olika principer i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen. Bland annat THL, barnombudsmannen och en del av välfärdsområdena lyfte fram att principerna bör harmoniseras. I den fortsatta beredningen av propositionen ändrades de föreslagna bestämmelserna i 45 § i socialvårdslagen på grundval av responserna.

I utlåtandena ansågs det i huvudsak positivt att interventioner som omfattas av den föreslagna lagstiftningen ska kunna ges inom både social- och hälsovården. På så sätt kan man tillgodose behoven av vård och stöd för psykisk hälsa hos barn och unga i olika åldrar. Finansministeriet ansåg dock att socialservicen hade införts i den föreslagna regleringen vid sidan av primärvården, avvikande från den ursprungliga skrivningen i regeringsprogrammet och det anslag man hade räknat med.

Välfärdsområdena betonade att det är viktigt att säkerställa tillräckliga resurser för genomförandet baserat på realistiska kostnadsberäkningar. En möjlig negativ effekt av lagstiftningen ansågs vara att den styr servicesystemets verksamhet så att den fokuserar alltför mycket på psykosociala metoder och på grund av detta eventuellt kan leda till att oändamålsenlig användning av köptjänster ökar, särskilt vad gäller korttidspsykoterapier. Dessutom ansågs det administrativa arbetet inom socialvården öka i onödan på grund av det beslut som ska fattas om mentalvårdstjänster. Barnombudsmannen ansåg att olikheterna i rättsskyddsmetoderna inom social- och hälsovården var problematiska, eftersom patienten i hälso- och sjukvården inte får något överklagbart beslut såsom i socialvården. Barnombudsmannen föreslog att principerna förenhetligas så att beslut fattas om vården även inom hälso- och sjukvården.

I fråga om tillämpningen av lagstiftningen framförde man i utlåtandena behov av att förtydliga arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården och även att säkerställa separata uppgifter inom den förebyggande hälsovården och den öppna sjukvården. En del välfärdsområden uttryckte oro över att den föreslagna lagstiftningen kan leda till att den förebyggande hälso- och sjukvårdens fokus flyttas mot korrigering av individuellt arbete. Undervisnings- och kulturministeriet betonade att genomförandet av mentalvårdstjänster inte är en lagstadgad uppgift för elev- och studerandevården. Det nationella stödet för genomförandet och tillämpningen av lagstiftningen ansågs mycket viktigt och satsningar på detta önskades.

Välfärdsområdena ansåg inte till alla delar att samarbetsområdes- och samarbetsavtalsnivån var tillräcklig för att avtala om införandet av psykosociala metoder, utan önskade även nationella lösningar. Samtidigt såg områdena ett behov av att koncentrera bedömningen av psykosociala metoder och upprätthållandet av kompetensen. Man önskade också möjligheter att göra lokala lösningar. Både organisationerna och välfärdsområdena betonade behovet av att fastställa utbudet av psykosociala metoder för barn och unga på nationell nivå på ett mer styrande sätt än för närvarande för att stärka den nationella jämlikheten. Det ansågs också nödvändigt med en aktör som koordinerar införandet av psykosociala metoder som helhet. I detta sammanhang presenterades flera olika lösningar.

Till exempel Suomen Psykiatriyhdistys - Psykiaterföreningen i Finland ry, HUS och Mieli ry föreslog att det bör infogas bestämmelser om ett nationellt kompetenscentrum för mentalvårdstjänster i centraliseringsförordningen som styr verksamheten inom välfärdsområden som upprätthåller ett universitetssjukhus och att även uppgifterna för de välfärdsområden som upprätthåller universitetssjukhus ska fastställas. Av välfärdsområdena betonade Mellersta Nyland, Norra Österbotten, Lappland och Mellersta Österbotten att man ska

grunda kompetenscentrum för psykosociala metoder vid universitetssjukhusen och trygga finansieringen av dem. Samtidigt ansåg Helsingfors stad inte att det är ändamålsenligt att fastställa ett nationellt kompetenscentrum eller universitetssjukhusets styrande roll. Itla föreslog att en nationell expertgrupp för interventions- och implementeringskompetens tillsätts.

En del av remissinstanserna ansåg det vara nödvändigt att en oberoende nationell aktör arrangerar samordningen och samarbetet mellan samarbetsområdena. THL såg ett behov av en nationell aktör för att samordna bedömningen av lämpligheten och effektiviteten hos de psykosociala metoder som används inom social- och hälsovården tillsammans med välfärdsområdena, universitetsklinikerna, universiteten och andra aktörer. THL föreslog att varje metodhelhet skulle kunna koordineras av ett visst kompetenscentrum och att ansvaret skulle kunna fördelas mellan universitetssjukhusen. Även stärkandet av universitetens och högskolornas roll vad gäller utbildning i psykosociala metoder lyftes fram som ett utvecklingsbehov. Undervisnings- och kulturministeriet uppmärksammade att det inte har föreslagits någon förpliktande bestämmelse om den utbildning och ställning som yrkesutbildad person som krävs för att utföra psykosociala metoder och att välfärdsområdenas roll är betydande i kvalitetssäkringen av fortbildningen.

I utlåtandena framfördes också den belastade situationen för servicesystemet och de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården samt utmaningarna med att verkställa den föreslagna lagstiftningen enligt den planerade tidsplanen. Av de 18 välfärdsområden som lämnat in utlåtanden konstaterade 14 att tidsplanen för lagstiftningens ikraftträdande är utmanande, eftersom det ännu inte finns tillräckligt med experter på psykosociala metoder. Samma ståndpunkt framfördes även av SHVS, Valvira och finansministeriet. En enhetlig ståndpunkt var att lagens ikraftträdande bör skjutas upp åtminstone till början av år 2026 och att den finansiering som anvisats i lagstiftningen före detta ska användas för regionalt berednings- och utvecklingsarbete. THL föreslog ett stegvis ikraftträdande av lagen med fokus på några psykosociala metoder.

6.1.1 Fortsatt beredning

På basis av remissyttrandena kompletterades valet av psykosociala metoder och tillhörande nationell styrning, kostnaderna för införande av informationssystem och metoder samt konsekvensbedömningarna och specialmotiveringarna som gäller tillgången på personal i regeringspropositionen. Även rollen för mentalvårdsarbetet inom socialvården i förhållande till den mentalvård som hälso- och sjukvården ansvarar för preciserades. I konsekvensbedömningarna förtydligades att socialvårdens andel inte utvidgar den grupp barn och unga som den föreslagna lagstiftningen avses gälla på grundval av skrivningen i regeringsprogrammet. Ändringarna i socialvårdslagen avses däremot göra det möjligt att till fullo utnyttja alla de yrkesgrupper som redan har utbildats till experter i psykosociala metoder. Förebyggande av psykiska störningar är en gemensam lagstadgad uppgift för social- och hälsovården.

I remissyttrandena föreslogs en utvidgning av helheten av behandlingar och stödformer som omfattas av garantin. Samtidigt betonades det dock att man inte kan föra in för många metoder på fältet på en gång. Av erfarenhet vet vi att det tar flera år att införa en enskild metod i servicesystemet. I propositionen har man på grundval av skrivningen i regeringsprogrammet utgått från de metoder som redan har tagits i bruk och som har visat sig vara effektiva. Målet är att man genom terapigarantin på ett effektivt sätt ska kunna bemöta utmaningarna som gäller den psykiska hälsan, och det kommer att följas upp noggrant hur man lyckas. Helheten av de behandlingar och stödformer som omfattas av garantin har inte utökats på basis av utlåtandena, men det är uppenbart att nya metoder kommer att tas i bruk i fortsättningen i takt med att

metoderna utvecklas och evidensen ökar. Den gällande regleringen i 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen garanterar redan nu tillgång till vård inom högst 14 dygn. Den lagstiftning som kompletterar denna reglering bör beskriva så exakt som möjligt, för vilka behandlingar det ska föreskrivas om en separat tidsfrist för tillgång till vård.

Den föreslagna 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen ändrades på grundval av remissyttrandena vad gäller definitionen av psykosociala interventioner som omfattas av lagstiftningen. Ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling ändrades till strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion för att bättre beskriva de psykosociala metodernas egenskaper. Definitionen psykologisk interaktion används också i tjänsteutbudsrådets rekommendation ”Psykoterapier och övriga psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder vid behandling av psykisk ohälsa och missbruksproblem (på finska)”.

Inga andra preciserande ändringar eller tillägg har gjorts i bestämmelserna, eftersom det inte är möjligt att på författningsnivå uttömma och aktuellt räkna upp vilka metoder som omfattas av garantin. Regleringen av mentalvården eller mentalvårdsarbetet är också principiellt allmängiltig. I specialmotiveringarna preciserades processen för införandet av psykosociala metoder och de olika aktörernas roller på samarbetsområdesnivå i valet av metoder. När det gäller språkliga rättigheter preciserades det i propositionen att samarbetsavtalet mellan tvåspråkiga områden ska samordnas med samarbetsområdets avtal.

I remissyttrandena föreslogs flera olika lösningar för verksamheten och samordningen av psykosociala metoder på nationell nivå. I den fortsatta beredningen, som en del av den nationella servicereformen, utreds olika alternativ och man strävar efter att identifiera deras beröringspunkter till det övriga utvecklings- och lagstiftningsarbetet under regeringsperioden. Dessa är till exempel beredningen av principerna för inkludering och inriktning av tjänster och metoder inom den offentliga social- och hälsovården samt uppdateringen av centraliseringsförordningen som gäller universitetssjukhusens verksamhet. I den fortsatta beredningen utreds det dessutom om det är möjligt att utarbeta en nationell rekommendation om psykosociala metoder för barn och unga som stöd för genomförandet av lagstiftningen. I fråga om den föreslagna lagstiftningen gjordes inga ändringar i tidsplanen för ikraftträdandet.

Remissinstanserna tillfrågades också om hur regeringens beslut under ramförhandlingarna våren 2024, om att lätta på maximitiden för tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården från 14 dygn till tre månader, påverkar genomförandet av den föreslagna lagstiftningen. Förlängningen av maximitiden för tillgång till vård ansågs äventyra förverkligandet av målen med den föreslagna lagstiftningen. Under remissbehandlingen av detta förslag beslutade regeringen således att de nuvarande bestämmelserna om tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården för barn och unga under 23 år ska bevaras i sin helhet, och utkastet till regeringsproposition om detta var ute på remiss till och med 9.8.2024. Avsikten är att propositionen om tillgången till vård inom primärvården ska överlämnas till riksdagen inom tidtabellen för budgetlagen i september 2024, och ändringarna föreslås träda i kraft 1.1.2025.

Efter remissbehandlingen observerades det att det fanns en motstridighet i 11 § i lagen om studerandehälsovård angående sammansättningen av delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande som har blivit kvar i samband med de ändringar som gjordes genom social- och hälsovårdsreformen. Därför föreslås det att 11 § i lagen och statsrådets förordning om delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande ändras i samband med denna regeringsproposition. De föreslagna ändringarna påverkar inte terapigarantin för barn och unga. Den föreslagna ändringen i delegationens representation gäller Finlands Kommunförbund och

Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, som har hörts separat om den föreslagna författningsändringen.

Ett sammandrag av remissvaren publiceras i den offentliga tjänsten med projektnummer STM083:00/2023 <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM083:00/2023>.

6.2 Utlåtande av rådet för bedömning av lagstiftningen

Rådet för bedömning av lagstiftningen gav sitt utlåtande om utkastet till regeringsproposition den 12 augusti 2024. Rådet ansåg att utkastet till regeringsproposition följer anvisningarna om konsekvensbedömning vid lagberedning på ett nöjaktigt sätt. Rådet rekommenderade att utkastet till proposition korrigeras i enlighet med rådets utlåtande innan regeringens proposition lämnas till riksdagen.

Rådet lyfte fram de fyra viktigaste utvecklingsobjekten i propositionen. Rådet önskade en precisering av vilka psykiska eller andra problem som kan behandlas med korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion och vilka barn- och ungdomsgrupper som inte skulle omfattas av terapigarantin. Dessutom saknade man en grundligare beskrivning av konsekvenser för barns och ungas välbefinnande.

Rådet önskade också en beskrivning av hur man genom de föreslagna ändringarna effektivt kan bemöta barns och ungas psykiska ohälsa om det inte går att påverka grundorsakerna bakom barnets eller den ungas psykiska problem samt en beskrivning av de konsekvenser som personalbristen inom social- och hälsovården kan få för verkställandet av terapigarantin med tanke på såväl barn och unga som tjänsteproducenter inom social- och hälsovård. Det bör också framgå bättre av propositionen om det finns en risk för att behovet av köpta tjänster ökar på grund av personalbristen och vad som händer om den föreslagna ändringen inte kan genomföras. Dessutom önskade man att propositionen skulle innehålla en riktgivande bedömning av konsekvenserna för företag samt information om i hur stor utsträckning exempelvis anordnarna av social- och hälsovårdstjänster som minst eller som mest kommer att skaffa tjänster från privata sektorn eller självständiga yrkesutövare jämfört med nuläget.

Propositionen har omarbetats utifrån det utlåtande som rådet för bedömning av lagstiftningen lämnade, främst genom att precisera och komplettera konsekvensbedömningarna.

6.3 Förhandsgranskning av justitiekanslern

Justitiekanslern i statsrådet tog propositionen till förhandsgranskning innan propositionen överlämnades till riksdagen och gav kommentarer. På basis av dem kompletterades motiveringen till lagstiftningsordningen med ett sammandrag.

7 Specialmotivering

7.1 Hälso- och sjukvårdslagen

53 §. Specialbestämmelser om att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga. Enligt förslaget ska den gällande rubriken ”att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga” ändras för att motsvara det ändrade innehållet i paragrafen och framhäva att barn och ungas tillgång till mentalvård skiljer sig från andra åldersgrupper. Det föreslås att nya 1 och 2 mom. fogas till i paragrafen, varvid de gällande 1 och 2 mom. preciseras i fråga om terminologin och

flyttas till nya 3 och 4 mom. De gäller fortsättningsvis tillgången till psykiatrisk specialiserad sjukvård för barn och unga.

Enligt det föreslagna nya 53 § 1 mom. ska korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion inom primärvården för barn och unga under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat. I fråga om dessa psykosociala behandlingar tillämpas inte de gällande bestämmelserna i 51 a § 4 mom., som anger att när det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster inom icke-brådsakande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten.

När det gäller barns och ungas möjlighet att få mentalvård iakttas fortfarande det som anges i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen om att få kontakt och en individuell bedömning av behovet av undersökningar och vård och av hur brådsakande det är samt vad som föreskrivs i 51 a § 1 och 2 mom. om att få icke-brådsakande vård och ordna mottagningsbesök hos en läkare samt om den första vårdhändelsen. I enlighet med 51 § fastställs det i samband med den individuella bedömningen också vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som patienten behöver. Beslutet tas utifrån den preliminära information som patienten och/eller dennes vårdnadshavare har gett och annan preliminär information, och bedömningen görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Det är inte alla patienter som behöver hänvisas till en läkare, utan det kan vara ändamålsenligt att hänvisa patienten exempelvis till en sjukskötare. Det finns också vårdmodeller där en läkare eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården omedelbart konsulteras redan på basis av den första kontakten i icke-brådsakande ärenden och planeringen av undersökningarna och vården samt genomförandet av vården börjar redan i samband med den första kontakten. Innehållet i 51 § och 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen preciseras i specialmotiveringen i regeringspropositionen RP 74/2022 rd (s. 111–124). Läkaren fattar beslut om patientens medicinska undersökning, diagnos och tillhörande vård i enlighet med 22 § 1 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994).

Med primärvård avses i enlighet med 3 § 2 punkten i hälso- och sjukvårdslagen uppföljning av barns och ungas hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, öppen sjukvård samt mentalvård till den del de inte ordnas inom den specialiserade sjukvården. En del av de strukturerade och tidsbegränsade psykosociala behandlingsmetoder som avses i 1 mom. enligt förslaget lämpar sig både för det förebyggande arbetet i fråga om psykiska störningar och för vård av psykiska störningar. Således kan ovan nämnda psykosociala vårdmetoder användas förutom i den öppna sjukvården för barn och unga även i mån av möjlighet av mödra- och barnrådgivningsbyråer samt inom skol- och studerandehälsovården och elev- och studerandevårdens psykologtjänster. Genomförandet av psykosociala behandlingar som omfattas av den föreslagna lagstiftningen som förebyggande arbete avses utgöra en del av skolhälsovårdens särskilda stöd (16 § i hälso- och sjukvårdslagen) och psykologens arbete inom elev- och studerandevården med att stödja studerandens välbefinnande och psykiska färdigheter (7 § i lagen om elev- och studerandevård).

Avsikten med förslaget är inte att ändra den förebyggande hälsovårdens uppgifter, utan den avses även i fortsättningen svara för arbetet med att främja och stärka psykisk hälsa. Även i fortsättningen avses skolhälsovården följa upp elevernas hälsotillstånd genom

hälsoundersökningar för alla åldersgrupper och främja psykisk hälsa genom att ge hälsoråd och vägledning. Vad gäller de interventioner som omfattas av garantin ska man vid rådgivningsbyråerna och inom skolhälsovården sträva efter att, såsom tidigare, så tidigt som möjligt identifiera de barn, vars psykosociala utveckling väcker oro och som behöver stöd för att stärka sin psykiska hälsa.

Ändringarna som gäller studerandehälsovården för högskolestuderande framställs nedan i samband med 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.

Strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion avser en metod som utvecklats för förebyggande eller vård av en viss psykisk störning och som har en evidensbaserad effekt som baserar sig på vetenskaplig forskning.⁷⁰ Metoderna bygger på vissa teoretiska referensramar, till exempel kognitiv psykoterapi. Dessa behandlingsmetoder är dock i princip kortare än egentlig psykoterapi, avsedda för behandling av lindrigare symtom och kan ges av yrkesutbildade personer inom social- eller hälsovården som har fått utbildning i användningen av metoden i fråga. De som utför dessa behandlingsmetoder har vanligtvis ingen egentlig specialutbildning inom psykiatri eller någon lång psykoterapeututbildning.

Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården konstaterar i sin rekommendation om psykosociala metoder att psykoterapier och psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder som befunnits effektiva ska omfattas av hälsovårdens tjänsteutbud som en del av den målinriktade behandlingen och rehabilitering av störningar i den psykiska hälsan eller missbruk i alla skeden av vården eller rehabiliteringen.⁷¹ Tjänsteutbudsrådet har publicerat rekommendationer om psykosocial behandling av alkoholberoende och narkotikaberoende, där interventioner som hör till tjänsteutbudet och som är särskilt riktade till unga har specificerats. Dessutom fastställs vård som baserar sig på forskningsevidens inom hälso- och sjukvården i God praxis-rekommendationerna. Avsikten är att i fortsättningen utveckla och utvidga den nationella styrningen.

Genom strukturerade och tidsbegränsade psykosociala behandlingar som grundar sig på psykologisk interaktion kan man både förebygga egentliga psykiska störningar och vårda lindriga och medelsvåra psykiska störningar inom primärvården, då de inte har blivit komplicerade. Således kan psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen, som lämpar sig för förebyggande arbete med att stärka den psykiska hälsan hos barn, unga och familjer, även utföras inom den förebyggande hälsovården, dvs. på rådgivningsbyråer, inom skolhälsovården och elev- och studerandevårdens psykologtjänster.

Psykosociala interventioner som omfattas av de föreslagna bestämmelserna utnyttjar olika perspektiv, till exempel bearbetning av interaktioner eller tankemodeller som upprätthåller och underlättar symtom. Antalet besök för att genomföra vården avses variera mellan cirka 3 till 25 besök per intervention och störning beroende på barnets, den ungas eller familjens situation och behov.

I vården av depressionssymtom eller depression kan ett barn eller en ung person få hjälp med att identifiera sina resurser och de faktorer som har utlöst depressionen samt att lösa problem

⁷⁰ Mer information: [Näyttöön perustuvat tuki- ja hoitomenetelmät - THL](#)

⁷¹ [Psykoterapier och övriga psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder vid behandling av psykiska störningar och missbruksproblem \(på finska\)](#)

som påverkar relationerna mellan människor. I vården av ångest används till exempel individ-, grupp- eller familjespecifika metoder som baserar sig på kognitiv beteendeterapi

Huvudprincipen i strukturerade psykosociala interventioner med syfte att utveckla föräldrafärdigheter är att lösa utmaningar med barnets beteende i första hand genom att öka den positiva interaktionen mellan barnet och föräldern och i andra hand genom att lära ut konstruktiva metoder att hantera problembeteende till föräldrarna.Handledning i föräldrafärdigheter genomförs i föräldragrupper eller individuellt.⁷² Där kan man även utnyttja arbete på webben och handledning per telefon eller dataförbindelse.⁷³

Med korttidspsykoterapi avses psykoterapi som ges inom primärvården och som omfattar högst cirka 20–25 besök. Korttidspsykoterapi ges av en psykoterapeut som har fått en lång psykoterapeututbildning. Begreppsmässigt ska korttidspsykoterapi särskiljas från andra psykosociala samtalsbehandlinger. Hänvisning till korttidspsykoterapi sker på basis en läkares bedömning. När primärvården har vårdansvaret för patienten erbjuds man i dag ofta korttidspsykoterapi som ordnas av den specialiserade sjukvården.

Egenvård som genomförs på egen hand utanför servicesystemet ska inte omfattas av den föreslagna bestämmelsen, och inte heller egenvårdstjänster i olika former. Egenvårdstjänsterna omfattar förutom egenvård en kort handledning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som kan vara allt från ett telefonsamtal till några möten. De föreslagna bestämmelserna avses inte heller tillämpas på mottagningsbesök där barn, unga eller familjer får psykosocialt stöd, psykosocial rådgivning eller handledning som inte är strukturerad. Dessa anses i princip förverkligas inom ramen för primärvårdens vårdgaranti på 14 dygn enligt 51 a § 1 mom.

Det föreslagna 1 mom. gäller inte heller sådana digitalt stödda vårdformer som anses vara snabbt tillgängliga för klienten utan väntetid, till exempel nätterapi. Med nätterapi avses behandling som är avsedd för lindriga och medelsvåra psykiska störningar och som baserar sig på kognitivterapeutiska övningar och på att patienten arbetar på egen hand handled av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller en psykoterapeut.

Garantin avses inte heller gälla sådana handlednings- och stödmeter som baserar sig på olika referensramar och arbetsmetoder för processuellt arbete, men som inte är strukturerade och tidsbegränsade interventioner. Garantin omfattar inte heller psykosocial vård som den specialiserade sjukvården ansvarar för samt olika psykoterapier eller rehabiliteringar som ordnas av den specialiserade sjukvården.

I bedömningen av vårdbehovet ska man i enlighet med principerna för icke-brådsakande vård beakta barnets, den ungas och familjens egen uppfattning om situationen och stöd-/vårdbehovet, barnets eller den ungas symtom, funktionsförmågan, utvecklingens framskridande, barnets, den ungas och familjens helhetssituation samt styrkor och resurser. Det väsentliga är att barnet, den unga och dennes familj är delaktiga samt att vården, stödbehovet och målen fastställs i samarbete. Helhetssituationen ska enligt behov bedömas i samarbete mellan social- och hälsovården och bildningsväsendet.

I fråga om medicinska bedömningar utnyttjas vid behov multiprofessionellt kunnande, såsom en bedömning av en psykolog eller psykiatrisk sjukskötare, men en läkare svarar för

⁷² [Käypä hoito: vanhemmuustaidot](#)

⁷³ [Mer information om psykosociala metoder som lämpar sig för att stödja barn och unga \(på finska\)](#)

helhetsbedömningen. En läkare inom primärvården ska ha möjlighet att vid behov konsultera en specialistläkare inom psykiatri. I bedömningen kan olika symtomenkäter och bedömningsskalor användas som hjälp för diagnostiken, men en adekvat barn- och ungdomspsykiatrisk diagnostik kräver alltid även ett personligt besök hos läkaren. När svårighetsgraden på barnets eller den ungas psykiska symtom kräver det ska denne hänvisas till psykiatrisk specialiserad sjukvård i enlighet med grunderna för icke-brådsakande eller brådsakande vård.

I tillämpningen av det föreslagna 1 mom. bör det beaktas att ett barn, en ung person eller en familj kan få ett tillräckligt stöd redan till exempel med hjälp av egenvård eller psykosocialt stöd som inte är strukturerat. Helhetssituationen ska alltid bedömas noggrant och i första hand ska behövliga stödåtgärder vidtas, som riktar sig till barnets och den ungas vardagliga verksamhetsmiljö. Dessa kan till exempel vara stödåtgärder som gäller sömn, kost, fysisk aktivitet, studier eller familjens vardag.

De psykosociala behandlingar som ingår i den föreslagna lagstiftningen är inte avsedda att vara en hjälp för barns och ungas psykiska problem som används i första hand, och de får och ska inte heller ersätta annat stöd eller annan vård som barnet, den unga eller familjen behöver. Om icke-strukturerad mentalvård i enlighet med god praxis som inleds genast på mottagningen är den mest lämpliga vårdformen för barnets eller den ungas individuella situation ska den inledas utan dröjsmål. Förebyggande interventioner ska dock inte heller ersätta till exempel korttidspsykoterapi, om barnets eller den ungas vård kräver det. En legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska alltid bedöma behovet av vård individuellt i enlighet med de anvisningar som getts och avtalats på verksamhetsenheten. Barnets eller den ungas eventuella behov av annan vård ska bedömas och säkerställas även efter att den psykosociala behandlingsmetoden har genomförts.

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har skyldighet att vårda patienten i samförstånd med denne i enlighet med 6 § 1 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter och vården ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt och genom ändamålsenligt samarbete (24 § i hälso- och sjukvårdslagen). I bedömningen av den lämpliga vårdformen ska hänsyn tas till de allmänna bestämmelserna inom hälso- och sjukvården, såsom patientens rätt till god vård (3 § i patientlagen), skyldigheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att iaktta medicinskt motiverade metoder (15 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården) samt välfärdsområdets skyldighet att genomföra sjukvården i enlighet med patientens medicinska behov och tillgängliga enhetliga grunder för vården.

Enligt förslaget ska vårdformen som omfattas av garantin inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan vård har konstaterats, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat. Behovet av vård som omfattas av garantin ska kunna konstateras i samband med den individuella bedömningen av behovet av undersökningar och vård eller i samband med den första vårdhändelsen eller under vårdprocessen om någon annan vårdform visar sig vara otillräcklig. Den inledande tidpunkt från vilken väntetiden fastställs är enligt förslaget den vårdhändelse där en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården konstaterar ett behov av psykosocial behandling som omfattas av garantin och registrerar detta i journalhandlingarna. Strukturerad psykosocial behandling eller korttidspsykoterapi kan, beroende på patientens behov, genomföras som enda behandlingsform eller som en del av en större vårdhelhet.

Grunder för överskridande av maximitiden på 28 dygn kan till exempel vara situationer där det är motiverat att först vidta andra åtgärder. Medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kan även avse till exempel att det är motiverat att genomföra handledning för

en förälder i grupp eller att en ungdom bedöms ha nytta av vård i gruppform på grund av de sociala kontakter som detta ger. Gruppmetoderna ska dock inledas i enlighet med principerna för god vård och med beaktande av vårdkontinuiteten.

De psykosociala behandlingar som avses i det föreslagna 1 mom. avses även kunna genomföras inom den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillhandahåller, om vilken det finns bestämmelser i 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen och i 2 a § i socialvårdslagen. Inom den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillhandahåller eller när patienten eller klienten annars behöver service inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården ska bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om tillhandahållande av hälso- och sjukvård enligt det medicinska behovet och bestämmelserna i socialvårdslagen om tillhandahållande av socialservice enligt stödbehoven tillämpas. Service som tillhandahålls gemensamt finns till exempel vid uppfostrings- och familjerådgivningsbyråer, om man vid verksamhetsenheten har beslutat att utöver uppfostrings- och familjerådgivning enligt 26 § i socialvårdslagen även ge service enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vid omfattande social- och hälsovårdscentraler kan en del av social- och hälsovårdstjänsterna också vara sådana som tillhandahålls gemensamt.

Genomförandet av gemensamma tjänster stöds av lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023, kunduppgiftslagen) som trädde i kraft 1.1.2024. Enligt 46 § i nämnda lag kan det för kunden göras en gemensam bedömning av servicebehovet, en gemensam kundplan och gemensamma anteckningar i kundrapporten för tjänsten i fråga samt utarbetas andra behövliga gemensamma kundhandlingar om social- och hälsovårdstjänster tillhandahålls gemensamt av socialvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal på ett verksamhetsställe för social- och hälsovård. Bedömningen av servicebehovet, kundplanen och de andra gemensamma kundhandlingarna ska i behövlig omfattning föras in både i klientregistret inom socialvården och i patientregistret.

Enligt 48 § i kunduppgiftslagen kan de som deltar i sektorsövergripande samarbete mellan social- och hälsovården och andra sektorer dessutom trots sekretessbestämmelserna i de handlingar som innehas av den organisation som de företräder anteckna sådana kunduppgifter inom social- och hälsovården som de har fått tillgång till genom samarbetet och som är nödvändiga för skötseln av den gemensamma kundens ärende i organisationen, och registrera en på basis av samarbetet upprättad kundplan i den organisationen, om det med tanke på kunden är nödvändigt i det ärende för vars skötsel handlingen har upprättats.

Välfärdsområdet ska kunna bedöma på vilken verksamhetsenhet och inom vilken service på basnivån man ger de psykosociala interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen. Enligt 54 § i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde om det inte självt kan producera vården enligt den föreslagna lagstiftningen inom de längsta väntetider som föreskrivs i 51 a § eller 53 §, ordna den på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden (611/2021) genom att producera den i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa den av andra tjänsteproducenter. Användningen av servicesedlar regleras i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009) och i 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter.

Bestämmelser om planering och samordning av den regionala helheten av psykosociala metoder finns i statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården som baserar sig på 45 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 4 § i centraliseringsförordningen ska de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och i Nyland HUS-sammanslutningen ha hand om vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården, planeringen av dem och samordningen av dem på regional nivå:

Uppgiften gäller även införandet av psykosociala metoder för barn och unga. Det sjukvårdsdistrikt som upprätthåller ett universitetssjukhus ska regionalt ombesörja att primärvården och den specialiserade sjukvården i enlighet med befolkningens behov har tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder som visat sig vara effektfulla samt ombesörja utbildning och metodhandledning i anslutning till dem.

Principerna för ibruktagande och användning av psykosociala metoder som omfattas av den föreslagna lagstiftningen avtalas på samarbetsområdesnivå i ett samarbetsavtal i enlighet med 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I punkt 8.1 beskrivs dessa närmare i motiveringarna till den föreslagna 2 a § i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena. Enligt detta ska det i samarbetsavtalet bestämmas om ibruktagande och användning av psykosociala metoder för barn och unga så att metoderna bildar en helhet som samordnar verksamheten inom social- och hälsovården. Redan enligt den gällande 1 § i förordningen om samarbetsavtal ska man vid upprättandet och genomförandet av välfärdsområdenas samarbetsavtal beakta vad som föreskrivs om det i hälso- och sjukvårdslagen och i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021). Den föreslagna 2 a § lyfter förutom hälso- och sjukvården även fram betydelsen av socialvårdens verksamhet och samverkan inom social- och hälsovården när samarbetsavtal upprättas.

Enligt det föreslagna nya 2 mom. finns bestämmelser om psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år som ordnas som service inom socialvårdens mentalvårdsarbete i 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen. Det är fråga om en informativ hänvisning vars syfte är att underlätta förståelsen av att de föreslagna bestämmelserna är en samordnad helhet inom social- och hälsovården.

Det gällande 2 mom. överförs preciserat och utan ändring i innebörden till ett nytt 3 mom. Den första meningen i den avses bli preciserad i fråga om de begrepp som används så att man i stället för bedömning av vårdbehovet inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga reglerar om bedömning av vårdbehovet inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga under 23 år. Dessutom avses innehållet i momentet bli komprimerat i fråga om definitionen av remissens anläggande.

I och med detta anger det föreslagna 3 mom. att bedömningen av vårdbehovet inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga under 23 år fortfarande ska inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialläkare eller särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar ska bedömningen och de behövliga undersökningarna fortfarande göras inom sex veckor från det att remissen anlände. Enligt förslaget ska formuleringen ”till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i välfärdsområdet” slopas för att komprimera det språkliga uttrycket.

Det gällande 3 mom. överförs preciserat till ett nytt 4 mom. så att till det fogas en preciserande hänvisning till barn och psykiatrisk specialiserad sjukvård. Därmed lyder det föreslagna 4 mom. så att psykiatrisk specialiserad sjukvård som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om barn och unga under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

55 §. Offentliggörande av uppgifter. I 1 mom. i paragrafen föreslås ändringar på grund av de föreslagna ändringarna i 53 § om hur nyckeltalen som gäller iakttagandet av den föreslagna maximitiden ska offentliggöras rörande tillgången till mentalvårdstjänster för barn och unga, liksom även övriga nyckeltal som gäller iakttagandet av maximitiderna för vård inom primärvården.

Enligt det föreslagna 1 mom. ska ett välfärdsområde således månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § samt 53 § 1 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c och 52 § samt 53 § 2 och 3 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för offentliggörande.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering förpliktigas välfärdsområdena att med tätare intervaller och på ett kundorienterat sätt offentliggöra uppgifter om hur de lagstadgade maximitiderna uppfyllts.⁷⁴ I samband med denna proposition tas inte ställning till frågor som rör offentliggörandet av dessa uppgifter, utan behövliga ändringar bedöms separat.

7.2 Socialvårdslagen

25 a §. Service inom mentalvårdsarbete. Nya 2 och 3 mom. föreslås bli fogade till paragrafen så att det gällande 2 mom. blir ett nytt 4 mom.

Enligt socialvårdslagen avses med mentalvårdsarbete inom socialvården välfärdsområdets socialservice och annan individ- och gemenskapsinriktad verksamhet som syftar till att stärka de faktorer som skyddar individens och gemenskapens psykiska hälsa, minska och avlägsna faktorer som äventyrar den psykiska hälsan och svara mot stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga. I 25 a § föreskrivs om service inom socialvårdens mentalvårdsarbete som riktar sig särskilt till stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga. Därmed utförs socialvårdens mentalvårdsarbete både som en del av socialvårdens allmänna service och inom de riktade mentalvårdstjänsterna.

Enligt det gällande 25 a § 1 mom. avses med service inom socialvårdens mentalvårdsarbete service som riktar sig särskilt till stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga. Som sådan ska det åtminstone ordnas boendeservice och i samband med den social handledning, socialt arbete och social rehabilitering.

Enligt det föreslagna nya 2 mom. ska det förutom den service som avses i 1 mom. ordnas psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år på det sätt som välfärdsområdet bestämmer och där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som grundar sig på psykologisk interaktion används. I fråga om ibruktage och användning av metoderna ska det avtalas så att social- och hälsovårdens verksamhet bildar en ändamålsenlig helhet. Således är det fråga om en mentalvårdstjänst som svarar på behovet av stöd särskilt till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga hos barn och unga under 23 år.

⁷⁴ Ett starkt och engagerat Finland, regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering 2.4 Revidering av social- och hälsovårdstjänsterna – Tillgången till tjänster

Den service inom mentalvårdsarbetet som avses i det nya 2 mom. bör ges till barn och unga under 23 år, om man på grundval av bedömningen av servicebehovet inte kan tillgodose stödbehoven genom allmän socialservice såsom socialarbete, socialhandledning, uppfostrings- och familjerådgivning, kuratorstjänster inom elev- och studerandevården eller familjearbete. I dessa tjänster ges icke-strukturerat psykosocialt stöd till exempel för att stärka barnets eller den ungas välbefinnande och delaktighet samt för att stödja föräldraskapet, men i tjänsterna används även strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder. Enligt den nya bestämmelsen ska dessa psykosociala arbetsmetoder i fortsättningen definieras som en separat tjänst inom socialvårdens mentalvårdsarbete. Servicen inom mentalvårdsarbetet kan också ges samtidigt med annan socialservice. De psykosociala arbetsmetoder som avses i 2 mom. kan delvis vara desamma som de psykosociala behandlingsmetoderna inom det förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården som det föreskrivs om i 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Socialvårdens service inom mentalvårdsarbetet kan inte ersätta den mentalvård som ett barn eller en ung person behöver och som ges av hälso- och sjukvården. Flera psykosociala metoder som konstaterats ge goda resultat kan dock användas både inom social- och hälsovården. I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets promemoria till riksdagen är det i användningen av psykosociala arbetsmetoder inom socialvården fråga om sådant psykosocialt stöd till en klient inom socialvården som inte är vård av psykiska störningar, utan som stöder kunskaper och färdigheter som stärker det psykosociala välbefinnandet. Vården kan också kompletteras med en psykosocial arbetsmetod inom socialvården, till exempel ett familje- eller nätverksbaserat program.⁷⁵ Av de psykosociala arbetsmetoder som valts enbart för användning inom socialvården förutsätts samma nivå av evidensbaserad effektivitet som av de metoder som valts för användning inom hälso- och sjukvården enligt 4 § i centraliseringsförordningen.

Enligt den föreslagna bestämmelsen innebär strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som grundar sig på psykologisk interaktion en psykosocial arbetsmetod som lämpar sig för arbete med barn, unga eller familjer inom socialvården, och som exempelvis gäller trots- eller beteendesymtom eller kortvariga affektiva eller depressiva symtom hos barn, som inte kräver bedömning eller vård inom hälso- och sjukvården. Den föreslagna lagstiftningen avses inte gälla sådana handlednings- och stödmetoder som till sin natur är tillvägagångssätt och arbetssätt eller referensramar för processmässigt arbete. Dessa handledningar och coachningar är inte strukturerade och tidsbegränsade interventioner.

Strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som baserar sig på psykoterapitekniker baserar sig på vissa psykoterapeutiska referensramar, till exempel kognitiv psykoterapi, men de är kortare än egentlig psykoterapi och avsedda som förebyggande stöd. Dessa psykosociala interventioner kan ges av sådana personer som har fått utbildning i användningen av metoden i fråga.

Strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som grundar sig på psykologisk interaktion baserar sig på vissa teoretiska referensramar, till exempel kognitiv psykoterapi, men de är kortare än egentlig psykoterapi och avsedda som förebyggande stöd. Dessa psykosociala interventioner kan ges av yrkesutbildade personer inom socialvården och annan personal som deltar i klientarbete inom socialvården och som har fått utbildning och metodhandledning för att använda metoden i fråga.

⁷⁵ [SHM 2023](#)

De psykosociala interventioner som avses i 2 mom. i förslaget baserar sig till exempel på bearbetning av interaktioner eller tankemodeller som upprätthåller och underlättar symtom. I affektiva situationer kan ett barn eller en ung person få hjälp med att identifiera sina resurser och lösa problem som påverkar relationerna mellan människor. Psykosociala interventioner kan till exempel vara individuellt arbete, grupp- eller familjearbete. Huvudprincipen i strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder med syfte att utveckla föräldrafärdigheter är att lösa utmaningar med barnets beteende i första hand genom att öka den positiva interaktionen mellan barnet och föräldern och i andra hand genom att lära ut konstruktiva metoder att hantera problembeteende till föräldrarna.Handledning i föräldrafärdigheter genomförs vanligtvis i föräldragrupper eller individuellt.⁷⁶ I handledningen kan man även utnyttja arbete på webben och handledning per telefon eller fjärranslutning.⁷⁷

Innehållet i och metoden för genomförandet av den psykosociala arbetsmetoden enligt den föreslagna bestämmelsen ska beskrivas noggrant. Antalet besök för att genomföra interventionen avses variera mellan cirka 3 till 25 besök per intervention beroende på barnets, den ungas eller familjens situation och behov.

Psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen ska ordnas på det sätt som välfärdsområdet bestämmer. Det här innebär att välfärdsområdet kan besluta vilka anställda inom socialservicen som utför den service inom mentalvårdsarbetet som omfattas av garantin och i vilken utsträckning den genomförs inom socialvården. Dessa anställda kan till exempel omfatta personal inom socialarbete, socialhandledning, familjearbete, uppfostrings- och familjerådgivning samt kuratorstjänster eller så kan separat personal anställas för detta med beaktande av välfärdsområdets servicestrategi. När det gäller unga föreslås det att tjänsterna ska kunna organiseras som en del av tjänsterna för personer i arbetsför ålder, och de ska kunna ges till exempel på Navigatorn och ungdomsstationer. I serviceprocesserna ska man säkerställa att barn och unga utan dröjsmål får den service som är nödvändig med avseende på deras hälsa och utveckling. Målet är en kostnadseffektiv och ändamålsenlig samordning av social- och hälsovården.

I tillämpningen av den föreslagna bestämmelsen är det mycket viktigt att beakta att barnet, den unga eller dennes familj kan få det stöd som behövs även från den övriga socialservicen som avses i 14 §, till exempel hemservice för barnfamiljer, familjearbete eller socialt arbete. Det kan vara nödvändigt att stärka föräldrarnas resurser till exempel genom att erbjuda hjälp med barnavården eller att stödja familjen genom att arbeta i hemmet för att stärka vardagsrytmen eller genom att träffa barnet, den unga eller familjen för att ge icke-strukturerat psykosocialt stöd till exempel genom att utnyttja funktionalitet. Servicen inom mentalvårdsarbetet ska inte ersätta annat stöd som barnet, den unga eller familjen behöver, och den ska inte heller ses som en förstahandslösning om det till exempel är fråga om problem i anslutning till skolgången eller hanteringen av vardagslivet. Dessutom ska man säkerställa att barnet eller den unga personen får den hälso- och sjukvård som denne behöver.

Vid bedömningen av ett barns eller en ung persons behov av service inom mentalvårdsarbetet ska iaktas vad som föreskrivs i 36 § i socialvårdslagen om bedömningen av servicebehovet. Vid bedömningen ska klientens självbestämmanderätt respekteras och hans eller hennes önskemål, åsikter och individuella behov beaktas. Särskild vikt ska läggas vid respekten för självbestämmanderätten för barn, unga personer, personer med funktionsnedsättning och personer som behöver särskilt stöd. En yrkesutbildad person inom socialvården ska kunna

⁷⁶ <https://www.kaypahoito.fi/nix02618>

⁷⁷ [Mer information om psykosociala metoder som lämpar sig för att stödja barn och unga \(på finska\)](#)

kontakta olika samarbetspartner och sakkunniga samt vid behov personens närstående i enlighet med 41 § i socialvårdslagen.

För bedömningen av servicebehovet svarar en ändamålsenlig yrkesutbildad person inom socialvården enligt 3 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. Bedömningen ska göras i den omfattning som klientens livssituation kräver. Om det konstateras att socialvårdens åtgärder, till exempel service inom mentalvårdsarbete, inte räcker till för att möta ett barns, en ung persons eller en familjs behov ska den yrkesutbildade person inom socialvården som ansvarar för bedömningen av klientens servicebehov, den egna kontaktpersonen eller en annan arbetstagare som ansvarar för klientens service med klientens samtycke kontakta exempelvis hälso- och sjukvården i enlighet med 40 § i socialvårdslagen. Bestämmelser om utlämnande av uppgifter utan klientens tillstånd eller samtycke ingår i lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården.

Även i fråga om service inom mentalvårdsarbete som omfattas av garantin ska socialservicen genomföras enligt 33 § i socialvårdslagen så att den lämpar sig för alla klienter och så att den kan uppsökas på eget initiativ i ett tillräckligt tidigt skede. Socialservice ska om möjligt ordnas i anslutning till de olika förvaltningsområdenas basservice, om arrangemanget främjar samordningen av servicen och ordnandet av service av god kvalitet.

De interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen avses även kunna genomföras inom den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillhandahåller, i enlighet med bestämmelserna i 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen och i 2 a § i socialvårdslagen. Inom den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillhandahåller eller när patienten eller klienten annars behöver service inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården ska bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om tillhandahållande av hälso- och sjukvård enligt det medicinska behovet och bestämmelserna i socialvårdslagen om tillhandahållande av socialservice enligt stödbehoven tillämpas. Service som tillhandahålls gemensamt finns till exempel vid uppfostrings- och familjerådgivningsbyråer, om man vid verksamhetsenheten har beslutat att utöver uppfostrings- och familjerådgivning enligt 26 § i socialvårdslagen även ge service enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vid omfattande social- och hälsovårdscentraler kan en del av social- och hälsovårdstjänsterna också vara tjänster som tillhandahålls gemensamt.

Genomförandet av gemensamma tjänster stöds av lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården som trädde i kraft 1.1.2024. Enligt 46 § i nämnda lag kan det för kunden göras en gemensam bedömning av servicebehovet, en gemensam kundplan och gemensamma anteckningar i kundrapporten för tjänsten i fråga samt utarbetas andra behövliga gemensamma kundhandlingar om social- och hälsovårdstjänster tillhandahålls gemensamt av socialvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal på ett verksamhetsställe för social- och hälsovård. Bedömningen av servicebehovet, kundplanen och de andra gemensamma kundhandlingarna ska i behövlig omfattning föras in både i klientregistret inom socialvården och i patientregistret.

Enligt 48 § i kunduppgiftslagen kan de som deltar i sektorsövergripande samarbete mellan social- och hälsovården och andra sektorer dessutom trots sekretessbestämmelserna i de handlingar som innehas av den organisation som de företräder anteckna sådana kunduppgifter inom social- och hälsovården som de har fått tillgång till genom samarbetet och som är nödvändiga för skötseln av den gemensamma kundens ärende i organisationen, och registrera en på basis av samarbetet upprättad kundplan i den organisationen, om det med tanke på kunden är nödvändigt i det ärende för vars skötsel handlingen har upprättats.

Principerna för ibruktagande och användning av psykosociala metoder som omfattas av den föreslagna lagstiftningen avtalas på samarbetsområdesnivå i ett samarbetsavtal i enlighet med 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Dessa principer beskrivs i punkt 8.1 i denna regeringsproposition i motiveringarna till den nya 2 a § i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av välfärdsområdenas samarbetsavtal. I samarbetsavtalet ska det bestämmas om ibruktagande och användning av psykosociala metoder för barn och unga så att metoderna bildar en helhet som samordnar verksamheten inom social- och hälsovården.

Enligt det föreslagna 3 mom. finns bestämmelser om tillgång till psykosocial vård inom primärvården för barn och unga under 23 år i 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Det är fråga om en informativ hänvisning vars syfte är att underlätta förståelsen av att de föreslagna bestämmelserna är en samordnad helhet inom social- och hälsovården.

45 §. Beslutsfattande och verkställighet som gäller socialvården. Det föreslås att paragrafen preciseras till den del verkställandet av beslutet gäller psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år som ges som service inom mentalvårdsarbetet i enlighet med 25 a § 2 mom. Till paragrafen fogas enligt förslaget ett nytt 3 mom. så att dess nuvarande 3 mom. blir ett nytt 4 mom.

Enligt det gällande 45 § 2 mom. ska beslut verkställas utan dröjsmål i brådskande fall och utan ogrundat dröjsmål i fall som inte är brådskande. Beslutet ska dock verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

Enligt det nya 3 mom., avvikande från vad som föreskrivs i 2 mom., ska ett beslut om service inom mentalvårdsarbetet för barn och unga under 23 år enligt 25 a § 2 mom. verkställas inom en månad från det att behovet av stöd konstaterats. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov. Tidsfristen för beslutets verkställande fastställs således på ett sätt som avviker från den allmänna linjen i socialvårdslagen. Tidsfristen för beslutets verkställande beräknas från den tidpunkt då behovet av den service som avses i 25 a § 2 mom. har konstaterats på grundval av en bedömning av servicebehovet och en yrkesutbildad person inom socialvården har fattat ett beslut om denna service inom mentalvårdsarbetet.

Med undantag för de beslut som tryggar vård och omsorg som avses i 46 § i socialvårdslagen omfattar socialvårdslagen inga noggranna bestämmelser om vem som fattar beslut. I 41 § i socialvårdslagen används begreppet myndighet inom socialvården. Den beslutanderätt och yttranderätt som föreskrivs för välfärdsområdena i lagen kan överföras genom förvaltningsstadgan till välfärdsområdets tjänsteinnehavare.

Bestämmelser om klientens rätt att få ett skriftligt beslut om ordnandet av socialservice ingår i 45 § 1 mom. i den gällande socialvårdslagen. Ett ärende som gäller brådskande åtgärder ska handläggas och ett skriftligt beslut om ordnande av socialservice ska fattas utan dröjsmål utifrån tillgängliga uppgifter, så att klientens rätt till nödvändig omsorg och försörjning inte äventyras. I fall som inte är brådskande ska beslut fattas utan ogrundat dröjsmål efter det att ärendet inletts. Tidsgränsen för beslutsfattandet beror således på den enskilda situationen. Klienten behöver få ett beslut i synnerhet om han eller hon inte eller endast delvis får den service personen ansökt om. Enligt 6 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården ska socialvård basera sig på ett beslut.

Den person som först får information om en ny klient inom socialvården har inte nödvändigtvis lämplig utbildning för att genomföra bedömningen av servicebehovet, men denne har en skyldighet att se till att bedömningen inleds lagenligt. I enlighet med 7 § i lagen om elev- och studerandevård är en person behörig som kurator om denne är en registrerad yrkesutbildad person inom socialvården (socionom och socialarbetare), men behöriga är även personer som har avlagt en för uppgiften lämplig högskoleexamen inom det sociala området, det pedagogiska området eller beteendevetenskaper. I utbildningen ska ingå eller utöver den ha avlagts högskolestudier som omfattar 60 studiepoäng och som består av universitetsstudier i socialt arbete eller studier som hör till en socionomexamen på högskolenivå. Endast en socialarbetare i enlighet med lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården kan fungera som ansvarig kurator. Personer som utför kuratorsarbete och som inte är yrkesutbildade personer inom socialvården kan betraktas som annan personal som deltar i klientarbete enligt 3 § i socialvårdslagen. För genomförandet av kuratorservicen ansvarar alltid i sista hand en yrkesutbildad person inom socialvården. Om kuratorn inte är en yrkesutbildad person inom socialvården, ligger ansvaret hos den ansvariga kuratorn.

Om en kurator inom elev- och studerandevården är en yrkesutbildad person inom socialvården, kan han eller hon också göra en bedömning av servicebehovet enligt 36 § i socialvårdslagen, om detta anses ändamålsenligt ur arbetsfördelningssynpunkt. Om det är fråga om ett barn som behöver särskilt stöd, förutsätts det att den som gör bedömningen är behörig som socialarbetare.

I bedömningen av servicebehovet ska bestämmelserna i 36 § i socialvårdslagen iakttagas. Bedömningen ska påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. Lagen förutsätter inte att bedömningen av servicebehovet görs på samma sätt i varje fall, utan bedömningen ska göras i den omfattning som klientens livssituation förutsätter.

I brådskande situationer ska beslutet om den socialservice som klienten behöver verkställas utan dröjsmål och i situationer som inte är brådskande utan ogrundat dröjsmål. Enligt propositionen ska det i fråga om service inom mentalvårdsarbetet för barn och unga under 23 år föreskrivas att beslutet ska verkställas senast en månad efter att behovet av stöd konstaterats. Med en månad avses 30 dagar och maximitiden räknas från det att behovet av stöd konstaterats, dvs. från dagen efter att beslutet fattats. Tidsfristerna för verkställande av beslut ger ändå inte rätt att fördröja verkställandet. Man utgår alltid från klientens behov och från att 12 och 13 § i socialvårdslagen följs.

Enligt förslaget kan genomförandetiden vara längre än en månad om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov. Ett särskilt skäl kan till exempel vara att klienten behöver service inom mentalvårdsarbetet först efter en viss tidsperiod eller att han eller hon hellre vill köa till en viss service och låta bli att ta emot en service som finns tillgänglig tidigare och ersätter ifrågavarande service. En särskild grund kan också vara att det vore motiverat att ge barnet, den unga eller familjen annan socialservice enligt 14 §, såsom till exempel hemservice för barnfamiljer eller familjearbete, innan servicen inom mentalvårdsarbetet ges. Särskilda omständigheter som anknyter till klientens situation kan även avse till exempel att det är motiverat att genomföra handledning för en förälder i grupp på grund av orsaker som hänger samman med dennes behov. Formuleringen av bestämmelsen ger välfärdsområdena tillräckligt med möjlighet till prövning i fråga om olika fall och säkerställer samtidigt barnens, de ungas och familjernas bästa. Orsaken till en längre behandlingstid eller dröjsmål i verkställandet kan ändå inte vara otillräckliga resurser.

Om inte annat anges i lag har klienten ingen ovillkorlig rätt att få en viss service, men välfärdsområdet har en skyldighet att se till att klientens behov tillgodoses i enlighet med lagen.

Om man inte kan svara mot behovet på annat sätt än genom en viss tjänst, ska denna tjänst ordnas inom den tid som klientens behov och 12 och 13 § i socialvårdslagen kräver. I beslutsfattandet och verkställandet av besluten ska klientens nödvändiga vård och omsorg säkerställas i alla situationer.

7.3 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

10 a §. *Att få icke-brådskande vård.* För en enhetlig lagstiftning föreslås ändringar även i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande utöver de ändringar som föreslås i 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. I samband med beredningen av lagstiftningen om vårdgarantin inom primärvården (RP 74/2022 rd, s. 136) bedömdes det att det bör finnas uttryckliga bestämmelser om tillgång till vård i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. Vissa bestämmelser om tillgång till vård behövde också modifieras i någon mån med tanke på studerandehälsovården för högskolestuderande. Huvudregeln var ändå att bestämmelserna i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande och i hälso- och sjukvårdslagen ska vara så enhetliga som möjligt.

Ett nytt 4 mom. föreslås bli fogat till paragrafen så att de gällande 4 och 5 mom. blir nya 5 och 6 mom. Det nya 4 mom. avses motsvara det nya 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen med precisering av målgruppen. I fråga om högskolestuderande under 23 år avses således korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion inom primärvården inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat.

Med primärvård avses studerandehälsovård för högskolestuderande. Definitionerna av korttidspsykoterapi och strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion samt närmare motivering till bestämmelsen finns i specialmotiveringen till 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

När det gäller högskolestuderandes mentalvårdsfrågor iakttas fortfarande det som anges i 10 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande om att få kontakt och en individuell bedömning av behovet av undersökningar och vård och hur brådskande det är samt vad som föreskrivs i 10 a § 1 och 2 mom. om att få icke-brådskande vård och ordna mottagningsbesök hos en läkare samt om den första vårdhändelsen.

Enligt 4 § 2 mom. i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ska vid produktion av tjänster som avses i denna lag iakttas vad som i allmän lagstiftning och speciallagstiftning om social- och hälsovård föreskrivs om hälso- och sjukvårdstjänster. Således ska SHVS i valet av psykosociala vårdmetoder beakta 10 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023), enligt vilken verksamheten ska utgå från evidens och god vård- och verksamhetspraxis. Dessutom ska kraven på jämlik behandling av studerande beaktas.

Enligt 8 § 3 mom. i den gällande lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ska SHVS producera studerandehälsovårdstjänsterna i huvudsak som egen verksamhet. Om produktionsskyldigheten enligt denna lag inte kan genomföras på annat sätt, kan SHVS skaffa kompletterande studerandehälsovårdstjänster av en annan tjänsteproducent.

Bestämmelser om offentliggörande av uppgifter om iakttagande av maximitider finns i 10 d § i den gällande lagen om studerandehälsovård. Enligt den ska Studenternas hälsovårdsstiftelse för varje verksamhetsställe månadsvis i det allmänna datanätet offentlig-göra nyckeltal för den

föregående kalendermånaden om hur de i 10, 10 a och 10 b § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Detta gäller således även den maximitid som föreslås i den nya 10 a § 4 mom.

Det att bestämmelser om en tidsfrist för och innehållet i tillgången till vård för en person under 23 år även utfärdas i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande hindrar ändå inte att en högskolestuderande söker vård inom primärvården i det välfärdsområde där han eller hon har sin hemort. Detta avses vara den studerandes val, och vårdinrättningen kan inte neka eller överföra studerandens vård på studerandehälsovårdens ansvar.

11 §. *Delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande.* Det föreslås att 2 mom. ska ändras, så att överföringen av organiseringsansvaret från kommunerna till välfärdsområdena i samband med social- och hälsovårdsreformen också beaktas i representationen och medlemmarna i delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande. Det föreslås att ändringen görs i samband med propositionen om terapigarantin, eftersom ändringar som beror på terapigarantin i varje fall föreslås i 10 a § i lagen om studerandehälsovård. Den föreslagna ändringen av 11 § 2 mom. påverkar inte genomförandet av terapigarantin.

Enligt det gällande 2 mom. innehåller delegationen representanter för social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Folkpensionsanstalten, Finlands Kommunförbund, Institutet för hälsa och välfärd, Studenternas hälsovårdsstiftelse, universiteten och yrkeshögskolorna samt studentkårerna och studerandekårerna.

En av delegationens uppgifter är att främja samordningen av den studerandehälsovård som Studenternas hälsovårdsstiftelse producerar och den studerandehälsovård som välfärdsområdena ordnar med den övriga hälso- och sjukvården. Eftersom Kommunförbundet inte längre representerar välfärdsområdena som anordnar social- och hälsovården efter social- och hälsovårdsreformen som trädde i kraft 1.1.2023, bör representationen i delegationen ändras. Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab är den organisation som representerar välfärdsområdena. Enligt de uppgifter som erhållits från Hyvil Ab är dess roll i sin nuvarande form, både som företagsform och som organisation, dock ännu delvis oetablerad.

Således föreslås det att 2 mom. ändras så att det i delegationen finns representanter för social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Folkpensionsanstalten, välfärdsområdena, Institutet för hälsa och välfärd, Studenternas hälsovårdsstiftelse, universiteten och yrkeshögskolorna samt studentkårerna och studerandekårerna.

7.4 Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

4 §. *Avgiftsfri socialservice.* Enligt förslaget ska till 1 mom. 1 punkten fogas ett omnämnande om att service inom mentalvårdsarbete enligt förslaget är avgiftsfri för barn och unga. På så sätt säkerställs att metoderna för vård och stöd av den psykiska hälsan som omfattas av den föreslagna garantin är avgiftsfria och ges enligt hälso- och sjukvårdslagen eller socialvårdslagen.

Av socialservicen avses således följande vara avgiftsfria enligt 1 punkten: socialt arbete enligt 14 § 1 mom. 1 punkten i socialvårdslagen (1301/2014), social handledning enligt momentets 2 punkt, social rehabilitering enligt momentets 3 punkt, familjearbete enligt momentets 4 punkt, dagcenterservice som särskild service inom alkohol- och drogarbete enligt momentets 16 punkt, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor enligt momentets 19 punkt, övervakning av umgänge mellan barn och förälder enligt momentets 20 punkt, psykosocialt stöd som ordnas

som service inom mentalvårdsarbete enligt 25 a § 2 mom. i den lagen och stöttat umgänge och övervakade byten enligt 27 § i den lagen samt verksamhet i sysselsättningssyfte för handikappade och arbetsverksamhet för handikappademed undantag för transporter och måltider, enligt 27 d och 27 e § i 1982 års socialvårdslag (710/1982).

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

Enligt 36 § 5 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård får närmare bestämmelser om de i 3 och 4 mom. avsedda frågor som ska ingå i samarbetsavtalet dessutom utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom bemyndigande som utfärdats i lagen om ordnande av social- och hälsovård har statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden utfärdats, och den trädde i kraft 1.7.2023. Vid tidpunkten för beredningen av den föreslagna lagstiftningen har samarbetsavtal upprättats i samarbetsområdena under våren 2024.

Varje välfärdsområde hör till ett av fem samarbetsområden. De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen hör var och en till olika samarbetsområden. Välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde upprättar ett samarbetsavtal mellan välfärdsområdena; bestämmelser om innehållet i och beredningen av avtalet ingår i 36 och 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I enlighet med 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård bestäms i samarbetsavtalet om välfärdsområdenas arbetsfördelning, samarbete och samordning vid fastställandet av de regionala principerna vid ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för principerna. Med riksomfattande riktlinjer avses rekommendationer av Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården och andra nationella rekommendationer inom social- och hälsovården.

Enligt förslaget ska till förordningen fogas en ny 2 a § om ibruktagande av metoder inom social- och hälsovården. Enligt den ska i samarbetsavtalet avtalas på det sätt som avses i 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård åtminstone om ibruktagande och användning av psykosociala metoder inom primärvården och socialvården för barn och unga under 23 år i enlighet med 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen. Om ibruktagande och användning av metoderna ska det avtalas så att de bildar en helhet som samordnar verksamheten inom social- och hälsovården.

I samarbetsavtalet ska enligt 36 § 4 mom. också avtalas om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena i fråga om de avtalade ansvarerna. De tvåspråkiga välfärdsområdena ska ingå ett samarbetsavtal för att trygga de svenskspråkiga invånarnas språkliga rättigheter i social- och hälsovården. Detta samarbetsavtal ska samordnas med det samarbetsavtal som avses i 36 §.

Enligt förslaget ska till förordningen fogas en ny 2 a § om ibruktagande av metoder inom social- och hälsovården. Enligt den ska i samarbetsavtalet avtalas på det sätt som avses i 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård åtminstone om ibruktagande och användning av psykosociala metoder inom primärvården och socialvården för barn och unga under 23 år i enlighet med 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen. Välfärdsområdena kommer överens om ärendet på samarbetsområdesnivå som en helhet som samordnar verksamheten inom social- och hälsovården.

I lösningarna för ibruktagande av metoderna ska det beaktas att enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner, och att välfärdsområdet enligt 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska planera och

genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Enhetliga principer i ibruktagandet av metoderna främjar likabehandling av invånarna i välfärdsområdena. Avtal om enhetliga principer innebär dock inte att alla nya metoder måste tas i bruk samtidigt inom alla välfärdsområden. Nya metoder kan tas i bruk till exempel genom regionala utvecklingsförsök (RP 241/2020 rd, s. 701)

Syftet med samarbetsavtalet är att säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan de välfärdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för skötseln av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter. Samarbetsavtalet ska främja kostnadsnyttoeffektivitet, produktivitet, kvalitet, klient- och patientsäkerhet, ändamålsenlighet, jämlik tillgång, språkliga rättigheter samt fungerande servicekedjor och servicehelheter inom social- och hälsovården. Genom lagstiftningen om samarbetsområden strävar man efter att säkerställa att organiseringen av social- och hälsovårdshelheter som kräver specialkompetens inte ska vila på ett enskilt välfärdsområde, utan att ansvaret kan fördelas mellan samarbetsområdena.

Den nya bestämmelse som föreslås till förordningen behövs för att uppnå ovan beskrivna mål, för att barn och unga ska kunna garanteras tillgång till högklassiga och effektiva psykosociala metoder på ett jämlikt sätt regionalt. Samarbetsområdena avses även kunna samarbeta ömsesidigt och avtala om arbetsfördelningen för att främja nationell jämlikhet och kostnadseffektivitet.

I centraliseringsförordningen som utfärdats med stöd av 45 § i hälso- och sjukvårdslagen ingår det till vissa delar bestämmelser om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården och om regional centralisering av vissa uppgifter, varför dessa uppgifter för de välfärdsområden som är huvudman för ett universitetssjukhus ska beaktas i samarbetsavtalet. Enligt 4 § i centraliseringsförordningen ska de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och i Nyland HUS-sammanslutningen ha hand om vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården, planeringen av dem och samordningen av dem på regional nivå. En sådan uppgift är utvärdering av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem. Universitetssjukhus ombesörjer att primärvården och specialistsjukvården i enlighet med befolkningens behov har tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder som visat sig vara effektfulla samt ombesörjer utbildning och metodhandledning i anslutning till dem.

Samarbetsområdena ska kunna göra upp en inbördes och nationell arbetsfördelning i fråga om upprätthållandet av kompetensen inom vissa metoder för att hitta så välfungerande och kostnadseffektiva lösningar som möjligt. Detta bidrar även till ett nationellt jämlikt ibruktagande av metoderna. Innan samarbetsavtalet godkänns ska välfärdsområdena höra social- och hälsovårdsministeriet i enlighet med 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Samarbetsavtalet ska godkännas av välfärdsområdenas välfärdsområdesfullmäktige.

Petteri Orpos regering har på grundval av regeringsprogrammet och besluten från ramförhandlingarna våren 2024 inlett en granskning av arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården. Som en del av granskningen kommer man även att utvärdera innehållet i centraliseringsförordningen samt arbetsfördelningen inom samarbetsområdena och även på nationell nivå.

Inom socialvården finns det ännu ingen centraliseringsförordning, och inte heller har någon regional eller nationell aktör utsetts för att ge rekommendationer om innehållet i serviceutbudet. I fråga om den föreslagna lagstiftningen bör man i utvärderingen och valet av psykosociala metoder som lämpar sig att användas inom socialvården på samarbetsområdesnivå utnyttja

exempelvis information som framtagits av THL samt informationskällor inom Itlas Tidig insats samt samarbetsområdets genomförandestrukturer för utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet (FUIK), som det före-skrivs om i 3 § i förordningen om innehållet i och beredningen av välfärdsområdenas samarbetsavtal.

Avsikten är att stärka den nationella styrningen i fråga om de psykosociala metoderna både inom socialvården och hälso- och sjukvården under regeringsperioden för Petteri Orpos regering. Det nationella arbetet för att stärka styrningen har redan inletts inom den nationella servicereformen. I enlighet med regeringsprogrammet ska det föreskrivas om principerna för vilka tjänster och metoder som ska ingå i den offentliga social- och hälsovårdens tjänsteutbud i syfte att främja verkningfulla och jämlika tjänster. Dessutom utreds möjligheten att föreskriva om en nationell aktör som har behörighet att på ett bindande sätt fastställa vilka metoder och tjänster som ska eller inte ska ingå i tjänsteutbudet. Dessa reformer kommer även att påverka tillämpningen av den föreslagna lagstiftningen och ibruktagandet av de psykosociala metoderna.

Det föreslås att förordningen ska träda i kraft 1.5.2025 tillsammans med lagarna om terapigarantin.

8.1 Statsrådets förordning om delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande

Det föreslås att 2 § i statsrådets förordning om delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande ska preciseras, så att överföringen av organiseringsansvaret från kommunerna till välfärdsområdena i samband med social- och hälsovårdsreformen också beaktas i förordningen. De föreslagna ändringarna i förordningen påverkar inte genomförandet av terapigarantin. Ändringen föreslås i samband med propositionen om terapigarantin, eftersom ändringar som beror på terapigarantin föreslås i lagen om studerandehälsovård.

Enligt 11 § 4 mom. i lagen om studerandehälsovård utfärdas närmare bestämmelser om delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderandes sammansättning, tillsättande och uppgifter genom förordning av statsrådet. Enligt 2 § 1 mom. i den gällande förordningen består delegationen av en ordförande, en vice ordförande och 11 andra medlemmar. Det föreslås att bestämmelsen i förordningen om antalet medlemmar i delegationen utvidgas för att säkerställa att delegationen har en tillräckligt omfattande sakkunskap i fråga om sina uppgifter.

Enligt det föreslagna 2 § 1 mom. ska delegationen ha en ordförande, en vice ordförande och minst 11 andra medlemmar.

Dessutom föreslås det att det gällande 3 mom. ändras så att delegationen i fortsättningen har en representant för välfärdsområdena efter att social- och hälsovården har övergått på välfärdsområdenas organiseringsansvar. En av delegationens uppgifter är att främja samordningen av studerandehälsovården och den övriga hälsovården för studerande på andra stadiet och högskolestuderande. Bestämmelsen i den gällande förordningen om Kommunförbundet som medlem i delegationen har blivit föråldrad, eftersom Kommunförbundet i samband med social- och hälsovårdsreformen överförde sitt mandat att representera social- och hälsovårdsanordnare till Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab. Enligt propositionen utses en representant för välfärdsområdena till delegationen i stället för Kommunförbundet. Delegationens sammansättning föreslås i övrigt förbli oförändrad så att social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, de universitet som avses i 1 § och de studentkårer som avses i 46 § i universitetslagen (558/2009) samt de yrkeshögs-kolor som avses

i 2 § och de studentkårer som avses i 41 § i lagen om yrkeshögskolor (932/2014) ska vara representerade.

Det föreslås att förordningen träder i kraft den 1 januari 2025, samtidigt som 11 § 2 mom. i lagen om studerandehälsovård som gäller delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande.

9 Ikraftträdande

Det föreslås att lagarna träder i kraft den 1 maj 2025, dock så att 11 § 2 mom. i lagen om studerandehälsovård som gäller delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande (3:e lagförslaget) träder i kraft den 1 januari 2025.

10 Verkställighet och uppföljning

Genomförandet av de ändringar som föreslås i propositionen hör till välfärdsområdena, Folkpensionsanstalten som anordnare av studerandehälsovårdstjänster och Studenternas hälsovårdsstiftelse som producent av studerandehälsovårdstjänster. Social- och hälsovårdsministeriet informerar om godkännandet och stadfästandet av lagen och utarbetar i samarbete med THL styrmaterial som stöd för genomförandet och tillämpningen av lagstiftningen.

Enligt den föreslagna 55 § i hälso- och sjukvårdslagen ska välfärdsområdet i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de föreskrivna längsta väntetiderna enligt 53 § 1 mom. har hållits. Enligt 10 d § i den gällande lagen om studerandehälsovård ska SHVS för varje verksamhetsställe månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 10 a § 4 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits.

För att följa upp konsekvenserna av genomförandet av den föreslagna lagstiftningen krävs det dessutom att information ur nationella register samt information om barns och ungas erfarenheter samlas in och analyseras. Utöver uppföljningen av nyckeltalen ska regionalt och nationellt jämförbar information samlas in från patient- och klientdatasystemen, vilket framgår närmare i kapitel 4.1.5. Genom uppföljningen får man information om och kan bedöma vilka psykosociala interventioner som används regionalt och nationellt, om interventionen genomförs såsom det avsetts och om tillgången på interventioner är jämlik. I uppföljningen på individnivå ska även information om den föreslagna lagstiftningens effekt på barns och ungas välbefinnande samlas in.

11 Förhållande till andra propositioner

11.1 Samband med andra propositioner

Under ramförhandlingarna 15–16.4.2024 fattades ett beslut om att återbörda vårdgarantin inom primärvården till 2022 års nivå genom att upphäva de åtstramningar som den föregående regeringen gjorde i den. I utkastet till regeringsproposition som beretts av social- och hälsovårdsministeriet föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och lagen om studerandehälsovård som innebär en förlängning av tidsfristerna för personer som fyllt 23 år att få icke-brådskande vård (vårdgarantin, SHM042:00/2024). När det gäller barn och unga under 23 år ska maximitiden för att få icke-brådskande primärvård dock i sin helhet förbli oförändrad, dvs. 14 dygn. Om propositionen genomförs får alla barn och unga under 23 år snabbare tillgång till vård än den övriga befolkningen. Regeringspropositionen om vårdgarantin hänför sig till

statens budgetproposition för 2025 och avses således bli behandlad i samband med den. De föreslagna ändringarna avses träda i kraft 1.1.2025. Vid behov ska propositionen samordnas med propositionen om terapigarantin för barn och unga i samband med behandlingen i riksdagen.

11.2 Förhållande till budgetpropositionen

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

Propositionen grundar sig på regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering och för dess genomförande har från och med 2026 avsatts sammanlagt 35 000 000 euro per år, varav 33 200 000 euro allokteras till välfärdsområdenas finansieringsmoment (28.89.31.) och 1 800 000 euro till SHVS:s finansieringsmoment (33.60.35.) Eftersom terapigarantin föreslås träda i kraft 1.5.2025 har 23 400 000 euro reserverats för genomförandet år 2025, varav 22 200 000 euro allokteras till välfärdsområdenas finansieringsmoment (28.89.31.) och 1 200 000 euro till SHVS finansieringsmoment (33.60.35.).

12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

De föreslagna lagändringarna i hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen, lagen om studerandehälsovård, lagen om klientavgifter samt statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena enligt propositionen, som gäller ordnande av mentalvårdstjänster på basnivå och tillgången till tjänster för barn och unga under 23 år har en fast anknytning till flera grundläggande rättigheter som tryggas i grundlagen.

12.1 Tillräckliga social- och hälsovårdstjänster

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare föreskrivs genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att dessa har möjlighet att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Genom denna skyldighet har stödet till barnets familj antingen direkt eller åtminstone indirekt inverkan på barnets välbefinnande. Det allmänna har även skyldighet att säkerställa tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna enligt 22 § i grundlagen, och det faktiska genomförandet av de grundläggande rättigheterna kräver aktiva åtgärder av det allmänna, till exempel för att skapa verkliga förutsättningar för utövandet av de grundläggande fri- och rättigheterna.

Till de centralaste metoderna hör att stifta lagar som tryggar och preciserar utövningen av en grundläggande fri- och rättighet och att inrikta de ekonomiska resurserna (RP 309/1993 rd, s. 80). Syftet med regleringen om en terapigaranti för barn och unga är att säkerställa att barn och unga under 23 år har tillgång till tillräckliga hälsofrämjande mentalvårdstjänster på basnivå, och en årlig finansiering för dess genomförande säkerställer att dessa tjänster faktiskt genomförs.

Skyldigheten att främja befolkningens hälsa hänvisar å ena sidan till social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet och å andra sidan till utveckling av förhållandena i samhället inom det allmänna olika verksamhetsområden i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa. Det handlar framför allt om att trygga tillgången till tjänsterna. Men också andra bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering (GrUU 17/2021 rd, s.17, GrUU 63/2016 rd, s. 2, GrUU 67/2014 rd, s. 3/II, se

också RP 309/1993 rd, s. 75) samt välfärdsområdenas självstyre (GrUU 7/2021 rd), inverkar indirekt på tillgången till och sättet att ordna tjänster.

Finland förpliktas av FN:s konvention om barnets rättigheter, där artikel 3 anger att barnets, dvs. personer under 18 år, bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av den offentliga eller den privata social- och hälsovården, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. Det handlar om att säkerställa tillräckliga social- och hälsovårdstjänster för barn som är berättigade till särskild omsorg och hjälp, även enligt andra internationella bindande avtal för Finland, såsom konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ESK-konventionen. Alla personer som omfattas av en konventionsstats jurisdiktion – barn, unga och vuxna – omfattas av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ESK-konventionen.

De utmaningar som redan länge har gällt social- och hälsovårdens servicesystem, såsom välfärdsområdenas (före 1.1.2023 kommunernas) ekonomiska svårigheter och problem att få personal har även försvårat barns och ungas tillgång till tjänster. Nivån på mentalvårdstjänsterna har inte varit tillräcklig för barnen och ungdomarna för att ge dem förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. Den aktiva skyldigheten att agera enligt 22 § i grundlagen, som gäller det allmänna, har i synnerhet framhävts i fråga om personer i utsatt ställning, såsom barn. När det gäller mentalvårdstjänster för barn och unga har det vidare saknats en ansvarig aktör i servicesystemet för vården på basnivå, och särskilt i fråga om barns och ungas psykiska hälsa har servicesystemet varit splittrat och det har förekommit regionala variationer i tillgången på tjänster samt brister i det övergripande multiprofessionella samarbetet.

Genom denna regeringsproposition strävar man efter att åtgärda dessa missförhållanden genom att säkerställa tillgången till vård och stöd för barn och unga under 23 år inom mentalvårdstjänster på basnivå. I kapitel 4.2.3.2 utreds propositionens konsekvenser mer omfattande vad gäller barn och unga samt tillgången, tillgängligheten, kvaliteten och godtagbarheten i fråga om mentalvårdstjänster.

Rätten till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen är ändå inte en subjektiv rättighet, utan en skyldighet för det allmänna att säkerställa tjänsterna. Då man avgör om tjänsterna ska anses tillräckliga är utgångspunkten en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (RP 309/1993 rd, s. 75–76/II). Detta betyder i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/I). Grundlagen kräver inte att exakt likadana tjänster ska tillhandahållas inom varje område nationellt, utan att det i alla områden finns tjänster i enlighet med enhetliga principer som tillgodoser behoven hos de människor som bor i området.

För att tjänsterna ska vara tillräckliga måste de vara tillgängliga och vara tillräckligt högklassiga för att tillgodose människornas behov. För att barn och unga i fortsättningen på ett tillgängligt sätt ska ha tillgång till tillräckliga mentalvårdstjänster på basnivå försöker man genom propositionen stärka tillgången till förebyggande och behandling av psykiska störningar hos barn och unga samt till stöd för psykisk hälsa med hjälp av psykosociala metoder både inom hälso- och sjukvårdstjänsterna och socialvårdstjänsterna på basnivå. Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna och ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 65/2014 rd, s. 4/II).

I sitt utlåtande GrUU 41/2010 har grundlagsutskottet ansett att adekvata resurser för att främja hälsa och välfärd och säkerställa hälso- och sjukvård ska påvisas bland annat genom att se till att det finns tillräckligt med personal inom hälso- och sjukvården, adekvat sakkunskap och

ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning. Denna skyldighet gällde dåvarande kommuner och sjukvårdsdistrikt. Utskottet ansåg att säkerställandet av ovan nämnda verksamhetsförutsättningar är en viktig faktor i preciseringen och fullgörandet av det allmänna skyldigheter som följer av 19 § 3 mom. och 22 § i grundlagen. Samma skyldighet gäller välfärdsområdena och även stödet för mentalvården och socialvårdens mentalvårdsarbete för barn och unga enligt propositionen. Upprätthållandet av kompetensen inom psykosociala metoder har tidigare genomförts med projektfinansiering och tillfälliga lösningar. Med den lagstiftning som nu föreslås och den permanenta finansiering som anvisats för den ökas resurserna för att främja barns och ungas psykiska hälsa och välbefinnande på ett jämlikt sätt inom alla välfärdsområden.

Grundlagsutskottet har betonat att även om bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 17/2021 rd, s.18, GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3, och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att tillförsäkra tillgången till tjänster (GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 33 och GrUU 54/2014 rd, s. 1/II). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (se GrUU 17/2021 rd, s.18, GrUU 26/2017 rd, s. 33, GrUU 25/1994 rd, s. 33/II). Klausulen om närmare reglering som genomförs i lag lämnar handlingsutrymme för lagstiftaren beträffande reglering av rättigheter och hänvisar till att det exakta innehållet i de grundläggande rättigheterna fastställs på basis av helheten som består av de grundläggande bestämmelserna och den vanliga lagstiftningen (GrUB 25/1994 rd, s. 5–6).

Propositionen avses förbättra barns och ungas möjligheter att få tillräckliga mentalvårdstjänster som tryggas i grundlagen och är i enlighet med barnets bästa, även om propositionen inte kan svara på alla utmaningar som är kopplade till barns och ungas psykiska hälsa.

12.2 Jämlikhet

Bestämmelserna om människors jämlikhet inför lagen enligt 6 § i grundlagen anknyter också till det föreslagna sättet att säkerställa mentalvårdstjänster på basnivå för barn och unga under 23 år. Bestämmelsen uttrycker inte bara ett krav på rättslig jämlikhet utan också tanken på faktisk jämställdhet. I den ingår ett förbud mot godtycke och ett krav på enahanda bemötande i likadana fall (RP 309/1993 rd, s. 42). Jämlikhet och förbud mot diskriminering regleras också i flera konventioner om mänskliga rättigheter.

Jämlikhetsbestämmelsen gäller också lagstiftaren. Vissa människor eller människogrupper får inte genom lag godtyckligt ges en gynnsammare eller ogynnsammare ställning än andra. Jämlikhetsbestämmelsen kräver ändå inte att alla människor i alla avseenden ska behandlas lika, om inte förhållandena är likadana. Det är typiskt för lagstiftningen att den för ett visst godtagbart samhälleligt intresses skull bemöter människor olika för att främja bland annat faktisk jämställdhet (RP 309/1993 rd, s. 46, se även GrUU 31/2014 rd, s. 3/I).

Grundlagsutskottet har av hävd konstaterat att den allmänna jämlikhetsprincipen inte kan sätta stränga gränser för lagstiftarens prövning när lagstiftningen ska anpassas efter samhällsutvecklingen vid en viss tidpunkt (bland annat GrUU 11/2012 rd, s. 2, GrUU 2/2011 rd, s. 2). Det centrala är huruvida åtskillnaden i fråga kan motiveras på ett godtagbart sätt med avseende på systemet med de grundläggande fri- och rättigheterna (bl.a. GrUU 46/2006 rd, s. 2, GrUU 16/2006 rd, s. 2). Grundlagsutskottet har ur grundlagens jämlikhetsbestämmelser i olika sammanhang härlett kravet på att särbehandling inte får vara godtycklig och att skillnaderna inte får bli oskäligen (GrUU 11/2012 rd, s. 2, GrUU 37/2010 rd, s. 3). Behovet av stöd och vård på grund av psykiska ohälsa har i lagstiftningen över lag setts som en grupp som

kräver specialbestämmelser i jämförelse med regleringen om stöd och vård på grund av andra hälsoproblem, och dessutom ska barnets bästa beaktas i första hand. Det bör även beaktas att barn är i en utsatt ställning på grund av sin ålder och utvecklingsnivå, vilket ska beaktas med tanke på det allmännas aktiva skyldigheter enligt 22 § i grundlagen.

Enligt FN:s kommitté för barnets rättigheter som övervakar konventionen om barnets rättigheter ska barndomen ses som en unik tidsperiod då barnet utvecklas och under vilken kränkningar av barnets rättigheter kan leda till livslånga generationsöverskridande följder. Av denna anledning måste man särskilt satsa på att respektera och tillgodose rättigheterna för barnen som grupp. Man ska inte enbart säkerställa barnens rättigheter, utan deras välbefinnande ska ligga i toppen av prioritetsskallan.⁷⁸

Genom propositionen strävar man efter att trygga hälsan och välbefinnandet hos barn och unga under 23 år samt det faktiska genomförandet av mentalvårdstjänster på basnivå. Det har länge funnits brister i tillgången till tjänster, särskilt när det gäller barn och unga. Det är framför allt fråga om att främja jämlikheten, när de i enlighet med förslaget försätts i en bättre ställning än andra som är i behov av tjänster. Det finns godtagbara skäl till den föreslagna positiva särbehandlingen med beaktande av den psykiska utvecklingsfasen hos barn och unga under 23 år.

I samband med beredningen av hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft 2011 fäste grundlagsutskottet uppmärksamhet vid att de föreslagna bestämmelserna i 53 § gav unga under 23 år bättre möjligheter att få snabb psykiatrisk vård än de som är äldre än 23 år (GrUU 41/2010 rd, s. 3). Förslaget ansågs vara betydelsefullt uttryckligen ur synvinkeln för 6 § 2 mom. i grundlagen, enligt vilken ingen utan godtagbart skäl får särbehandlas på grund av bland annat ålder. De särbehandlingsgrunder som räknas upp i bestämmelsen, och därmed bland annat ålder, kan anses utgöra kärnan i diskrimineringsförbudet. Diskrimineringsförbudet förbjuder inte all åtskillnad mellan människor trots att särbehandling kan motiveras med orsaker som explicit nämns i bestämmelsen, såsom ålder. Den springande punkten är om särbehandlingen kan motiveras på ett sätt som är godtagbart med hänsyn till de grundläggande fri- och rättigheterna (GrUU 1/2006 rd, s. 2/I, GrUU 59/2002 rd, s. 2–3). Grundlagsutskottet har i sin bedömning av den socialrättsliga lagstiftningen ansett t.ex. att det inte stöter på några problem med hänsyn till grundlagen att personer i olika åldrar får pension på olika grunder, om särbehandlingen inte är godtycklig och skillnaderna inte blir oskäligen (GrUU 34/2005 rd, s. 2/I, GrUU 60/2002 rd, s. 4–5). Jämlikhetsbestämmelsen i grundlagen är inte heller ett hinder för positiv särbehandling som är nödvändig för att uppnå faktisk jämlikhet, dvs. åtgärder som förbättrar någon grupps villkor och förhållanden (GrUU 34/2005 rd, s. 2/I, GrUU 40/2004 rd, s. 2/I).

Grundlagsutskottet ansåg då att så tidigt tillgång till psykiatrisk vård och service som möjligt är av största vikt för den psykiska utvecklingen hos barn och unga. Skyldigheten att ordna vård inom tre månader även för myndiga personer som är under 23 år ansågs vara motiverad eftersom många unga fortfarande i den åldern befinner sig i en känslig fas av sin psykiska utveckling när livssituationen är stadd i förändring. Det framgår av grundlagsutskottets utlåtande att det att särbehandlingen gäller denna grupp beror enligt motiven till propositionen på att det är en enhällig rekommendation från de ansvariga överläkarna inom ungdomspsykiatri i sjukvårdsdistrikten. Enligt utskottet fanns det alltså godtagbara skäl för bestämmelserna om man ser till de grundläggande fri- och rättigheterna. Grundlagsutskottet ansåg att det i och för sig är befogat att införa en samordnad åldersgräns också av den anledningen att de unga som

⁷⁸ Suvianna Hakalehto: Lapsioikeuden perusteet, 2018, s. 36

behöver psykiatrisk vård behandlas lika oberoende av var de är bosatta (GrUU 41/2010, s. 3/II-4/I).

Stadgandet i 6 § 2 mom. i grundlagen utgör inget hinder för nödvändig positiv särbehandling för att trygga den faktiska jämlikheten, det vill säga åtgärder som förbättrar ställningen och förhållandena för en viss grupp, till exempel barn och unga (GrUU 309/1993 rd, s. 48, GrUU 4/2016 rd, s. 3). Med hänsyn till diskrimineringsförbudet i 6 § 2 mom. i grundlagen har grundlagsutskottet ansett det vara en känslig fråga om grundläggande fri- och rättigheter att lagstifta om åldern och enligt utskottets etablerade praxis är kraven höga på de förbjudna särbehandlingsgrunder som räknas upp inte minst i 6 § 2 mom. i grundlagen (sammanfattningsvis om utskottets praxis i fråga om fastställande av åldersgränser GrUU 44/2010 rd, s. 5/I–6/II samt GrUU 31/2013 rd, GrUU 1/2006 rd, s. 2/I, GrUU 38/2006 rd, s. 2). I utskottets praxis har det förutsatts att en godtagbar grund ska ha ett sakligt och nära samband med lagens syfte (se t.ex. GrUU 44/2010 rd, s. 5).

Grundlagsutskottet har av hävd konstaterat att den allmänna jämlikhetsprincipen inte kan sätta stränga gränser för lagstiftarens prövning när lagstiftningen ska anpassas efter samhällsutvecklingen vid en viss tidpunkt. De valda metoderna ska dock stå i rätt proportion till det eftersträfvade målet, åtskillnad får inte ske godtyckligt, och inte heller får skillnaderna bli oskäliga (GrUU 38/2006 rd, s. 3/II, GrUU 37/2010 rd, s. 3/I, GrUB 11/2009 rd, s. 2/I, och GrUU 18/2006 rd, s. 2/II). Det samhällsintresse som motiverar undantag från likställighetsprincipen och undantagets signifikans måste stå i rätt proportion till varandra (GrUB 11/2009 rd, s. 2/II).

De föreslagna ändringarna ska även bedömas med avseende på den inbördes jämlikheten mellan barn och unga. Den föreslagna garantin om att få korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial intervention inom den föreskrivna tiden exkluderar de barn och unga under 23 år för vars symtom det inte finns någon tillgänglig behandling eller metod i enlighet med garantin. Tillgången till vård för dem garanteras dock av den gällande hälso- och sjukvårdslagen, där bestämmelserna i 50 § anger att en individuell bedömning av behovet av undersökningar och vård och hur brådskande det är ska göras inom samma dygn som kontakt togs och enligt 51 a § ska vård ges inom 14 dygn. Dessutom föreslås ingen ändring av maximitiden för barn och unga under 23 år i regeringspropositionen om maximitiden för tillgång till vård, som som var ute på remiss under sommaren. Även bedömningen av servicebehovet hos personer som har fyllt 23 år och är klienter inom socialvården och som är i behov av socialvård ska inledas utan dröjsmål och slutföras utan onödigt dröjsmål i enlighet med 36 § i socialvårdslagen. Enligt 45 § i socialvårdslagen ska ett beslut om socialservice verkställas utan dröjsmål i brådskande fall och utan ogrundat dröjsmål i fall som inte är brådskande. Beslutet ska dock verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inletts. De föreslagna ändringarna står således inte i strid med jämlikhetskravet enligt grundlagen.

Propositionens konsekvenser för förverkligandet av jämlikhet beskrivs närmare i kapitel 4.3.3.3.

12.3 Velfärdsområdenas självstyrelse och statens skyldighet att trygga att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses

Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen utfärdas bestämmelser om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner genom lag. Av betydelse med tanke på de lagstadgade skyldigheter att ordna service som åläggs självstyrande områden är även 22 § i grundlagen, enligt vilken det allmänna ska se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Med det allmänna avses här staten, kommuner och förvaltningsområden med självstyrelse som är större än kommuner, såsom velfärdsområden. Enligt 2 § i lagen om velfärdsområden är ett velfärdsområde ett offentligt rättsligt samfund med

självstyrelse inom sitt område i enlighet med denna lag. Velfärdsområdena har en föreskriven skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare. Bestämmelserna i grundlagen förutsätter aktiva åtgärder av det allmänna och därmed även av velfärdsområdena, och de ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för genomförandet av de grundläggande rättigheterna.

Det allmännas säkringsskyldighet innebär för staten en skyldighet att anvisa tillräcklig finansiering för tillhandahållandet av tjänster. Grundlagsutskottet har konstaterat att till skyldigheten att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna i 22 § i grundlagen hör statens ansvar för att se till att områden enligt 121 § 4 mom. i grundlagen har praktiska förutsättningar att klara av sina uppgifter (GrUU 17/2021 rd, s. 23, GrUU 26/2017 rd, s. 23, se även GrUU 10/2015 rd och GrUU 37/2009 rd). Grundlagsutskottet anser att finansieringen av de områden som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen i tillämpliga delar ska bedömas i ljuset av grundlagsutskottets praxis i fråga om finansieringsprincipen (GrUU 15/2018 rd). Finansieringsprincipens betydelse vid den konstitutionella bedömningen av bestämmelserna om förvaltningsområden som är större än kommuner avviker dock bland annat på grund av att beskattningsrätten saknas från bedömningen i fråga om kommunerna (GrUU 15/2018 rd, s. 21). Det är uttryckligen den statliga finansieringen och fördelningen av den som intar en avgörande ställning när det gäller att se till att velfärdsområdena klarar av att sköta sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt (se GrUU 15/2018 rd, s. 21).

I regeringsprogrammet har 35 miljoner euro reserverats för velfärdsområdena för genomförandet av terapigarantin från och med 2025. En del av finansieringen allokeras på det sätt som anges i kapitel 11.2 till SHVS via FPA som organiserar studerandehälsovården i syfte att producera mentalvårdstjänster för högskolestuderande under 23 år i enlighet med propositionen. Genom den årliga finansieringen strävar man således efter att faktiskt trygga genomförandet av mentalvårdstjänster på basnivå för barn och unga och en mer enhetlig organisering av dem inom olika områden och tjänster.

Införandet av de föreslagna psykosociala metoderna som helhet bör planeras både på velfärds- och samarbetsområdets nivå. Denna helhet och dess konsekvenser för velfärdsområdena beskrivs närmare i kapitel 4.2.2.2. I samarbetsavtalen bör velfärdsområdena trygga genomförandet av den föreslagna lagstiftningen med även beaktande av den roll som föreskrivs för universitetssjukhusen i centraliseringsförordningen i fråga om bedömningen av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållandet av kompetensen. Velfärdsområdena bör inom ramen för sitt självstyre och med beaktande av övrig lagstiftning inom sitt samarbetsområde avtala om valet och införandet av psykosociala metoder som förbättrar barns och ungas psykiska hälsa samt upprätthållandet av kompetensen. Det bör dock konstateras att velfärdsområdenas strukturer och samarbete är i utformningsskedet och att även områdenas resurser och utmaningar skiljer sig åt. På grund av velfärdsområdenas system med allmän finansiering har den statliga finansieringen på totalt 35 miljoner euro som reserverats för genomförandet av terapigarantin inte öronmärkts för just tjänsteproduktionen enligt propositionen. Dessa faktorer kan försvåra ett jämlikt genomförande av terapigarantin i områdena. Utvecklingen och förstärkningen av den nationella styrningen är därför nödvändig och har påbörjats.

12.4 Rättssäkerhet och tillsyn

Bestämmelser om rättssäkerhet ingår i 21 § i grundlagen och enligt 2 mom. tryggas rätten att bli hörd, att få ett motiverat beslut och att ansöka om ändring liksom de andra garantierna för en rättvis rättegång och en god förvaltning genom lag. Rättsmedlen skiljer sig emellertid avsevärt mellan klienter inom socialvården och patienter inom hälso- och sjukvården. I samband med terapigarantin kan rättsmedel tillgripas om stöd eller behandling som omfattas av

terapigarantin och som barnet eller den unga behöver inte inleds inom den föreslagna maximitiden på en månad eller om behandlingen eller stödet nekas trots konstaterat behov.

Socialvårdens klienter har starka rättsmedel till sitt förfogande när de har rätt att få ett skriftligt beslut om ordnandet av socialtjänster. I fall som inte är brådsnande ska beslut fattas utan ogrundat dröjsmål efter det att ärendet inletts (45 § i socialvårdslagen). I fråga om terapigarantin som gäller barn eller barnets familj eller unga under 23 år ska beslutet i regel verkställas inom socialvården inom en månad i enlighet med propositionen. Det föreslås vara möjligt att överklaga beslutet på normalt sätt i enlighet med 6 kap. i socialvårdslagen genom att begära omprövning och överklaga beslutet till förvaltningsdomstolen.

Inom hälso- och sjukvården ska patienten vårdas i samförstånd med honom eller henne, och att ge vården är i sig ett vårdbeslut. En patient inom hälso- och sjukvården har som rättsmedel möjlighet att framställa en anmärkning eller ett klagomål till olika tillsynsmyndigheter (10 och 10 a § i lagen om patientens ställning och rättigheter). Anmärkning och klagomål kan betraktas som ett sämre rättsmedel jämfört med möjligheten att överklaga enligt socialvårdslagen. På så sätt kan barnet eller den unga hamna i en ojämlig ställning när det gäller tillgängliga rättsmedel, beroende på om det är fråga om en bedömning av behovet av en psykosocial metod och maximitiden för inledande av vård och stöd inom socialvårdstjänsterna eller hälso- och sjukvårdstjänsterna. Sannolikt kan inte heller barnet eller den unga själv välja vilken tjänst han eller hon ska söka sig till i samband med terapigarantin. Inom tidsplanen för propositionen fanns det dock ingen möjlighet att föreslå ändringar i denna grundläggande skillnad mellan rättsmedlen inom socialvården och hälso- och sjukvården, som kräver en separat och noggrann granskning av helheten.

Serviceanordnarnas egenkontroll tryggar också rättssäkerheten i fråga om terapigarantin. Serviceanordnaren, dvs. välfärdsområdet och SHVS, ska genom egenkontroll säkerställa att deras social- och hälsovårdsuppgifter sköts på ett lagligt sätt i enlighet med 23 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården. Serviceanordnaren ska övervaka sin verksamhet så att social- och hälsovården till innehåll, omfattning och kvalitet är sådan som klienternas och patienternas behov och säkerhet förutsätter. Serviceanordnaren ska i sin verksamhet beakta att tjänsterna för socialvårdens klienter och patienter förverkligas på ett jämlikt sätt.

Med tanke på tillsynen är det även viktigt med en så tydlig tolkning som möjligt av de behandlingsmetoder som omfattas av propositionen. På nationell nivå utgör rekommendationerna av Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården och andra nationella rekommendationer inom social- och hälsovården riktlinjer för helheten av psykosociala metoder. Välfärdsområdena ska i samarbetsavtalet avtala om införandet och användningen av psykosociala metoder inom social- och hälsovården. Dessutom ska samarbetsavtalet beakta universitetssjukhusens uppgift enligt centraliseringsförordningen att bedöma psykosociala metoder och upprätthålla kompetensen i fråga om dem. Samarbetsavtal och enhetliga principer för införandet av metoder främjar och förverkligar jämlikheten för invånarna i välfärdsområdena genom att utnyttja styrkorna i olika välfärdsområden på ett sätt som gynnar hela områdets befolkning. Även om man genom lagstiftningen om samarbetsområden strävar efter att säkerställa att organiseringen av social- och hälsovårdshelheter som kräver specialkompetens inte ska vila på ett enskilt välfärdsområde, utan att ansvaret kan fördelas mellan samarbetsområdena, kan det dock i praktiken uppkomma skillnader mellan områdena. Detta kan också försvåra tillsynen. Man strävar efter att under regeringsperioden även lösa utmaningarna i anslutning till metoderna genom andra lagstiftningsprojekt som anknyter till den nationella servicereformen.

Iakttagandet av maximitiderna för terapigarantin inom hälso- och sjukvården föreslås följas upp riksomfattande från och med att lagarna träder i kraft, eftersom välfärdsområdena och SHVS bör offentliggöra uppgifterna månadsvis i det allmänna datanätet. THL har också tagit fram åtgärds-koder för psykosociala metoder för social- och hälsovårdens bruk, för att registerbaserat kunna följa upp genomförandet av den föreslagna lagstiftningen. Den rapportering som fås ur informationssystemet möjliggör en granskning av antalet patienter och klienter som omfattas av vård och intervention, frekvensen för genomförda besök, vård- och tjänsteperiodens varaktighet samt individuella terapier. Enligt bedömningen är insamlingen av uppgifter inom socialvården dock möjlig först år 2026, och uppgifterna fås i framtiden via socialvårdens uppföljningsregister från THL:s hys-sote-informationsresurs. Dessförinnan kan genomförandet av interventionerna följas upp med hjälp av beslutsuppgifter inom socialvården.

12.5 Sammandrag

På de grunder som har anförts ovan är de föreslagna ändringarna förenliga med de grundläggande fri- och rättigheter som anges i grundlagen. Propositionen stärker tillgodoseendet av barnets rättigheter och tryggar för sin del tillräckliga mentalvårdstjänster på basnivå för barn och unga under 23 år enligt förpliktelserna i människorättskonventionen som är bindande för Finland. Propositionen tryggar det faktiska genomförandet av mentalvårdstjänster eftersom barn och unga inom föreskriven tid får psykosocial vård inom hälso- och sjukvården eller omfattas av psykosocialt stöd inom socialvården. Dessutom följer förslaget om positiv särbehandling av barn och unga under 23 år i samband med terapigarantin grundlagsutskottets tidigare ställningstaganden om likabehandling. I enlighet med grundlagen har staten för genomförandet av de föreslagna tjänsterna fördelat resurser för helheten som samordnas inom social- och hälsovården i enlighet med skyldigheterna i grundlagen.

Regeringen anser att lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

Kläm

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

1.

Lag

om ändring av 53 och 55 § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 53 § och 55 § 1 mom., sådana de lyder, 53 § delvis ändrad i lag 581/2022 och 55 § 1 mom. i lag 116/2023, som följer:

53 §

Särskilda bestämmelser om tillgång till mentalvård för barn och unga

Inom primärvården ska korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion i fråga om barn och unga under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Bestämmelser om psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år som ordnas som service inom socialvårdens mentalvårdsarbete finns i 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen.

Inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga under 23 år ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände.

Psykiatrisk specialiserad sjukvård som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om barn och unga under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett välfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § samt 53 § 1 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c och 52 § samt 53 § 2 och 3 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för offentliggörande.

Denna lag träder i kraft den 20 .

2.

Lag

om ändring av 25 a och 45 § i socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
fögas till 25 a § i socialvårdslagen (1301/2014), sådan paragrafen lyder i lag 1280/2022, nya 2 och 3 mom., varvid det nuvarande 2 mom. blir 4 mom., och till 45 §, sådan den lyder i lag 677/2023, ett nytt 3 mom., varvid det nuvarande 3 mom. blir 4 mom., som följer:

25 a §

Service inom mentalvårdsarbete

Dessutom ska det som service inom mentalvårdsarbete ordnas psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år på det sätt som välfärdsområdet bestämmer och där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som grundar sig på psykologisk interaktion används. I fråga om ibruktagande och användning av metoderna ska det avtalas så att social- och hälsovårdens verksamhet bildar en ändamålsenlig helhet.

Bestämmelser om tillgång till psykosocial vård inom primärvården för barn och unga under 23 år finns i 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

45 §

Beslutsfattande och verkställighet som gäller socialvården

Med avvikelse från 2 mom. ska ett i 25 a § 2 mom. avsett beslut om service inom mentalvårdsarbete för barn och unga under 23 år verkställas inom en månad från det att behovet av stöd konstaterades. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

Denna lag träder i kraft den 20 .

3.

Lag

om ändring av 10 a och 11 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) 11 § 2 mom., sådant det lyder delvis ändrat i lag 611/2022, samt
fogas till 10 a §, sådan den lyder i lagarna 118/2023 och 1140/2023, ett nytt 4 mom., varvid det nuvarande 4 och 5 mom. blir 5 och 6 mom., som följer:

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Inom primärvården ska korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion i fråga om högskolestuderande under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

11 §

Delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande

I delegationen finns representanter för social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Folkpensionsanstalten, välfärdsområdena, Institutet för hälsa och välfärd, Studenternas hälsovårdsstiftelse, universiteten och yrkeshögskolorna samt studentkårerna och studerandekårerna.

Denna lag träder i kraft den 20 .

4.

Lag

om ändring av 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 4 § 1 mom. 1 punkten, sådan den lyder i lag 1292/2022, som följer:

4 §

Avgiftsfri socialservice

Avgiftsfria är följande former av socialservice:

1) socialt arbete enligt 14 § 1 mom. 1 punkten i socialvårdslagen (1301/2014), social handledning enligt momentets 2 punkt, social rehabilitering enligt momentets 3 punkt, familjearbete enligt momentets 4 punkt, dagcenterservice som särskild service inom alkohol- och drogarbete enligt momentets 16 punkt, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor enligt momentets 19 punkt, övervakning av umgänge mellan barn och förälder enligt momentets 20 punkt, psykosocialt stöd som ordnas som service inom mentalvårdsarbete enligt 25 a § 2 mom. i den lagen och stöttat umgänge och övervakade byten enligt 27 § i den lagen samt verksamhet i sysselsättningssyfte för handikappade och arbetsverksamhet för handikappade, med undantag för transporter och måltider, enligt 27 d och 27 e § i 1982 års socialvårdslag (710/1982),

Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 23 september 2024

Statsminister

Petteri Orpo

Social- och hälsovårdsminister Kaisa Juuso

1.

Lag

om ändring av 53 och 55 § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 53 § och 55 § 1 mom., sådana de lyder, 53 § delvis ändrad i lag 581/2022 och 55 § 1 mom. i lag 116/2023, som följer:

Gällande lydelse

53 §

Att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga

Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan

Föreslagen lydelse

53 §

Särskilda bestämmelser om tillgång till mentalvård för barn och unga

Inom primärvården ska korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion i fråga om barn och unga under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Bestämmelser om psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år som ordnas som service inom socialvårdens mentalvårdsarbete finns i 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen.

Inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga under 23 år ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

*verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i
velfärdsområdet.*

Vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett velfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c, 52 och 53 § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till velfärdsområdet för offentliggörande.

Psykiatrisk specialiserad sjukvård som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om *barn och unga* under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett velfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § *samt 53 § 1 mom.* föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c och 52 § *samt 53 § 2 och 3 mom.* föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till velfärdsområdet för offentliggörande.

Denna lag träder i kraft den 20 .

2.

Lag

om ändring av 25 a och 45 § i socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
fögas till 25 a § i socialvårdslagen (1301/2014), sådan paragrafen lyder i lag 1280/2022, nya 2 och 3 mom., varvid det nuvarande 2 mom. blir 4 mom., och till 45 §, sådan den lyder i lag 677/2023, ett nytt 3 mom., varvid det nuvarande 3 mom. blir 4 mom., som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

25 a §

Service inom mentalvårdsarbete

25 a §

Service inom mentalvårdsarbete

Dessutom ska det som service inom mentalvårdsarbete ordnas psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år på det sätt som välfärdsområdet bestämmer och där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som grundar sig på psykologisk interaktion används. I fråga om ibruktagande och användning av metoderna ska det avtalas så att social- och hälsovårdens verksamhet bildar en ändamålsenlig helhet.

Bestämmelser om tillgång till psykosocial vård inom primärvården för barn och unga under 23 år finns i 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

45 §

Beslutsfattande och verkställighet som gäller socialvården

45 §

Beslutsfattande och verkställighet som gäller socialvården

Med avvikelse från 2 mom. ska ett i 25 a § 2 mom. avsett beslut om service inom mentalvårdsarbete för barn och unga under 23 år verkställas inom en månad från det att behovet av stöd konstaterades. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

*handläggningstid eller om verkställigheten
fördröjs av något annat särskilt skäl som
hänger samman med klientens behov.*

Denna lag träder i kraft den 20 .

3.

Lag

om ändring av 10 a och 11 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) 11 § 2 mom.,
sådan det lyder delvis ändrat i lag 611/2022, samt
fogas till 10 a §, sådan den lyder i lagarna 118/2023 och 1140/2023, ett nytt 4 mom., varvid
det nuvarande 4 mom. blir 5 mom., som följer:

Gällande lydelse

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Föreslagen lydelse

10 a §

Att få icke-brådskande vård

*Inom primärvården ska korttidspsykoterapi
eller strukturerad och tidsbegränsad
psykosocial behandling som grundar sig på
psykologisk interaktion i fråga om
högskolestuderande under 23 år inledas inom
28 dygn från det att behovet av sådan
behandling konstaterades, om inte
medicinska, terapeutiska eller andra
motsvarande omständigheter kräver något
annat.*

11 §

*Delegationen för studerandehälsovård för
högskolestuderand*

I delegationen finns representanter för
social- och hälsovårdsministeriet,
finansministeriet, undervisnings- och
kulturministeriet, Folkpensionsanstalten,
Finlands Kommunförbund, Institutet för hälsa
och välfärd, Studenternas hälsovårdsstiftelse,
universiteten och yrkeshögskolorna samt
studentkårerna och studerandekårerna.

11 §

*Delegationen för studerandehälsovård för
högskolestuderand*

I delegationen finns representanter för
social- och hälsovårdsministeriet,
finansministeriet, undervisnings- och
kulturministeriet, Folkpensionsanstalten,
välfärdsområdena, Institutet för hälsa och
välfärd, Studenternas hälsovårdsstiftelse,
universiteten och yrkeshögskolorna samt
studentkårerna och studerandekårerna.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Denna lag träder i kraft den 20 .

4.

Lag

om ändring av 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 4 § 1 mom. 1 punkten, sådan den lyder i lag 1292/2022, som följer:

Gällande lydelse

4 §

Avgiftsfri socialservice

Avgiftsfria är följande former av socialservice:

1) socialt arbete enligt 14 § 1 mom. 1 punkten i socialvårdslagen (1301/2014), social handledning enligt momentets 2 punkt, social rehabilitering enligt momentets 3 punkt, familjearbete enligt momentets 4 punkt, dagcenterservice som särskild service inom alkohol- och drogarbete enligt momentets 16 punkt, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor enligt momentets 19 punkt, övervakning av umgänge mellan barn och förälder enligt momentets 20 punkt, stöttat umgänge och övervakade byten enligt 27 § i den lagen samt verksamhet i sysselsättningssyfte för handikappade och arbetsverksamhet för handikappade, med undantag för transporter och måltider, enligt 27 d och 27 e § i socialvårdslagen (710/1982),

Föreslagen lydelse

4 §

Avgiftsfri socialservice

Avgiftsfria är följande former av socialservice:

1) socialt arbete enligt 14 § 1 mom. 1 punkten i socialvårdslagen (1301/2014), social handledning enligt momentets 2 punkt, social rehabilitering enligt momentets 3 punkt, familjearbete enligt momentets 4 punkt, dagcenterservice som särskild service inom alkohol och drogarbete enligt momentets 16 punkt, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor enligt momentets 19 punkt, övervakning av umgänge mellan barn och förälder enligt momentets 20 punkt, *psykosocialt stöd som ordnas som service inom mentalvårdsarbete enligt 25 a § 2 mom. i den lagen* och stöttat umgänge och övervakade byten enligt 27 § i den lagen samt verksamhet i sysselsättningssyfte för handikappade och arbetsverksamhet för handikappade, med undantag för transporter och måltider, enligt 27 d och 27 e § i 1982 års socialvårdslag (710/1982),

Denna lag träder i kraft den 20 .

Statsrådets förordning

om ändring av statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden

I enlighet med statsrådets beslut
fogas till statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden (309/2023) en ny 2 a § som följer:

2 a §

Ibruktagande av metoder inom social- och hälsovården

I samarbetsavtalet ska på det sätt som avses i 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård åtminstone bestämmas om ibruktagande och användning av sådana i 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen avsedda psykosociala arbetsmetoder i arbetet för barn och unga under 23 år inom primärvården och socialvården. I avtalet ska bestämmas om ibruktagandet och användningen av metoderna så att de bildar en helhet som samordnar verksamheten inom social- och hälsovården.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Statsrådets förordning

om ändring av 2 § i statsrådets förordning om delegationen för studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med statsrådets beslut
ändras i statsrådets förordning om delegationen för studerandehälsovård för
högskolestuderande (274/2021) 2 § 1 och 3 mom. som följer:

2 §

Sammansättning

Delegationen har en ordförande, en vice ordförande och minst elva andra medlemmar.

I fråga om delegationens övriga medlemmar ska det i sammansättningen ingå företrädare för social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, Studenternas hälsovårdsstiftelse, välfärdsområdena, de universitet som avses i 1 § i universitetslagen (558/2009) och studentkårer som avses i 46 § i den lagen samt de yrkeshögskolor som avses i 2 § i yrkeshögskolelagen (932/2014) och studerandekårer som avses i 41 § i den lagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .