

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagar som har samband med dem

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås ändringar av socialvårdslagen, tills vidare och temporärt av hälso- och sjukvårdslagen, mentalvårdslagen, lagen om missbrukarvård, lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården, lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner, lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd, narkotikalagen, lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, civiltjänstlagen och lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten.

Mentalvårds- och missbrukarlagstiftningen reformeras enligt skrivningen i regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering. Bestämmelser om mentalvårds- och missbrukartjänster föreslås i fortsättningen ingå i socialvårdslagen när det gäller socialvård och i hälso- och sjukvårdslagen när det gäller hälso- och sjukvård, med undantag för vård oberoende patientens vilja och verksamheten vid statens sinnessjukhus om vilka det fortfarande föreskrivs i mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. I propositionen föreslås dessutom att bestämmelserna i lagen om missbrukarvård om vårdförordnande oberoende av missbrukarens vilja på grund av våldsamhet ska upphävas.

I propositionen föreslås ett förtydligande av välfärdsområdenas och kommunernas uppgifter inom främjandet av psykisk hälsa och det förebyggande rusmedelsarbetet samt genomförandet av mentalvårdsarbete, alkohol- och drogarbete, beroendearbete och vård som en del av välfärdsområdenas social- och hälsovårdstjänster. Dessutom ska social- och hälsovårdens uppgifter och ansvarsfördelningen med avseende på dessa tjänster förtydligas och samordnandet och ordnandet av social- och hälsovårdstjänster stärkas om det behövs i form av tjänster som tillgodoses gemensamt.

Mentalvård samt missbrukar- och beroendevård inom hälso- och sjukvården ska enligt propositionen ordnas mångsidigt genom att säkerställa kontinuiteten och med hänsyn till skötsel av hälsan som helhet. Skyldigheten att ordna arbetshandledning utökas till att utöver mentalvård gälla missbrukar- och beroendevård. Hälso- och sjukvården och socialjouren tillhandahåller tillsammans psykosocialt stöd i akuta situationer. I akuta situationer ansvarar socialjouren för ledningen av det psykosociala stödet i initialskedet.

Propositionen ska stödja rätten för klienter inom socialvården att få det stöd de behöver och socialservice vid stödbehov till följd av missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende eller försämrad psykisk funktionsförmåga. Genom förslaget förbättras möjligheterna att få klienterna att omfattas av servicen genom att stärka samhällsinriktat socialt arbete som en välfärdsfrämjande uppgift för socialvården och det uppsökande arbetet som ordnas som en del av det eller av annan service. Till socialvårdslagen ska som ny form av socialservice fogas dagcenterservice som ska erbjudas som särskild service inom alkohol- och drogarbetet till personer som missbrukar berusningsmedel.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2023 och avses bli behandlad i samband med den.

De föreslagna lagarna avses i regel träda i kraft den 1 januari 2023. Bestämmelserna om den utvidgade arbetshandledningen till missbrukar- och beroendevården, samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete samt dagcenter som ordnas som särskild service inom alkohol- och drogarbetet avses dock träda i kraft den 1 juli 2023. Lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen avses gälla från den 1 januari till den 30 juni 2023.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
MOTIVERING	7
1 Bakgrund och beredning.....	7
1.1 Bakgrund.....	7
1.2 Beredning.....	7
2 Nuläge och bedömning av nuläget.....	9
2.1 Gällande lagstiftning.....	9
2.1.1 De grundläggande fri- och rättigheterna	9
2.1.2 Internationella människorättskonventioner	9
2.1.3 Skyldighet att ordna mentalvårds- och missbrukartjänster:	12
2.1.4 Mentalvårds- och missbrukartjänster	13
2.1.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen	13
2.1.4.2 Socialvårdslag	16
2.1.4.3 Mentalvårdslagen och mentalvårdsförordningen	19
2.1.4.4 Lagen om missbrukarvård och förordningarna om missbrukarvård	20
2.1.4.5 Lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet	22
2.1.5 Regleringen av integrationen av tjänsterna	23
2.1.6 Tillgängligheten av och tillgången till tjänster.....	26
2.1.7 Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården	27
2.1.8 Lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner	28
2.1.9 Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre	28
2.1.10 Lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd.....	29
2.1.11 Narkotikalagen	29
2.1.12 Civiltjänstlagen	29
2.1.13 Lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarmakten	29
2.1.14 Hälso- och sjukvård för fångar och häktade.....	30
2.1.15 Behandling av klient- och patientuppgifter inom social- och hälsovården.....	31
2.2 Befolkningens mentala hälsa, användning av berusningsmedel och funktionella beroenden	32
2.3 Utbudet av mental- och missbrukarvårdstjänster	36
2.3.1 Grundläggande mentalvårdstjänster.....	36
2.3.2 Specialiserad psykiatrisk sjukvård	38
2.3.3 Missbrukartjänster.....	39
2.3.4 Psykosocialt stöd vid plötsliga chockerande situationer	43
2.4 Patient- och klientupplevelser	44
2.5 Personal	44
2.6 Kostnader	45
2.7 Klientavgifter	47
2.8 Konsekvenserna av Covid-19-epidemin	48
2.9 Utveckling av mentalvård och alkohol- och drogarbete samt framtidsutsikter.....	50
2.10 Bedömning av servicesystemet	56
2.11 Bedömning av lagstiftningen	60

3 Målsättning	66
4 Förslagen och deras konsekvenser	67
4.1 De viktigaste förslagen	67
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	69
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser	69
4.2.1.1 Konsekvenser för välfärdsområdenas kostnader	69
4.2.1.2 Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning	81
4.2.1.3 Konsekvenser för samhällsekonomin	81
4.2.1.4 Kostnadsneutrala förslag	82
4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna	84
4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser	88
4.2.3.1 Konsekvenser för medborgarnas ställning och verksamheten i medborgarsamhället	88
4.2.3.2 Konsekvenser för klienter och patienter	89
4.2.3.3 Konsekvenser för olika befolkningsgrupper	91
4.2.3.4 Konsekvenser för likabehandling och jämställdhet	92
4.2.3.5 Konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna och mänskliga rättigheterna	93
4.2.3.6 Konsekvenser för barn	93
4.2.3.7 Konsekvenser för sysselsättningen och arbetslivet	95
4.2.3.8 Konsekvenser för säkerheten	96
5 Alternativa handlingsvägar	96
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser	96
5.2 Utländsk lagstiftning och andra förfaranden som tillämpas utomlands	98
5.2.1 Mentalvårds- och missbrukartjänster	98
5.2.2 Tvångsvård på grund av våldsamt beteende	107
6 Remissvar	108
7 Specialmotivering	113
7.1 Lag om ändring av socialvårdslagen	113
7.2 Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	139
7.3 Lag om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen	156
7.4 Lag om ändring av mentalvårdslagen	156
7.5 Lag om ändring av lagen om missbrukarvård	159
7.6 Lag om ändring av 2 och 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner	164
7.7 Lag om ändring av 2 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre	165
7.8 Lag om ändring av 1 § i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd	165
7.9 Lag om ändring av 4 § i narkotikalagen	165
7.10 Lag om ändring av lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar	166
7.11 Lag om ändring av 93 § i civiltjänstlagen	166
7.12 Lag om ändring av 35 § i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten	166

7.13 Lagen om ändring av 4 och 5 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården	167
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag	168
9 Ikraftträdande	170
10 Verkställighet och uppföljning	171
11 Förhållande till andra propositioner	171
11.1 Samband med andra propositioner	171
11.2 Förhållande till budgetpropositionen	172
12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	172
12.1 Rätt till social trygghet	172
12.2 Jämlikhet	173
12.3 Velfärdsområdenas självstyrelse och statens skyldighet att se till de grundläggande fri- och rättigheterna	175
12.4 Utövning av offentlig makt	176
12.5 Utfärda förordningar	177
LAGFÖRSLAG	178
1. Lag om ändring av socialvårdslagen	178
2. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	184
3. Lag om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen	188
4. Lag om ändring av mentalvårdslagen	189
5. Lag om ändring av lagen om missbrukarvård	190
6. Lag om ändring av 2 och 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner	193
7. Lag om ändring av 2 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre	194
8. Lag om ändring av 1 § i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd	195
9. Lag om ändring av 4 § i narkotikalagen	196
10. Lag om ändring av lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar	196
11. Lag om ändring av 93 § i civiltjänstlagen	197
12. Lag om ändring av 35 § i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten	198
13. Lag om ändring av 4 och 5 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården	198
PARALLELLTEXTER	201
1. Lag om ändring av socialvårdslagen	201
2. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	211
4. Lag om ändring av mentalvårdslagen	218
5. Lag om ändring av lagen om missbrukarvård	221
6. Lag om ändring av 2 och 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner	228
7. Lag om ändring av 2 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre	230
8. Lag om ändring av 1 § i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd	231
9. Lag om ändring av 4 § i narkotikalagen	232

10. Lag om ändring av lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar	233
11. Lag om ändring av 93 § i civiltjänstlagen	234
12. Lag om ändring av 35 § i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten	234
13. Lag om ändring av 4 och 5 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården	235
FÖRORDNINGSUTKAST	238
Statens förordning om upphävande av vissa bestämmelser i mentalvårdsförordningen	238
Statens förordning om upphävande av vissa bestämmelser i förordningen om missbrukarvård	239
Social- och hälsovårdsministeriets förordning om verksamhetsenheter som ger vård till personer som misstänks för narkotikabrott och personer som gjort sig skyldiga till narkotikabrott	240

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

I regeringsprogrammet för statsminister Marins regering ingår en skrivning om att revidera lagstiftningen om mentalvård och missbrukarvård. Skrivningen utgör en del av åtgärderna för att främja välbefinnande och hälsa, enligt vilka bland annat beroenden ska minskas och rusmedelsstrategin uppdateras för att främja det förebyggande arbetet och för att samordna de samlade missbrukartjänsterna. I regeringsprogrammet konstateras följande: ”Det målmedvetna arbetet för att minska tobaksrökningen och den totala alkoholkonsumtionen ska fortsätta. Missbrukarvården ska göras effektivare och skadorna av drogmissbruk minskas genom att det utarbetas ett förvaltningsövergripande principbeslut av statsrådet om drogpolitiken. Spelproblem ska förebyggas som en del av ett spelpolitiskt program. Med hjälp av tidigare beredning ska det utarbetas en strategi för mental hälsa som ser den mentala hälsan som ett kapital, tryggar rättigheterna till mental hälsa och tjänsterna för mental hälsa, länkar dem till de befintliga strukturerna, förebygger självmord och stärker de yrkesverksammas kompetens. Samtidigt ska lagstiftningen om mentalvård och missbrukarvård revideras.”

Regeringsprogrammet innehåller också andra skrivningar om mentalvårds- och missbrukartjänster. Enligt regeringsprogrammet ska tröskeln för mentalvårdstjänster för barn och unga göras lägre och tjänsterna ska som en del av basservicen i ännu högre grad ges i rätt tid och vara tillgängliga. Kontakten mellan dem och de befintliga tjänsterna för barn och familjer och andra servicestrukturer ska intensifieras. Tjänsterna i alkohol- och drogarbetet bland minderåriga ska tryggas regionalt och språkligt. Enligt skrivningen i regeringsprogrammet ska även mödrar och familjer med missbruksproblem garanteras tillräckliga tjänster och rehabilitering. När det gäller utvecklingen av social- och hälsocentralerna fastställs det i regeringsprogrammet att det i de tjänster som tillhandahålls vid social- och hälsocentralerna ingår åtminstone primärvårdstjänster, mun- och tandvård, närservice inom socialarbete och hemvård, hemsjukhus, tjänster inom mentalvård och missbrukarvård på basnivå, tjänster inom öppenvårdsrehabilitering, förebyggande av folksjukdomar samt rådgivningsbyråtjänster och andra förebyggande tjänster. En förbättring av tillgången på mentalvårdstjänster samt utveckling av tjänsternas kvalitet har konstaterats utgöra en viktig del av strukturreformen av social- och hälso-tjänsterna.

1.2 Beredning

År 2016 utarbetades vid social- och hälsovårdsministeriet en bedömningspromemoria om tjänsterna inom mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. I bedömningspromemorian framhävs behovet av att se över regleringen av mentalvård och missbrukarvård samt beskrivs de mål som revideringen bör syfta till. Som mål angavs bland annat förbättring av tjänsternas tillgänglighet och främjande av integrationen av social- och hälsovårdsservicen. I bedömningspromemorian framhövs tre alternativa sätt för att förnya tjänsterna inom mental- och missbrukarvården. Ett av alternativen är att revidera mentalvårdslagen (1116/1990) och lagen om missbrukarvård (41/1986) men bevara dem som separata lagar. Ett annat alternativ är att bilda en ny författning av dessa lagar och att i den inkludera regleringen av vård som är oberoende av patientens vilja. Det tredje alternativet är att reglera vård som är oberoende av patientens vilja genom annan lagstiftning och samtidigt utveckla regleringen enligt socialvårdslagen (1301/2014), hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) samt av tjänsterna för personer med funktionsnedsättning så att mental- och missbrukarvården samt social- och hälsovårdsservicen för mentalvårds- och missbrukarsklienter tryggas på ett tillräckligt sätt.

År 2017 fortsatte social- och hälsovårdsministeriet att bereda översynen av lagstiftningen om mental- och missbrukarvården i anslutning till den fortsatta arbetsgruppen för självbestämmanderätten för klienter och patienter inom social- och hälsovården vars mandatperiod var 15.8.2017–28.2.2018. Underarbetsgruppen för missbrukar- och mentalvårdstjänster till den fortsatta arbetsgruppen beredde en ändring av socialvårdslagen samt hälso- och sjukvårdslagen i syfte att överföra bestämmelserna om så kallade frivilliga mental- och missbrukarvårdstjänster från speciallagstiftningen, dvs. mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård, till den allmänna lagstiftningen om social- och hälsovård. Underarbetsgruppens arbete slutfördes dock inte. Under beredningen fick arbetsgruppen stöd av projektet VN TEAS som utrett modeller för mental- och missbrukarvårdstjänster och som offentliggjort en utredning av fungerande mentalvårds- och missbrukartjänster¹. En underarbetsgrupp utredde vårdens tillgänglighet och enhetliga grunder för vård, och dess förslag offentliggjordes i slutrapporten av arbetsgruppen för den riksomfattande vårdens tillgänglighet² och enhetliga grunder för vård och de uppdaterade grunderna för icke-brådskande vård³.

Under statsminister Sanna Marins regeringsperiod har beredningen av översynen av mentalvårds- och missbrukartjänsterna fortsatt som tjänstemannaberedning vid social- och hälsovårdsministeriet sedan sommaren 2021 med beaktande av den tidigare beredningen. I lagberedningen har samarbete utförts med justitieministeriet, försvarsministeriet, arbets- och näringsministeriet, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd samt Social- och hälsoorganisationernas understödscentral (STEA).

Social- och hälsovårdsministeriet ordnade två samråd för intressenterna under beredningen.

Utkastet till regeringens proposition var på remiss 29.4–23.6.2022. Utlåtanden på finska skulle inlämnas senast den 10 juni 2023 (2022?) och utlåtandena på svenska först den 23 juni 2022, på grund av att den svenska versionen av utkastet endast kunde läsas i sin helhet i utlåtandetjänsten från och med den 16 maj 2022. Begäran om utlåtanden publicerades på lausuntopalvelu.fi och innehöll frågor relaterade till propositionen. Utlåtanden kunde också lämnas in som så kallade traditionella utlåtanden till social- och hälsovårdsministeriets registratörskontor. Paragraferna, motiveringarna och konsekvensbedömningen i regeringens proposition ändrades, kompletterades och preciserades utifrån remissvaren. Remissvaren och ändringarna till följd av dem beskrivs närmare i avsnitt 6. Utlåtandena och de övriga beredningsunderlagen finns tillgängliga i den offentliga tjänsten på <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM105:00/2021> med koden STM105:00/2021.

Propositionen har behandlats i delegationen för kommunal ekonomi och förvaltning den 16 augusti 2022.

¹ Publikationsserien för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 89/2017: Fungerande modeller för mental- och missbrukarvården. Tillgänglig: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 19.3.2022.

² Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:50: Den nationella arbetsgruppen för tillgång till vård och enhetliga grunder för vård 2015–2018. Slutrapport. Tillgänglig: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161713/Rap_50_2019_Valtakunnallinen%20hoi-don%20saatavuuden%20ja%20yhten%C3%A4isten%20hoidon.pdf. Läst 19.3.2022.

³ Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2019:2: Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>. Läst 19.3.2022.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Gällande lagstiftning

2.1.1 De grundläggande fri- och rättigheterna

19 § 1 mom. i grundlagen tryggar rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Med oundgänglig försörjning och omsorg avses en sådan inkomstnivå och sådan service som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Den omsorg som avses i bestämmelsen omfattar bland annat social- och hälsovård.

I 19 § 3 mom. i grundlagen föreskrivs om att det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen kompletteras av allmänna och särskilda bestämmelser om kommunernas och framöver välfärdsområdenas skyldighet att ordna social- och hälsovård. Vid bedömningen av social- och hälsovårdsservicens tillräcklighet anses utgångspunkten var en sådan servicenivå som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. Med tillräcklig service avses inte endast skydd i sista hand. Den skyldighet att främja befolkningens hälsa som 19 § 3 mom. i ställer på det allmänna förutsätter förebyggande verksamhet inom social- och hälsovården samt tillräcklig utveckling av samhällsförhållanden på olika områden i en riktning som på ett allmänt plan främjar befolkningens hälsa.

Otillräcklig service leder till en tillspetsning av problemen så att de kräver akut hjälp. De grundläggande fri- och rättigheterna kan tillgodoses endast med hjälp av ett välfungerande servicesystem. Tillräckliga social- och hälsovårdstjänster minskar också för sin del behovet av tvångsvård.

22 § i grundlagen ålägger det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Med det allmänna avses här staten, välfärdsområdena och kommunerna. Genom speciallagstiftning har kommunerna och framöver välfärdsområdena ålagts en skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare och i vissa fall för personer som vistas i kommunen och för andra personer. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder, en ändamålsenlig finansiering och fördelning av resurserna samt ordnandet av verksamheten se till att tillräckliga social- och hälsovårdstjänster blir tryggade. De övriga bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna anger för sin del på vilket sätt skyldigheten att trygga tjänsterna ska fullgöras.

2.1.2 Internationella människorättskonventioner

Finland har ratificerat många internationella människorättskonventioner där det bestäms om rätten till hälsa. Rätten till hälsa hör till de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, och bestämmelserna om dessa rättigheter i människorättskonventionerna är centrala också för missbrukar- och mentalvårdsservicen. Människorättskyldigheterna är bindande för Finland, och även av 22 § i grundlagen följer att innehållet i dem ska beaktas i det allmännas verksamhet till exempel när lagar stiftas och tillämpas.

En av de mest centrala människorättskonventionerna som gäller social- och hälsovården och som Finland i egenskap av en konventionsslutande part har förbundit sig att iaktta är FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, nedan ESK-konventionen). Enligt artikel 12.1 i ESK-konventionen erkänner konventionsstaterna

rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Utgångspunkten i konventionen är att alla som står under statens jurisdiktion ska ha rätt till hälsa på lika villkor.

Eftersom människorättskonventionernas formuleringar ofta är förhållandevis vaga, har tolkningen av bestämmelserna stor betydelse för preciseringen av de skyldigheter som staterna har ålagts. En viktig källa vid tolkningen är ställningstagandena från de internationella organ som övervakar genomförandet av konventionerna. Genomförande av ESK-konventionen övervakas av kommittén för FN:s ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (nedan ESK-kommittén) som ger allmänna kommentarer om tolkningen av artiklarna i konventionen. De allmänna kommentarerna är inte rättsligt bindande, såsom själva bestämmelserna i konventionen, men i egenkap av ställningstaganden till tolkningen från ett expertorgan som övervakar att konventionen följs har de dock en särskild tyngd när det bindande innehållet i konventionsbestämmelserna fastställs.

ESK-kommittén har gett den allmänna kommentaren nr 14 om rätten till hälsa. Huruvida rätten till hälsa realiserar beror på många andra rättigheter, såsom förbudet mot diskriminering, och rätten är samtidigt förutsättning för realiseringen av andra mänskliga rättigheter. ESK-kommittén har betonat att rätten till hälsa är en grundläggande rättighet och ett villkor för realiseringen av människovärdet. Varje individ har rätt till det bästa hälsotillstånd som kan uppnås i fråga om både fysisk och psykisk hälsa. Enligt ESK-kommitténs tolkning är rätten till hälsa som fastställs i artikel 12.1 en heltäckande rättighet som utöver relevant hälso- och sjukvård vid rätt tidpunkt omfattar faktorer som påverkar hälsan.

Artikel 12.1 i ESK-konventionen ålägger staten omedelbara skyldigheter. Med stöd av artikel 2.1 ska varje konventionsstat omedelbart vidta åtgärder för att till fullo trygga rättigheterna. Även om ESK-konventionen med tiden siktar på att till fullo realisera rättigheterna, ska konventionsstaterna sträva efter att realisera ESK-rättigheterna så snabbt och effektivt som möjligt inom ramen för de begränsade resurserna och de rådande förhållandena. En annan omedelbar skyldighet följer av artikel 2.2 som gäller diskriminering. Enligt ESK-kommittén genomsyrar konventionsstaterna skyldighet att garantera att de rättigheter som nämns i konventionen utövas utan diskriminering av något slag hela ESK-konventionen och är en skyldighet föranleder omedelbara åtgärder av konventionsstaterna.

När det gäller mentalvårdstjänster anser ESK-kommittén att konventionsstaterna bör ordna relevanta mentalvårdstjänster för alla utan diskriminering av något slag. Förbudna diskrimineringsgrunder omfattar personers hälsostatus, och till exempel diskriminering på grund av en psykisk störning. Det bör finnas tillräckligt med offentliga hälsovårdstjänster och vårdplatser i landet, och de bör erbjudas alla till ett rimligt pris. ESK-kommittén har betonat att hälsovårdstjänster bör vara tillgängliga för alla, även de mest sårbara och marginaliserade befolkningsgrupperna. Konventionsstaterna ska vidta positiva åtgärder som gör det möjligt av individer och grupper att åtnjuta rätten till hälsa.

I mars 2021 gav ESK-kommittén Finland rekommendationer utifrån Finlands sjunde periodiska rapport om genomförandet av ESK-konventionen. Flera rekommendationer gavs om tillgodo-seendet av ESK-rättigheterna, och en del av dem gällde tillgången till mentalvårdstjänster. I fråga om mentalvårdstjänster uttryckte ESK-kommittén oro över dessa tjänsters ojämna geografiska tillgänglighet den ojämlika möjligheten för grupper i den svagaste ställningen att få relevant vård och omsorg. Enligt rekommendationen bör tillgången till mentalvårdstjänster, förebyggande tjänster och tjänster för tidigt ingripande ökas. Dessutom uttrycktes oro över tillgången till rimligt prissatta mentalvårdstjänster och tjänster för specialgrupper, såsom barn och ungdomar, asylsökande, flyktingar, låginkomsttagare och före detta fångar.

Rätten till ett så gott hälsotillstånd som möjligt tryggas också i FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 60/1991). De rättigheter som konventionen tryggar tillhör på lika villkor alla barn som omfattas av konventionsstatens jurisdiktion. Enligt artikel 24.1 i konventionen erkänner konventionsstaterna barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Enligt artikel 24.2 i konventionen ska konventionsstaterna sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och skall särskilt vidta lämpliga åtgärder för att bland annat säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård.

Iakttagandet av barnkonventionen övervakas av FN:s kommitté för barnets rättigheter, som har gett den allmänna kommentaren nr 15 om tolkningen av artikel 24 i konventionen. Enligt kommittén för barnets rättigheter har konventionsstaterna en vägande skyldighet att säkerställa att hälsovårdstjänster och andra hithörande tjänster är tillgängliga för alla barn. Konventionsstaterna ska fästa särskild uppmärksamhet vid tillgången till tjänster i sådana regioner och bland sådana befolkningsgrupper vars tjänster är underdimensionerade. Enligt kommitténs tolkning förutsätter konventionen att en konventionsstat har ett täckande primärvårdssystem, tillräcklig rättslig reglering och fortlöpande beaktning och uppföljning av faktorer som påverkar barnens hälsa. Konventionsstaterna bör specificera och undanröja hinder för barns tillgång till hälsovårdstjänster, inklusive ekonomiska, institutionella och kulturella hinder. Enligt kommittén för barnets rättigheter förutsätter artikel 24.2 i konventionen att konventionsstaterna identifierar och ingriper även i andra problem relaterade till barns hälsa.

Enligt kommittén för barnets rättigheter bör tillgången till primärvårdstjänster vara tillräcklig, och de ska vara tillräckligt högkvalitativa och fungerande. Alla barn ska också fysiskt och ekonomiskt ha tillgång till dessa tjänster. Även tjänsterna på olika nivåer inom den specialiserade sjukvården ska vara tillgängliga om möjligt. De förebyggande och hälsofrämjande åtgärderna bör riktas mot centrala hälsoproblem bland barn i både sociala grupper och hela landet. Enligt kommittén omfattar dessa problem bland annat rusmedelsmissbruk samt psykosociala och psykiska problem.

Kommittén för barnets rättigheter anser att särskild uppmärksamhet bör fästas vid nya hälsoproblem bland barn och förändringar i hälsorelaterade prioriteringar, till exempel vid vikten av mentalvårdstjänster för barn. Kommittén har uttryckt oro över ökande psykiska problem hos barn och ungdomar och bland annat missbruk av alkohol, narkotika och andra rusmedel. Allt mer uppmärksamhet bör fästas vid de sociala och andra faktorer som påverkar barns psykiska hälsa. Kommittén för barnets rättigheter anser att konventionsstaterna är skyldiga att tillhandahålla lämplig vård och rehabilitering för barn med psykosociala och psykiska, och samtidigt bör onödig medicinering undvikas.

Även FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016, nedan funktionsrättskonventionen) innehåller bestämmelser om rätten till hälsa. Syftet med FN:s funktionsrättskonventionen är att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. Artikel 25 i funktionsrättskonventionen gäller rätten till hälsa och enligt artikel 25.1 erkänner konventionsparterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsparterna vidtar alla lämpliga åtgärder för att säkerställa tillgången till könssensitiva hälsovårdstjänster för personer med funktionsnedsättning, inklusive hälsorelaterad rehabilitering. Artikel 25.2 säkerställer att personer med funktionsnedsättning har rätt till ett så bra fysiskt och psykiskt hälsotillstånd som möjligt utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning och att de har tillgång till hälsovårdstjänster. Enligt artikeln omfattar hälsovårdstjänsterna även hälsorelaterad rehabilitering. En person som lider av rusmedelsmissbruk och psykiska problem kan höra till gruppen av personer med funktionsnedsättning som avses i funktionsrättskonventionen, och en person med funktionsnedsättning

kan ha behov av missbrukar- och mentalvårdstjänster. I fråga om missbrukar- och mentalvårdstjänster gäller det att säkerställa att tjänsterna i enlighet med funktionsrättskonventionen är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning även ekonomiskt och fysiskt samt att tjänsterna ordnas utan något slag av diskriminering.

Den reviderade europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002) är en människorättskonvention som upprättats av Europarådet och som tryggar ekonomiska och sociala rättigheter i Europa. Europeiska kommittén för sociala rättigheter övervakar att den reviderade stadgan följs genom förfarandena för rapportering och organisationsklagomål. Kommittén för sociala rättigheter har tolkat att artikel 11.1 i europeiska sociala stadgan där det hänvisas till undanröjandet av orsaker till ohälsa i praktiken bland annat innebär att konventionsstaterna ska garantera alla individer högkvalitativ och avgiftsfri eller rimligt prissatt hälsovård utan diskriminering. Hälsovårdssystemet ska vara tillgängligt för hela befolkningen, och konventionsstaterna ska ordna lämplig vård vid rätt tidpunkt utan diskriminering. Dessa allmänna principer omfattar även mentalvårds- och missbrukartjänsterna.

Artikel 11.2 om råd och upplysningar i europeiska sociala stadgan anknyter till förebyggande av psykiska problem och rusmedelsmissbruk. Kommittén för sociala rättigheter har påpekat att konventionsstaterna bör upplysa människor och erbjuda dem information om hälsorisker relaterade till rusmedel, såsom alkohol, narkotika och tobak. Konventionsstaterna ska genom lämpliga och tillräckliga åtgärder även förebygga hälsorisker orsakade av rusmedel.

2.1.3 Skyldighet att ordna mentalvårds- och missbrukartjänster:

Om kommunernas skyldigheter att ordna socialvårdstjänster fram till slutet av år 2022 föreskrivs främst i den upphävda socialvårdslagen (710/1982) och i den nya socialvårdslagen (1301/2014). Hälso- och sjukvårdslagen tillämpas på kommuners organiseringsansvar för och innehåll i hälso- och sjukvården enligt folkhälsolagen (66/1972) och lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), såvida inget annat föreskrivs i lag.

I samband med strukturreformen av social- och hälsovårdstjänster (nedan social- och hälsovårdsreformen) överförs organiseringsansvaret för social- och hälsovården från kommunerna till de nya välfärdsområdena i början av 2023. Sjukvårdsdistriktens och specialomsorgsdistriktens verksamhet övertas också av välfärdsområdena. I samband med reformen bildas 21 välfärdsområden i Finland, i huvudsak utifrån den nuvarande landskapsindelningen. I Nyland avviker ansvaret för organiseringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet från lösningen för det övriga landet så att Helsingfors stad dock fortfarande har ansvaret för att ordna tjänsterna. I Nyland ansvarar också fyra välfärdsområden för ordnandet av tjänsterna och inom hälso- och sjukvården dessutom HUS-sammanslutningen.

Framöver ansvarar välfärdsområdena och kommunerna tillsammans för främjandet av välfärd och hälsa. Dessutom inrättas fem samarbetsområden för regional samordning, utveckling och samarbete inom social- och hälsovården.

Syftet med reformen av social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet är att minska skillnaderna i välfärd och hälsa, trygga likvärdiga och högklassiga social- och hälsovårdstjänster och tjänster inom räddningsväsendet, förbättra säkerheten, tillgången till tjänster samt tjänsternas tillgänglighet, trygga tillgången på yrkeskunnig arbetskraft och svara på de utmaningar som förändringar i samhället för med sig och dämpa kostnadsökningen.

Enligt 6 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden (611/2021) ska välfärdsområdet organisera de uppgifter som fastställs för området genom lag. Dessutom kan välfärdsområdet inom sitt område åta sig att sköta uppgifter som stöder dess lagstadgade uppgifter förutsatt att dessa uppgifter inte äventyrar skötseln av välfärdsområdets lagstadgade uppgifter. Enligt 7 § i lagen om välfärdsområden svarar välfärdsområdet för organiseringen av sina lagstadgade uppgifter, för tillgodoseendet av sina invånares lagstadgade rättigheter och för samordningen av tjänstehelheterna samt svarar i fråga om de tjänster som organiseras och andra åtgärder för 1) lika tillgång till tjänsterna och åtgärderna, 2) fastställandet av behovet av tjänster och åtgärder samt deras mängd och kvalitet, 3) valet av sätt att producera tjänster och åtgärder, 4) styrningen och tillsynen av tjänsternas och åtgärdernas produktion, 5) utövandet av myndigheternas behörighet. Bestämmelsen träder i kraft den 1 januari 2023 då välfärdsområdena övertar organiseringsansvaret av kommunerna.

Enligt 8 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) svarar välfärdsområdet för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskriver förutom om ansvaret för ordnandet av social- och hälsovård om främjande av välfärd och hälsa, säkerställande av närliggande tjänster och språkliga rättigheter samt styrning och tillsyn. Lagen om ordnande av social- och hälsovård träder huvudsakligen i kraft den 1 januari 2023.

Till följd av social- och hälsovårdsreformen överförs ansvaret för mentalvårds- och missbrukartjänster från kommunerna till välfärdsområdena i början av år 2023. Efter reformen ordnas också elevvårdens kurator- och psykologtjänster i anslutning till välfärdsområdets social- och hälsovårdstjänster, liksom också skolhälsovården och studerandehälsovården på andra stadiet. Kommunerna bär dock fortfarande det övergripande arbetet för ordnandet av det förebyggande alkohol- och drogarbetet. Välfärdsområdenas uppgift är främst att stödja kommunerna inom området i genomförandet och utvecklingen av det förebyggande alkohol- och drogarbetet och har också eget ansvar för det förebyggande alkohol- och drogarbetets uppgifter i social- och hälsovårdstjänsterna.

Ansvaret för organiseringen av statens sinnessjukhus överförs inte till välfärdsområdena, utan staten ansvarar fortfarande för verksamheten i enlighet med lagen om statens sinnessjukhus (1292/1987).

Social- och hälsovårdsreformen gäller inte Åland, eftersom social- och hälsovård enligt självstyrelselagen för Åland (1144/1991) hör till Ålands behörighet. Hälso- och sjukvårdsmyndigheten i landskapet Åland dvs. Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS), som lyder under Ålands landshovsregering, ansvarar för ordnandet av såväl primärvården som den specialiserade sjukvården. De 16 kommunerna på Åland ansvarar för socialvården. Enligt självstyrelselagen har riket/finska staten dock lagstiftningsmakt i fråga om administrativt ingripande i personlig frihet. Därför är regleringen av tvångsvård enligt mentalvårds- och rusmedelslagstiftningen tillämplig också på Åland.

2.1.4 Mentalvårds- och missbrukartjänster

2.1.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt 1 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattar hälso- och sjukvård hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. Mentalvårdsarbete samt alkohol- och drogarbete ordnas i anslutning till primärvården och den specialiserade sjukvården, och dessutom omfattar främjandet av hälsa och välfärd bland annat förebyggande av psykiska och rusmedelsrelaterade problem.

Enligt 3 § 2 punkten i hälso- och sjukvårdslagen avses med primärvård uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering, företagshälsovård samt jourverksamhet, öppen sjukvård, hemsjukvård, hemsjukhusvård och sjukhusvård, mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete som kommunen ordnar, till den del de inte ordnas inom socialvården eller den specialiserade sjukvården. Primärvård kan också benämnas folkhälsoarbete. Lokala primärvårdstjänster tillhandahålls i regel av hälsovårdscentraler och företagshälsovården.

Enligt 3 § 3 punkten i hälso- och sjukvårdslagen avses med specialiserad sjukvård hälso- och sjukvårdstjänster inom medicinska och odontologiska verksamhetsområden som hänför sig till förebyggande, undersökning, vård och behandling av sjukdomar, prehospital akutsjukvård, jour och medicinsk rehabilitering. Den specialiserade sjukvården har koncentrerats till större enheter, och vissa undersökningar, åtgärder, behandlingar och uppgifter har koncentrerats på ett nationellt eller regionalt plan.

Om mentalvårdsarbete föreskrivs i 27 § i hälso- och sjukvårdslagen. Mentalvårdsarbete utförs för att främja hälsa och välfärd och dess syfte är att stärka de faktorer som skyddar den individuella och kollektiva psykiska hälsan och att minska och avlägsna faktorer som hotar den psykiska hälsan. Mentalvårdsarbete omfattar handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen. Mentalvårdsarbete omfattar också samordning av det psykosociala stödet till individer och samhällen i akuta och traumatiska situationer samt mentalvårdstjänster, med vilket avses undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med psykiska störningar. Det mentalvårdsarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med den kommunala social- och hälsovården.

Om alkohol- och drogarbete föreskrivs i 28 § i hälso- och sjukvårdslagen. Alkohol- och drogarbete utförs för att främja hälsa och välbefinnande och som syftar till att stärka de faktorer som främjar alkohol- och drogfrihet hos individen och i samhället och till att minska eller avlägsna sådana faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten. Alkohol- och drogarbete omfattar handledning och rådgivning som ingår i hälso- och sjukvårdstjänsterna och som gäller de faktorer som främjar eller utgör hinder för ett nyktert eller drogfritt liv och de faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten. Alkohol- och drogarbete omfattar också undersökning, vård och rehabilitering i samband med alkohol- och drogrelaterade sjukdomar. Det alkohol- och drogarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med det övriga alkohol- och drogarbetet och mentalvårdsarbetet.

Enligt 17 § i hälso- och sjukvårdslagen utförs alkohol- och drogarbete samt mentalvårdsarbete också i anslutning till studerandehälsovården. Studerandehälsovården omfattar primärvårdens hälso- och sjukvårdstjänster, inklusive alkohol- och drogarbete samt mentalvårdsarbete. Ett undantag från primärvårdstjänsterna är vård och utlåtanden som krävs för hänvisning till psykoterapi, som ingår i de mentalvårdstjänster som studerandehälsovården tillhandahåller. När det gäller missbrukartjänster omfattar studerandehälsovården inte rehabiliteringstjänster vid sjukdomar orsakade av droger och alkohol eller ordnande av avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende⁴. Studerandehälsovården utgör en del av studerandevården enligt lagen om

⁴ Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2021:14. Guide för studerandehälsovården 2021, s 15. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9695-3>. Läst 6.7.2022.

elev- och studerandevård (1287/2013) och studerandevården enligt 99 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildning (531/2017).

Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ska brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. I praktiken avses med jourvård bedömning och vård som ges inom 24 timmar och som på grund av hälsoproblemets akuta karaktär inte kan skjutas upp utan att symtomen förvärras eller skadan försvåras.

Brådskande vård ges antingen i samband med den icke-brådskande vården eller vid en särskild jourenhet som är planerad för ändamålet och som är verksam dygnet runt. Jour dygnet runt ordnas i allmänhet som samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården. Om jour för specialiserad psykiatrisk sjukvård föreskrivs i statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017).

Om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren i brådskande situationer föreskrivs i 50 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Om patienten anses ha uppenbart behov av socialvård och situationen är brådskande ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren. Inom socialjouren ska patienten vid behov ges den brådskande och nödvändiga hjälp som avses i 29 § i socialvårdslagen och socialjouren vid behov medverka i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer. För att trygga den fortsatta vården som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren ska det ordnas en jour för mentalvård samt alkohol- och drogarbete. Jouren bedömer patientens behov av vård och hjälp samt socialservice och sambedömning av stödbehovet vid social- och hälsovården för att trygga den fortsatta vården.

Även barn ska beaktas i mental- och missbrukarvårdstjänster för vuxna. Enligt 70 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdsmyndigheterna ordna de tjänster som är nödvändiga för att gravida kvinnor och deras ofödda barn ska ges särskilt skydd. Tjänsterna ska ordnas i samarbete med socialvårdsmyndigheterna. Syftet med bestämmelsen är att erbjuda tillräckligt tidigt stöd till exempel för att eliminera missbruksproblem hos gravida och förebygga de olägenheter som problemen orsakar. En motsvarande bestämmelse finns i 24 § i socialvårdslagen.

Enligt 70 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska barnets behov av vård och stöd utredas och barnet garanteras tillräcklig vård och tillräckligt stöd då barnets förälder, vårdnadshavare eller någon annan som svarar för barnets vård och fostran får missbrukarvård, mentalvård eller andra social- och hälsovårdstjänster och hans eller hennes förmåga att under denna tid svara för barnets vård och fostran anses försvagad.

Bestämmelserna om den maximala väntetiden för icke-brådskande vård, dvs. den så kallade vårdgarantin, är tillämpliga på hälsovårdens mental- och missbrukarvårdstjänster. Syftet med bestämmelserna är att främja tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster och se till att patienter får vård snabbare.

I 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om väntetid för primärvård. Enligt paragrafen ska vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skäligen tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes.

I 52 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om väntetid för specialiserad vård. Bedömningen av vårdbehovet ska i regel inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som samkommunen ansvarar för. Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga ska, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast.

53 § i hälso- och sjukvårdslagen är en särskild bestämmelse om vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga. Enligt paragrafens 1 mom. ska bedömningen av vårdbehovet inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga i regel inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar för. 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.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Marins regering ska vårdgarantin i primärvården skärpas så att var och en i fortsättningen får icke-brådskande vård inom en vecka (sju dagar) från det att vårdbehovet bedömts. Regeringens proposition överlämnades till riksdagen den 12 maj 2022. Enligt propositionen bör det första vårdbesöket ordnas inom sju dygn inom icke-brådskande primärvård, om problemet anknyter till insjuknande, skada, förvärrad kronisk sjukdom, nya symptom eller en försämrad funktionsförmåga. Dessutom föreslås att om en patient utifrån en bedömning av vårdbehovet hänvisats till en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare och det vid det första vårdbesöket konstateras att patienten har behov av undersökning, behandling eller rehabilitering av läkare, så ska patienten få besöka en läkare inom sju dygn. Alla vårdbesök, såsom besök enligt vård- och undersökningsplanen samt uppföljningsbesök, omfattas inte av tidsfristen på sju dagar. De tjänster som inte omfattas av tidsfristen på sju dygn för vårdbesök ska ordnas inom en skälig tid med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, servicebehov och förväntad utveckling av sjukdomen eller skadan, dock senast inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet eller enligt vård- eller rehabiliteringsplanen. Regleringen av tillgången till vård omfattar även mental- och missbrukarvårdstjänster liksom i dag. Enligt lagprojektet kommer tidsfristerna för den specialiserade sjukvården inte att ändras. I regeringens proposition föreslås att skärpningen av tidsfristerna för tillgång till vård ska ske i etapper, så att icke-akut primärvård ska vara tillgänglig inom 14 dagar samt mun- och tandvård inom fyra månader efter bedömningen av behandlingsbehovet under de 14 månaderna efter lagens ikraftträdande. En sju dagar lång väntetid för sjukvård inom primärvården föreslås träda i kraft den 1 november 2024.

2.1.4.2 Socialvårdslag

Enligt 2 § i socialvårdslagen omfattar socialvården främjande av social trygghet och välfärd samt de uppgifter och den service inom socialvården som föreskrivs i den allmänna lagstiftningen och speciallagstiftningen. Om en person har rätt att få socialvård med stöd av någon annan lag, ska de bestämmelser tillämpas som enligt 4 och 5 § bäst tillgodoser klientens intresse.

Med socialservice avses enligt 3 § i socialvårdslagen kommunal socialservice (framöver välfärdsområdenas service) och stödtjänster som ingår i den samt andra åtgärder genom vilka yrkesutbildade personer inom socialvården samt annan personal som deltar i klientarbetet främjar och upprätthåller individens, familjens och gemenskapens funktionsförmåga, sociala välfärd, trygghet och delaktighet.

Vid bedömningen av det som ligger i klientens intresse ska enligt 4 § i socialvårdslagen hänsyn tas till hur olika tillvägagångssätt och lösningar bäst tryggar 1) klientens och hans eller hennes närståendes välfärd, 2) stärkandet av klientens förmåga att klara sig självständigt och agera på eget initiativ samt nära och fortlöpande människorelationer, 3) rätt och tillräckligt stöd vid rätt tidpunkt i förhållande till behoven, 4) möjlighet att delta i och påverka sina egna ärenden, 5) beaktande av den språkliga, kulturella och religiösa bakgrunden, 6) utbildning som motsvarar önskemål, anlag och andra färdigheter, en kanal till arbetslivet samt verksamhet som främjar delaktighet, 7) klientrelationens förtrolighet och samverkan med klienten. Vid tillhandahållandet av socialvård ska särskild uppmärksamhet ägnas åt att tillgodose de klienters intressen som behöver särskilt stöd.

Socialvårdslagens 5 § gäller barnets intresse. I alla socialvårdsåtgärder som gäller barn ska i första hand barnets intresse beaktas. När det gäller barn ska utöver det som nämns i 4 § särskild vikt läggas vid hur olika åtgärdsalternativ och lösningar bäst tryggar 1) en balanserad utveckling och välfärd, 2) möjligheten att få förståelse samt omsorg enligt ålder och utvecklingsnivå, 3) en trygg uppväxtmiljö och såväl fysisk som psykisk integritet, 4) självständighetsprocessen och växandet till att känna ansvar.

Om socialservice föreskrivs i 3 kapitlet i socialvårdslagen. I 11 § i socialvårdslagen föreskrivs om barnets stödbehov för vilka socialservice ska ordnas. Socialservice ska ordnas för bland annat stödbehov på grund av missbruk av berusningsmedel och psykisk ohälsa. Om socialservice som möter stödbehoven föreskrivs i sin tur i 14 § i socialvårdslagen enligt vilken socialservice ska ordnas som bland annat alkohol- och drogarbete samt mentalvårdsarbete med det innehåll och i den omfattning som föreskrivs i denna eller i någon annan lag.

I 13 § i socialvårdslagen föreskrivs att ett barn och dess familj har rätt att utan dröjsmål få socialservice som är nödvändig med tanke på barnets hälsa eller utveckling. Servicen ska ordnas i tillräcklig omfattning under de tider på dygnet då den behövs.

Om alkohol- och drogarbete föreskrivs i 24 § i socialvårdslagen. Enligt 1 mom. är syftet med alkohol- och drogarbetet att minska och avlägsna alkohol- och drogrelaterade faktorer som äventyrar välfärd och säkerhet samt stödja alkohol- och drogfrihet. Målet för arbetet som främjar alkohol- och drogfrihet samt förebygger problem är att stärka resurserna och andra faktorer som skyddar mot problem och att minska riskfaktorerna.

Enligt 24 § 2 mom. i socialvårdslagen omfattar alkohol- och drogarbete handledning och rådgivning. Alkohol- och drogarbetet omfattar dessutom socialvårdens särskilda service som riktar sig till missbrukare av berusningsmedel, deras anhöriga och andra närstående. Socialvårdens alkohol- och drogarbete omfattar också övrig socialservice enligt 14 § i socialvårdslagen som stöder alkohol- och drogfrihet eller som behövs på grund av missbruk av berusningsmedel. För stödbehov på grund av missbruk av rusmedel kan socialvårdens allmänna service erbjudas för bland annat boendestöd, ekonomiskt stöd samt förebyggande av marginalisering och främjande av delaktighet. Viktiga tjänster utgörs av till exempel socialarbete, social rehabilitering och hemservice. Socialservice ordnas för personer som har problem med den sociala funktionsförmågan och livskontrollen på grund av rusmedelsmissbruk. Tjänsterna stöder alkohol- och drogfrihet samt sörjer för att rätten till oundgänglig omsorg enligt grundlagen tillgodoses också för deras del vars rusmedelsmissbruk är fortlöpande.

I 24 § 3 mom. i socialvårdslagen föreskrivs att en gravid person har rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som stöder alkohol- och drogfriheten. En motsvarande bestämmelse som tryggar missbrukarservicen finns i 70 § i hälso- och sjukvårdslagen.

När det gäller alkohol- och drogarbete samarbetar socialvården samt hälso- och sjukvården ofta med varandra. Socialvårdslagens 24 § förutsätter att det alkohol- och drogarbete som utförs inom socialvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med det övriga alkohol- och drogarbetet och mentalvårdsarbetet i kommunen (framöver välfärdsområdet). Alkohol- och drogarbetet syftar till att erbjuda en smidig servicehelhet, vid behov tillsammans med mentalvårdsarbetet.

Om mentalvårdsarbete föreskrivs i 25 § i socialvårdslagen. Enligt 1 mom. är syftet med mentalvårdsarbete att stärka de faktorer som skyddar individens och gemenskapens psykiska hälsa samt avlägsna och minska faktorer som äventyrar den psykiska hälsan. Sakinnehållet i paragrafen är detsamma som i de motsvarande bestämmelserna i mentalvårdslagen samt hälso- och sjukvårdslagen, och den främjar tillhandahållandet av socialvårdens mentalvårdsarbete så att det bildar en fungerande helhet med den övriga social- och hälsovården.

Socialvårdens mentalvårdsarbete omfattar handledning och rådgivning inom socialservice i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen. Mentalvårdsarbetet omfattar också samordning av det psykosociala stödet till individer och samhällen i akuta och traumatiska situationer. För det tredje omfattar mentalvårdsarbetet socialvårdens mentalvårdstjänster, med vilka avses socialservice enligt 14 § som stödjer individens psykiska hälsa. Till exempel socialt arbete, social handledning och social rehabilitering är mentalvårdstjänster inom socialvård när mentala aspekter beaktas i dem. Även tjänster som stöder boende och dagligt liv hör till de centrala tjänsterna. Även tjänster som förbättrar möjligheterna att delta i social och samhällelig verksamhet är viktiga. Tjänster som stöder rörlighet är till exempel ledsagartjänster där en ledsagare kan stödja deltagande i vård och skötseln av andra ärenden.

I fråga om socialvårdens missbrukar- och mentalvårdstjänster föreskrivs utredning av situationen för en person i klientens vård. Enligt 44 § 1 mom. i socialvårdslagen ska vård- och stödbehovet för ett barn eller en annan person i klientens vård utredas om klienten får missbrukarvård eller mentalvård eller annan socialvård och hälso- och sjukvård under vilken, eller innan behövlig vård fås, klientens förmåga att fullgott ta hand om vården eller fostran bedöms vara försvagad. I bestämmelsen avses förutom utredning av barnets situation till exempel en situation där en person som vårdas av en närstående vårdare blir utan vård.

Om socialjour föreskrivs i 29 § i socialvårdslagen. Socialjour bör ordnas för att trygga brådskande och nödvändig hjälp för personer i alla åldrar. Med socialjour avses ordnande av nödvändiga och brådskande socialtjänster och andra stödåtgärder så att omedelbara skyddsåtgärder och omsorg kan ges i olika sociala nöd- och krissituationer oberoende av tidpunkt. Vid genomförandet av socialjouren ska man samarbeta med den prehospitla akutsjukvården, hälso- och sjukvårdens jour, räddningsväsendet, polisen, nödcentralen och vid behov med andra aktörer. Jourarbetet omfattar hänvisning till fortsatt service och att säkerställa tillgången till denna service. Enligt 29 a § i socialvårdslagen ska socialjouren vid behov delta i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer.

Om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården föreskrivs i 29 a § i socialvårdslagen och 50 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Socialjour bör ordnas i anslutning till de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen samt den samjour inom primärvård och specialiserad sjukvård som avses i 4 mom.

I syfte att trygga den fortsatta vården av mentalvårds- och missbrukarklienter utvecklas alkohol- och drogarbetets jourverksamhet i anslutning till hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren. Jouren har som uppgift att för sin del se till att det görs en bedömning av behovet av vård och

hjälp och att personen får den eftervård och det stöd han eller hon behöver också i sådana fall då personens behov av hjälp inte har uppstått akut och personen inte har ett omedelbart behov av specialiserad sjukvård. Utöver en bedömning av vårdbehovet ska jouren också göra en bedömning av behovet av socialservice och ett eventuellt behov av stöd för att trygga eftervården.

Hem- och boendeservicen enligt socialvårdslagen kommer att reformeras i början av år 2023⁵. Strukturen i regleringen av boendeservicen ändras på så sätt att varje form av boendeservice som i dag ingår i samma paragraf kommer att regleras separat i framöver. Boendetjänsterna utgörs därefter av tillfälligt boende, stödboende, kollektivt boende och boende med heldygnsomsorg. Inga större ändringar av innehållet i bestämmelserna om tillfälligt boende och stödboende föreslås. De största innehållsmässiga ändringarna gäller nuvarande serviceboende och intensifierat serviceboende som framöver skulle heta kollektivt boende och serviceboende med heldygnsomsorg.

Det föreslås att begreppet kollektivt boende ska ändras så att boendet och tjänsterna skils åt. Kollektivt boende som socialservice som ordnas av välfärdsområdet omfattar boende i en trygg och tillgänglig boendeenhet som tillhandahåller verksamhet som främjar socialt umgänge och där personen har en lämplig bostad med tanke på behoven. Tjänsterna ordnas separat som lagstadgade stödtjänster, hemvård och vid behov andra socialtjänster. Kollektivt boende ordnas för personer som har behov av en sådan boendeform på grund av nedsatt funktionsförmåga och ett ökat behov av vård och omsorg. Det föreslås att serviceboende med heldygnsomsorg till sitt innehåll motsvarar nuvarande intensifierat stödboende på det stora hela. För att främja mångsidiga boende- och servicehelheter blir det möjligt att ordna olika boendeformer inom samma funktionella helhet. Ett objekt kan erbjuda kollektivt boende och serviceboende med heldygnsomsorg samt boende i bostäder som hör till det vanliga bostadsbeståndet.

2.1.4.3 Mentalvårdslagen och mentalvårdsförordningen

Om mentalvårdsarbete föreskrivs förutom i hälso- och sjukvårdslagen samt socialvårdslagen i mentalvårdslagen. Enligt 1 § i mentalvårdslagen avses med mentalvårdsarbete främjande av individens psykiska välbefinnande och hans handlingsförmåga och personlighetsutveckling samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Mentalvårdsarbetet omfattar social- och hälsovårdstjänster för personer som på medicinska grunder har konstaterats lida av mentalsjukdomar eller andra mentala störningar (mentalvårdstjänster). Till mentalvårdsarbetet hör också åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

Om principerna för mentalvårdstjänsterna föreskrivs i 4 § i mentalvårdslagen. Kommunerna och samkommunerna (framöver välfärdsområdena) ska se till att det tillhandahålls mentalvårdstjänster som till innehåll och omfattning motsvarar behovet i kommunen eller inom samkommunens område (framöver välfärdsområdet). Mentalvårdstjänsterna ska i första hand ordnas i form av öppen vård och så att människor uppmuntras att själva söka vård och att klara sig på egen hand. Tillhandahållandet av mentalvårdstjänster förutsätter dessutom ett fungerande arbetshandledningssystem.

⁵ Reformen baserar sig på regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av socialvårdslagen och lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre samt till lagar som har samband med dem (RP 231/2021 rd).

Även staten ordnar mentalvårdstjänster, och i 6 § i mentalvårdslagen föreskrivs om vård på statens sinnessjukhus. Om statens sinnessjukhus föreskrivs särskilt i lagen om statens sinnessjukhus och förordningen om statens sinnessjukhus (431/1997). På statliga sinnessjukhus utförs sådana sinnesundersökningar som avses i 15 § i mentalvårdslagen, och på dem kan på framtällning av ett sjukhus i sjukvårdsdistriktet intas mentalsjuka och andra som lider av mentala störningar, om det är särskilt farligt eller svårt att vårda dem.

I mentalvårdslagen föreskrivs också om vård oberoende av en persons vilja, begränsning av patienters grundläggande rättigheter under vård och undersökning oberoende av en persons vilja, rättspsykiatri och internationell verkställighet av vårdpåföljder.

I 1 § i mentalvårdsförordningen (1247/1990) som utfärdats med stöd av mentalvårdslagen föreskrivs närmare om den arbetshandledning som avses i 4 § 3 mom. i mentalvårdslagen. Enligt förordningen ska arbetshandledningen ha ett sådant innehåll att den främjar personalens beredskap att tillhandahålla sådana mentalvårdstjänster som befolkningen behöver.

I mentalvårdsförordningen föreskrivs också om mentalvårdstjänster för barn och unga. Enligt 6 b § i mentalvårdsförordningen ska den behandlande enheten, med samtycke av patientens vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare eller av patienten själv, om patienten på basis av sin ålder och utvecklingsnivå själv kan fatta beslut om sin vård, se till att den nya enheten har tillgång till all information som är nödvändig med tanke på den fortsatta vården när ett barn eller en ung person som använder mentalvårdstjänster ska förflyttas till en ny enhet. Enligt 6 c § i mentalvårdsförordningen ska kommunen se till att det inom den öppna vården finns tillräcklig tillgång till de stödåtgärder som behövs för att patienterna ska klara sig i hemmet. Enligt 6 d § i mentalvårdsförordningen förutsätts att kommuner, samkommuner och regionförvaltningsverk bedriver regionalt samarbete inom mentalvårdsarbetet för barn och unga enligt bestämmelsen.

Dessutom innehåller mentalvårdsförordningen bestämmelser om tvångsvård.

2.1.4.4 Lagen om missbrukarvård och förordningarna om missbrukarvård

Enligt 1 § i lagen om missbrukarvård har missbrukarvården som mål att förebygga och minska missbruket av rusmedel ävensom därmed förknippade sociala olägenheter och men för hälsan samt att främja missbrukarens och honom närstående personers funktionsförmåga och säkerhet. Enligt 2 § i lagen avses med rusmedel alkoholdryck samt annat berusningsframkallande ämne.

Enligt 6 § i lagen om missbrukarvård ska servicen inom missbrukarvården ordnas genom att den allmänna servicen inom social- och hälsovården utvecklas samt genom särskild, för missbrukarvården avsedd service. Den allmänna servicen inom social- och hälsovården ska utvecklas så att inom ramen för denna service missbrukare av rusmedel kan vårdas i tillräcklig mån samt den som behöver hjälp och stöd efter behov kan anvisas service som är avsedd särskilt för missbrukarvården. Servicen ska i första hand ordnas genom åtgärder inom den öppna vården så att den är lätt åtkomlig, smidig och mångsidig.

Enligt 7 § i lagen om missbrukarvård ska service inom missbrukarvården tillhandahållas den som har problem som har samband med bruk av rusmedel samt hans familj och andra honom närstående personer. Service ska ges med hänsyn till missbrukarens, hans familjs och andra honom närstående personers behov av hjälp, stöd och vård.

Om centrala principer för tillhandahållande av missbrukarvård föreskrivs i 8 § i lagen om missbrukarvård. Servicen inom missbrukarvården ska ordnas så att det är möjligt för en klient att

anlita den på eget initiativ och så att klienten ges stöd i att reda sig på egen hand. Vården ska vara av konfidentiell karaktär. I verksamheten ska i första hand beaktas missbrukarens och honom närstående personers bästa. När service tillhandahålls ska missbrukaren vid behov även ges hjälp med att lösa sina problem i fråga om utkomst, boende och arbete.

I lagen om missbrukarvård föreskrivs också om tvångsvård.

Enligt 1 § i förordningen om missbrukarvård (653/1986), som utfärdats med stöd av lagen om missbrukarvård, ska kommunen vid anordnandet av missbrukarvård tillse att service i tillräcklig utsträckning finns att tillgå vid de tider av dygnet då sådan behövs.

I 2 § i förordningen om missbrukarvård föreskrivs om en rehabiliteringsplan. För bedömning av en klients behov av missbrukarvård och för säkerställande av tillgången på vård ska vid behov en rehabiliteringsplan uppgöras i samråd med klienten. Då det är fråga om vård oberoende av klientens vilja ska en rehabiliteringsplan utarbetas i ettvarit fall. Rehabiliteringsplanen ska justeras enligt behov. I rehabiliteringsplanen ska utredas de centrala omständigheter som det är avsikten att inverka på samt medlen härför och den tid, inom vilken man strävar att nå målen. Av planen ska framgå på vilket sätt skötseln av och behovet av stöd för sådant barn har beaktats, som är i klientens vårdnad. I rehabiliteringsplanen ska ingå en utredning beträffande anordnandet av det i 16 § 3 mom. lagen om missbrukarvård avsedda stöd som ska ges efter det att vården upphört.

Bestämmelser om missbrukarvård finns också i social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel (33/2008). Förordningen tillämpas när läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon används för avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer. Förordningen tillämpas inte när läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon används som stödbehandling vid somatiska sjukdomar hos opioidberoende personer i ett läge där abstinenssymtom försämrar patientens kliniska tillstånd eller försvårar behandlingen.

Enligt 4 § i förordningen ska vårdbehovet hos en opioidberoende person bedömas och vården genomföras vid en hälsovårdscentral, en enhet inom missbrukarvården eller en enhet för hälso- och sjukvård inom fängsvårdsväsendet som har en ansvarig läkare som är förtrogen med vården och övrig sådan personal som verksamheten förutsätter samt övriga förutsättningar att kunna ge vård. Om vården är av krävande natur ska vårdbehovet bedömas och vården inledas och genomföras vid en verksamhetsenhet som drivs av en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt, vid socialsjukhuset Järvenpään sosiaalisairaala eller vid ett statligt sinnessjukhus. Järvenpään sosiaalisairaala, som nämns i förordningen, ägdes av staten fram till år 1993 men heter i dag Päihdesairaala och ägs av ett privatföretag.

I 4 § i föreskrivs också att substitutionsbehandling på grund av vårdens långvariga karaktär ska förläggas så nära patientens bostadsort som möjligt. Vårdbehovet ska bedömas och vården inledas polikliniskt, om det inte finns särskilda skäl att göra bedömningen och inleda vården vid en anstalt. I denna förordning avsedd vård av en opioidberoende person ska basera sig på en vårdplan som utöver läkemedelsbehandlingen anger målet för vården, övrig medicinsk och psykosocial behandling av patienten, rehabilitering och uppföljning av behandlingen.

Även social- och hälsovårdsministeriets förordning om godkänd vård vid narkotikabrott (290/2002) har utfärdats med stöd av lagen om missbrukarvård. I förordningen föreskrivs om de förutsättningar enligt vilka vård kan anses vara godkänd av social- och hälsovårdsministeriet enligt 50 kap. 7 § i strafflagen (39/1889). I denna bestämmelse i strafflagen föreskrivs om förutsättningarna för eftergift i fråga om åtal eller straff. Enligt bestämmelsen får en sådan orsak

vara om den som misstänks för brott eller gärningsmannen har sökt vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet.

Enligt 2 § i social- och hälsovårdsministeriets förordning om godkänd vård vid narkotikabrott är målet för vården att få en person som misstänks för bruk av narkotika eller för annat narkotikabrott i samband därmed att upphöra med bruket av narkotika eller att genom de metoder social- och hälsovården kan erbjuda förebygga och behandla sådana men för hälsan samt förebygga och avhjälpa sådana sociala olägenheter som den misstänkte kan ådra sig genom narkotikabruket. Enligt 4 § i förordningen kan vården ges vid en A-klinik, en ungdomsklinik, en rehabiliteringsanstalt, ett socialsjukhus eller en motsvarande specialvårdsenhet inom missbrukarvården samt vid en sådan verksamhetsenhet som avses i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och socialvårdslagen. I förordningen föreskrivs också om utlämnande av uppgifter till förundersökningsmyndighet, åklagare och domstol. Enligt 5 § i förordningen kan vårdenheten lämna uppgifter om den misstänkte till dessa instanser om den misstänkte gett sitt skriftliga samtycke därtill.

I 2 kap. i lagen om missbrukarvård föreskrivs om vård oberoende av missbrukarens vilja. Enligt 10 § kan en missbrukare oberoende av sin vilja förordnas till vård, om det har visat sig omöjligt att ordna vård och omsorg för honom genom sådan service som bygger på frivillighet, eller om den har visat sig otillräcklig. En ytterligare förutsättning är att om bruket av rusmedel inte avbryts och behövlig vård ges, till följd av sjukdom eller skada som han lider av eller genom sitt bruk av rusmedel omedelbart håller på att ådra sig, är i omedelbar livsfara eller håller på att ådra sig sådan allvarlig skada i fråga om sin hälsa som kräver brådskande vård (*hälsorisk*) eller till följd av sitt bruk av rusmedel genom sin våldsamhet allvarligt äventyrar en familjemedlems eller annan persons hälsa, säkerhet eller psykiska utveckling (*våldsamhet*). Våldsamhetsgrunden tillämpas inte på den som är under 18 år, om inte särskild anledning därtill föreligger. Enligt 11 § kan en person förordnas att oberoende av sin vilja ska intas för vård under högst fem dygn på grund av hälsorisk. På grund av våldsamhet kan en person enligt 12 och 13 § primärt förordnas till vård oberoende av sin vilja under högst fem dygn eller högst 30 dygn om den nämnda vårdtiden har visat sig vara otillräcklig. Enligt 18 § godkänns de verksamhetsenheter där vård kan ges av regionförvaltningsverket.

En klient som vårdas oberoende av sin vilja ska enligt 16 § beredas möjlighet att delta i planeringen av vården, valet av åtgärder och vårdsamfundets verksamhet. Under vården ska hänsyn tas till behovet av vård och stöd för barn som klienten har vårdnaden om.

2.1.4.5 Lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet

I lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015) föreskrivs om förebyggande av skador som orsakas av alkohol, tobak, narkotika och andra ämnen som används i berusningssyfte eller av penningsspel i samarbete med allmännyttiga sammanslutningar. Syftet med lagen är att främja jämställdhet i koppling till hälsa och välbefinnande, trygga förutsättningarna för förebyggande alkohol- och drogarbete och stöda framför allt kommunernas och regionernas arbete för att utveckla det förebyggande alkohol- och drogarbetet.

Enligt 3 § i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet ska det förebyggande rusmedelsarbetet grundas på uppföljning av rusmedelsanvändningen och därmed relaterade skador, tillgänglig vetenskaplig evidens och på god praxis. I det förebyggande rusmedelsarbetet är det skäl att beakta också skador som orsakas andra än rusmedelsanvändare.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) ansvarar för samordningen och styrningen av det förebyggande rusmedelsarbetet på nationell nivå. Regionförvaltningsverken styr inom sitt verksamhetsområde det förebyggande rusmedelsarbetet, planerar och utvecklar det i samarbete med andra myndigheter och med sammanslutningar samt stöder kommunerna inom verksamhetsområdet vid genomförandet och utvecklingen av det förebyggande rusmedelsarbetet.

Kommunerna svarar för organiseringen av det förebyggande rusmedelsarbetet inom sitt område enligt 5 § i lagen. Kommunen utser ett organ med ansvar för det förebyggande rusmedelsarbetet. Organet har i uppgift att sörja för uppföljningen av och informationen om rusmedelsläget i kommunen och se till att enskilda personer och hela befolkningen erbjuds information om rusmedelsskador och om hur de kan minskas. Dessutom ska organet öka och stödja kunskaperna om åtgärder för förebyggande av rusmedelsskador inom kommunens alla uppgiftsområden, föreslå och främja åtgärder för det förebyggande alkohol- och drogarbetet inom kommunförvaltningen samt sörja för att de kommunala åtgärderna samordnas med de åtgärder som vidtas av övriga myndigheter, företag och allmännyttiga sammanslutningar som deltar i det förebyggande alkohol- och drogarbetet.

I och med social- och hälsovårdsreformen svarar både kommunerna och välfärdsområdena för det förebyggande alkohol- och drogarbetet, som utgör en del av främjandet av välfärden och hälsan. Kommunerna bär fortfarande det övergripande arbetet för ordnandet av det förebyggande rusmedelsarbetet. Välfärdsområdenas uppgift är främst att stödja kommunerna inom området i genomförandet och utvecklingen av det förebyggande alkohol- och drogarbetet och har också eget ansvar för det förebyggande alkohol- och drogarbetets uppgifter i social- och hälsovårdstjänsterna.

2.1.5 Regleringen av integrationen av tjänsterna

Om samordningen av social- och hälsovårdstjänster samt missbrukar- och mentalvårdstjänster föreskrivs i flera lagar. Syftet med regleringen är att personer med behov av flera tjänster får tillräcklig hjälp och lämplig service oberoende av via vilken organisation de söker hjälp eller hur hjälpbehovet i övrigt upptäcks.

I 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service. Inom socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service eller när patienten annars behöver service inom såväl hälso- och sjukvården som socialvården ska de bestämmelser om hälso- och sjukvården och socialvården tillämpas som i enlighet med patientens intresse bäst tryggar den service som möter stödbehoven och vården enligt det medicinska behovet.

I 32 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs framöver om socialvårdens samt hälso- och sjukvårdens gemensamma uppgift inom välfärdsområdet samt om samarbete med småbarnspedagogiken, vilket en relevant skötsel av uppgifterna patienten behov av vård samt social- och hälsovårdstjänster förutsätter. Om bedömningen av servicebehovet enligt socialvårdslagen, beslutsfattandet eller tillhandahållandet av socialvård förutsätter hälso- och sjukvårdsservice ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i välfärdsområdet (i år ännu kommunen) delta i bedömningen av personens servicebehov och utarbetandet av en klientplan på begäran av den anställda som ansvarar för socialvårdsåtgärderna.

Om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren i brådskande situationer föreskrivs i 50 a § i hälso- och sjukvårdslagen. I samband med den bedömning som krävs för brådskande vård ska en del i enlighet med 35 § i socialvårdslagen bedömas om patientens behov av socialvård är uppenbart. Hälso- och sjukvårdslagens 53 a § ålägger en skyldighet att även i

samband med en bedömning av behovet av icke-brådsakande vård bedöma om det finns ett uppenbart behov av socialvård. Om behovet är uppenbart ska den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården hänvisa patienten till socialservicen eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården, för att en yrkesutbildad person inom socialvården ska göra en bedömning av servicebehovet i enlighet med 36 § i socialvårdslagen. I brådsakande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren.

I 33 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om samarbetsskyldigheten mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Primärvården och den specialiserade sjukvården ska bilda en funktionell helhet. I helheten ska beaktas att tjänster inom den specialiserade sjukvården ska tillhandahållas på ett ändamålsenligt sätt i samband med primärvården och vid enheterna inom den specialiserade sjukvården.

Ett syfte med hälso- och sjukvårdslagen är att förbättra samarbetet mellan kommunerna och samkommunerna (framöver välfärdsområdena) i fråga om ordnandet och tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster, åstadkomma en mer kundorienterad servicehelhet och möjliggöra ett effektivt utnyttjande av informationsteknik. Målet är att skapa sammanhängande vård- och servicehelheter genom att effektivare än nu samordna social- och hälsovårdstjänsterna och genom att avlägsna eller minska de skiljemurar som finns.

Socialvårdslagen innehåller motsvarande bestämmelser om samarbetsskyldighet och serviceintegration. Enligt 2 § 2 mom. i socialvårdslagen ska socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service eller när klienten annars behöver service inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården de bestämmelser om socialvården och hälso- och sjukvården tillämpas som i enlighet med klientens intresse bäst tryggar servicen enligt stödbehoven och hälso- och sjukvården enligt det medicinska behovet. Om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården föreskrivs i 29 a § i socialvårdslagen.

I 39 § i socialvårdslagen föreskrivs att innehållet i klientplanen för en klient inom socialvården ska samordnas med service och stödåtgärder som tillhandahålls av andra förvaltningsområden. Dessutom gäller i fråga om skyldigheten att utarbeta planen samt planens innehåll och de delaktiga vad som särskilt föreskrivs om det. Trots vad som föreskrivs någon annanstans i lag kan man med klientens samtycke utarbeta en gemensam plan som gäller service och stödåtgärder inom socialvården och andra förvaltningsområden och som innehåller de uppgifter som behövs för att utarbeta och använda planen. I fråga om att utarbeta en gemensam plan utan klientens samtycke föreskrivs särskilt.

I 41 § i socialvårdslagen föreskrivs om sektorsövergripande samarbete. Enligt paragrafens 1 mom. ska den myndighet inom socialvården som ansvarar för åtgärden se till att tillräcklig sakkunskap och kompetens med hänsyn till en persons individuella behov finns att tillgå för att bedöma servicebehovet, fatta beslut och tillhandahålla socialvård. Om bedömningen av personens behov och uppfyllandet av dem kräver service eller stödåtgärder av socialvården eller övriga myndigheter, ska dessa på begäran av den arbetstagare som ansvarar för åtgärden delta i bedömningen av personens servicebehov och i utarbetandet av en klientplan.

Enligt 41 § 2 mom. i socialvårdslagen tillhandahålls socialvården i samarbete med olika aktörer så att socialvården och vid behov de övriga förvaltningssektorernas service bildar en helhet som tillgodoser klientens intresse. Arbetstagaren ska enligt behov kontakta olika samarbetspartner och sakkunniga samt vid behov personens anhöriga och andra närstående enligt vad som närmare föreskrivs i denna lag. Enligt paragrafens 3 mom. innehåller lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården bestämmelser om utlämnande av uppgifter utan klientens

samtycke och antecknande av klientinformation i sektorsövergripande samarbete samt i socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service, samt om en socialvårdsmyndighets rätt att av andra myndigheter få den handräckning som den behöver för att sköta sina lagstadgade uppgifter.

Situationer där klienter behöver sektorsövergripande expertis kräver myndighetssamarbete och ofta också att flera sakkunniga deltar. Syftet med bestämmelserna i 39 § och 41 § är att främja och framhäva betydelsen av myndighetssamarbete i allt arbete. Många klienter har särskilt behov av arbets-, boende-, hälso- och missbrukarservice som ska fungera på ett helhetsinriktat sätt för att bemöta klientens behov. Det är viktigt att servicen för klienterna samordnas, att serviceproducenterna samarbetar och att servicen ur klienternas perspektiv bildar en lättfattlig helhet. Med hjälp av samarbete och växelverkan får klienten och personalen en fullständigare uppfattning om klientens övergripande situation och om de alternativ som bäst betjänar klientens intresse. Målet är att ge klienten den allsidiga servicehelhet som lämpar sig bäst för honom eller henne i stället för flera lösryckta parallella tjänster. Det yrkesövergripande samarbetet främjar också att resurserna riktas rätt, vilket sparar tid och kostnader.

I 46 § i socialvårdslagen föreskrivs om beslutsfattande som tryggar nödvändig omsorg och försörjning samt hälsa och utveckling gemensamt tryggas för ett barn som behöver särskilt stöd eller någon annan klient som behöver särskilt stöd. Det samlande beslut som avses i paragrafen gäller socialservice som klienten eller en person som ansvarar för omsorgen om honom eller henne behöver. Individuella planer som utarbetats för klienten av hälso- och sjukvården eller andra förvaltningsområden ska beaktas vid beslutsfattandet. Förfarandet ska tillämpas om det är i klientens intresse.

I paragraferna om mentalvårds- och alkohol- och drogarbete i hälso- och sjukvårdslagen samt socialvårdslagen föreskrivs att dessa tjänster ska planeras och tillhandahållas så att de bildar en fungerande helhet tillsammans med den övriga social- och hälsovården.

I 9 § i lagen om missbrukarvård föreskrivs särskilt att verksamma myndigheter och samfund inom missbrukarvården ska samarbeta med varandra. Särskild uppmärksamhet ska ägnas det inbördes samarbetet mellan missbrukarvården å ena sidan och den övriga social- och hälsovården, nykterhetsverksamheten, bostadsmyndigheterna, Arbetskraftsmyndigheterna, skolväsendet, ungdomsverksamheten och polisen å den andra.

Även i 5 § i mentalvårdslagen finns en särskild bestämmelse om samordning av mentalvårdstjänster. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och hälsovårdscentralerna inom distriktet ska tillsammans med den kommunala socialvården och de samkommuner som tillhandahåller specialomsorger organisera mentalvårdstjänsterna så att de bildar en funktionell helhet. För personer med mentalsjukdomar eller andra mentala störningar ska det, utöver tillräcklig vård och service, ordnas möjlighet till behövlig social rehabilitering samt stöd- och serviceboende, så som särskilt föreskrivs. Om välfärdsområdenas ansvar för samordningen av tjänsterna för kunderna till helheter föreskrivs framöver i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Välfärdsområdet ansvarar för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter. Välfärdsområdet ska också för sin del samordna sina social- och hälsovårdstjänster med kommunernas och statens tjänster. Dessutom ska välfärdsområdet främja samordningen av sina social- och hälsovårdstjänster med övriga aktörers tjänster.

2.1.6 Tillgängligheten av och tillgången till tjänster

Med stöd av de bestämmelser som fortfarande gäller ansvarar kommunerna för social- och hälsovårdstjänsternas likvärdiga tillgänglighet. Syftet med regleringen är att uppnå jämlikhetskravet enligt 6 § i grundlagen och att det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa enligt 19 § 3 mom.

Enligt 10 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ordna hälso- och sjukvårdens innehåll och omfattning enligt vad som krävs för kommuninvånarnas eller invånarnas i samkommunen välbefinnande, patientsäkerhet, sociala trygghet och hälsotillstånd och för det medicinskt, odontologiskt och hälsovetenskapligt bedömda behov som kan motiveras utifrån observation av faktorer som påverkar dessa hälsoaspekter. En kommun och en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att servicen för de invånare som den ansvarar för ordnas och är tillgänglig på lika villkor inom hela kommunen eller samkommunen. Kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska ordna sin hälso- och sjukvård nära invånarna, om det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt för att säkerställa kvaliteten på tjänsterna. När det gäller den specialiserade sjukvården föreskrivs om centralisering av vissa uppgifter i 45 § i hälso- och sjukvårdslagen samt i statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden som utfärdats med stöd av hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 13 § i socialvårdslagen har ett barn och dess familj rätt att utan dröjsmål få socialservice som är nödvändig med tanke på barnets hälsa eller utveckling. Servicen ska ordnas i tillräcklig omfattning under de tider på dygnet då den behövs. Servicen ska stödja föräldrarna, vårdnadshavarna och andra personer som svarar för barnets vård och fostran i fostran av och omsorgen om barnet. Enligt 24 § 3 mom. i socialvårdslagen har en gravid person rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som stöder alkohol- och drogfriheten.

Enligt 33 § 2 mom. i socialvårdslagen ska den allmänna kommunala socialservicen (som välfärdsområdena tar över) tillhandahållas så att den lämpar sig för alla klienter. Vid behov ska den som behöver hjälp och stöd hänvisas till särskild service. När servicen tillhandahålls ska utgångspunkten vara att den kan uppsökas på eget initiativ i ett tillräckligt tidigt skede. Även den övriga lagstiftningen om socialvård utgår från att de allmänna tjänsterna är primära i förhållande till särskilda tjänster för vissa grupper.

Enligt 33 § 3 mom. i socialvårdslagen ska socialservice om möjligt ordnas i anslutning till de olika förvaltningsområdenas basservice, om arrangemanget främjar samordningen av servicen och ordnandet av service av god kvalitet. Syftet med regleringen är att säkerställa att klienterna på eget initiativ och vid rätt tidpunkt kan söka sig till tjänsterna, vilket i allmänhet lyckas bäst då socialservice tillhandahålls i anslutning till övrig basservice.

Enligt 33 a § 1 mom. i socialvårdslagen får socialtjänster sammanslås nationellt och regionalt när de ordnas i anslutning till andra tjänster, om det behövs för att säkerställa specialkompetensen och därvid klientsäkerheten och den kvalitativa nivån på tjänsterna. Sammanslagning av tjänster behövs om socialtjänsten på grund av att den är krävande och sällan behövs ska möjliggöra upprepning och kräver specialkompetens inom flera områden för att uppnå och upprätthålla tillräckliga kunskaper och tillräcklig kompetens. Vid tillhandahållandet av tjänsterna ska klientens intressen beaktas enligt det som föreskrivs i 4 och 5 §.

Enligt 33 a § 2 mom. i socialvårdslagen kan bland annat enskilda tjänster inom tjänsterna för mental- och missbrukarvård sammanslås när de villkor som avses i 1 mom. uppfylls. Exempel

på tjänster som kan sammanslås nationellt och regionalt är tjänster för mental- och missbrukarvård som sällan anlitas. Med hjälp av centralisering är det möjligt att samordna tjänster där det på grund av deras sällsynthet eller svårighetsgrad krävs specialiserad kompetens på en krävande nivå eller som är särskilt dyra. Tjänster kan vara krävande till exempel om de involverar avsevärda utvecklingsutmaningar eller tillämpning av ny teknik med tanke på den kompetens som krävs för att tillhandahålla tjänsterna.

I och med social- och hälsovårdsreformen i början av år 2023 överförs skyldigheten att säkerställa social- och hälsovårdstjänsternas tillgänglighet och ansvaret för sammanställningen av tjänsterna till välfärdsområdena, och om dem föreskrivs framöver i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 4 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Dessutom förutsätter bestämmelsen att tjänsterna ska tillhandahållas jämligt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i välfärdsområdet.

Enligt 4 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård kan tjänsterna dessutom sammanföras i större helheter inom välfärdsområdets område när tillgången till tjänster och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunskaper eller dyra investeringar eller när ett ändamålsenligt, kostnadsnyttoeffektivt och effektivt tillhandahållande av tjänsterna kräver det. Om sammanföringen av tjänsterna till större helheter på ett nationellt plan och enligt avtal mellan välfärdsområdena föreskrivs i 9, 36 och 39 § i lagen.

Enligt 9 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård kan en del av uppgifterna inom social- och hälsovården sammanföras i större helheter som ordnas av ett eller flera välfärdsområden, om det är nödvändigt för att säkerställa tillgången till tjänster eller andra åtgärder och tjänsternas eller åtgärdernas kvalitet eller tillgodoseendet av kundernas rättigheter därför att uppgifterna är krävande, aktualiseras sällan eller medför stora kostnader. I 2 mom. i paragrafen föreskrivs att ett välfärdsområde som har fått i uppdrag att organisera en uppgift ansvarar för att det finns lika tillgång till tjänster och andra åtgärder som ingår i uppgiften och beslutar hur behovet, mängden och kvaliteten i fråga om dessa ska fastställas, hur tjänsten eller en annan åtgärd ska produceras och produktionen övervakas och hur myndigheterna ska utöva sina befogenheter i fråga om uppgiften.

De välfärdsområden som har ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om den vård som ska centraliseras regionalt och om samordnandet av verksamheten bestäms det i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

2.1.7 Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

I 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992, nedan klientavgiftslagen) finns bestämmelser om avgiftsfri socialservice. Avgiftsfri socialservice är till exempel socialt arbete som avses i socialvårdslagens (1301/2014) 14 § 1 mom. 1 punkten, social handledning som avses i 2 punkten, social rehabilitering som avses i 3 punkten, familjearbete som avses i 4 punkten och rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor som avses i 12 punkten (16 punkten från och med början av 2023). När det gäller tjänster inom socialvården är dessutom poliklinisk missbrukarvård avgiftsfri enligt paragrafen i fråga. I motiveringarna till bestämmelsen förklaras det inte närmare vad som avses med poliklinisk missbrukarvård. I tillämpningspraxis har som avgiftsfri service betraktats missbrukarvård som öppen service, när tjänsten organisatoriskt tillhandahållits inom socialvården även om tjänsten skulle omfatta hälso- eller sjukvård.

I 5 § i klientavgiftslagen föreskrivs om hälso- och sjukvårdens avgiftsfria service. Enligt 1 punkten i paragrafen är avgiftsfria mental- och missbrukarvårdstjänster i fråga om service som tillhandahålls inom primärvården samt tillhörande vårdmaterial och förbrukningsartiklar för behandling av långvarig sjukdom. För sluten vård och rehabilitering som ges som sluten vård samt partiellt uppehålle i anslutning till dem får avgifter dock tas ut. Även undersökning och vård som en poliklinik ger en person som inte fyllt 18 år enligt 1 b punkten i paragrafen, undersökning, vård och uppföljning som polikliniker för mödravård ger gravida som använder berusningsmedel enligt 1 d punkten samt vård vid enheter för psykiatrisk öppenvård med undantag för därtill hörande partiellt uppehålle avgiftsfria.

2.1.8 Lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner

Rehabiliteringspenning kan betalas för rehabiliteringstiden för att trygga utkomsten med stöd av lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005). Beviljande av rehabiliteringspenning förutsätter att beslutet om missbrukar-rehabilitering baserar sig på en lag eller bestämmelse som nämns i 18 § i lagen och att de allmänna förutsättningarna för beviljande av rehabiliteringspenning uppfylls. I allmänhet betalas rehabiliteringspenning för tiden för individuell rehabilitering vid inrättning som ges med stöd av lagen om missbrukarvård, men missbrukar-rehabilitering som berättigar till rehabiliteringspenning ordnas också med stöd av hälso- och sjukvårdslagen och lagen om företagshälsovård (1383/2001) samt som familjerehabilitering enligt barnskyddslagen (417/2007) eller lagen om missbrukarvård. År 2021 fick 1 325 personer rehabiliteringspenning för rehabiliteringstiden enligt lagen om missbrukarvård.

Beviljande av rehabiliteringspenning för tiden för individuell rehabilitering vid inrättning som ges med stöd av lagen om missbrukarvård förutsätter förutom att de allmänna förutsättningarna för beviljande uppfylls dessutom att rehabiliteringen baserar sig på en vårdplan som upprättats på grundval av socialvårdslagen eller på en rehabiliteringsplan som upprättats på grundval av lagen om missbrukarvård och missbrukar-rehabiliteringen främjar den försäkrades möjligheter att komma ut i arbetslivet, att hålla sig kvar i arbetslivet eller återvända till arbetslivet. Rehabiliteringspenning som betalas för tiden för individuell missbrukar-rehabilitering vid inrättning enligt lagen om missbrukarvård kan beviljas för högst 75 vardagar åt gången varefter en ny vårdplan eller rehabiliteringsplan krävs. Dessutom ska rehabiliteringen genomföras i en av Folkpensionsanstalten godkänd rehabiliteringsinrättning för missbrukarvård. Om förutsättningarna för godkännande av en rehabiliteringsinrättning föreskrivs i 18 § 4 mom. i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner och i 2 § i statsrådets förordning om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (646/2005).

Enligt gällande lagstiftning kan rehabiliteringspenning förutom för tiden för rehabilitering på grund av rusmedelsberoende och -problem även för rehabilitering på grund av andra beroenden, om rehabiliteringsbeslutet baserar sig på någon av de grunder som nämns i 18 § i lagen och de övriga förutsättningarna för beviljande av rehabiliteringspenning uppfylls.

2.1.9 Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre

I 2 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2002), nedan äldreomsorgslagen föreskrivs i fråga om lagens tillämpningsområde och samband med annan lagstiftning om 1) kommunernas (framöver även

välståndsområdenas) skyldighet att se till att den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand stöds och att tillgången till social- och hälsovårdstjänster som äldre personer behöver tryggas i kommunerna, 2) utredning av äldre personers servicebehov och tillgodosende av det och 3) säkerställande av kvaliteten på tjänster som ordnas för äldre personer. På de frågor som avses i 1 mom. tillämpas lagen utöver det som föreskrivs om dem i de lagar som nämns i 2 mom. i bestämmelsen, bland annat socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen, lagen om missbrukarvård och mentalvårdslagen.

2.1.10 Lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd

Lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd (1379/2010) tillämpas på de barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd, dvs. statens skolhem och fängelsets familjeavdelning. Vid statens skolhem tillhandahålls uppfostran och vård samt grundläggande utbildning och annan undervisning i anslutning till den för barn och unga personer som med stöd av barnskyddslagen (417/2007) är placerade i vård utom hemmet eller i eftervård och som inte på ett ändamålsenligt sätt kan uppfostras och vårdas vid någon annan barnskyddsenhet och inte heller på grund av sjukdom behöver vård som ges någon annanstans. Vid statens skolhem kan också tillhandahållas sådana mentalvårdstjänster som avses i mentalvårdslagen, med undantag för vård oberoende av patientens vilja.

2.1.11 Narkotikalagen

Narkotikalagen (373/2008) tillämpas på kontrollen av narkotika och för konsumentmarknaden förbjudna psykoaktiva ämnen. Lagens 4 § 2 mom. innehåller en hänvisning till lagen om missbrukarvård. Enligt denna bestämmelse finns bestämmelser om förebyggande av narkotikamissbruk och vård av narkotikamissbrukare i lagen om organisering av det förebyggande alkohol- och drogarbetet och i lagen om missbrukarvård.

2.1.12 Civiltjänstlagen

I civiltjänstlagen (1446/2007) föreskrivs om civiltjänstplikt som grundar sig på skyldigheten att försvara landet. I 12 kap. om civiltjänstregistret samt dataskydd 93 § 1 mom. föreskrivs om de uppgifter som civiltjänstcentralen har rätt att trots sekretessbestämmelserna för civiltjänstregistret få för utförandet av dess i lag bestämda uppgifter. Enligt 4 punkten i mom. har civiltjänstcentralen rätt att få uppgifter av hälsovårdscentraler, mentalvårdsbyråer, sjukhus eller andra som utför mentalvårdsarbete uppgifter om sådana i mentalvårdslagen avsedda mentalvårdstjänster som givits en civiltjänstgörare, om uppgifterna är av betydelse med tanke på tjänstedugligheten eller ordnandet av tjänstgöringen.

2.1.13 Lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten

Lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten (332/2019) tillämpas på sådan behandling av personuppgifter som utförs av Försvarsmakten och för Försvarsmaktens räkning, när uppgifterna behandlas för skötsel av uppgifter som anges i 2 § 1 mom. 1 punkten, 2 punkten underpunkt a eller 3 eller 4 punkten i lagen om försvarsmakten (551/2007). Dessutom tillämpas lagen endast på sådan behandling av personuppgifter som är helt eller delvis automatiserad eller där de uppgifter som behandlas utgör eller är avsedda att utgöra ett register eller en del av ett sådant. I 35 § i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten föreskrivs om rätten att få hälsouppgifter. Enligt 1 mom. 3 punkten i paragrafen har, utöver vad som föreskrivs någon annanstans i lag, den personuppgiftsansvarige samt en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som vid en hälsokontroll som föregår uppbyggnaden, vid uppbyggnaden eller

under tjänstgöringen granskar hälsotillståndet hos en värnpliktig eller den som har sökt till frivillig militärtjänst för kvinnor, fullgör tjänstgöring eller har fullgjort tjänstgöring, rätt att trots sekretessbestämmelserna få nödvändiga uppgifter för fastställande av tjänsteduglighet, upprätthållande av säkerheten under tjänstgöringen samt ordnande av undersökning och vård av patienten av hälsovårdscentraler, mentalvårdsbyråer, sjukhus och andra som utför mentalvårdsarbete uppgifter om sådana i mentalvårdslagen avsedda mentalvårdstjänster som givits en värnpliktig och den som har sökt till frivillig militärtjänst för kvinnor.

2.1.14 Hälso- och sjukvård för fångar och häktade

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar som lyder under Institutet för hälsa och välfärd svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård för fångar och häktade enligt 10. kap. i fängelselagen (767/2005) och 6 kap. i häktningsslagen (768/2005). Om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar föreskrivs i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015).

En utgångspunkt för fångvården kan anses vara den så kallade normalitetsprincipen. Enligt den ska fångarnas förhållanden ordnas så att de i så hög grad som möjligt motsvarar de förhållanden som normalt råder i samhället. Den enda begränsning som fängelse får medföra är frihetsberövande. Dessa principer anges i 1 kap. 3 § i fängelselagen. Enligt paragrafen innebär fängelse frihetsberövande eller begränsning av friheten. Fängelse får inte medföra andra begränsningar i fångarnas rättigheter och förhållanden än de som bestäms i lag eller som nödvändigtvis följer av själva straffet. Förhållandena i fångelserna ska ordnas så att de i så hög grad som möjligt motsvarar de levnadsförhållanden som råder i samhället. Fångarnas möjligheter att bevara sin hälsa och handlingsförmåga skall stödjas. De skador som orsakas av förlusten av frihet ska om möjligt förebyggas.

Enligt 10 kap. 1 § 1 mom. i fängelselagen och 6 § 1 § 1 mom. i häktningsslagen svarar Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering och motsvarar fångarnas medicinska behov. I lagarna föreskrivs inte närmare om hälso- och sjukvårdens innehåll. Enligt 10 kap. 1 § 3 mom. i fängelselagen och 6 kap. 1 § 4 mom. i häktningsslagen ska bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) iakttas när hälso- och sjukvården ordnas. I regeringens proposition om fängelselagen och häktningsslagen förklaras det inte direkt vad som hänvisningen till tillämpning av mentalvårdslagen ska avses omfatta. I beskrivningen av nuläget i regeringens proposition konstateras att om vård oberoende av patientens vilja föreskrivs i mentalvårdslagen och lagen om smittsamma sjukdomar⁶. Detta kan tolkas som så att hänvisningen till mentalvårdslagen i fängelselagstiftningen avser i synnerhet vård oberoende av patientens vilja inom hälso- och sjukvården för fångar, även om hänvisningen också kan tänkas omfatta tillämpning av bestämmelserna om mentalvårdsarbete och -tjänster i mentalvårdslagen. På denna punkt är lagstiftningen dock inkonsekvent, eftersom det i paragrafen inte föreskrivs om tillämpning av lagen om missbrukarvård, trots att beslut om vård oberoende av en persons vilja kan fattas med stöd av lagen och att det i lagen finns bestämmelser om vissa tjänster. Fängelselagstiftningen innehåller inga hänvisningsbestämmelser om tillämpning av bestämmelser om service enligt hälso- och sjukvårdslagen inom hälso- och sjukvården för fångar, och således tillämpas inte hälso- och sjukvårdslagen inom hälso- och sjukvården för fångar. I praktiken ordnar dock Enheten för hälso- och sjukvård för fångar service som avses i 27 § (mentalvårdsarbete) och 28 § (alkohol- och drogarbete) i hälso- och sjukvårdslagen. Utöver de nämnda bestämmelserna finns det vissa bestämmelser om hälso-

⁶ RP 264/2004 rd, s. 43.

och sjukvård i fängelselagstiftningen. Lagarna föreskriver att om en häktad är sjuk eller skadad och inte på tillbörligt sätt kan vårdas eller undersökas vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, ska han eller hon under behövlig bevakning temporärt sändas för vård eller undersökning utanför fängelset. Enligt lagarna har en fånge och en häktad rätt att med tillstånd av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar på egen bekostnad få medicinering, undersökningar och annan hälso- och sjukvård i fängelset.

2.1.15 Behandling av klient- och patientuppgifter inom social- och hälsovården.

De centrala principerna för behandling av klient- och patientuppgifter inom social- och hälsovården ingår i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000, nedan klientlagen) och lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, nedan patientlagen).

Om sekretessbelagda patientuppgifter föreskrivs i 13 § i patientlagen. Enligt dess 2 mom. får sådana uppgifter som ingår i journalhandlingarna inte utan patientens skriftliga samtycke lämnas till utomstående. Med utomstående avses personer som inte vid verksamhetsenheten eller på uppdrag av den deltar i vården av patienten eller i andra uppgifter i samband med vården. Om sekretessbelagda klientuppgifter inom socialvården föreskrivs i 14 § i klientlagen. Enligt den får en sekretessbelagd handling eller en kopia eller utskrift av en sådan handling inte visas för eller lämnas ut till utomstående.

I lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (784/2021, nedan kunduppgiftslagen) föreskrivs om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården i syfte att ordna och producera tjänsterna. I kunduppgiftslagen föreskrivs om förutsättningarna för behandling av kunduppgifter och skyddsåtgärder som tryggar registrerades rättigheter. En förutsättning för behandling av kunduppgifter är identifiering av de parter som deltar i behandlingen av kunduppgifter samt en datatekniskt verifierad vård- eller kundrelation eller en annan lagstadgad rättighet. I lagen föreskrivs också om åtkomsträttigheter till kunduppgifter, och enligt 15 § i lagen utfärdas bestämmelser om vilka uppgifter yrkesutbildade personer och andra personer som behandlar kunduppgifter får använda på grund av sina arbetsuppgifter och de tjänster som de tillhandahåller genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Lagen om klienthandlingar inom socialvården (254/2015, nedan lagen om klienthandlingar) och patientlagen samt social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009) som utfärdats med stöd av den innehåller centrala bestämmelser om anteckningar i och behandling av journalhandlingar. Patientlagens 4 kap. innehåller bestämmelser om journalhandlingar och material som hänför sig till vård och behandling. Enligt 12 § i lagen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient. I social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar föreskrivs närmare om upprättandet av journalhandlingar. Enligt 2 § 1 mom. i förordningen innefattar journalhandlingarna patientjournalen och till den hörande patientuppgifter och handlingar, samt uppgifter eller handlingar som gäller medicinsk undersökning av dödsorsak, liksom även andra uppgifter och handlingar som uppkommit i samband med att en patients vård ordnas och genomförs eller som erhållits någon annanstans ifrån.

Lagen om klienthandlingar innehåller bestämmelser om klienthandlingar inom socialvården, uppgifter som ska antecknas i dem och behandling av dem. Enligt 3 § 1 mom. 6 punkten i lagen om klienthandlingar är klientuppgifter personuppgifter som har erhållits inom socialvården och som har antecknats eller som enligt lagen om klienthandlingar ska antecknas i en klienthandling inom socialvården. Enligt 4 § i lagen är yrkesutbildade personer inom socialvården samt övrig

personal som deltar i klientarbetet skyldiga att i formbundna handlingar anteckna sådan information som är behövlig och tillräcklig. I 3 kap. i lagen om klienthandlingar finns bestämmelser om klientuppgifter som ska antecknas i klienthandlingarna.

Lagen om klienthandlingar innehåller också bestämmelser om sektorsövergripande samarbete. Om socialservice lämnas gemensamt av personal inom socialvården och hälso- och sjukvården vid en verksamhetsenhet inom socialvården, ska det upprättas en gemensam genomföranderapport för klienten. Dessutom kan en gemensam klientplan och andra behövliga gemensamma klienthandlingar för klienten utarbetas. Handlingarna ska registreras i socialvårdens klientregister, och yrkesutbildade personer som deltar i lämnandet servicen ska ha tillgång till de klienthandlingar som de behöver i sitt arbete. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska dock anteckna patientuppgifterna om hälso- och sjukvård i journalhandlingarna, och vid behov får en kopia av klientplanen registreras i patientregistret.

Vid social- och hälsovårdsministeriet pågår en totalreform av lagstiftningen om informationshantering inom social- och hälsovården, vars syfte är att skapa en enhetlig lag om behandlingen av klientuppgifter och handlingar inom social- och hälsovården. I dag finns bestämmelser om detta i klientlagen, patientlagen, lagen om klienthandlingar, förordningen om journalhandlingar och kunduppgiftslagen.

2.2 Befolkningens mentala hälsa, användning av berusningsmedel och funktionella beroenden

I takt med att befolkningens fysiska hälsa förbättrats har betvädelsen av psykiska störningar som en utmaning för folkhälsan ökat. Nästan hälften av befolkningen lider av någon form av psykiska störningar någon gång i livet⁷. De psykiska störningarna hos finländarna har inte ökat på tre decennier, även om de olägenheter som de orsakar i arbetslivet har ökat och människorna söker vård oftare. Förändringarna i arbetslivet och andra kulturella och samhälleliga faktorer medför uppenbarligen utmaningar för människor i arbetsför ålder, samtidigt som det blir mer och mer tillåtet att lyfta fram psykiska problem.⁸ En allt mer komplex vardag skapar utmaningar för till exempel barn och unga, av vilka skolan kräver mer självständigt agerande än vad deras utveckling klarar av.

Psykisk ohälsa blev den vanligaste orsaken till pensionering år 2019⁹. År 2020 var 53 procent (102 000 personer) av alla mottagare av invalidpension pensionerade av psykiska skäl. Andelen psykiska hälsoskäl var lika stor för män och kvinnor. För en tredjedel var orsaken till arbetsoförmåga depression och för en fjärdedel schizofreni. Hos kvinnor var depression vanligare än hos män.¹⁰ Andelen personer i arbetsför ålder som får sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa har ökat i hela landet under de senaste åren. År 2020 fick 84 200 personer sjukpenning

⁷ Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:6: Strategin för mental hälsa och programmet för suicidprevention 2020–2030. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>. Läst 2.3.2022.

⁸ Pirkola, Sami. Yleistyvätkö mielenterveyshäiriöt vaiko vain niiden aiheuttama haitta? Suomen Lääkärilehti 5/2021, s. 239.

⁹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päätösten tueksi 1/2021: Tiedosta arviointiin: tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2019. Kansallinen seuranta-arvio. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-630-5>. Läst 28.2.2022.

¹⁰ Statistik över pensionstagarna i Finland 2020. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021090345139>. Läst 4.3.2022.

på grund av psykiska störningar, och sjukpenningdagar ersattes mest på grund av psykiska störningar¹¹.

Allvarliga psykiska och substansrelaterade störningar är förknippade med en ökad förekomst av fysiska sjukdomar och en ökad risk för tidig död. Enligt studier har patienter med psykoser i schizofrenigruppen en tredubblad dödlighet jämfört med den övriga befolkningen och en 10 till 20 år kortare förväntad livslängd än den övriga befolkningen. Risken för förtida död är relaterad till somatiska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och cancer, men också till självmord. Det finns även ohälsosamma levnadsvanor förknippade med allvarlig psykisk ohälsa, liksom bristande behandling av allvarliga somatiska sjukdomar och därmed relaterat bristande samarbete mellan den psykiatriska och somatiska vården.¹² Enligt en stor finsk registerundersökning är dödligheten och särskilt självmordsdödligheten hög hos personer som söker missbrukarvård och som har en psykiatrisk diagnos vid sidan av substansrelaterade problem. Självmordsdödligheten hos dessa missbrukarklienter är särskilt förknippad med psykiska störningar.¹³

Depression är den mest centrala psykiska störningen med tanke på folkhälsan och ett av de största folkhälsoproblemen i Finland bland alla sjukdomar. Varje år lider cirka 5–7 procent av finländarna av depression. Cirka 10 procent av primärvårdens patienter uppskattas lida av depression. Cirka hälften av patienterna inom den psykiatriska specialiserade vården beräknas lida av depression.¹⁴

Livtidsprevalensen för psykossjukdomar i Finland ligger på cirka 3,5 procent. Den vanligaste psykotiska sjukdomen är schizofreni, som drabbar cirka en procent av finländarna.¹⁵ Många psykotiska sjukdomar är förknippade med förändringar i kognitiva funktioner och därmed med svårigheter att hantera vardagen.

Cirka 1–2 procent av befolkningen i Finland lider av ångestsyndrom.¹⁶ Ångestsyndrom förekommer ofta tillsammans med andra psykiatriska, somatiska och substansrelaterade störningar. Cirka 20–40 procent av dem som lider av ångestsyndrom har haft samtidiga substansrelaterade problem under sin livstid. Ångestsyndrom är vanligt hos primärvårdens patienter och är ofta

¹¹ Fpa:s statistik över sjukdagpenningar 2020. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021092246902>. Läst 4.3.2022.

¹² Suvisaari Jaana, Eskelinen Saana, Keinänen Jaakko, Ahlgrén-Rimpiläinen Aulikki, Viertiö, Satu. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Institutet för hälsa och välfärd. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2019. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-404-2>. Läst 28.2.2022.

¹³ Levola J, Laine R, Pitkänen T. In-patient psychiatric care and non-substance-related psychiatric diagnoses among individuals seeking treatment for alcohol and substance use disorders: associations with all-cause mortality and suicide. *British Journal of Psychiatry*. First View, s. 1–8. Tillgänglig: <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.20>. Läst 28.2.2022.

¹⁴ Depression. Rekommendation för god medicinsk praxis. Arbetsgrupp som tillsatts av Finska Läkarföreningen Duodecim och Psykiatriföreningen i Finland r.f. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2021. Tillgänglig på <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>. Läst 20.5.2022.

¹⁵ Suvisaari J et al. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 2.3.2012/2012 vsk 67 s. 677–683. Tillgänglig: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/psykoosien-esiintyvyys-ja-alueellinen-vaihtelu-suomessa/>. Läst 4.3.2022.

¹⁶ Pirkola SP et al.. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:1–10.

förknippade med ett stort anlitan­de av sjukvårdsservice. Självmordstankar och självdestruktivt beteende är vanligare hos patienter med ångestsyndrom än hos befolkningen i genomsnitt.

Psykiska problem hos barn och ungdomar är vanliga i alla åldersgrupper jämfört med andra hälsoproblem. Psykisk ohälsa och substansrelaterade problem står för två tredjedelar av ungdomars och hälften av barns hälsoproblem. Det uppskattas att psykiska problem förekommer hos 10–15 procent av barnen och 20–25 procent av ungdomarna. De vanligaste är ångest och depressionssyndrom, aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (ADHD), beteendestörningar samt missbruk och ätstörningar som är vanligare i tonåren. Det är vanligt att barn lider av mer än en störning samtidigt.¹⁷

Det är vanligt att störningarna fortsätter in i vuxenåldern. I genomsnitt bröter hälften av livslånga psykiska störningar ut före medelåldern och tre av fyra före 25 års ålder.¹⁸ Psykiska störningar hos barn och ungdomar är förknippade med flera sjukdomar och samsjuklighet, som har samband med svårare symtom, en större funktionsnedsättning och en längre varaktighet. Psykiska problem hos unga är ofta förknippade med ett skadligt hälsobeteende, som rökning, stor alkoholkonsumtion och experimentering med droger. Barn och ungdomar som är placerade utanför hemmet har mer psykiska problem än genomsnittet.¹⁹

Det har inte skett någon ökning av psykiska störningar hos barn och ungdomar under de senaste decennierna. Bilden av barns och ungas ökade psykiska problem i den allmänna debatten härrör antagligen från ojämlikhet i barns och ungas välmående, polariseringen av problem och de växande köerna till den specialiserade vården. Vuxna har lärt sig att identifiera barns problem och hjälp söks oftare än tidigare. Fortfarande har dock närmare hälften av de barn som har de svåraste symptomen blivit utan service.²⁰

Den totala alkoholkonsumtionen och rökningen har minskat i Finland under de senaste tio åren. Samtidigt har användningen av narkotika ökat. Alkoholkonsumtion och rökning är dock fortfarande betydande riskfaktorer med tanke på folkhälsan. År 2019 drack 12 procent av finländarna för att bli berusade, och 13 procent rökte dagligen.²¹ De skador som alkohol orsakar ökar i direkt proportion till mängden som konsumeras. Det största problemet med alkoholanvändningen i Finland är den stora engångskonsumtionen av alkohol, dvs. berusningsdrickande. Alkoholanvändning och rökning står fortfarande för en betydande del av skillnaderna i dödlighet mellan inkomstkategorierna.

¹⁷ Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim 2016.

¹⁸ Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Fröjd S. Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? Suomen Lääkärilehti 26–32/2015: s. 1908–1912.

¹⁹ Heino T, Forsell M ym. Lastensuojelun, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian yhteiset asiakkaat – yhteinen vastuu. Päätösten tueksi 50/2018. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-198-0>. Läst 4.3.2022.

²⁰ Sourander A, Lempinen L, Brunstein Klomek A. Changes in mental health, bullying behavior and service use among eight-year-old children over 24 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2016; 55(8):717–725; Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Fröjd S. Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? Suomen Lääkärilehti 26–32/2015: s. 1908–1912.

²¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 4/2021. Alkoholi-, tupakka-, huumaussaine- ja rahapelitalanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0>. Läst 4.3.2022.

Användningen av narkotika och därtill relaterade skador har ökat i Finland nästan under hela 2000-talet. I synnerhet har cannabisanvändning och -prövning ökat och inställningen i samhället till detta har blivit mer tillåtande. Sammanlagt 24 procent av den finländska vuxna befolkningen har provat en olaglig drog minst en gång i livet. Under det senaste året hade åtta procent av finländarna i åldern 15–69 år använt narkotika 2018 och under den senaste månaden tre procent. Användning och prövning är vanligast bland 25–34-åringar, av vilka nästan 45 procent hade provat droger under sin livstid. Utöver cannabis har användningen av stimulantia ökat, men andelen som provat och använt det är mindre än fem procent. Antalet narkotikarelaterade dödsfall ökade under 2000-talet fram till år 2019, då de minskade något. Narkotikarelaterade dödsfall är den näst vanligaste dödsorsaken bland män under 40 år. Antalet narkotikabrott har ökat de senaste åren.²²

Även enkäten Hälsa i skolan²³ ger information om användning av berusningsmedel. Bland skolbarn har berusningsdrickandet minskat under hela skolhälsoundersökningsperioden sedan 2008. År 2021 drack nio procent av eleverna i klass åtta och nio i grundskolan sig själva berusade minst en gång i månaden. Motsvarande siffra var 15 procent för gymnasieeleverna och cirka 24 procent för studerandena i yrkesskolorna. Föräldrarnas alkoholanvändning hade skadat 1,8 procent av eleverna i klass fyra och fem i grundskolan. Cirka åtta procent grundskoleeleverna i klass åtta och nio, 12 procent av gymnasieeleverna och 17 procent av yrkesskoleleverna hade provat på cannabis minst en gång. Andelen pojkar minskade jämfört med 2019, medan andelen flickor låg på samma nivå.

Penningspel är populära i Finland. Cirka var tionde finländare spelade penningspel på risknivå år 2019, och tre procent av befolkningen hade spelproblem. Spelproblem var vanligast bland unga vuxna, och arbetslöshet, arbetsoförmåga och långvarig sjukdom ökade risken för dessa problem. Låginkomsttagare spenderar mer pengar på spel i förhållande till sin inkomst än höginkomsttagare. Skuldsättning på grund av spelande har blivit ett problem under de senaste åren. Spelandet bland finländska unga har minskat sedan 2011, då åldersgränsen för penningspel höjdes till 18 år.²⁴

Beroende av digitala spel är ett nytt fenomen som först nyligen har fått diagnostiska kriterier. År 2019 hade 47 procent av befolkningen spelat digitala spel det senaste året. Digitalt spelande var vanligare bland 15–24-åringar än penningspel. Digitalt spelande var problematiskt för 1,3 procent av finländarna, oftare bland unga än i äldre åldersgrupper.²⁵ Enligt ESPAD-elevundersökningen ansåg 23 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna sitt digitala spelande vara överdrivet eller problematiskt år 2019²⁶.

²² Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 4/2021. Alkoholi-, tupakka-, huumausaine- ja rahapelitalanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0>. Läst 4.3.2022.

²³ Enkäten Hälsa i skolan 2019 och 2021. Grundläggande resultat, unga 2019 och 2021, https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary_perustulokset2. Läst 16.3.2022.

²⁴ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 4/2021. Alkoholi-, tupakka-, huumausaine- ja rahapelitalanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0>. Läst 4.3.2022.

²⁵ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 4/2021. Alkoholi-, tupakka-, huumausaine- ja rahapelitalanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0>. Läst 4.3.2022.

²⁶ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 40/2019. Nuorten päihteiden käyttö ja rahapelaaminen - ESPAD-tutkimus 2019. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019110737026>. Läst 4.3.2022.

Alkohol- och narkotikamissbruk samt regelbunden rökning är vanligare bland män än kvinnor. Alkohol-, narkotika- och tobaksrelaterad dödlighet är också vanligare bland män. Skadliga substans- och beroendeproblem ackumuleras ofta hos samma individer hos både vuxna och minderåriga. Skillnaderna i socioekonomisk bakgrund och utbildning är uppenbara i missbrukskulturer bland unga människor. Personer med en svagare social ställning är på många sätt mer exponerade för skadliga konsekvenser av missbruk. Enligt enkäten Hälsa i skolan 2019 förekom kumulativ användning av berusningsmedel samt tobaks- och nikotinprodukter och/eller penningsspel hos totalt sju procent av eleverna i klass åtta och nio. Detta var vanligare bland pojkar (9 procent) än flickor (5 procent). Ungdomars användning av berusningsmedel är förknippad med psykiska problem och ökad risk för självdestruktivitet. Diagnostiska kriterier för minst en annan psykiatrisk störning uppfylls hos 50–80 procent av ungdomar med en historia av missbruk eller substansrelaterade störningar.²⁷

2.3 Utbudet av mental- och missbrukarvårdstjänster

2.3.1 Grundläggande mentalvårdstjänster

Primärvården har det primära ansvaret för behandling av lindriga till måttliga psykiska symtom och störningar samt för upprätthållande eller uppföljande vård av allvarliga störningar. Primärvårdens uppgifter omfattar också ledning och användning av riktade tillvägagångssätt för förebyggande och tidig vård, stöd för psykisk hälsa för patienter och deras familjemedlemmar. Det finns stora regionala skillnader i behandlingen av psykiska störningar inom primärvården, både vad gäller vårdkvalitet och tillgänglighet. Införande och etablering av effektiva tidiga behandlingsmetoder för primärvården stöds för närvarande av programmet Framtidens social- och hälsocentral²⁸.

Grundläggande mental- och missbrukartjänster tillhandahålls av både offentlig social- och hälsovård och privata tjänsteleverantörer och tredje sektorns aktörer. Den kommunala social- och hälsovården ansvarar för förebyggande, tidig identifiering, ändamålsenlig behandling och rehabilitering av invånare med psykiska störningar. Kommunerna ska samordna offentliga, organisatoriska och privata mentalvårds- och missbrukartjänster till en fungerande helhet.

Psykiska problem och störningar behandlas på hälsovårdscentraler och deras arbetsgrupper för psykisk hälsa. I många kommuner har mentalvårds- och missbrukartjänsterna slagits samman till enheter för mentalvårds- och missbrukartjänster. På grund av psykiska problem besökte 9,6 patienter per 1 000 invånare primärvårdens läkarmottagning år 2020. Året innan var antalet besök fler, 12,8 besök per 1 000 invånare. Av psykiska skäl besökte 122 patienter per 1 000 invånare andra anställda inom social- och hälsovården år 2020 och 137 patienter år 2019.²⁹ Primärvårdens läkare angav psykiska problem som anledning till besök i 5,5 procent av de registrerade besöken år 2020 och 8,2 procent år 2019. När siffrorna jämförs gäller det att beakta covid-19-pandemin som började år 2020. Det bör också noteras att endast en del av besöken relaterade till psykisk hälsa registreras som mentalvårdsbesök.

²⁷ Jokimies J –Liskola J –Haravuori H –Päihteiden käyttöön liittyy nuorilla itsetuhoisuuden riski. Suomen Lääkärilehti 2022; 1–2:39–42.

²⁸ Programmet Framtidens social- och hälsocentral, <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>. Läst 10.3.2022.

²⁹ Institutet för hälsa och välfärd. Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi.

Företagshälsovården stöder upprätthållandet av den psykiska hälsan och förebyggande av problem hos befolkningen i arbetsför ålder. Rehabilitering som anordnas av Folkpensionsanstalten kompletterar hälso- och sjukvården.

Rådgivning och skol- och studerandehälsovård spelar en viktig roll för att förebygga, upptäcka och ge stöd för psykiska problem hos barn och unga. På grund av fragmenteringen av tjänsterna och deras otillräcklighet finns det för lite grundläggande vård.³⁰ Inom primärvården är tillgången till ungdomsmottagningar, mentalvårdsarbete för unga och arbetsgrupper för mentalvårds- samt arbetsgrupper för alkohol- och drogarbete varierande. Många skolor har psykiatriska sjuksköterskor som kompletterar skolhälsovården. En praktisk utmaning är ofta att man i misslyckas med att identifiera den instans som ansvarar för mentalvården för barn och unga inom primärvården.

Syftet med mentalvårdsarbetet inom socialvården är att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och att eliminera och minska de faktorer som äventyrar den. Mentalvårdsarbetet omfattar vägledning och rådgivning, psykosocialt stöd för individer och familjer samt annan socialservice som stöder individens psykiska hälsa. Mentalvårdsarbetet inom socialvården omfattar även psykosocialt stöd i plötsliga, chockerande krissituationer. I praktiken finns det få tjänster inom socialvården som endast fokuserar på mentalvårdsarbete, och mentalvårdsarbete utgör ofta en del av den normala socialvårdsservicen. Det tydligaste sättet att implementera mentalvårdsarbete inom socialvården är ofta till exempel i samband med boendetjänster, varvid verksamhetsstödande boende och rehabilitering riktas specifikt till denna målgrupp.

Även rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor är på basis av de lagstadgade målen och uppgifterna en central del av det övergripande mentalvårdsarbetet inom socialvården, även om utformningen av verksamheten har upplevts som oklar på ett allmänt plan. Rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor är en del av familieservicen enligt socialvårdslagen liksom även hemservice och familjearbete för barnfamiljer och familjearbete, vars arbete också har aspekter som stöder psykisk hälsa. Fragmenteringen av de grundläggande mentalvårdstjänsterna för barn och unga samt deras otillräcklighet har återspeglats i innehållet i rådgivningen i uppfostrings- och familjefrågor under de gångna årtiondena. Även den långvariga bristen på nationell styrning har bidragit till att det arbete som bedrivs som rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor har blivit mycket brokigt och svårt på uppfostrings- och familjerådgivningens uppgifter har blivit mycket otvetydigt och mångtydigt. Den grundläggande uppgiften för rådgivningen i uppfostrings- och familjefrågor kan inte klagöras isolerat från andra aktörer, utan det måste finnas en gemensam diskussion mellan företrädarna för hela mentalvårdsarbetet för barn och unga. Regionalt eller lokalt har det varit möjligt att komma överens om att familjerådgivningen inte endast ska svara för sina uppfostrings- och familjerådgivningstjänster utan även för andra tjänster, såsom mentalvård för barn inom primärvården.

I praktiken omfattar tjänsterna inom (uppfostrings- och) familjerådgivningen i många kommuner även grundläggande mentalvårdstjänster för barn och familjer som ingår i hälso- och sjukvården. De största uppfostrings- och familjerådgivningscentralerna har också specialiserade läkare inom barnpsykiatri. Då tillhandahåller familjerådgivningen tjänster enligt både hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen.

³⁰ Aalto-Setälä T – Huikko E – Appelqvist-Schmidlechner K – Haravuori H, Marttunen M. Koulukäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa: Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien menetelmien käyttöön. 2020. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-547-6>. Läst 4.3.2022.

I och med programmet för utveckling av barn- och familjetjänster dvs. LAPE³¹ har kommunerna inrättat familjecentraler för att bemöta barns och familjers sektorsövergripande integrerade servicebehov. Familjecentralen är ett sektorsövergripande servicecenter eller nätverk som främjar barns, ungas och familjers välbefinnande och hälsa samt ger tidigt stöd, vård och rehabilitering. Familjecentralen omfattar tjänster som främjar välbefinnande och hälsa, tillväxt och utveckling samt tidigt stöd, vård och rehabilitering för barn, unga och hela familjen, inklusive grundläggande mentalvårds- och missbrukartjänster. Familjecentralen samordnar barnfamiljers social- och hälsovård, bildningstjänster, kommunernas verksamhet för att främja välbefinnande och hälsa samt organisationers och församlingars verksamhet till en fungerande helhet till förmån för familjerna.

2.3.2 Specialiserad psykiatrisk sjukvård

År 2020 vårdades totalt drygt 200 000 patienter inom den specialiserade psykiatriska vården. Av dem vårdades cirka 24 000 patienter på sjukhusavdelningar. Antalet patienter som vårdades i öppen vården var drygt 200 000. De flesta patienterna i slutenvård hade även kontakter med den öppna vården under samma år. Det totala antalet patienter inom den specialiserade psykiatriska vården ökade med 1,7 procent från året innan. Det gjordes 2,3 miljoner besök till öppen vård inom den specialiserade psykiatriska vården. Antalet patienter inom den öppna vården ökade med 1,8 procent och antalet öppenvårdskontakter med 5,5 procent jämfört med året innan. De senaste åren har ökningen i antalet distansbesök inkluderats i öppenvårdsbesöken, men framöver kommer uppgifterna att specificeras. Antalet behandlingsperioder inom den slutna vården som avslutades år 2020 var cirka 38 000. Antalet patienter som behandlades inom slutna specialiserad psykiatrisk vård minskade med 3,1 procent och antalet behandlingsperioder med 7,5 procent jämfört med år 2019.³²

Enligt en färsk utredning är antalet sjukhusplatser på psykiatriska avdelningar otillräckligt i förhållande till behovet³³. I och med nybyggandet kommer antalet sjukhusplatser att minska ytterligare då psykiatriska avdelningar flyttas till allmänna sjukhus. Under de senaste fem åren har antalet sjukhusplatser minskat med 41 procent. År 2021 fanns det totalt 2 654 sjukhusplatser. Minskningen i antalet platser beror på minskningen i antalet remitterade patienter till avdelningar och de kortare behandlingsperioderna. Andelen behandlingsperioder på en vecka av alla behandlingsperioder ökade från 42 till cirka 45 procent åren 2019–2021. Däremot minskade andelen behandlingsperioder som varade mer än två veckor. En tredjedel av patienterna som använde platserna hade dock varit på avdelning i mer än sex månader vid tidpunkten för utredningen.

År 2020 gjordes sammanlagt 390 000 besök inom den öppna specialiserade psykiatriska vården av personer som fyllt 18 år. År 2019 var motsvarande antal besök 370 000. Det fanns 282 000 behandlingsdagar i åldersgruppen 18–24 år och 212 000 behandlingsdagar i åldersgruppen 25–64 år.³⁴

³¹ Programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (LAPE): <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lapsi-ja-perhepalveluiden-muutosohjelma-lape->. Läst 8.3.2022.

³² Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 44/2021. Specialiserad psykiatrisk sjukvård 2020. Tillgänglig: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143510/TR44_Psykiatrinen_erikoissairaanhoido_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 4.3.2022.

³³ Linnaranta Outi. Selvitys psykiatristen sairaalapaikkojen määrästä. Institutet för hälsa och välfärd. Tutkimuksesta tiivistä 6/2022. Tillgänglig: <https://www.julkari.fi/handle/10024/143920>. Läst 4.3.2022.

³⁴ Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi.

Det är främst sjukvårdsdistrikten som ansvarat för anordnandet och tillhandahållandet av den specialiserade vården inom barn- och ungdomspsykiatri. Barn- och ungdomspsykiatrisk service inom den specialiserade vården tillhandahålls av centralsjukhusens och universitetssjukhusens barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Rättspsykiatriska undersökningar av barn och unga görs på universitetssjukhus. Det finns betydande regionala skillnader i det rikstäckande nätverket av specialiserad sjukvård. Antalet remisser till barn- och ungdomspsykiatri samt besök inom den öppna vården ökat kraftigt under de senaste åren. Antalet öppenvårdsbesök inom barnpsykiatri bland 0–12-åringar uppgick år 2020 till 362 000 och året innan till 339. Antalet besök inom ungdomspsykiatri bland 13–17-åringar var 1 215 000 år 2020 och 1 151 000 år 2019.³⁵

Från år 2019 till år 2020 minskade antalet patienter på barnpsykiatriska avdelningar uppskattningsvis från 1.4 till 1.3 per tusen barn i åldersgruppen 0–12 år. Den minskade aktiviteten till följd av Covid-19-epidemin kan ha bidragit till förändringen. Samtidigt ökade antalet patienter inom ungdomspsykiatri från 9.6 till 9.8 per tusen 13–17-åringar.³⁶ Antalet remisser har ökat under de senaste åren liksom behovet av akut vård.

Ungdomspsykiatrins servicesystem omfattar förutom de specialiserade ungdomspsykiatriska klinikerna två psykiatriska forsknings- och behandlingsenheter för minderåriga med särskilda behov (EVA), som fungerar som nationella specialenheter. EVA-enheterna finns vid Tammerfors universitetssjukhus och Niuvanniemi sjukhus i Kuopio. EVA-enheterna undersöker, behandlar och rehabiliterar under 18 år gamla ungdomar som behöver vård på säkerhetsavdelning på grund av allvarliga psykiska problem. EVA-enheterna genomför sinnesundersökningar av minderåriga och behandlar patienter som ordinerats behandling efter sinnesundersökning.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) och regionförvaltningsverken utredde tillgången till psykiatrisk vård för placerade barn och unga enligt barnskyddslagen som en del av det riksomfattande tillsynsprogram för social- och hälsovården år 2021³⁷. Enligt tillsynsmyndigheternas observationer har tillgodoseendet av barns och ungas rätt till mentalvårdstjänster både på bas- och specialnivå försämrats ytterligare under hösten 2020 och under 2021. Tillsynsmyndigheterna anser att situationen inte endast beror på coronapandemin utan att problemen redan har varit uppenbara före pandemin. Det finns även avsevärda variationer i fråga om tillgången på mentalvårds- och missbrukartjänster för barn och unga beroende på område. Ordandet av nödvändig vård och rehabilitering, i synnerhet på grund av barns och ungas bruk och beroenden av berusningsmedel, ser ut att vara mycket bristfällig. Problemen med tillgång till mentalvårds- och missbrukartjänster för placerade barn och unga verkade enligt tillsynsmyndigheterna likna dem som andra barn och unga i behov av dessa tjänster har. Tillsynsmyndigheterna betonar betydelsen av samarbetet mellan barnskyddet och mentalvårds- och missbrukartjänsterna.

2.3.3 Missbrukartjänster

Missbrukartjänster tillhandahålls som allmän social- och hälsovård samt särskild missbrukarvård som tillhandahålls som både social- och hälsovård. Missbrukartjänsterna är fragmenterade,

³⁵ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi.

³⁶ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi.

³⁷ Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Anvisning Dnr V/6085/2022 24.2.2022. Ordande och tillhandahållande av mentalvårds- och missbrukartjänster för barn och unga som är kunder inom barnskyddet. Tillgänglig på https://www.valvira.fi/documents/14444/236772/Las-tensuojelun_asiakkaana_lasten_mielenterveys_ja_paihdepalvelut.pdf/180bfead-58bc-ada6-590f-ddf8e7dd28eb?t=1645798691962. Läst 8.3.2022.

eftersom tillhandahållandet av dem varierar mellan kommunerna.³⁸ I lagstiftningen definieras tjänsterna dessutom endast på en mycket allmän nivå, vilket ökar variationen i de tjänster som tillhandahålls.

När det gäller funktionellt missbruk ingår behandling av spelproblem vanligtvis i missbrukartjänster. Samarbetet med andra tjänster i behandlingen av penningsspelproblem är omfattande.³⁹ Tjänster som tillhandahålls för beroende av digitala spel eller skadligt digitalt spelande har också delvis integrerats i missbrukartjänsterna. Åren 2011–2020 diagnostiserades cirka 2 600 personer lida av penningsspelsberoende⁴⁰.

Socialvårdens missbrukartjänster ger hjälp som socialservice som stöder nykterhet eller minskar skador på grund av substansrelaterade problem. Stödbehov på grund av substansrelaterade problem kan bemötas genom allmän socialservice som kan tillhandahållas för att stödja missbrukare eller deras anhöriga och närstående. Via tjänster som tillhandahålls som allmän socialvård kan missbrukare få stöd till exempel genom vägledning och rådgivning inom servicesystemet eller hjälp med problem som rör utkomst och boende. Särskilda socialvårdstjänster för missbrukare kan till exempel bestå av dagcenterverksamhet, stödboende som stöder nykterhet eller serviceboende som minskar nackdelarna med substansrelaterade problem. En central rehabiliteringsform inom socialvården som hjälper missbrukare är social rehabilitering, som enligt 17 § i socialvårdslagen kan tillhandahållas både som en allmän service anpassad för alla och som social rehabilitering särskilt anpassad till missbrukares situation och behovet av stöd.

Inom hälso- och sjukvården tillhandahålls missbrukartjänster av primärvården, den specialiserade hälso- och sjukvården samt även av privata läkarmottagningar och sjukhus. Servicen inom primärvården utgörs av öppen- och slutenvård på hälsocentraler samt grundläggande missbrukar- och mentalvårdstjänster. År 2019 anlätade cirka 40 000 patienter öppna missbrukartjänster inom primärvården. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården tillhandahålls missbrukartjänster i form av psykiatrisk öppen- och slutenvård och särskilt på psykiatriska enheter som specialiserat sig på missbruk. Användningen av öppen specialiserad hälso- och sjukvård har ökat vid behandlingen av alkoholberoende patienter och i ökad utsträckning narkotikaberoende patienter. År 2019 var antalet patienter cirka 30 000. Med beaktande av både antalet patienter och behandlingsperioder är i dag missbrukarvården som ombesörjs på sjukhus betydligt större jämfört med motsvarande inom missbrukarvårdens institutioner. Till exempel behandlades cirka 6 000 patienter på bäddavdelningar på grund av narkotikarelaterade sjukdomar år 2019. På det stora hela verkar tyngdpunkten i vården ha flyttats från särskilda missbrukartjänster till öppenvård.

Det särskilda servicesystemet för missbrukarvård består av öppenvård, kortvarig institutionsvård, långvarig institutionsvård och -rehabilitering samt boendetjänster och tjänster som ger vardagsstöd, såsom dagcenter. Dessutom erbjuds tjänster med lågröskel, såsom hälsorådgivning för narkotikaanvändare som kan anlitas anonymt. En del av verksamheten har etablerats

³⁸ Työpaperi 4/2021: Katariina Warpenius (toimi.): Alkoholi-, tupakka-, huumausaine- ja rahapelitilanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0>. Läst 16.3.2022.

³⁹ Heiskanen Maria, Kesänen Minna, Tenkanen Oona. Rahapeliongelman hoidon saatavuus Suomessa – kuntakyselyn tuloksia. Institutet för hälsa och välfärd. Tutkimuksesta tiiviisti 23/2021. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-655-8>. Läst 21.3.2022.

⁴⁰ Salonen, A.H., Castrén, S., Latvala, T.A., Grönroos, T., Levola, J., & Vuori, M. (2022). Gender- and age-stratified analyses of Gambling Disorder in Finland between 2011 and 2020 based on administrative registers. Nordic Studies on Alcohol and Drugs.

som socialvårdsverksamhet och en del som hälso- och sjukvård. Ofta produceras dessa som samordnade, gemensamma tjänster, som kombinerar både social- och hälsovårdstjänster. Tjänsterna kan i varierande grad organiseras av antingen hälso- och sjukvården eller socialvården. I Helsingfors finns till exempel Symppis-dagcenter för vuxna mentalvårds- och missbrukarklienter, som förutom hälsorådgivning och hälsovårdstjänster erbjuder mat och verksamhet som främjar delaktighet och hantering av vardagen⁴¹.

Grundläggande mental- och missbrukartjänster tillhandahålls av både offentlig social- och hälsovård samt privata företag och aktörer inom tredje sektorn. Antalet privata aktörer inom serviceproduktionen är betydande. Privata vårdanstalter för missbrukare ansöker om tillstånd för privat socialvård, hälsovårdstillstånd eller bäge, vilket profilerar innehållet i och utbudet av de tjänster som tillhandahålls.

A-kliniker, rusmedelskliniker och andra basenheter, såsom ungdomsstationer eller ungdomspolikliniker, tillhandahåller särskilda missbrukartjänster som öppna tjänster. Kortvarig institutionsvård inom särskilda tjänster tillhandahålls av till exempel avgiftningsenheter (enheter avsedda för abstinensvård). Långvarig institutionsvård ges av missbrukarvårds- och rehabiliteringsenheter. Inom tjänster som bekostades av kommunerna besöktes år 2019 den öppna missbrukarvården av nästan 40 000 klienter, akutvårdsstationerna av cirka 8 400 klienter och rehabiliteringsinstitutionerna för missbrukare av något under 4 000 klienter. Många klienter anlitar både öppenvårds- och slutenvårdstjänster. Antalet kunder inom både öppen- och slutenvård har minskat under 2000-talet. Det kan bland annat bero på ett minskat alkoholbruk, särskilt som det enda berusningsmedlet och kommunernas knappa ekonomiska resurser. Samtidigt som problematisk användning av berusningsmedel i allt högre grad förknippas med olika typer av blandmissbruk har förekomsten av psykiska störningar ökat. Det har skett en allt större förskjutning från missbrukarvård inom socialvården till missbrukar- och mentalvård inom hälso- och sjukvård samt psykiatri. Trots att förekomsten av psykiska sjukdomar inte förändrats kan den ökade belastningen av den psykiatriska vården, delvis förklaras av detta. Under Covid-19-epidemin år 2020 fortsatte antalet klienter att minska inom den öppna missbrukarvården (cirka 35 000 klienter) men inte på rehabiliteringsinstitutioner (4 000 klienter).

Det fanns närmare 4 800 patienter som fick opioidsubstitutionsbehandling år 2019. Substitutionsbehandling gavs oftast inom särskilda missbrukartjänster och därutöver vid hälsovårdscentraler, specialiserade sjukvårdsenheter och fängelsevård. Andelen specialiserade missbrukarvårdstjänster och specialiserad hälso- och sjukvård inom substitutionsbehandling har stärkts. Antalet patienter i substitutionsbehandling ökade med 44 procent åren 2015–2019. Tillgången till opioidsubstitutionsbehandling bör dock förbättras ytterligare, eftersom majoriteten av missbrukarna inte får i behandling. År 2017 uppskattades det att det fanns cirka 23 500–29 500 problematiska opioidmissbrukare i Finland.⁴²

Inom missbrukarvården är vårdperioderna för närvarande korta på alla typer av institutioner. Fyra av fem vårdperioder på missbrukarvårdens institutioner varar högst två veckor och 90 procent högst en månad. Korta perioder handlar bland annat om avgiftning eller kontroll av läkemedelsbehandlingen av personer som får opioidsubstitutionsbehandling. Institutionsvård är oftare orsakad av användning av narkotika och läkemedel samt blandmissbruk än av alkohol med

⁴¹ Symppis, <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/paihdepalvelut/paivatoiminta/symppikset/>. Läst 15.3.2022.

⁴² Partanen A, Alho H, Kuussaari K ym. Opioidikorvaushoidossa olevien määrä jatkanut kasvuaan 2019. Suomen Lääkärilehti 2022 (painossa)

undantag för de kortaste perioderna på mindre än 8 dagar. Det behövs dock fortfarande långvarig institutionsvård och samarbete inom social- och hälsovården vid svåra substansrelaterade problem.

Den vanligaste anledningen till hänvisning till eller ansökan om missbrukarvård och -rehabilitering på institution är samtidiga substans- och beroenderelaterade problem när öppenvård inte hjälper eller är lämplig. Enligt en färsk rapport av Institutet för hälsa och välfärd erbjöd åtminstone 45 missbrukarvårds- och rehabiliteringsenheter i olika delar av Finland institutionsbaserad missbrukarrehabilitering år 2021. Det fanns fler privata än offentliga enheter i denna grupp. Enheterna var i allmänhet små och hade i genomsnitt 12 vårdplatser. Längden på den genomsnittliga institutionsbaserade missbrukarvården och -rehabiliteringen var 30 dagar vid dessa enheter. Klienterna hänvisades till enheterna främst från avgiftningsbehandling eller öppna missbrukarrehabiliteringsenheter, men det fanns en betydande spridning mellan de remitterande och betalande organen. Till cirka 60 procent av enheterna hade mer än hälften av klienterna remitterats via socialvården, men klienter remitterades även av läkare eller sjukskötare, från företagshälsovården eller sökte vård på eget initiativ. En betalningsförbindelse av socialvården förefaller ha varit det vanligaste finansieringssättet för institutionsbaserad missbrukarvård och -rehabilitering. Dessutom rapporterade nästan en fjärdedel (24 procent) av enheterna att mer än hälften av klienterna hade beviljats en betalningsförbindelse av hälso- och sjukvården. Enligt utredningen finns det ingen institutionsvård för minderåriga missbrukare i Finland. Enligt utredningen gäller det att i framtiden uppmärksamma utbildningen av vård- och rehabiliteringsmetoder och arbetsledningen av personalen.⁴³

Institutet för hälsa och välfärd genomförde i februari–mars 2022 en kommunenkät om missbrukarvården. Sammanlagt 91 procent av kommunerna i Fastlandsfinland svarade på den. Öppen missbrukarvård och -rehabilitering tillhandahölls i alla kommuner som svarade på enkäten. Öppen missbrukarvård och -rehabilitering för problem med alkohol, narkotika, läkemedel och penningsspel tillhandahålls i mer än 90 procent av kommunerna och för problem med digitalt spelberoende i cirka 70 procent av kommunerna. Opioidsubstitutionsbehandling, avgiftning, institutionsbaserad rehabilitering, boendeservice och hemservice och -vård ordnades också relativt heltäckande (80–90 procent av kommunerna). Arbetsverksamhet och hälsorådgivning för narkotikamissbrukare tillhandahölls i mer än tre av fyra kommuner. Ungefär hälften av kommunerna ordnade dagcenterverksamhet samt mobilt eller uppsökande alkohol- och drog arbete. Endast en minoritet av kommunerna tillhandahöll härbärgen och boendejour (20–30 procent av kommunerna).

Enligt ovan nämnda information från Institutet för hälsa och välfärd är metoderna för att organisera missbrukar- och beroendetjänster rätt varierande. I cirka 70 procent av kommunerna ordnades opioidsubstitutionsbehandling samt avgiftning och abstinensbehandling inom hälso- och sjukvårdens förvaltningsområde. Dessutom rapporterade 17 procent att abstinensbehandling ordnades inom både socialvården och hälso- och sjukvården. I cirka hälften av kommunerna tillhandahölls även hälsorådgivning för narkotikamissbrukare av hälso- och sjukvården. Däremot ordnades service- och stödboende inom socialvårdens förvaltningsområde i cirka 70 procent av kommunerna. När det gäller öppenvård och rehabilitering svarade cirka hälften av kommunerna att både hälso- och sjukvården och socialvården ansvarade för att ordna, upphandla eller administrera dessa tjänster. Detta kan till exempel innebära att alkohol- och drog arbetet utgör en del av den allmänna social- och hälsovården i stället för en separat eller parallell enhet.

⁴³ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 12/2021. Laitosmuotoisen päihdehoidon ja -kuntoutuksen saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-848-4>. Läst 4.3.2022.

Svaren kan också återspegla det faktum att det redan finns kommuner och områden i Finland där social- och hälsovården är administrativt integrerad. I cirka var femte kommun ordnades institutionsrehabilitering inom hälso- och sjukvårdens förvaltningsområde, i något mindre än 40 procent av kommunerna inom socialförvaltningen och i ungefär en tredjedel av kommunerna inom både hälso- och sjukvårdens samt socialvårdens förvaltningsområde. När det gäller institutionsrehabilitering kan tillhandahållandet av servicen inom såväl hälso- och sjukvården som socialvården till exempel innebära att anställda från såväl socialvården som hälso- och sjukvården deltar i beslutsprocessen. Dagcenter- och arbetsverksamhet ordnades i allmänhet av socialvården. Ordlandet av mobilt och uppsökande alkohol- och drogarbete var fördelat mellan olika förvaltningsområden i kommunerna och ordnades även som en del av det uppsökande ungdomsarbetet, varvid det kunde hör till ungdoms- eller idrottsväsendet.

I 64 procent av kommunerna i Fastlandsfinland organiserades missbrukar- och beroendeservicen administrativt tillsammans med någon annan serviceform. Åtminstone i 52 procent av kommunerna ordnades missbrukar- och beroendetjänster i anslutning till primär och specialiserad mentalvård. I vissa kommuner och regioner har missbrukar- och beroendetjänsterna kombinerats mer omfattande med till exempel specialiserad sjukhusvård eller vuxensocialarbete. Inom vissa områden hör missbrukar- och beroendetjänsterna till hälso- och sjukvården och inom andra områden till socialvården. Kommunerna konstaterade att oavsett om en enhet är hör till socialvården eller hälso- och sjukvården så producerar de ofta antingen både social- och hälsovårdsservice eller står i nära samarbete med varandra.

I enkäten tillfrågades kommunerna vilken enhet som producerar missbrukar- och beroendetjänsterna. I de kommuner där dessa tjänster tillhandahölls producerades cirka 85 procent av den öppna missbrukarvården och -rehabiliteringen i kommunen eller regionen (t.ex. sjukvårdsdistrikt eller samarbetsområde). Hälso- och sjukvårdsgivning för narkotikamissbrukare (65 procent), opioidsubstitutionsbehandling (79 procent), avgiftningsbehandling (67 procent) och hemservice (65 procent) tillhandahölls oftast av kommunen eller området, liksom också arbetsverksamhet (54 procent) och mobilt arbete (43 procent). Institutionsbaserad rehabilitering och boendeservice tillhandahålls i allmänhet av företag (cirka 60–70 procent av kommunerna). Dagcenterverksamhet producerades av såväl kommuner eller områden (cirka 40 procent) som organisationer (cirka 45 procent) där sådana tjänster tillhandahölls.

2.3.4 Psykosocialt stöd vid plötsliga chockerande situationer

Psykosocialt stöd är en del av det lagstadgade servicesystem som kommunerna ansvarar för. Planering av psykosocialt stöd vid plötsliga traumatiska situationer är en del av myndighetens lagstadgade beredskapsplanering och beredskap. Smidigt samarbete mellan social- och hälsovården och andra aktörer är väsentligt i tillhandahållandet av stöd och service. Kyrkan och de övriga religiösa samfundet samt den tredje sektorn, såsom MIELI Psykisk Hälsa Finland rf och Finlands Röda Kors, är en viktig del av det övergripande psykosociala stödet när det gäller både yrkesverksamma och frivilliga.

Personer inblandade i plötsliga traumatiska situationer har rätt till psykosocialt stöd av hög kvalitet. Psykosocialt stöd och krisarbete är kompetensområden inom både social- och hälsovården. Arbetet är yrkesövergripande till sin karaktär, och det är därför väsentligt att vid plötsliga traumatiska situationer leda verksamheten och samordna det psykosociala stödet i det första skedet på ett tydligt sätt. Psykosocialt stöd vid akuta traumatiska situationer styrs av lagstiftningen, särskilt socialvårdslagen samt hälso- och sjukvårdslagen och riktlinjerna av social- och hälsovårdsministeriet, nationella och internationella behandlingsrekommendationer och konsensusutlåtanden. I psykosociala stödtjänster betonas akut krisarbete och identifiering av traumatiskt stressyndrom samt ordnande av akuta socialtjänster.

Servicesystemet för psykosocialt stöd vid akuta traumatiska situationer är för närvarande brokigt. Psykosocialt stöd ges inom social- och hälsovården samt av tredje sektorn och kyrkan i olika situationer och på olika sätt. Under de senaste tio åren har socialjourens ställning som en aktör inom det psykosociala stödet i Finland stärkts och samarbetet med hälso- och sjukvården har ökat, bland annat i och med reformen av den lagstiftning som styr den. Även om alla anmälningar om psykosocialt stöd till nödcentralen har varit centraliserade sedan många år, varierar deras förmåga att svara på akuta behov av psykosocialt stöd. Också när det gäller övrig verksamhet förekommer det fortfarande stor regional variation i sätten att ordna socialjour. Socialjourens och hälso- och sjukvårdens samarbetsstrukturer är också olika och endast några av de regionala aktörerna har slagits samman eller expanderat till social- och krisjour. Tillståndet för det psykosociala stödet i akuta situationer utvärderades av en arbetsgrupp som tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet år 2019. Gruppen kom med förslag och rekommendationer för utveckling och organisering av psykosocialt stöd relaterat till plötsliga traumatiska situationer.⁴⁴

2.4 Patient- och klientupplevelser

Institutet för hälsa och välfärd genomförde den första nationella kundresponsundersökningen om vuxnas upplevelser av mentalvårds- och missbrukartjänster 1. -14.11.2021. Enligt Institutet för hälsa och välfärd var responsen för det mesta positiv. Kundresponsen på psykiatrisk sjukhusvård var mer negativ än på andra mentalvårds- och missbrukartjänster. Detta berodde på att responsen på behandling vid tvångsbehandling var signifikant mer negativ än responsen av patienter som behandlades frivilligt. Även bland klienter med erfarenhet av missbrukartjänster inom öppen- och institutionsvården var responsen i huvudsak positiv. Upplevelsen av nytta av institutionsvård var något bättre än av öppenvård. Enligt enkäten önskades information om patientens och klientens rättigheter samt om tjänster som stöder vardagen och rehabiliteringsplanen. Det förekom liknande åsikter inom mentalvården. När det gäller missbrukarrehabilitering på institution förekom det erfarenheter av att klienten inte kunnat träffa läkare när det funnits behov av det.

2.5 Personal

En växande utmaning inom social- och hälsovården är svårigheten att få tillgång till kompetent personal i flera yrkesgrupper. Social- och hälsovårdsministeriet införde i november 2021 ett strategiskt program som syftar till att hitta hållbara lösningar för att möta behoven av kvalificerad arbetskraft inom social- och hälsovården på kort, medellång och lång sikt med hänsyn till regionala skillnader. Programmet ger en lägesbild av situationen och prognoserna för nationella och regionala arbetskraftsbehov och de kategorier av åtgärder som krävs av det samt söker och samordnar konkreta lösningar på kort och medellång sikt för att göra det lättare matcha arbete och arbetssökande. Det sker bland annat genom att påverka arbetets attraktivitet och hålla kvar anställda en längre tid genom att utveckla lednings- och samarbetsstrukturer. Samtidigt utreds hur ett framgångsrikt genomförande av arbetskraftsinvandring för sektorns behov kan säkerställas.

På längre sikt kommer lösningar att sökas framför allt genom att införa metoder som ökar yrkeskompetensen, dess utveckling och bevarande samt den yrkesmässiga rörligheten. Dessutom

⁴⁴ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:46. Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. Tillgänglig: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161634/R_46_19_Psykososiaalisen_tuen_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 4.3.2022.

skapas förutsättningar för utveckling av uppgiftsstrukturen och ett flexibelt utnyttjande av kompetens. Andra metoder är att öka tjänsternas effektivitet och främja välbefinnande i arbetet och jämställdhet mellan könen.

Bristen på psykiatriska specialistläkare har varit ett långvarigt problem som förvärras till följd av pensionering. Det riksomfattande behovet av utbildning av specialiserade läkare har bedömts fram till 2035. Enligt bedömningen innebär en ökad pensionering i kombination med ett sjunkande antal specialiserade läkare att specialistutbildningen inom barnpsykiatri, rättspsykiatri och psykiatri snabbt bör utökas. Inom ungdomspsykiatri har antalet specialister hittills varit stabilt. Antalet utexaminerade specialiserade läkare åren 2010–2020 har dock varit mindre än utbildningsbehovet, och eftersom pensioneringen ökar bör specialistutbildningen utökas även i detta avseende. År 2020 fanns det totalt 882 specialiserade läkare i psykiatri, 221 specialiserade läkare i barnpsykiatri och 160 specialiserade läkare i ungdomspsykiatri i Finland.⁴⁵ År 2021 fanns det 146 läkare som hade beviljats specialkompetens inom substansrelaterat missbruk av Finlands Läkarförbund, vilket är relativt litet i förhållande till missbrukets folkhälsomässiga betydelse. Det råder också en regional brist på psykologer och psykoterapeuter inom mentalvård och missbrukartjänster. Utmaningarna relaterade till tillgången till socialarbetare påverkar också mentalvårds- och missbrukartjänsterna. Enligt en uppskattning av Kommunernas pensionsförsäkring (Keva) år 2021 kommer bristen på socialarbetare att öka ytterligare och det kommer att finnas cirka 2 700 personer i offentliga tjänster fram till år 2030.⁴⁶

Inom mentalvårds- och missbrukartjänster är andelen yrkesöverskridande teamwork och teamwork hög. Vikten av samarbete och förtroende mellan yrkesgrupperna accentueras. Samtidigt ska hänsyn tas till olika kompetensprofiler, arbetsroller, ansvarsfördelning och den rättsliga grunden för verksamheten. Inom mentalvårds- och samt alkohol- och drogarbetet kan även andra personer än anställda inom hälso- och sjukvården utbilda sig till psykoterapeut eller delta i behandlingen av patienter utifrån sin egen utbildning och kompetens. till exempel yrkesutbildade inom socialvården som hör till arbetsgrupper. Psykoterapeut är en titelskyddad yrkesbeteckning som registrerats av Tillstånds- och tillsynsmyndigheten för social- och hälsovården Valvira. Psykoterapiverksamhet bedrivs inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen även om grundutbildningen för en psykoterapeut är till exempel socialarbetare.

2.6 Kostnader

Utgifterna för hälso- och sjukvården i Finland år 2019 uppgick till 22,0 miljarder euro.⁴⁷ År 2020, då covid-19-epidemin påverkade hälso- och sjukvården, var de totala kostnaderna 22,9

⁴⁵ Rellman J. Erikoislääkärien koulutustarve vuoteen 2035 ja ehdotus opinto-oikeuden hakupaikkojen määrästä valintamenettelyä varten. Uppdaterad 7.5.2020 Tillgänglig på https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Oman_erikoisalan_valinta/EL_tarvearvio2035_hakupaikat2020.pdf. Läst 8.3.2022.

⁴⁶ Kuntien työvoimaennuste. Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. Keva/Aula Research Oy 16.2.2021. Tillgänglig: https://www.keva.fi/contentassets/9034ce5888f14123996a6b41b9c315ea/kevan_kuntien_tyovoimaennuste_2030_esitys_180221.pdf. Läst 17.3.2022.

⁴⁷ Tilastoraportti 15/2021. Suomen virallinen tilasto, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen menet ja rahoitus. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig på https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142578/Tr15_21.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Läst 21.6.2022.

miliarder euro.⁴⁸ Enligt Institutet för hälsa och välfärd var kostnaderna för primärvårdens mentalvårdstjänster, inklusive enbart öppenvård, 207 miljoner euro år 2019, och enligt de preliminära uppgifterna om kostnaderna för år 2020 var de något under 237 miljoner euro.

De totala kostnaderna för specialiserad psykiatrisk vård var 890 miljoner euro år 2019, varav kostnaderna för slutenvården var 451 miljoner euro och kostnaderna för öppenvård och dagvård 434 miljoner euro. Enligt preliminär information från Institutet för hälsa och välfärd är de totala kostnaderna 892 miljoner euro för år 2020. Enligt preliminär information var kostnaderna för slutenvård 436 miljoner euro, medan kostnaderna för öppenvård och dagvård var 450 miljoner euro. Psykiatriska rehabiliteringshem samt service- och stödhem ingår i kostnaderna för den specialiserade vården.

De totala kostnaderna för specialiserade tjänster inom missbrukarvården år 2019 var 233 miljoner euro och år 2020 sammanlagt 221 miljoner euro på grund av minskad användning. Kostnaderna för boendetjänster inom missbrukarvården ingår i de totala kostnaderna ovan.

Frivilligorganisationerna spelar en viktig roll i tillhandahållandet av mentalvårds- och missbrukartjänster som kompletterar den offentliga servicen. Social- och hälsoorganisationernas understödscentral (STEA) betalade ut bidrag till missbrukarorganisationer på 33 miljoner euro år 2019 och 39 miljoner euro år 2020. Totalt betalades 138 miljoner euro till mentalvårdsorganisationer år 2019 och 126 miljoner euro år 2020. Till anhörigorganisationer inom mentalvårdsarbete betalades fem miljoner euro vardera året.

År 2020 ersattes dagar med sjukdagpenning mest på grund av psykiska störningar. Fpa ersatte sammanlagt 14,5 miljoner sjukdagpenningdagar, varav 5 miljoner dagar (34 procent) ersattes på grund av psykiska störningar.⁴⁹ Nästan hälften (49 procent) av invalidpensionsutgifterna år 2020 berodde på psykiska skäl. Totalt betalades 1,2 miljarder euro i pensioner för psykiska störningar och beteendestörningar.⁵⁰

Mentalvårds- och missbrukartjänster bildar en stor och fragmenterad helhet, som är svår att bedöma och följa upp på ett övergripande plan. Statistik över kostnaderna finns i många informationssystem och det är ibland svårt att få kvantitativ information om användningen av tjänsterna. I servicesystemet är andelen privata tjänsteleverantörer stor. En del av kostnaderna måste uppskattas genom att granska en mängd olika informationskällor, såsom tillhandahållande och användning av tjänster, mängden köpta tjänster, sjukförsäkringssättningar, privata försäkringar, förmåner och många andra uppgifter. Bristen på kostnadsinformation gör det svårt att planera, hantera och utvärdera tjänsterna. Finansieringen av social- och hälsovårdstjänster förnyas i och med social- och hälsovårdsreformen, när ansvaret för ordnandet överförs till välfärdsområdena år 2023. När det gäller välfärdsområdenas service har betydande investeringar gjorts för att förbättra informationsbasen och IKT-systemen i anslutning till strukturreformen. Därför är det sannolikt att det i framtiden även kommer att finnas mer omfattande information om kostnader och verksamhet även ifråga om mentalvårds- och missbrukartjänster.

⁴⁸ Preliminär information: Terveidenhuollon menot ja rahoitus 2020, <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>. Läst 1.7.2022.

⁴⁹ Fpa:s sjukförsäkringsstatistik 2020, <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/334684>. Läst 8.3.2022.

⁵⁰ Totala pensionsutgifter (FOS). Tillgänglig: <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/kokonaiselakemenot/>. Läst 8.3.2022.

2.7 Klientavgifter

Enligt 4 § 7 punkten i lagen om klientavgifter är poliklinisk missbrukarvård en avgiftsfri form av socialservice. Lagen om klientavgifter trädde i kraft den 1 januari 1993 och enligt den då gällande socialvårdslagen (710/1982) hörde vissa uppgifter i anslutning till missbrukarvården till socialvården. I 2 § 2 mom. i den gällande socialvårdslagen föreskrivs om socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service eller när klienten annars behöver service inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården. Då ska de bestämmelser om socialvården och hälso- och sjukvården tillämpas som i enlighet med klientens intresse bäst tryggar servicen enligt stödbehoven och hälso- och sjukvården enligt det medicinska behovet. Enligt motiveringen till paragrafen är det fråga om sjukvård när en person får service på medicinska grunder och om socialvårdsservice när servicebehovet har bedömts enligt socialvårdslagstiftningen och servicen grundar sig på kriterierna för beviljande av service i den lagstiftningen oberoende av om verksamheten är organiserad i en verksamhetsenhet inom social- eller hälso- och sjukvården⁵¹. På motsvarande sätt föreskrivs om gemensamma social- och hälsovårdstjänster i 8 a § hälso- och sjukvårdslagen.

I tillämpningspraxis för lagen om klientavgifter anses missbrukarvård som ges som öppenvård vara avgiftsfria tjänster när tjänsten ges organisatoriskt som socialvård, även om tjänsten omfattar tillhandahållande av hälso- eller sjukvård. Det att poliklinisk missbrukarvård föreskrivs vara avgiftsfri endast som en socialvårdstjänst motsvarar inte det avsedda syftet med 2 § 2 mom. i socialvårdslagen respektive 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen om att tillämpa hälso- och sjukvårdslagen på hälso- och sjukvården samt socialvårdslagen på socialvården. De olika sätt på vilka missbrukarvården organiserats i kommunerna och regionerna har lett till att klienter som anlitat tjänster hamnat i olika ställning när det gäller klientavgifter beroende på om de får den missbrukarvård som behövs från hälso- och sjukvården eller socialvården.

Syftet med Social- och hälsovårdsministeriets Kommuninfo⁵² från år 2018 var att klargöra sambandet mellan de olika typerna av utkomststöd och klientavgifter och att påminna dem om skyldigheten att minska eller inte driva in kundbetalningar om de hotar kundens eller familjens utkomst eller fullgörandet av en lagstadgad underhållsskyldighet. I informationsbrevet specificerades klientavgiftspraxis relaterad till missbrukarvård och andra gemensamma social- och hälsovårdstjänster. Informationsbrevet har ansetts ha klargjort situationen i viss mån, men regional praxis varierar fortfarande när det gäller missbrukartjänster som tillhandahålls med stöd av socialvårdslagen eller lagen om missbrukarvård. Detta ger upphov till förfrågningar om ytterligare utredningar och specifikationer relaterade till innehållet i missbrukartjänsten och även klientavgifterna för att kunna bedöma behovet av utkomststöd. Förfrågningar om tilläggsutredningar ökar det administrativa arbetet och gör handläggningen mer tidskrävande. Detta innebär utmaningar för olika myndigheter, men är också problematiskt för klienterna. Klienterna är inte heller alltid jämställda på grund av skillnader i organisatorisk praxis. Därför bör regleringen förtydligas.

⁵¹ RP 164/2014 rd

⁵² Kommuninfo 10/2018: Klientavgifter för social- och hälsovård och handikappförmåner vid utkomststöd. Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig: https://stm.fi/documents/1271139/6195033/Verkkoon_Kuntainfo_10_toimeentulotuki_ja_asiakasmaksut.pdf/427c67d2-d9d0-466a-85ff-40888f07e066/Verkkoon_Kuntainfo_10_toimeentulotuki_ja_asiakasmaksut.pdf?t=1527847232000. Läst 10.3.2022.

Ändringen av lagen om klientavgifter, som trädde i kraft i juli 2021, har bidragit till att förtydliga avgiftsregleringen av olika tjänster, då även avgiftsbestämmelser för långvariga boendetjänster inkluderades i lagen. I samband med lagändringen förstärktes dessutom regelverket kring lättnader för klientavgifter.

Även andra utvecklingsbehov har identifierats i lagen om klientavgifter, och de kommer att granskas senare i det fortsatta arbetet relaterat till reformen av kundbetalningslagen.

2.8 Konsekvenserna av Covid-19-epidemin

Covid-19-epidemin och de relaterade bekämpningsåtgärderna har påverkat och fortsätter att påverka hela samhället och befolkningen, inklusive social- och hälsovården. Konsekvenserna är mångfaldiga och både omedelbara och fördröjda. År 2021, precis som föregående år, tog MIELI Psykisk Hälsa Finland rf:s Kristelefon emot ett rekordantal samtal. Det förekom totalt cirka 309 500 samtal under året, vilket är nästan 100 000 fler än innan covid-19-epidemin började år 2019 och 27 000 (10 procent) fler än år 2020.⁵³

De direkta och indirekta effekterna av epidemin har varit störst för dem som redan är utsatta eller har nedsatt funktionsförmåga av olika anledningar.⁵⁴ Funktionsnedsättande faktorer kan vara funktionshinder, psykisk ohälsa, fysisk sjukdom, dålig ekonomisk ställning och social isolering. De sektorsövergripande välfärdstjänsterna skars ner under covid-19-epidemin, och de har begränsats eller varit stängda på grund av restriktionerna. Det är dock fråga om tjänster som gjort det möjligt att i viss mån minska behovet av till exempel mentalvårds- och missbrukartjänster. Tjänster som upprätthåller funktionsförmågan har begränsats eller avbrutits, vilket har drabbat bland annat klienter inom psykisk rehabilitering. Den minskade fortsatta vården av akut insjuknade och dröjsmålen inom rehabilitering samt den minskade rehabiliteringen ansikte mot ansikte kan få stora långsiktiga konsekvenser. Utöver att det förekommer serviceunderskott bland annat i form av förlängda kötider finns ett nytt och därmed ökat servicebehov orsakat av situationen. De psykiska problemen hos barn, ungdomar och studerande har ökat inom rådgivningen samt elev- och studerandehälsovården. Dessutom har till exempel äldre känt sig deprimerade. Detta kan ha lett till betydande funktionsnedsättning, vilket kan öka behovet av rehabilitering dygnet runt eller boendestöd.

Covid-19-epidemin har haft en stor inverkan på barns, ungdomars och barnfamiljers välbefinnande och på tillhandahållandet av tjänster för dem. Stödbehovet har ökat. Levnadsförhållandena för familjer har försämrats, och stress, ensamhet, psykiska påfrestningar och problem relaterade till föräldraskap och parrelationer har ökat. Barns, ungas och familjers behov av hjälp har ökat och oron för barn, unga och särskilt familjer har ökat.⁵⁵ Behovet av barnskydd har förblivit dolt och å andra sidan har de akuta placeringarna av barn ökat. Polisen har haft fler larmuppsdrag i hemmen. Dessutom har den särskilda omsorg som barn placerade utanför hemmet behöver, såsom talterapi, stödundervisning och kontakt med anhöriga, minskat. Särskilt

⁵³ Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen, <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johdaminen/ajankohtaista/koronan-vaikutukset-yhteiskuntaan-ja-palveluihin>, Viitattu 8.3.2022.

⁵⁴ Raportti 03/2021. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-649-7>. Läst 8.3.2022.

⁵⁵ Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen, <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johdaminen/ajankohtaista/koronan-vaikutukset-yhteiskuntaan-ja-palveluihin>. Läst 8.3.2022.

stora problem med tillgången till tjänster har förekommit inom mentalvården, såväl inom primärvården som den specialiserade sjukvården och munhälsovården. Elevhälsoenkäten visar att ångest- och depressionssymptomen samt känslan av ensamhet hos unga har ökat markant jämfört med läget före epidemin bland både flickor och pojkar, men mer bland flickor.⁵⁶ Särskild uppmärksamhet och stöd behövs för de unga som redan har haft olika utmaningar, antingen inlärningsmässiga eller psykiska, och de vars symptom inte avtar när vardagen återgår till det normala.

De största serviceunderskotten gäller klienter inom missbrukarvården som är hemlösa eller lever i osäkra förhållanden och unga missbrukare.⁵⁷ Dödsfallen bland unga missbrukare har ökat.

Covid-19-epidemin har avsevärt ökat behovet av sociala tjänster och förmåner.⁵⁸ Samtidigt som behovet av tjänster har ökat har det blivit svårare att sköta personliga ärenden och få stöd online. Tjänster har stängts eller tillhandahållits endast på distans och digitalt. Förändringarna har gjort det svårare att få tjänster, särskilt för personer i svåra sociala situationer, som lider av funktionsnedsättningar eller begränsningar, hemlöshet eller andra särskilda svårigheter eller har andra hinder för att använda digitala tjänster.

Åren 2020–2021 minskade den icke-brådskande specialiserade vården inom många områden, och väntetiderna för behandlingar ökade. Antalet personer som väntat på behandling inom specialiserad psykiatrisk vård i mer än ett halvår verkar ha ökat kraftigt under år 2021. I slutet av år 2019 hade 2,6 procent (68 personer) väntat på vuxenpsykiatrisk vård i mer än 180 dagar och den 30 november 2021 15,7 procent (835 personer).⁵⁹ Antalet personer som väntat på behandling inom ungdoms- och barnpsykiatri i mer än 180 dagar ökade också från 32 personer (2,9 procent) i slutet av år 2019 till 96 personer (6,7 procent) i slutet av november 2021. Samtidigt minskade antalet besök inom den öppna psykiatriska specialiserade sjukvården år 2021 jämfört med år 2020 och i synnerhet år 2019 då pandemin ännu inte brutit ut.⁶⁰ När det gäller svåra psykiska störningar har vårdkedjor avbrutits, vården kan ha urvattnats och funktionella rehabiliteringstjänster har varit mindre tillgängliga än vanligt. Pandemin försvagade också tillhandahållandet av socialvårdstjänster och ökade den så kallade serviceskulden. Till exempel måste sociala rehabiliteringstjänster och rehabiliterande arbetsverksamhet avbrytas och minskas under pandemin på grund av olika begränsningar och andra utmaningar.

Den otillräckliga tillgången till primärvård och de långa väntetiderna i relation till vårdbehoven har varit ett problem i Finland sedan länge. Den planerade skärpningen av vårdgarantin inom

⁵⁶ Terhi Aalto-Setälä – Jaana Suvisaari – Kaija Appelqvist-Schmidlechner – Olli Kiviruu. Pandemia ja nuorten mielenterveys – Kouluterveyskysely 2021. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-738-8>. Läst 8.3.2022.

⁵⁷ Raportti 03/2021. Covid-19-epidemiaan vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-649-7>. Läst 8.3.2022.

⁵⁸ Koronaepidemiaan vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen, <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/ajankohtaista/koronan-vaikutukset-yhteiskuntaan-ja-palveluihin>. Läst 8.3.2022.

⁵⁹ Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa, <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoitoonpääsy-erikoissairaanhoidossa>. Läst 8.3.2022.

⁶⁰ Koronaepidemiaan vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen, <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/ajankohtaista/koronan-vaikutukset-yhteiskuntaan-ja-palveluihin>, läst 8.3.2022.

primärvården i enlighet med regeringens proposition⁶¹, som utgår från regeringsprogrammet, har försvårats, då resurser har riktats till behandlingen av covid-19-epidemin och vårdskuld har uppstått inom primärvården. Detta har förlängt väntetiderna och ytterligare försvagat bland annat identifieringen av psykiska problem och behandlingen av psykiska störningar.

2.9 Utveckling av mentalvård och alkohol- och drogarbete samt framtidsutsikter

Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030⁶² anar väg för utvecklingen av mentalvårdsarbetet under tio år. Utgångsläget för strategin enligt regeringsprogrammet är att den psykiska hälsan bör beaktas på ett övergripande sätt på olika sektorer och nivåer i samhället. Strategin innehåller förslag till främjande av psykisk hälsa och förebyggande, behandling och rehabilitering av psykiska störningar.

Strategin innehåller följande fem prioriteringar: psykisk hälsa som en resurs, barns och ungas psykiska hälsa, rätt till psykisk hälsa, tjänster och ledarskap i psykisk hälsa. Institutet för hälsa och välfärd utvecklar och följer upp uppföljningsindikatorer för strategin för mental hälsa.

Ett av fokusområdena i strategin för mental hälsa är utveckling av tjänster. Enligt den ska resurserna för psykisk hälsa och personalens psykiska hälsokompetens utökas framför allt inom primärvården och socialvården, och praxis genom vilken den specialiserade sjukvården styr och stöder den vård som ges inom primärvården. Samordningen av tjänsterna förbättras genom konkreta former av samarbete mellan aktörerna inom primärvården samt mellan primärvården och den specialiserade vården. Tillgången till psykosociala terapier och insatser förbättras och tillhandahållandet av dem organiseras regionalt efter behov. Andra hälso- och sjukvårdstjänster säkerställs också för dem som behandlas på grund av psykisk ohälsa och substansrelaterade problem. Universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt och kompetenscentren för de mest krävande tjänsterna för barn och unga samordnar tillgången till evidensbaserad vård och sprider evidensbaserade psykosociala behandlingar och interventioner på ett samordnat sätt per region med hänsyn till glesbygdens behov.

Under de första åren av genomförandet av strategin ligger fokus på utveckling av mentalvårds- och missbrukartjänsternas tillgänglighet och effektivitet, förebyggande av självmord, främjande av psykisk hälsa och svetsställande av personer med psykiska störningar. Tjänsternas tillgänglighet och effektivitet utvecklas genom ökad effektiva vård inom primärvården med hjälp av metodutbildning och stärkta samarbetsstrukturer. Målet är att successivt utveckla effektiva psykosociala metoder för tidig behandling av de vanligaste psykiska störningarna och substansrelaterade störningarna som påverkar användningen av primärvården.

Rusmedels- och beroendestrategin gäller till år 2030⁶³. Den innehåller ett antal förebyggande, åtgärder som omfattar hela befolkningen, och dess syfte är att minska skador och behandla missbruk och problem med beroende missbruk samt rehabilitera på individnivå. Målet är att stärka medborgarnas välbefinnande, hälsa och säkerhet genom att samordna de olika parternas

⁶¹ Regeringens proposition till riksdagen med förslag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och lagar som har samband med (RP 74/2022 rd), överlämnad till riksdagen den 12 maj 2022.

⁶² Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:7. Strategin för mental hälsa och programmet för suicidprevention 2020–2030. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>. Läst 2.3.2022.

⁶³ Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17: Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9891-9>. Läst 8.3.2022.

arbete. Strategin utgår från tryggheten av de grundläggande och mänskliga rättigheterna, identifieringen av likheter mellan missbruk och beroende och främjandet av jämställdhet och lika-behandling. Strategin har fem prioriteringar som går ut på att tillgodose rättigheterna, stärka expertisen och kunskapsbasen, vidta politiska åtgärder relaterade till missbruk och beroende, utföra förebyggande arbete och tillhandahålla tjänster samt expertis och samarbete på statsråds-nivå. Målen för ordnandet av vård och dess innehåll är i linje med och samordnade med målen i strategin för mental hälsa. Det penningsspelpolitiska programmet är en del av missbruks- och beroendestrategin och ger ett brett stöd för att förebygga och minska spelskador fram till år 2030. Programmet omfattar också relevant integration av digitalt missbruk och penningsspelbe-roende och behandlingen av mindre allvarliga nackdelar till följd av dessa aktiviteter.

Finlands första nationella barnstrategi offentliggjordes den 23 februari 2021⁶⁴. Barnstrategin skapar ett barn- och familjevänligt Finland som respekterar barnets rättigheter. Strategin bygger på kunskap om barns, ungas och familjers ställning samt Finlands skyldigheter avseende grund-läggande och mänskliga rättigheter. En av huvudtankarna i barnstrategin är att värna om barn i en utsatt ställning och bättre identifiera deras behov. Enligt barnstrategin bör utsatthet beaktas på ett övergripande sätt i det förebyggande arbetet, i de korrigerande åtgärderna och tjänsterna samt i rättsskyddssystemen. Det förebyggande arbetet bör utökas liksom stödet och ingripandet i ett tidigt skede. Barnstrategin innehåller ett antal riktlinjer för social- och hälsovård för barn och familjer, såsom utveckling av barn- och familjeorienterade och tillgängliga tjänster med låg tröskel, utveckling av mentalvårdstjänster och arbetsmetoder och praxis som främjar psykisk hälsa samt utveckling av särskilt stöd för barn och andra utsatta personer med särskilda behov. De åtgärder i barnstrategins genomförandeplan⁶⁵ som säkerställer barns och ungas välbefin-nande och stärker deras rättigheter kompletterar riktlinjerna i barnstrategin.

Programmet Framtidens social- och hälsocentral⁶⁶ utgör en del av social- och hälsovårdsre-formen. Programmet och dess mål är sammanlänkade med den nationella och regionala bered-ningen av strukturreformen inom social- och hälsovården. Programmet genomförs i projekthel-heter i enlighet med de framtida välfärdsområdena åren 2020–2023. Social- och hälsovårdsmi-nisteriet ansvarar för den strategiska ledningen av programmet och övervakar projekten. Insti-tutet för hälsa och välfärd stöder och samordnar genomförandet av projekten. Framtidens social- och hälsocentraler bereds inom alla välfärdsområden med hjälp av statsunderstöd som beviljas av ministeriet.

Programmets mål är att förbättra tillgången till tjänster med kontinuitet som ges på lika grunder och i rätt tid. Syftet är att förskjuta tyngdpunkten i verksamheten till förebyggande och föregri-pande arbete. Programmet siktar på att säkerställa tjänsternas kvalitet och effektivitet och att stärka tjänsternas sektorsövergripande och interoperabla karaktär. Målet är också att dämpa kostnadsökningen.

⁶⁴ Statsrådets publikationer 2021:9: Den nationella barnstrategin. Kommittébetänkande. Den parlamen-tariska kommittén för den nationella barnstrategin. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-777-5>. Läst 19.3.2022.

⁶⁵ Statsrådets publikationer 2021:82: Planen för genomförandet av den nationella barnstrategin. Statsrå-dets principbeslut. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-868-0>. Läst 19.3.2022.

⁶⁶ Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2021:29. Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023: Program och projekthandbok. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5655-1>. Läst 8.3.2022.

De nya storskaliga social- och hälsocentralerna inom välfärdsområdena blir centraler för när-service inom primärvård, munhälsovård, socialt arbete och hemservice, grundläggande mentalvård och missbrukartjänster, öppenvårdsrehabilitering, förebyggande av folksjukdomar och rådgivning samt rådgivningstjänster och andra förebyggande tjänster. Samarbetet mellan social- och hälsovårdspersonal stärks så att klientens situation kan bedömas som en helhet och han eller hon får nödvändig hjälp eller stöd via en enda kontakt.

Framtidens social- och hälsocentral tillhandahåller mentalvårds- och missbrukartjänster som en del av den vanliga primärvården. Tillgången till förebyggande och vårdande psykosociala interventioner på gräsrotsnivå säkerställs genom att utveckla samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. En förbättrad tillgång till vård och införande av psykosociala metoder för alla åldersgrupper ingår i alla projekt som omfattas av projektet Framtidens social- och hälsocentral.

En del av statsunderstödet går till utveckling av barn- och familieservice. Utvecklingsarbetet är en fortsättning på programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (LAPE) som genomfördes åren 2016–2019⁶⁷. Prioriteringar i utvecklingsarbetet i programmet Framtidens social- och hälsocentral är att utveckla familjecentraler, stärka det tidiga stödet för familjer och tillhandahålla tjänster närmare barns, ungas och familjers vardag samt stärka tillgången på tjänster med låg tröskel barn och unga inom missbrukar- och mentalvården.

Rådgivnings- och familjetjänsterna samt utvecklingen av dem hör till familjecentralerna vid Framtidens social- och hälsocentral. En betydande del av den långsiktiga utvecklingen av tjänster för barn och familjer genomförs inom denna helhet. Tjänster med låg tröskel för barn och unga som stärker den psykiska hälsan och främjar nykterhet kan tillhandahållas nära barns, ungdomars och familjers vardag, till exempel i samband med småbarnspedagogik, skolor och läroanstalter och som en del av sektorsövergripande gemensamma aktiviteter såsom Navigatorn.

Utveckling och serviceproduktion på samarbetsområdesnivå ger nya möjligheter för utveckling av mentalvårds- och missbrukartjänster. I samband med omstruktureringen av social- och hälsovården har fem omfattande samarbetsområden bilats för att på ett regionalt plan samordna och utveckla social- och hälsovården samt komma överens om arbetsfördelning och samarbete. Samarbete bör bedrivas till exempel i ordnandet och produktionen av social- och hälsovårdstjänster som behövs sällan eller är särskilt krävande och kräver upprepade behandlingar eller vittomfattande expertis för att uppnå och bevara en tillräcklig kompetens eller som kräver stora investeringar i utrustning, instrument eller lokaler. Utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet kräver också samarbete mellan välfärdsområdena samt till exempel fastställande av regionala principer för införande, användning och avveckling av social- och hälsovårdsmetoder. Samarbetsområdets välfärdsområden kommer överens om samarbetet genom samarbetsavtal.

Programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (LAPE) har utvecklat och berett kompetens- och stödcenterverksamhet (OT-center) inom social- och hälsovård för barn, unga och familjer på samarbetsområdesnivå. Syftet är att möjliggöra krävande specialkompetens samt expertis som kräver tvärvetenskapligt kunnande och integration i de tjänster för barn, ungdomar och familjer som inte är funktionellt eller ekonomiskt möjliga att ordna i ett enskilt välfärdsområde. OT-centrens uppgift är att i nära samarbete med VIP-nätverket för krävande särskilt stöd

⁶⁷ Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2016:29. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3813-7>. Läst 8.3.2022.

och sakkunniga på andra förvaltningsområden tillhandahålla professionellt stöd för yrkesutbildade personer som arbetar med barn, unga och familjer i särskilt krävande situationer.

Genom förordning föreskrivs att vissa uppgifter inom hälso- och sjukvården ska centraliseras till ett eller flera universitetssjukhus, men liknande uppgifter som kräver centralisering fastställs inte i lagstiftningen om socialvård eller utbildning. Samarbetet mellan välfärdsområdena genom samarbetsområden skapar möjlighet till en effektiv, ekonomisk och sektorsövergripande organisering av de mest krävande tjänsterna.

Separat statsunderstöd har tilldelats samarbetsområdena, vilket kompletterar den finansiering som riktas till programmet Framtidens social- och hälsocentral. Finansieringen stöder det regionala införandet, tillhandahållandet och samordningen av psykosociala terapier samt kompetens- och stödcentren för krävande tjänster för barn och unga (OT-center).

De enhetliga grunderna för icke-brådskande vård enligt 7 § i hälso- och sjukvårdslagen säkerställer lika tillgång till den hälso- och sjukvård som för medborgarna behöver oavsett var de är bosatta. Styrning av hälso- och sjukvårdstjänsternas innehåll behövs också för att stärka servicesystemets kostnadseffektivitet och effektivitet. Största delen av de enhetliga grunderna för tillgång till vård gäller om remisser från primärvård till specialiserad sjukvård.

De uppdaterade grunderna för icke-brådskande vård för nya sjukdomsgrupper publicerades år 2019⁶⁸. De nationella enhetliga grunderna för brådskande vård för vuxna⁶⁹ och de nationella enhetliga grunderna för brådskande vård för barn⁷⁰ publicerades år 2020, och när det gäller psykisk hälsa uppdaterades de i tjänsten Hoidonperusteet.fi⁷¹. I fråga om grunderna för brådskande vård utgår gränsen mellan vård med respektive utan jour från att vården organiseras på bästa möjliga sätt med tanke på patientens medicinska vårdbehov.

Dessutom utarbetar sakkunniggrupperna en modellservicekarta som kan kopplas till de enhetliga grunderna för vård. Servicekartan över mentalvårdsarbete med barn och unga är ett elektroniskt verktyg som ger yrkesutbildade personer enhetliga verktyg för bedömning av barn och unga samt behovet av vård och stöd samt vårdrekommendationer för att stödja professionellt beslutsfattande och för att förtydliga den sektorsövergripande arbetsfördelningen. Servicekartan innehåller beskrivningar av tjänster inom primärvård, specialiserad vård, socialt arbete, småbarnspedagogik, skola och läroanstalter, organisationer och privata tjänster så att de bildar en lättillgänglig helhet för barn, unga och deras familjer utan funktionella gränser. Syftet med servicekartan är att säkerställa att stödet och vården för barn och unga erbjuds vid rätt tidpunkt och är ändamålsenliga, tillräckliga och smidiga över organisationsgränser och mellan olika yrkesgrupper.

I modellen för ordnande av samvård som beskrivs av sakkunniggruppen för vuxenpsykiatri baserar sig behandlingarna och de operativa modellerna för psykiatriska störningar och substansrelaterade problem på forskningsrön, och aktörerna på den specialiserade nivån och vid behov

⁶⁸ Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2: Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>. Läst 2.3.2022.

⁶⁹ Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19: Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5441-0>. Läst 8.3.2022.

⁷⁰ Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:18: Lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5437-3>. Läst 8.3.2022.

⁷¹ Hoidonperusteet.fi – Näthjälpbibliotek för grunderna i akutsjukvård, <https://hoidonperusteet.fi/consent>. Läst 8.3.2022.

på den särskilt krävande nivån ansvarar för att de är aktuella och uppfyller kvalitetskraven. Den specialiserade sjukvården tillhandahåller förutom egna vårdhelheter dessutom ett tillräckligt utbud av behandlingar och behandlingsprogram samt stödpersonal för primärvården samt samordnar mentalvårds- och missbrukartjänster från förebyggande till avhjälpande arbete i regionerna. Dessutom bedömer den verksamhetens kvalitet och effektivitet och ger konsultstöd för användningen av primära tjänster på ett flexibelt sätt med låg tröskel. Inom primärvården är snabb diagnostisk bedömning och lägesbedömning samt tillhandahållande av psykosocialt stöd med låg tröskel för både patienter och familjer viktiga aspekter. Den specialiserade sjukvården ansvarar även för forskning och vård som kräver särskild kompetens tillsammans med primärvården. I synnerhet i vården av missbruk behövs specialkompetens inom beroendesjukdomar, psykiatri, somatologi och socialt arbete.

Rekommendationerna av **tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (PALKO)** baserar sig på mental- och missbrukarvård enligt 78 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Med utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster avses offentligt finansierade hälso- och sjukvårdstjänster. De omfattar offentlig hälso- och sjukvård samt privata hälsovårdstjänster för vilka sjukförsäkringsersättning betalas. Målet är att tjänsterna i utbudet ska vara effektiva, säkra och kostnadseffektiva. Den övergripande definitionen av tjänsteutbudet harmoniserar tillhandahållandet av offentliga hälso- och sjukvårdstjänster och främjar därmed jämlikheten mellan olika delar av landet. Tjänsteutbudet i Finland övervakas, fastställs och utvärderas av tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (Palko). Dessutom fastställs hälso- och sjukvårdstjänster även på många andra sätt, till exempel i lagstiftning, myndighetsbeslut, domstolsbeslut och rekommendationer.

Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården ska ge rekommendationer om vilka forsknings-, behandlings- och rehabiliteringsmetoder som hör till utbudet av offentligt finansierade hälso- och sjukvårdstjänster i Finland. När rådet kommer med rekommendationer ska forskningsrön och annan evidens inom olika områden samt etiska och organisatoriska aspekter hos hälso- och sjukvården beaktas. Utöver rekommendationer avger rådet uttalanden om tillämpningen av och principerna för tjänsteutbudet, deltar i diskussionen om utbudet och följer den internationella utvecklingen. Rådet verkar i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet. Palko har gett flera rekommendationer angående psykisk hälsa och substansrelaterade problem.

I sin rekommendation om psykoterapier och andra psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder för behandling av psykisk hälsa och missbruk (2018) konstaterar rådet att psykoterapier och psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder som befunnits vara effektiva vid psykisk hälsa och substansrelaterade sjukdomar är en del av målinriktad vård eller rehabilitering.

Rekommendation om psykosociala metoder för behandling och rehabilitering av beroendesjukdomar del 1: Alkoholberoende (2020) handlar om behandling och rehabilitering av alkoholberoende hos vuxna, unga och personer med samsjukliga psykiatriska störningar. Metoder för att behandla riskfylld och skadlig användning av alkohol ingår inte i rekommendationen. Rekommendationen gäller specifika psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder för alkoholberoende, specifika effektiva behandlingsmetoder för behandling av alkoholberoende hos unga och specifika metoder för behandling av samsjukliga psykiatriska störningar. I rekommendationen konstateras att man i användningen av ovan nämnda metoder vid behandling eller rehabilitering av en patient bör ta hänsyn till arten av alkoholberoendesjukdomen och den tillhörande somatiska och psykiatriska sjukligheten och sociala konsekvenser.

Rekommendationen om psykosociala metoder för behandling och rehabilitering av narkotikaberoende (2021) riktar sig även till personer i åldern 12–21 år med antingen problemmissbruk

eller beroende. I rekommendationen ingår specifika metoder för behandling av narkotikaberoende och specifika metoder för att upptäcka narkotikaberoende och missbruk bland unga. Rekommendationen uppmuntrar tillämpning av de metoder i tjänsteutbudet på de patientgrupper för vilka den valda metoden är evidensbaserat lämplig. Dessutom betonar rekommendationen helheten, mångfalden, sekretessen, målmedvetenheten och kontinuiteten i effektiv behandling av beroendesjukdomar.

Mentalvårds- och missbrukartjänster för barn och unga har varit föremål för utvecklingsarbete vid social- och hälsovårdsministeriet samt Institutet för hälsa och välfärd. Projektet för effektiva mentalvårdsinterventioner i anslutning till studerandehälsovården genomfördes år 2016 i samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet samt Institutet för hälsa och välfärd. Utredningen lyfte fram behovet av att sammanställa samarbetsmodeller och metoder för att identifiera, bedöma och fastställa behov av behandling för psykisk hälsa och substansrelaterade problem som vägledning att användas inom studerandehälsovården⁷² samt metoder för att identifiera, stödja, studera och behandla psykiska problem och störningar hos barn och unga i skolorna som ett verktyg och vägledning tjänsterna inom primärvården⁷³. Åren 2020–2022 kompletterar Institutet för hälsa och välfärd det arbete som påbörjats med studerande och skolelever i projektet för utveckling av mentalvård för unga utanför utbildning och arbete (NEET-unga)⁷⁴.

Utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster för hemlösa är ett projekt med statsunderstöd som inletts av social- och hälsovårdsministeriet för att minska hemlösheten och som ingår i ett samarbetsprogram som Miljöministeriet startat för att halvera hemlösheten fram till år 2023. De kommuner som hade de flesta bostadslösa år 2018 och organisationer som arbetar med bostadslöshet har bidragit till att delta i samarbetsprogrammet. De kommunala projekt som beviljats statsunderstöd går ut på att utveckla människonära social- och hälsovårdstjänster för de personer som har det sämst ställt och som behöver ett sektorsövergripande och omfattande stöd i anknytning till boende. Personerna kan till exempel vara klienter inom missbrukar- eller mentalvården eller ungdomar, personer som kommit ut från fängelset eller invandrare. Huvudteman för projektet är till exempel utveckling av uppsökande arbete eller inrättande av fasta team, utveckling av bostadsrådgivning, utveckling av lågtröskelverksamhet, utnyttjande av erfarenhetskompetens, bredare aktivering av servicefältet – ta upp frågor om boende i all service och samarbete med hyresvärdar. Utvecklingen av social- och hälsovården för att förebygga bostadslöshet är delvis relaterad till det pågående programmet Framtidens Social- och hälsocentral.⁷⁵

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för att följa upp och utreda, bedöma och utveckla förebyggande och behandling av skador relaterade till penningsspel med stöd av 52 § i lotterilagen (1047/2001). Institutet för hälsa och välfärd utför uppgiften på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet. Arbetsområdena utgörs av forskning, utveckling och utnyttjande av kunskap. Utvecklingsarbetet tar fram information och praxis för att stödja förebyggande arbete och

⁷² Haravuori H – Muinonen E – Kanste O – Marttunen M. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20/2016: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-722-0>.

⁷³ Aalto-Setälä T – Huikko E – Appelqvist-Schmidlechner K – Haravuori H – Marttunen M. Kouluikäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa: Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien menetelmien käyttöön. Ohjaus 6/2020: Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-547-6>. Läst 4.3.2022.

⁷⁴ Mentalvårds- och missbrukartjänster för NEET-unga, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/neet-nuorten-mielenterveys-ja-paihdepalvelut>. Läst 8.3.2022.

⁷⁵ Utveckling av social- och hälsovårdstjänster med syftet att minska bostadslösheten, <https://stm.fi/asunnottomuutta-vahentavien-sote-palvelujen-kehittaminen>. Läst 16.3.2022.

servicesystemet, till exempel inom följande områden: tjänster, servicesystem, penningspel, behandlingsmetoder, förebyggande av spelskador som en del av det förebyggande missbrukarbete och kompetensutveckling. Utvecklingsarbetet bedrivs i nära samarbete med kommuner, välfärdsområden och organisationer. Utvecklingsprojekt har också genomförts med kommuner och landskap.

Finlands program för hållbar tillväxt stöder ekologiskt, socialt och ekonomiskt hållbar tillväxt i enlighet med målen för regeringsprogrammet.⁷⁶ Målet med programmet är bland annat att påskynda tillgången till vård och främja regional och social jämlikhet och jämställdhet mellan könen. Programmet finansieras ur EU:s återhämtningsinstrument av engångsnatur (Next Generation EU). Återhämtningsinstrumentet indelas i sju program av vilka faciliteten för återhämtning och resiliens (RRF) är det klart största. Finansieringen riktas till åren 2022–2025. Finlands program för hållbar tillväxt bygger på fyra pelare, av vilka den fjärde fokuserar på att förbättra tillgången till social- och hälsovårdstjänster och ökning av kostnadseffektiviteten.

Huvudmålet för Pelare 4 är att minska den social- och hälsovårds-, rehabiliterings- och serviceskuld som orsakades av Covid-19-epidemin samt att påskynda tillgången till vård permanent i hela landet genom att införa nya rutiner och främja genomförandet av social- och hälsovårdsreformen. Dessa åtgärder bidrar till genomförandet av vårdgarantin inom primärvården, minskar ojämlikhet, satsar på att identifiera problem tidigare och effektivare förebyggande samt stärker tjänsternas kvalitet och kostnadseffektivitet. Målet är att befolkningen ska ha lika, smidig och tröskelfri tillgång till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver via flera kanaler. Målet är också att öka införandet av nya digitala lösningar och utbyggnaden av kostnadseffektiva lösningar genom omfattande regionalt och nationellt samarbete.

Investeringarna enligt Pelare 1 kommer också att främja tillhandahållandet av vårdgarantier för mentalvårdstjänster och avlasta social-, hälsovårds-, rehabiliterings- och serviceskulder som orsakats av covid-19-epidemin och som särskilt påverkat utsatta grupper.

Återhämtningsfinansieringen kommer bland annat att stödja främjandet av följande operativa modeller: segmentering av klientgrupper, yrkesöverskridande teamwork samt kund- och servicehandledning, vårdplan som utarbetats tillsammans med klienten eller patienten samt personer som deltar i vården, servicen eller rehabiliteringen, säkerställande av vårdens kontinuitet, utsedda kontaktpersoner, effektivisering av serviceprocesser, användning av distansmottagningar, distanskonsultationer, distansrehabilitering och andra digitala verktyg, och öka och diversifiera lågtröskeltjänsterna.⁷⁷

2.10 Bedömning av servicesystemet

Även om statistiken inte visar en ökning av förekomsten av psykisk ohälsa och substansrelaterade problem under det senaste decenniet, har belastningen på både befolkningen och servicesystemet ökat. Allvarliga farhågor om ökade psykiska problem hos framför allt barn och unga har framkastats i den offentliga debatten. Detta beror sannolikt på ökande skillnader i barns och ungas välbefinnande, polarisering av problem och växande köer till den specialiserade vården. Vuxna har lärt sig att identifiera barns problem och hjälp söks oftare än tidigare. Efterfrågan på

⁷⁶ Målen beskrivs närmare i Finlands program för hållbar tillväxt. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-840-6>. Läst 16.3.2022.

⁷⁷ THL: Utveckling av tjänster, <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveys-keskus/toimintamalleja-ja-menetelmia-tyon-tueksi>. Läst 7.3.2022.

tjänster kan också öka på grund av ökad medvetenhet om behandlingsalternativ, förbättrat vårdutbud och nya behandlingsmetoder. Dessutom kan samhällsförändringar ha gjort det svårare att klara av störningar. När det gäller vuxna beror belastningen på servicesystemet och problemen med tillgång till vård delvis av samma orsaker. Samtidigt har användningen och behovet av boendetjänster ökat, vilket också har påverkats av den betydande minskningen i antalet sjukhusplatser. Dessutom har användningen av många specialiserade tjänster inom missbrukarvården minskat, medan öppen- och slutenvårdsperioderna relaterade till missbruk har ökat markant inom psykiatri. Utvecklingen är sannolikt relaterad till det ökade blandmissbruket och samtidiga substansrelaterade problem och psykiska problem samt det ökade utbudet av behandlingsalternativ. Användningen och behovet av sociala boendetjänster har ökat snabbt medan användningen av vårdinstitutioner för missbrukare har minskat. Det har skett förändringar inom social- och hälsovården som kräver en tydligare arbetsfördelning och reglering av samarbetet.

Samtidigt med den ökade belastningen på servicesystemet har mentalvårdens andel av sjukvårdens utgifter minskat. År 2000 stod psykiatri för 16,8 procent av utgifterna för den specialiserade sjukvården och år 2019 endast för 11,1 procent. Under samma period minskade mentalvårdstjänsternas (psykiatrisk vård och mental primärvård) andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna från 5,5 till 4,7 procent.⁷⁸ Dessutom har tillgången på personal, särskilt läkare, sedan länge påverkat hur dessa tjänster tillhandahållits.

Ordandet och produktionen av mentalvårds- och missbrukartjänster har decentraliserats. Organiseringen av tjänster inom social- och hälsovården samt på olika nivåer inom hälso- och sjukvården varierar avsevärt från region till region. Särskilt missbrukartjänster och boendetjänster för mentalvårdens rehabiliteringsklienter tillhandahålls till stor del som köpta tjänster. Tjänster av samma slag, såsom öppenvård för missbrukare, kan tillhandahållas som kommunala A-klinik-tjänster, kombinerade mentalvårds- och missbrukartjänster inom primärvården, tjänster som tillhandahålls av samkommuner eller tjänster som köps av organisationer, stiftelser eller företag som specialiserat sig på missbrukarvård alternativt som hälso- och sjukvård eller socialvård. Vissa tjänster för de mest utsatta kan också tillhandahållas främst av organisationer. En stor del av tjänsterna tillhandahålls genom samarbete mellan många aktörer där ansvarsfördelningen kan vara oklar. Servicefältets fragmenterade struktur undergräver den likvärdiga tillgången och kvaliteten på tjänsterna, och de operativa modellerna, servicemenyerna, resurserna och expertisen varierar avsevärt. Det fragmenterade servicesystemet gör det svårt att övervaka behovet av tjänster och deras tillgänglighet samt att bedöma klient- och patientsäkerheten. Ur klienternas och patienternas perspektiv gör detta det svårare för klienter och patienter att anlita tjänster och söka vård. I synnerhet covid-19-epidemin lyfte fram brister i tjänsterna för de mest utsatta missbrukarna, dvs. tjänster som möjliggör det dagliga livet, såsom möjlighet att tvätta sig och vid behov övernatta tillfälligt.

Det finns överlappningar och serviceklyftor mellan olika organisationer som påverkar systemets funktionalitet, vilket gör att systemet fungerar ineffektivt och det finns betydande variationer i de tjänster som klienter och patienter får. Det finns brister i tillgången till hälso- och socialvård samt nödvändiga behandlingar. Till exempel lider majoriteten av de unga som regelbundet använder narkotika av psykiska störningar. De kräver ungdomspsykiatrisk behandling eller missbrukartjänster med stöd av ungdomspsykiatri samt också stödinsatser av socialvården. Problemen med vårdens och tjänsternas kontinuitet och samordningen av dem medför också olägenheter mellan till exempel boendetjänster samt den rehabilitering och vård som ges i anslutning

⁷⁸ Tilastoraportti 15/2021: Terveystienhuollon menot ja rahoitus 2019. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142578/Tr15_21.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Läst 12.3.2022.

till dem. Enligt en utredning av invånarna i Uleåborgs stad⁷⁹ var de dyraste klientgrupperna för social- och hälsovården bland annat klienter inom missbrukartjänster samt boendetjänster för missbrukare och mentalvårdspatienter. Patienter inom den specialiserade psykiatriska sjukvården utgjorde en tiondel av de dyraste klientgrupperna och nästan en fjärdedel av klienterna inom dyr specialiserad sjukvård som inte anlitate socialvården. För dem utgjorde de största kostnaderna anlitage av mentalvårdstjänster och specialiserad somatisk sjukvård. Enligt utredningen verkar det som om det behövs en integrering av social- och hälsovårdstjänster, särskilt för att samordna tjänsterna för missbrukartjänster samt boendetjänster för mentalvårdspatienter och missbrukare och för vissa patienter inom psykiatrisk specialiserad vård som inte omfattas av boendetjänster. På grund av serviceluckorna och utmaningarna med att få tjänster finns det ovan nämnda skäl för att stärka det uppsökande arbetet inom social- och hälsovården.

När det gäller samordningsmålet har också den otydliga ansvars- och arbetsfördelningen samt avsaknaden av kunskapsunderlag som verktyg för ledning och utveckling varit problematisk. Patientens och socialvårdsklientens ställning och rättigheter, reklamationsförfarande, beslutsförfarande och registrering är olika. En praktisk förutsättning för ett smidigt samarbete är att yrkesutövaren erkänner kärnfrågorna och dimensionerna i sitt eget grundläggande arbete, så att samordningen av arbetet kan ske på ett högkvalitativt sätt och i klientens och patientens intresse. På grund av odetaljerad lagstiftning samt oklar och regionalt varierande praxis är prestations- och kostnadsdata om missbrukar- och mentalvårdsarbetet delvis tvevdiga och föremål för tolkning och ger därmed ingen tillförlitlig bild av behovet eller produktionen av tjänster och relaterade kostnader.

Integrationen av mentalvårds- och missbrukartjänster är bristfällig också mellan primärvården och den specialiserade sjukvården samt den psykiatriska och somatiska vården. Den varierande kopplingen av mentalvårds- och missbrukartjänster till den övriga hälso- och sjukvården återspeglas till exempel i bristfällig tillgång till behandling och somatisk behandling av mentalvårdspatienter och missbrukare. På grund av mentalvårds- och missbrukartjänsternas betydande betydelse för folkhälsan bör de vara en integrerad del av den övergripande hälso- och sjukvården när det gäller tillgång, tillgänglighet och resurser. Personer med psykiska störningar har också fler samtidiga sjukdomar och behov av behandling för dem, särskilt om sjukdomen är svår. Den nationella strategin för mental hälsa betonar också den interna integrationen av hälso- och sjukvården och implementeringen av somatisk vård, inklusive munhälsovård.

Även om det finns utmaningar i statistiken är det uppenbart att mentalvårds- och missbrukartjänsterna inte på ett adekvat sätt kan bemöta det kvantitativa behovet av vård och tjänster. Undersökning och behandling av lindriga och medelsvåra psykiska störningar hos barn och ungdomar bör ske inom primärvården, men på grund av fragmenteringen och tjänsternas otillräcklighet är detta sällan fallet. Bland annat Tillsyns- och tillståndsverket för social- och hälsovården Valvira och regionförvaltningsverken har lyft fram barns och ungas sämre tillgång till mentalvårdstjänster inom primärvården och den specialiserade sjukvården⁸⁰. Enligt tillsynsmyndigheterna förefaller även ordnandet av vård och rehabilitering för barn och unga på grund

⁷⁹ Leskelä R-L ym. Paljon sosiaali- ja terveystalveluja käyttävat asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 2013;68: s. 3163–3169.

⁸⁰ Tillsyns- och tillståndsverket för social- och hälsovården (Valvira). Anvisning Dnr V/6085/2022 24.2.2022. Ordande och tillhandahållande av mentalvårds- och missbrukartjänster för barn och unga

av missbruk av berusningsmedel vara mycket bristfällig. I verksamhetsberättelsen av riksdagens justitieombudsman för år 2020 fästs uppmärksamhet vid att mentalvårds- och missbrukartjänsterna för barn och unga är otillräckliga samt vid att det förekommer problem med att samordna servicesystemen för barnskyddet och den psykiatriska vården samt missbrukarvården för barn. Även justitiekanslern har identifierat problem med barn och unga i behov av psykiatrisk vård när det gäller barnskyddsklienter⁸¹. Frågan har också tagits upp i det riksomfattande tillsynsprogrammet för social- och hälsovården 2020–2023, där ett mål är tillgång till psykiatriska tjänster för barn och unga placerade på barnskyddsanstalter.

Antalet platser inom såväl sluten missbrukarvård som psykiatrisk sjukhusvård har minskat markant de senaste fem åren och nedgången fortsätter. Öppenvårdens kapacitet har inte ökat i samma proportion. Enligt en utredning av Institutet för hälsa och välfärd⁸² bör behovet av långvarig psykiatrisk sjukhusvård hanteras genom att utveckla sjukhusvården, den intensifierade öppenvården och boendetjänsterna som helhet. Det otillräckliga antalet sjukhusplatser äventyrar tillhandahållandet av relevant akutsjukvård.

Bristen på tjänster på grund av begränsade resurser kan för sin del åtgärdas genom att diversifiera tjänster, såsom olika mobila och intensifierade öppenvårdstjänster, eller förbättra samordningen av tjänsterna och kommunikationen. De tillvägagångssätt som tekniken möjliggör, såsom elektronisk bedömning av vårdbehov, onlineterapier och videobaserad mottagning, stöder redan utvecklingen av diversiteten. Nya operativa modeller kan stärka samarbetet mellan primärvården, den specialiserade sjukvården samt socialvården och den specialiserade sjukvårdens stöd till primärvården.

Den psykiska påfrestningen hos befolkningen har ökat under covid-19-epidemin. Vikten och bristerna hos vård- och servicekedjorna under Covid-19-epidemin har lyfts fram. Servicesystemets förmåga att bemöta behoven av stöd och hjälp i akuta, chockerande situationer är viktigare än kanske någonsin i den nuvarande samhälleliga situationen och tiden. Bland annat kommer det att behövas mer uppsökande arbetsmetoder än tidigare. Säkerställandet av vård- och servicekedjorna vid sidan av åtgärdandet av vård-, service- och rehabiliteringsskulden är en uppgift under återhämtningen i framtiden. De långsiktiga konsekvenserna av att insjukna i covid-19-infektion bidrar till ett ökat behov av tjänster inom både social- och hälsovården och kräver sektorsövergripande förståelse och samarbete.

Å andra sidan har distanstjänsterna gjort stora framsteg under covid-19-epidemin. Det snabba och omfattande införandet av distanstjänster och virtuella tjänster har kommit för att stanna inom social- och hälsovården. På vissa håll har de framgångsrikt ersatt traditionella fysiska besök och tjänster, men kan även fortsättningsvis bara tillgodose en del av behovet av service och vård. Framöver bör en ändamålsenlig användning av dem utvecklas så att lämplig klient- och patientnära service alltid finns till hands.

som är kunder inom barnskyddet. Tillgänglig på https://www.valvira.fi/documents/14444/236772/Las-tensuojelun_asiakkaana_lasten_mielenterveys_ja_paihdepalvelut.pdf/180bfead-58bc-ada6-590f-ddf8e7dd28eb?t=1645798691962. Läst 8.3.2022.

⁸¹ OKV/657/1/20189, 24.4.2019.

⁸² Työpaperi 12/2021: Laitosmuotoisen päihdehoidon ja -kuntoutuksen saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-848-4>. Läst 4.3.2022.

I dagsläget har ingen part haft ett övergripande ansvar för att samordna social- och hälsovårdstjänsterna, inklusive mentalvårds- och missbrukartjänster. Social- och hälsovårdsreformen syftar till att råda bot på denna situation. Från och med början av år 2023 överförs ansvaret för att organisera social- och hälsovården till välfärdsområdena. I den nya lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs också att välfärdsområdena ska samordna social- och hälsovårdstjänsterna till helheter. Dessutom styr lagen om ordnande av social- och hälsovård välfärdsområdena att samarbeta genom att de välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde åläggs att för fullmaktigeperioden ingå ett samarbetsavtal som ska säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen av välfärdsområdena till den del som det är nödvändigt för att säkerställa fullgörandet av välfärdsområdets lagstadgade skyldigheter samt social- och hälsovårdens kostnadseffektivitet. Detta skapar nya möjligheter i synnerhet för socialvården, som saknar en motsvarande graderad struktur som primärvården och den specialiserade sjukvården har. Detta är för närvarande ett strukturellt problem med tanke på samarbetet, och ytterligare utvecklingsarbete kommer att behövas under de kommande åren i anslutning till detta. För närvarande hanteras krävande och svåra klientsituationer inom socialvården huvudsakligen på den grundläggande nivån, för minderårigas del främst genom barnskyddet. Omstruktureringen av social- och hälsovården ger nya möjligheter att organisera och strukturera specialkompetens, särskilt krävande tjänster och det samarbete som krävs för dem och skapar därmed också bättre utgångspunkter för utvecklingen av mentalvårds- och missbrukartjänsterna i framtiden.

Social- och hälsovårdsreformen kommer inte i sig att åtgärda de brister och problem som identifierats inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna. Den lagstiftning som reglerar mentalvårds- samt alkohol- och drogarbetet bör stödja organiseringen av främjande och förebyggande mentalvårds- samt alkohol- och drogarbete i enlighet med målen för omstruktureringen av social- och hälsovården. Tillhandahållandet av kundorienterade, kostnadseffektiva och effektiva mentalvårds- och missbrukartjänster kräver lösningar som är skräddarsydda för dessa klientgruppers behov. Den nuvarande lagstiftningen styr inte tillräckligt ordnandet av mentalvårds- och alkohol- och drogarbetet samt tjänsterna så att alla nödvändiga social- och hälsovårdstjänster organiseras smidigt och vid behov samtidigt.

De största problemen med servicesystemet för mental- och missbrukarvård, de otillräckliga resurserna för tjänsterna och svårigheterna att få tillgång till personal, är inte direkt relaterade till bristerna i den nuvarande lagstiftningen. Efterfrågan på tjänster har ökat under många år, medan de ekonomiska resurserna för social- och hälsovården i kommunerna och sjukvårdsdistrikten inte har förändrats nämnvärt. Dessutom har problemen med tillgången till personal sedan länge förhindrat ändamålsenligt tillhandahållande av tjänsterna. I synnerhet tillgången till mentalvårds- och missbrukartjänster inom primärvården är starkt kopplad till primärvårdens allmänna tillstånd och tillgången till tjänster. Samtidigt omfattas en betydande del av de personer som skulle ha nytta av mentalvårds- och missbrukartjänster inte ännu av dem. Utöver lagstiftning behövs andra åtgärder relaterade till finansieringen av social- och hälsovården samt tillgången till personal för att råda bot på situationen.

2.11 Bedömning av lagstiftningen

Såsom det beskrivits i avsnitten 2.1.4.1–2.1.4.4 ovan finns det lagstiftning om mentalvårds- och missbrukartjänster i hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen, mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. Detta beror på lagstiftningshistoriska skäl. Före stiftandet av hälso- och sjukvårdslagen (2010) reglerade folkhälsolagen (1972) på en ganska generell nivå de tjänster som kommunerna skulle ordna. Mentalvårdslagen (1990) och lagen om missbrukarvård (1986) föreskrev och föreskriver fortfarande om allmänna principer för tillhandahållande av mental-

vårds- och missbrukartjänster med undantag för tvångsvård. Regleringen enligt lagen om specialiserad sjukvård (1989) gällde och gäller fram till den 31 december 2022 då den upphävs i synnerhet ordnande och förvaltning av sjukvård på en allmän nivå snarare än tjänsternas innehåll. Den allmänna lagen om socialvård (socialvårdslag 1982) före socialvårdslagen år 2014 föreskrev inte heller närmare om innehållet i socialvårdstjänsterna eller föreskrev exempelvis inte särskilt om mentalvårds- samt alkohol- och drogarbete som socialservice.

Vid stiftandet av lagen om missbrukarvård år 1986 ansågs det i motiveringen att målen och formerna för åtgärder relaterade till missbrukarvården kräver speciallagstiftning, även om det vid den tidpunkten var tänkt att beredningen av en allmän socialvårdslag skulle påbörjas för att förena alla bestämmelser om socialservice, även missbrukarvården⁸³. Det som sannolikt förklarar att det stiftades separata lagar om dessa tjänster är en längre lagstiftningshistoria, där bestämmelser om kontrollen av användningen av berusningsmedel, särskilt alkohol, har förekommit i speciallagstiftning åtminstone sedan de första decennierna av förra seklet. Ett annat drag relaterat till missbrukarvårdens historia är att den tidigare uppfattades vara en del av socialvården snarare än hälso- och sjukvården.

I lagen om missbrukarvård från år 1986 och i motiveringen till den betonas alkohol- och drogarbetet som en gemensam tjänst inom social- och hälsovården. Lagen om missbrukarvård ersatte lagen om vården av dem som missbruka berusningsmedel (1961). Syftet med reformen var att lösgöra sig från den tidigare betoningen, som såg missbruksproblem som en fråga om lag och ordning samt kontroll. Syftet med lagen om missbrukarvård var att främja serviceprincipen enligt med det nya sättet att tänka på socialvård och klientens delaktighet. Substansrelaterade problem betraktades allt mer som en individuell sjukdom som påverkar livet för närstående och som samhället bör försöka råda bot på.

Inga väsentliga ändringar har gjorts i lagen om missbrukarvård sedan den trädde i kraft. Reform av de grundläggande rättigheterna år 1995 har lett till att tvångsvård på grundval av hälsoskäl praktiskt taget är obefintlig och på grundval av våldsamhet överhuvudtaget inte. Utvecklingen av behandlingsmetoder för missbrukare och den ökade samtidiga förekomsten av mentala och berusningsmedelsrelaterade störningar har väsentligt ökat hälso- och sjukvårdens betydelse i alkohol- och drogarbetet.

Även mentalvården har sedan länge reglerats genom speciallagstiftning. En stor strukturell förändring ägde rum inom mentalvårdsarbetet år 1991 då mentalvårdslagen ersatte sinnessjuklagen (1952). Samtidigt trädde lagen om specialiserad sjukvård i kraft, och den överförde den psykiatriska vården från separata mentalvårdsdistrikt till den övriga specialiserade sjukvården inom sjukvårdsdistrikten. Syftet med mentalvårdslagen var att komplettera den reform av den specialiserade sjukvården med bestämmelser om mentalvårdsarbete i lagen om specialiserad sjukvård. Mentalvårdslagen skapade också ramar för mentalvårdsarbetet inom primärvården och socialvården. Mentalvårdslagen syftade till att stärka öppenvården, främja psykisk hälsa och förebygga psykiska störningar samt stärka det rättsliga skyddet för patienter inom tvångsvården. Efter mentalvårdslagens ikraftträdande överförde många kommuner den öppna psykiatriska vården till den kommunala primärvården, och samordningen av den öppna psykiatriska vården mellan primärvården och den specialiserade vården utvecklades i olika riktningar inom olika områden. Den minskade sjukhusvården har successivt lett till att socialvården får en allt större roll i mentalvårdsarbetet, särskilt inom stödboende och boendestöd.

⁸³ RP 246/1984 rd, s. 3.

När hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen från år 2014 stiftades togs närmare bestämmelser om innehållet i kommunala mentalvårds- och missbrukartjänster in i dessa lagar. Både i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen definierades innehållet i mentalvårdsarbetet samt alkohol- och drogarbetet på ett enhetligt sätt. I ingetdera lagstiftningsprojekt föreslogs dock upphävande av bestämmelserna om mer allmänna tjänster och ordnandet av dem i lagen om missbrukarvård eller mentalvårdslagen, utan hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen hänvisar till dessa lagar som kompletterande tillämpliga föreskrifter. Socialvårdslagen reglerar mentalvårdsarbete samt alkohol- och drogarbete avsevärt mindre rigoröst än annan socialservice om vilken föreskrivs i separata paragrafer i lagen. I praktiken föreskriver dessa författningar mer om servicehelheter och förfaranden relaterade till mentalvårdsarbete samt alkohol- och drogarbete och klienternas särskilda rättigheter än om specifika missbrukar- eller mentalvårdstjänster.

När det gäller mentalvårds- och missbrukartjänster kan ett problem vara att speciallagstiftningen om relaterade tjänster sannolikt kommer att skilja åt dem från det övriga servicesystemet till separata serviceenheter vars klienter i mindre grad omfattas av allmänna social- och hälsovårdstjänster. I slutrapporten om planen för mentalvårds- och missbruksarbete 2009–2015⁸⁴ noterades att integrationen av mentalvårds- och missbrukartjänster hade blivit normal praxis, men att integrationen samtidigt kan ha separerat dessa tjänster från andra tjänster. Särskild uppmärksamhet ägnades åt att somatiska hälsobehov hos personer med psykiska och substansrelaterade problem kan förbises på grund av att tjänsterna är separata. Dessutom leder regleringen av dessa tjänster enligt särskilda lagar, som inte specificerar social- och hälsovårdens roll eller dess tjänster för sin del till otydlighet i fråga om vilken del av verksamheten som hör till socialvården och vilken till hälso- och sjukvården. Särskilt inom missbrukarvården är det typiskt att missbrukartjänster organiseras som en del av socialvården, även om många missbrukartjänster ofta involverar hälso- och sjukvård. Till följd av den oklara regleringen organiseras och produceras missbrukartjänsterna på mycket olika sätt i olika regioner, och klienternas ställning och rättigheter varierar avsevärt i dem. Tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdens uppgifter inom missbrukartjänster har ofta förblivit partiellt. Dessutom kan differentiering från det övriga servicesystemet öka missuppfattningar som är förknippade med tjänsterna och deras användare samt stigmatisering, vilket också kan påverka de ekonomiska resurser som tilldelas dessa tjänster. Däremot kan integrationen av social- och hälsovårdstjänster som ingår i lagen om missbrukarvård ha främjat en övergripande hänsyn till klienternas behov i missbrukartjänsterna.

Vid en granskning av regleringen av tjänster enligt mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård (här avses andra bestämmelser än regleringen av tvångsvård) kan det också noteras att regleringen av dessa lagar inte innehåller så många skyldigheter för kommunerna att ordna tjänster som de inte redan har med stöd av annan lagstiftning. Enligt 1 § i mentalvårdslagen omfattar mentalvårdsarbetet social- och hälsovårdstjänster för personer som på medicinska grunder har konstaterats lida av mentalsjukdomar eller andra mentala störningar. Enligt 7 § i lagen om missbrukarvård ska service inom missbrukarvården tillhandahållas den som har problem som har samband med bruk av rusmedel samt hans familj och andra honom närstående personer. Om dessa frågor föreskrivs redan i hälso- och sjukvårdslagen samt socialvårdslagen. I 3 § mentalvårdslagen 4 § i lagen om missbrukarvård hänvisas främst till flera andra lagar enligt vilka missbrukarvård och mentalvårdsarbete tillämpas. Enligt 4 § i mentalvårdslagen ska kommunerna och samkommunerna se till att det tillhandahålls mentalvårdstjänster som till innehåll

⁸⁴ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja muistioita 2016:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2>. Läst 10.3.2022.

och omfattning motsvarar behovet i kommunen eller inom samkommunens område. En motsvarande bestämmelse finns i 3 § lagen om missbrukarvård. Om en sådan skyldighet föreskrivs i 10 § hälso- och sjukvårdslagen i fråga om all hälso- och sjukvård och framöver i 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård i fråga om social- och hälsovårdstjänster.

I 5 § i mentalvårdslagen föreskrivs att primärvården, den specialiserade sjukvården och socialvården ska se till att mentalvårdstjänsterna bildar en funktionell helhet. Även i 9 § i lagen om missbrukarvård föreskrivs om samarbete mellan myndigheter och samfund. Det finns mycket sådan lagstiftning om gemensamma tjänster och integration i social- och hälsovårdslagstiftningen, och den beskrivs ovan i avsnitt 2.1.5. Med beaktande av att mentalvårds- och missbrukartjänsterna är alltför differentierade från det övriga social- och hälsovårdssystemet (se avsnitt 2.10 Utvärdering av servicesystemet ovan) kan man dock anse att det trots den generella regleringen fortfarande är nödvändigt att i synnerhet reglera mentalvårds- och missbrukartjänsterna.

Enligt 5 § 2 mom. i mentalvårdslagen föreskrivs att det för personer med mentalsjukdomar eller andra mentala störningar ska, utöver tillräcklig vård och service, i samarbete med socialväsendet i kommunen ordnas möjlighet till stöd- och serviceboende i samband med behövlig medicinsk eller social rehabilitering, så som särskilt föreskrivs. En sådan särskild reglering har varit onödig efter den genomgripande reformen av socialvårdslagen år 2014, eftersom socialvårdslagen övergripande föreskriver om både socialvårdens boendetjänster och social rehabilitering.

I 6 § i lagen om missbrukarvård kommunens skyldighet att utveckla tjänster avsedda för missbrukarvård. En sådan reglering kan anses vara mycket punktvis, eftersom den endast avser en servicehelhet. I 32 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om välfärdsområdets utvecklingsuppgifter. Dessutom innehåller både hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen en rad nyare bestämmelser med anknytning till utveckling av tjänster och verksamhet som också omfattar hela missbrukarvården.

I 4 § 2 mom. i mentalvårdslagen och 6 § 3 mom. i lagen om missbrukarvård föreskrivs att tjänster i första hand ska ordnas i form av öppen vård. Om prioriteringen av öppen vård föreskrivs även i 24 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, enligt vilket vården genomförs i form av öppen vård när detta är möjligt med beaktande av patientsäkerheten. I 33 § 2 mom. i socialvårdslagen föreskrivs att tjänster i princip ska tillhandahållas på ett sådant sätt att det är möjligt att på eget initiativ ansöka om dem i ett tillräckligt tidigt skede. Regleringen enligt socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen kan anses vara tillräcklig, och det finns inte behov av att betona ordnandet av dessa tjänster i första hand som öppen vård, särskilt när det gäller mentalvårds- och missbrukartjänster.

Slutsatsen av det som konstaterats ovan är därför att regleringen enligt mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård till stor del överlappar annan lagstiftning med undantag för tvångsvård. Socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen innehåller redan bestämmelser om mentalvårds- och missbrukartjänster. Om regleringen av dessa tjänster koncentreras enbart till socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen (och om regleringen enligt mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård upphävs) skulle tjänsterna förläggas närmare den övriga social- och hälsovården på lagnivå. Det kunde för sin del bidra till att ordna tjänsterna som en helhet och med hänsyn till klienternas övergripande situation. Samtidigt skulle den här regleringsmetoden kunna bidra till att minska stigmatiseringen relaterad till dessa tjänster, om mentalvårds- och missbrukartjänsterna mer tydligt ses höra samman med den grundläggande servicen som regleras av allmän lagstiftning.

Även om det redan föreskrivs om mentalvårds- och missbrukartjänster i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen bör de ändras om regleringen av tvångsvård slopas i mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. I 1 § 3 mom. i mentalvårdslagen föreskrivs om åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster. Bestämmelsen innehåller en skyldighet att ta hänsyn till de faktorer som främjar psykisk hälsa i utvecklingen av befolkningens levnadsförhållanden, som framöver inte längre gäller kommunerna, även om kommunerna fortfarande kommer att ansvara för många uppgifter som har betydelse för befolkningens välfärd efter omstruktureringen av social- och hälsovården. I 6 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns visserligen bestämmelser om främjande av välfärd och hälsa i kommunen. För tydlighets skull kan det vara relevant att särskilt föreskriva att kommunerna ska behålla skyldigheten att utveckla mentalvårdsarbete och mentalvårdstjänster tillsammans med välfärdsområdena till stöd för befolkningens levnadsförhållanden, oberoende av kommunernas andra lagstadgade uppgifter. När det gäller välfärdsområdena föreskrivs om främjande av välbefinnande och hälsa mer generellt i 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. När det gäller alkohol- och drogarbete finns särskilda bestämmelser om förebyggande alkohol- och drogarbete i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet, och därför har behovet av förebyggande reglering inte bedömts i detta lagstiftningsprojekt.

I 4 § i mentalvårdslagen föreskrivs om arbetsgivarens skyldighet att ordna arbetshandledning för arbetstagare relaterad till dessa tjänster. På denna punkt bör regleringen bibehållas i lagstiftningen. Dessutom vore det nyttigt att utvidga arbetshandledningen till att även omfatta missbrukartjänster, eftersom de på samma sätt som mentalvårdstjänsterna har ett behov av att upprätthålla personalens yrkeskompetens genom arbetshandledning, till exempel när det gäller psykosociala vård- och rehabiliteringsmetoder.

I 7 § lagen om missbrukarvård föreskrivs om att service ska ges med hänsyn till missbrukarens, hans eller hennes familjs och andra närstående personers behov av hjälp, stöd och vård. Sedan tidigare föreskrivs i socialvårdslagen att särskild socialvård även för anhöriga och andra närstående till missbrukare ska ingå i alkohol- och drogarbetet. I 70 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om hänsyn till barn i tjänster för vuxna. När det gäller andra närstående finns det inga uttryckliga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen.

Med stöd av lagen om missbrukarvård har social- och hälsovårdsministeriet utfärdat förordningen om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel i narkotikabrott som beskrivs närmare ovan i avsnitt 2.1.4.4. Framöver bör det föreskrivas om dessa bemyndiganden att utfärda förordningar på annat håll. Även förordningarna bör reformeras av flera skäl. I bägge förordningarna hänvisas till tillämpningen av lagen om missbrukarvård, och om lagen om missbrukarvård upphävs blir hänvisningarna meningslösa. Förordningarna hänvisar också till de administrativa strukturer som förändras i och med social- och hälsovårdsreformen och de innehåller även föråldrade hänvisningar till författningar. Lagen om missbrukarvård innehåller inget bemyndigande att utfärda förordningar som uppfyller förutsättningarna enligt 80 § 1 mom. i grundlagen och med stöd av vilket förordningar kunde ändras eller reformeras. Lagen saknar så kallade grundläggande bestämmelser om föremålet för regleringen samt ett noggrant avgränsat bemyndigande att utfärda förordningar. Om regleringen av tjänsterna upphävs i lagen om missbrukarvård ska sådan reglering framöver föreskrivas i annan lag. Förordningen om substitutionsbehandling av opioidberoende tillämpas även på annan hälso- och sjukvård än den som tillhandahålls av kommunen, framöver välfärdsområdet, det vill säga även på statens mentalsjukhus och fänghålsvården. Därför är det inte tillräckligt att den aktuella regleringen och bemyndigandet att utfärda förordningar finns i hälso- och sjukvårdslagen, eftersom verksamheten på statens mentalsjukhus och i fänghålsvården inte hör till hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde. Den gällande förordningen förefaller ha utfärdats med

stöd av en bristfällig rättslig grund när det gäller fänghälsovården och statens mentalsjukhus, eftersom dessa tjänster inte hör till tillämpningsområdet för lagen om missbrukarvård med stöd av vilken den gällande förordningen har utfärdats.

Mentalvårds- och missbrukartjänsterna bör också utvecklas innehållsmässigt, vilket konstaterats i avsnitt 2.10 ovan. Organisationen och produktionen av tjänster är decentraliserad och liknande tjänster kan organiseras på olika sätt, antingen som socialvård eller hälso- och sjukvård. Därför bör socialvårdens samt hälso- och sjukvårdens roller och ansvarsfördelning inom mentalvårds- och missbrukartjänster förtydligas i lagstiftningen. Även om både socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen redan innehåller en bestämmelse om gemensamma tjänster (2 § 2 mom. i socialvårdslagen och 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen) tillhandahålls tjänsterna i praktiken inte enligt motiveringarna till bestämmelserna, dvs. så att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas på hälso- och sjukvård samt socialvårdslagen på socialvård. Social- och hälsovårdstjänster är dock inte utbytbara till sitt innehåll, eftersom de bestäms utifrån olika kriterier och har olika syften och mål. Det är viktigt att iaktta rätt lag, eftersom klientens och patientens ställning och rättigheter är olika beroende på om tjänsten ordnas som socialvård eller som hälso- och sjukvård. Det är inte möjligt eller ens ändamålsenligt att integrera lagstiftningen om dessa tjänster så att de inte skulle vara förenliga med den allmänt tillämpliga regleringen, såsom klientens och patientens ställning och rättigheter, beslutsprocessen och rätten att söka ändring. Oavsett vilken lagstiftning som är tillämplig är det väsentligt att se till att de nödvändiga tjänsterna inom socialservicen samt -vården är samordnade och anpassade till klientens behov som helhet och vid behov även samtidigt, om klientens situation kräver det.

Begreppet missbrukarvård används i lagen om missbrukarvård. Integrationen av missbrukartjänsterna i den övriga social- och hälsovård skulle också stärkas semantiskt, om den inte beskrivs som en separat vård som är åtskild från den övriga social- och hälsovården utan snarare ses som mentalvård samt alkohol- och drogarbete som ingår i servicesystemet och som även omfattar främjande av psykisk hälsa och förebyggande av missbruk, socialvårdens tjänster för psykisk hälsa eller missbrukartjänster, mentalvård och vård av missbruk och beroende. I annan lagstiftning, där begreppet missbrukarvård används, vore det viktigt att klargöra om det innehållsmässigt är fråga om social- eller hälsovårdstjänster eller både och.

I dag föreskrivs inget om funktionella beroenden på lagstiftningsnivå. Även om till exempel behandlingen av problem med penningsspel vanligtvis är integrerad i missbrukartjänster, bör terminologin förtydligas för att stödja en lämplig identifiering och integration av funktionella beroenden och de mindre olägenheterna som är förknippade med dessa aktiviteter på lagnivå.

Det lagstiftningsprojekt som gäller denna proposition är begränsat till annan lagstiftning om annan mental- och missbrukarvård än om tvångsvård. Regleringen av tvångsvård utvärderas i separata projekt⁸⁵. Bestämmelserna om tvångsvård i lagen om missbrukarvård har dock behov av samordning i förhållande till social- och hälsovårdsreformen, vilket inte har tagits in i andra lagstiftningsprojekt. Eftersom vård på grund av våld enligt lagen om missbrukarvård i praktiken inte har ordnats de senaste åren är det nödvändigt att överväga om det överhuvudtaget finns behov av denna reglering. Det kan också anses att den aktuella lagstiftningen för närvarande inte helt uppfyller de rättsliga kraven på inskränkning av grundläggande rättigheter eller på dess exakta avgränsning. Ett tänkbart alternativ vore att ta upphäva möjligheten till tvångsvård på

⁸⁵ Tahdosta riippumattoman lääkituksen oikeussuojakeinoja koskevan sääntelyn täsmentäminen, <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM005:00/2021>. Viitattu 11.3.2022; Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisen seurantaryhmä, <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM081:00/2021>. Viitattu 11.3.2022.

grund av våld med stöd av lagen om missbrukarvård i det aktuella lagstiftningsprojektet av de skäl som anges ovan. En bredare bedömning av behovet av att utveckla regleringen av missbruksrelaterad tvångsvård skulle göras i separata projekt om tvångsvård.

3 Målsättning

Propositionens allmänna mål är att förbättra tillgången på, kvaliteten och behovenligheten hos mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänster och stärka kundens rätt att på lika villkor få behövliga tjänster i alla åldersgrupper. Syftet med propositionen är att klarlägga tjänsteverksamheten inom social- och hälsovården så att den så bra som möjligt skapar förutsättningar för att fortsätta utvecklingsarbetet under kommande regeringsperioder.

Genom att i socialvårdslagen föreskriva om en skyldighet för välfärdsområdet att ordna uppsökande arbete som minskar marginalisering som en del av det sociala arbetet för samhällsnätverk eller av annan socialservice samt om dagcenterservice som erbjuds som särskild service inom alkohol- och drogarbetet ska man säkerställa att de klienter som är svårast att nå får tillgång till och omfattas av servicen. Genom att betona den mångsidiga vård som ges inom hälso- och sjukvården syftar man till att minska fördröjningar när det gäller att få vård och att problemen förlängs eller försvåras eller det uppstår behov av jourvård. Mångsidighet avser bland annat mobila tjänster och tjänster som tillhandahålls i hemmet och i andra miljöer i patientens vardag och som lämpar sig bättre för en del patienter än traditionell mottagningsverksamhet. Genom samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården stöds tillgången till vård i ett tidigt skede och ett tillräckligt vårdutbud inom primärvården. Behovsenlig vård främjas genom att förbättra samordnandet av primärvården och den specialiserade sjukvården samt den somatiska vården. Syftet är att förbättra mental-, missbrukar- och beroendevården också genom att trygga kontinuiteten i vården av patienten när patienten överförs från en tjänst till en annan, till exempel från sjukhuset hem eller till boendeservice eller från tjänster för ungdomar till tjänster för vuxna.

I propositionen förtydligas uppgifterna för socialvården och för hälso- och sjukvården och deras roll inom mentalvården, alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet samt missbrukar- och beroendevården. Syftet med förtydligandet är att förbättra den service som ges inom socialvården och den vård som ges inom hälso- och sjukvården och stärka samordnandet av dem och skapandet av fungerande tjänstehelheter som motsvarar kundernas behov. Det är meningen att i propositionen mera detaljerat än tidigare beskriva speciellt helheten av alkohol- och drogarbete inom socialvården och den service, som enligt socialvårdslagen ska tillhandahållas för att svara mot stödbehoven till följd av berusningsmedel och beroenden antingen som allmän service eller särskild service som riktas till behoven hos personer som använder berusningsmedel. Dessutom bidrar propositionen till att stödja övergången till stöd i ett tidigt skede och förebyggande inom socialvårdens verksamhet genom att betona socialvårdens uppgifter inom främjandet av välfärd. Genom att förtydliga ansvar och arbetsfördelningen som hänför sig till tjänsterna är syftet att främja social- och hälsovårdens kvalitet, klient- och patientsäkerheten och tillgodoseendet av god praxis inom socialvården och tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården samt enhetliga grunder för vård oberoende av hur servicen är administrativt organiserad. Ett genomgående mål för propositionen är att samordna tjänsterna inom social- och hälsovård på ett ändamålsenligt sätt.

I fråga om psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer är syftet att i propositionen på motsvarande sätt förtydliga socialvårdens och hälso- och sjukvårdens roller och uppgifter när psykosocialt stöd ges. Målet är att samtidigt stärka en tydlig arbetsfördelning mellan socialvården

och hälso- och sjukvården samt det samarbete som verksamheten kräver och förbättra samhällelig jämlikhet för tjänsterna, förverkliga rättssäkerheten för aktörer och hjälpbehövande samt utveckla kunskaper och yrkeskunskapen för den personal som tillhandahåller psykosocialt stöd.

Genom att trygga en tjänstehelhet som svarar mot klientens och patientens övergripande behov av vård och service är syftet att minska även användningen av vård oberoende patientens vilja. Dessutom syftar propositionen till att tydligare än tidigare kombinera tjänster som hänför sig till psykisk hälsa och berusningsmedel samt beroenden till en del av den övriga social- och hälsovården samt minska den stämpling som är förknippad med användning av tjänsterna.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås det att andra bestämmelser än dem som gäller vård oberoende patientens vilja ska upphävas i mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. Det föreslås att de bestämmelser om tjänsterna som upphävs i dessa lagar i fortsättningen ska ingå i socialvårdslagen när det gäller socialservice och i hälso- och sjukvårdslagen när det gäller hälso- och sjukvårdstjänster. I socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen finns det redan sedan tidigare bestämmelser om mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete och mentalvårds- och missbrukartjänster, vilka föreslås bli preciserade på många sätt. Dessutom föreslås det att möjligheten att förordna en missbrukare till vård oberoende personens vilja på basis våldsamhet upphävs i lagen om missbrukarvård, eftersom det har visat sig att bestämmelserna som gäller det inte har blivit använda.

Det föreslås att paragraferna som gäller socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen ska förtydligas. Inom den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillhandahåller eller när klienten eller patienten annars behöver både socialservice och hälso- och sjukvårdstjänster ska tillämpas bestämmelser enligt socialvårdslagen för att tillhandahålla socialvård och bestämmelser enligt hälso- och sjukvårdslagen för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster. Om både socialvårdens och hälso- och sjukvårdens service omfattar verksamhetsformer som lämpar sig för båda sektorerna, ska den service väljas som bäst tryggar klientens intressen. Genom förtydligandet stärks det syfte som paragraferna om den gemensamma servicen enligt förarbeten till socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen redan tidigare haft, det vill säga att främja tillhandahållandet av gemensam service inom social- och hälsovården och trygga tillgodoseendet av kundens intresse samt likabehandling vid olika enheter och inom olika tjänster. På grund av oklarheter som framgått i tillämpningspraxisen ska det i paragraferna i lagarna tydligare än tidigare föras fram att det är meningen att den lagstiftning som styr servicen och förfaringssätten till följd av den avgör servicens innehåll och inte det i hurdan verksamhetsenhet den tillhandahållna servicen administrativt är organiserad.

Det föreslås att det både till socialvårdslagen och till hälso- och sjukvårdslagen utöver missbruk av berusningsmedel och substansrelaterade störningar fogas annat beroendebeteende. Tillägget ändrar inte den allmänna principen inom socialvården och hälso- och sjukvården att det inte krävs diagnos eller exakt fastställande av sjukdom. Även annat stöd och vård för beroendebeteende är redan i nuläget en del av social- och hälsovården och en precisering av lagstiftningen utökar således inte heller välfärdsområdets organiseringsansvar. Målet med tillägget är att man bättre än tidigare inom socialvården och hälso- och sjukvården ska identifiera behovet av stöd eller vård också till följd av annat beroendebeteende, vilket bidrar till att kunden i ett så tidigt skede som möjligt får behövlig hjälp.

Det föreslås en precisering av bestämmelserna om mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete och beroendearbete inom socialvården med avseende på den särskilda service som välfärdsområdet ska ordna för att svara mot stödbehov till följd av missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende eller försämrade psykisk funktionsförmåga. I fråga om särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete föreslås bestämmelser om att det åtminstone ska omfatta socialt arbete, social handledning, social rehabilitering och boendeservice. Som inriktad service inom mentalvårdsarbetet som svarar mot försämrade psykisk funktionsförmåga ska ordnas åtminstone boendeservice samt socialt arbete, social handledning och social rehabilitering som ges som en del av den. Den nämnda servicen utgör inte nya skyldigheter för välfärdsområdet utan syftet med bestämmelserna är att i lagtexten ta med den service som i praktiken redan sedan tidigare på bred front anses ingå i särskild service inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet och å andra sidan i service inom mentalvårdsarbetet. Genom preciseringen av lagstiftningen görs tillämpningspraxis enhetligare och mera jämlik i olika välfärdsområden.

Propositionen stöder överföringen av fokusområdet för socialvården till stöd i ett tidigt skede genom att stärka samhällsinriktat socialt arbete som en av socialvårdens välfärdsfrämjande uppgifter och främjandet av psykisk hälsa i samarbete med kommunen. För att nå personer med stödbehov föreslås som ny form av socialservice fogas till socialvårdslagen dagcenterservice som ordnas som service inom alkohol- och drogarbetet för personer som missbrukar berusningsmedel och den ska omfatta stöd för nödvändiga funktioner i vardagen och social handledning. Servicen ska ordnas även för berusade och den ska kunna utnyttjas anonymt. Inget beslut meddelas om servicen. Det föreslås att bestämmelser om att servicen är avgiftsfri ska ingå i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. Dessutom föreslås bestämmelser i socialvårdslagen om en skyldighet att ordna uppsökande arbete som minskar marginalisering som en del av socialt arbetet för samhällsnätverk eller annan service. Dessutom förbättras ställningen för personer som behöver särskilt stöd i socialvårdslagen genom att på lagnivå precisera detaljerna förknippade med den egna kontaktpersonens uppgift utan att ändå utöka välfärdsområdets nuvarande uppgifter.

I bestämmelserna om mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänster i hälso- och sjukvårdslagen föreslås ändringar. Förebyggande, undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering av psykiska störningar samt substansrelaterade störningar och andra beroendestörningar som denna service omfattar ska ordnas som mångsidig service. Med det avses att det utöver sjukhusvård och öppen sjukvård ska finnas tjänster som placerar sig mellan dem, till exempel intensifierad, mobil service och tjänster som tillhandahålls hemma hos eller i patientens vardagliga livsmiljö. Service ska ges utgående från behovet av stöd, vård och rehabilitering hos personen, personens familj eller andra närstående. När en patient överförs från en enhet inom hälso- och sjukvården till en annan eller till institutions- eller boendeservice inom socialvården ska kontinuiteten för den behovslena vården och den helhet av hälso- och sjukvård som patienten behöver tryggas. Det bidrar till att patienten hålls kvar inom servicen i vårdens övergångsskeden och till helhetsbetonad vård av den psykiska och fysiska hälsan. Service också tillhandahållas genom samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Dessutom ska bestämmelserna om brådskande vård i hälso- och sjukvårdslagen förtydligas på så sätt att brådskande vård också ska avse behovet av direkt avvänjning till följd av användning av berusningsmedel.

Ändringar föreslås i bestämmelser om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården både i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen när det gäller psykosocialt stöd i akuta situationer. Det föreslås att hälso- och sjukvården tillhandahåller psykosocialt stöd som en del av den brådskande vården i samarbete med det psykosociala stöd som socialjouren ger. I

akuta situationer föreslås socialjouren ansvara för ledningen av det psykosociala stödet i initialet.

I fråga om det psykosociala stödet som ges i akuta traumatiska situationer föreslås att det i socialvårdslagen ska klargöras vad det nämnda stödet innebär för socialvårdens uppgifter och på motsvarande sätt i hälso- och sjukvårdslagen när det gäller hälso- och sjukvårdens uppgifter. Psykosocialt stöd inom socialvården i akuta traumatiska situationer ska avse omedelbart stöd som ges i form av socialt arbete och social handledning till en individ, familj eller gemenskap samt samordning av stödet. Psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården i akuta traumatiska situationer ska avse omedelbart stöd som ges i form av akut krisarbete till en individ, familj eller gemenskap samt samordning av stödet. Syftet med bestämmelserna är att förtydliga uppgifterna och ansvarsfördelningen inom social- och hälsovården när det ges psykosocialt stöd och i akuta traumatiska situationer samt stärka samarbetet mellan social- och hälsovården.

Det föreslås att skyldigheten för arbetsgivaren att ordna fungerande arbetshandledning i den gällande mentalvårdslagen ska utökas så den utöver mentalvårdstjänster omfattar enheter som ger missbrukar- och beroendevård och det föreslås att bestämmelser om skyldigheten i fortsättningen ska finnas i hälso- och sjukvårdslagen.

Det föreslås att bemyndigandet att utfärda förordning i lagen om missbrukarvård ska strykas när det gäller utfärdande av social- och hälsovårdsministeriets förordning om godkänd vård vid narkotikabrott och social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel. I fråga om den förordning som nämns först ska det i fortsättningen föreskrivas om bemyndigandet att utfärda förordning i hälso- och sjukvårdslagen och i fråga om den sistnämnda förordningen i hälso- och sjukvårdslagen, mentalvårdslagen och lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

I flera lagar föreslås dessutom tekniska ändringar på grund av hänvisningarna i dem till de bestämmelser som genom denna proposition föreslås bli upphävda i mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. Även bestämmelserna om mentalvårds- och missbrukartjänsterna i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ska ändras så att de motsvarar de ändringar som föreslås genom denna förordning i lagen om missbrukarvård, socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

4.2.1.1 Konsekvenser för välfärdsområdenas kostnader

De ändringar som föreslås i propositionen är främst preciserande i förhållande till den gällande regleringen. Till den del som nya eller utvidgade uppgifter föreslås i propositionen finns det stora brister i statistiken med tanke på konsekvensbedömningen av kostnaderna. Därför har det i konsekvensbedömningen varit nödvändigt att komplettera uppgifterna med separata datainsamlingar, forskningsresultat, sakkunnigbedömningar och sådant statistiskt material som inte ger entydiga svar på det aktuella läget för tillhandahållandet av tjänster eller kostnader. Till följd av detta kan de uppskattade ekonomiska konsekvenserna anses vara delvis exemplariska och riktgivande. Motsvarande brister i tillgången till statistisk information i synnerhet inom socialvården gör det dock svårare att bedöma konsekvenserna av förslagen avseende social- och hälsovården, och konsekvensbedömningen i denna proposition avviker således inte från bedömningen av konsekvenserna för de andra förslagen avseende social- och hälsovården.

Syftet är att hela tiden förbättra det nationella kunskapsunderlaget på olika sätt. En eftersträvad konsekvens av även de preciseringar av lagstiftningen som föreslås här är att det kunskapsunderlag som baserar sig på mental- och missbrukarvården inom såväl socialvården som hälso- och vården framöver kommer att möjliggöra mer enhetliga tolkningar och således vara mer tillförlitligt och heltäckande än vad fallet är i dag.

Vissa av de ändringar som föreslås i propositionen kommer på kort sikt att medföra ökade kostnader för välfärdsområdena, eftersom det kan vara motiverat att öka eller utvidga det regionala serviceutbudet. En del personer som behöver vård nås inte för närvarande av vården^{86 87}. En bättre servicenivå ökar sannolikt antalet personer som omfattas av tjänsterna. På längre sikt då befolkningen på ett heltäckande sätt omfattas av tjänsterna kan också förväntas medföra indirekta kostnadsänkande konsekvenser, eftersom man tidigare och mer effektivt kan ta itu med missbruk, beroende och psykiska problem. Nedan beskrivs de föreslagna ändringar som väntas medföra ökade kostnader på kort sikt.

Samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete

Samhällsinriktat socialt arbete bedrivs i kommunerna med stöd av socialvårdslagen även i dag, men metoderna för genomförandet och resurserna varierar mycket mellan kommunerna. Den föreslagna nya 7 a § i socialvårdslagen förenhetligar praxis för samhällsinriktat socialt arbete. Genom paragrafen blir samhällsinriktat socialt arbete en uppgift åtskild från gällande 15 § i socialvårdslagen. Dessutom ska uppsökande arbete ordnas i anslutning till det eller som en del av andra tjänster. Uppsökande arbete är för närvarande inte en lagstadgad uppgift, men i praktiken utförs det redan i vissa kommuner som en del av det sociala arbetet eller missbrukartjänsterna. I och med preciseringen av regleringen kan förslaget betraktas som en utvidgande uppgift i detta avseende. Uppsökande arbete syftar till att förebygga marginalisering, identifiera personer som behöver stöd och hänvisa dem till tjänster. Uppsökande arbete anknyter också till uppsökande ungdomsarbete i kommunerna.

Det finns inga heltäckande data (statistiska data eller registerdata) om nuvarande klientvolym eller personalresurser för samhällsinriktat socialt arbete eller uppsökande arbete. Verksamhet ordnas i varierande grad i stora/större städer av kommuner eller delvis till exempel av organisationer. På grund av det bristfälliga kunskapsunderlaget genomfördes under beredningen av propositionen en enkät riktad till de största kommunerna om nuläget för och ytterligare behov av samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete. Svaren uppfyllde dock inte behovet av information, utan lyfte ytterligare fram skillnader i servicepraxis och skillnader i statistik och rapportering.

Uppsökande arbete är framför allt relaterat till (stor)stadsfenomen och bedrivs främst i städer. Det är inte motiverat att exakt definiera samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete, eftersom sådan verksamhet med framgång kan ordnas utifrån mycket olika modeller och i samarbete med olika aktörer. Läget, förhållandena och behoven varierar avsevärt mellan regionerna.

⁸⁶ Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Parikka S, Kilpeläinen H, Koskeniemi T, Aalto A-M, Muuri A, Koskinen S & Lounamaa A. Kansallisen terveysterveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Terveysterveys ja hyvinvoinnin laitos, 2018. Nätpublikation <http://www.terveytemme.fi>. Läst 1.7.2022.

⁸⁷ Kasteenpohja T, Marttunen M, Aalto-Setälä T, Perälä J, Saarni SI, Suvisaari J. Treatment received and treatment adequacy of depressive disorders among young adults in Finland. BMC Psychiatry 2015; 15: 47.

I de fall där kommuner för närvarande ordnar lite eller inget uppsökande arbete eller samhällsinriktat socialt arbete medför förslaget något ökade kostnader för välfärdsområdena. Kostnaderna beror främst på att välfärdsområdena måste anställa fler yrkesutbildade personer för att utföra eller samordna arbetet. Kostnaderna för verksamheten kan inte direkt uppskattas utifrån antalet klienter eller antalet möten, eftersom arbetet har en annan karaktär än traditionellt motagningsarbete. Uppsökande arbete bör snarare ses som ett sätt att nå ut till personer som behöver stöd men som hamnat utanför systemet och som skulle dra nytta av (andra) tjänster samt att hänvisa dem vidare. Syftet med uppsökande arbete är att hitta personer i svåra situationer, till exempel personer med substansrelaterade problem och/eller psykiska problem, som inte själva söker sig till tjänster trots att de skulle ha nytta av dem. Även bostadslösa personer kan ha nytta av både samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete. Det är emellertid svårt att bedöma hur många som skulle gynnas och det eventuella ytterligare behovet av verksamhet, eftersom de regionala lösningarna redan för närvarande är olika.

Förslaget avseende uppsökande arbete kan ha en dämpande effekt på kostnadsökningen om det genomförs enligt propositionen som en funktionell helhet med det övriga servicesystemet. Till exempel kostar obehandlade substansrelaterade och psykiska problem samhället mer än om de behandlas, eftersom de ofta leder till en mängd allvarliga hälsoproblem och i värsta fall till förlorad livskontroll på grund av marginalisering, vilket också kan leda till problem i personens närmiljö. Dessutom sammanflätas substansrelaterade och psykiska problem samt boendeproblem ofta. Alla bostadslösa har dock inte substansrelaterade eller psykiska problem. Av de bostadslösa som övernattat på skyddshärbärgen i Helsingfors lider 80–90 procent av psykiska störningar (psykossjukdomar hos över 10 procent) och 80 procent av substansberoende. Somatiska sjukdomar är också anmärkningsvärt vanliga och förblir obehandlade⁸⁸. Samtidigt kan personer som lider av substansrelaterade eller psykiska problem dra nytta av uppsökande arbete, även om det inte finns några boendeproblem. Det uppsökande arbetets effektivitet bygger till stor del på hur det riktas in på de grupper eller personer som faktiskt drar mest nytta av verksamheten.

På grund av bristfälliga data baserar sig uppskattningen av kostnaderna för samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete på en sakkunnigbedömning av de nuvarande resurserna för samhällsinriktat socialt arbete i hela landet. Vid beräkningen har man som exempel använt lönekostnaden för en socionom med en kalkylerad kostnad på ungefär 46 000 euro per årsverke⁸⁹. Till följd av förslaget om uppsökande arbete och baserat på sakkunnigbedömning kan ytterligare 1–3 socionomårsverken läggas till för varje välfärdsområde och Helsingfors stad. Baserat på en sakkunnigbedömning väntas välfärdsområdenas kostnader öka med två årsverken, vilket motsvarar en kostnadsökning på cirka 2 miljoner euro jämfört med det nuvarande läget⁹⁰. Även socialarbetarresurser kan tilldelas samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete, varigenom den faktiska lönekostnaden skulle vara något högre. Eftersom tillgången till socialarbetare är ganska svår för närvarande, har lönekostnaden för en socionom använts i beräkningen.

Dagcenter som en särskild service inom alkohol- och drogarbete

⁸⁸ Stenius-Ayoade A. Housing, health and service use of the homeless in Helsinki, Finland. Helsingin yliopisto DSHealth Doctoral Thesis Series 2019. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5178-0>. Läst 16.3.2022.

⁸⁹ Statistikcentralen Lönekostnadsdata 2021. Kostnadsuppskattningen tar hänsyn till arbetsgivarens lönebikostnader och semesterersättning. Kostnaderna motsvarar nivån år 2023.

⁹⁰ En ökning med en socionoms årsverke skulle öka kostnaderna med cirka en miljon euro och en ökning med tre socionomers årsverken skulle öka kostnaderna med cirka 3 miljoner euro.

Det är möjligt att uppskatta kostnaderna för dagcenterservice, som en särskild service inom alkohol- och drogarbete i föreslagna 24 § i socialvårdslagen, bland annat genom kostnaderna för nuvarande tjänster för missbrukare i kommunerna. Även här är utmaningarna med kunskapsbasen dock stora. Enligt en utredning av Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet ARA fanns det 4 341 bostadslösa i Finland i slutet av år 2020. Bostadslösheten är koncentrerad till storstäderna och särskilt till Helsingfors, där det fanns 1 534 bostadslösa i slutet av år 2020.⁹¹ Statistiken över bostadslöshet ger inte en tillräcklig bild av behovet av tjänster, eftersom alla bostadslösa inte är missbrukare och orsakerna till hemlöshet kan variera. Siffrorna är dock riktgivande i fråga om behovet av att stärka de olika sektorsövergripande och tillgängliga tjänsterna. Servicestrukturen hos regionens social- och hälsovård och andra kommunala grundläggande tjänster, till exempel otillräcklig implementering av bostadsmodellen, påverkar också behovet av dagcenterservice. Klienter på dagcenter kan till exempel ha stödbostäder som förutsätter nykterhet, men de kan inte nödvändigtvis vistas i bostaden på grund av berusningstillstånd. De behöver skydd och en möjlighet att sköta dagliga ärenden utanför bostaden.

Enligt förslaget ska välfärdsområdena tillhandahålla dagcenterservice för problemmissbrukare som kombinerar social handledning enligt regionala behov. Även om sådana tjänster redan finns tillgängliga i flera regioner, kan de på grund av den varierande organiseringen även omorganisering eller ett utökat serviceutbud, vilket kan orsaka extra kostnader på kort sikt. På lång sikt kan samordnad verksamhet som bemöter klienternas behov och i synnerhet en förbättrad hänvisning till tjänster som motsvarar behoven eller adekvat vård dock ge kostnadsbesparingar effekter och stora förbättringar av människors välfärd och hälsa. Det är dock i praktiken omöjligt att uppskatta kostnadskonsekvenserna av detta i euro.

Som ett resultat av lagreformen kan antalet klienter till viss del öka i början när tillgången till tjänsterna förbättras. Eftersom målgruppen dock är liten och marginell, handlar det inte om stora volymer. Om tjänsterna fungerar på ett ändamålsenligt sätt och behoven av kundstöd och vård kan tillgodoses på ett adekvat sätt är det dessutom möjligt och eftersträvänsvärt att antalet klienter vid dagcentren samt behovet och användningen av tjänsterna minskar.

Det finns ingen heltäckande information om dagcenterservicen och dess klienter, bland annat för att den gällande lagstiftningen inte uttryckligen föreskriver om sådan verksamhet. En del av det nuvarande tjänsteutbudet kan också produceras av organisationer, varvid de relaterade volymuppgifterna inte registreras eller samlas in på samma sätt som andra uppgifter om social- och hälsovårdstjänster. Det är också oklart i vilken utsträckning det finns ytterligare behov av dagcentertjänster i förhållande till det nuvarande utbudet. Information om antalet besök på dagcenter finns för Helsingfors, Tammerfors och Åbo. År 2019 gjordes cirka 133 560 besök på dagcenter. Majoriteten av dessa (80 procent) gjordes i Helsingfors. De resterande besöken fördelades mellan Åbo och Tammerfors, med cirka 13 000 dagcenterbesök i vardera staden. Eftersom besök på dagcenter görs anonymt, registreras klientvolymer i allmänhet inte. Ett undantag är Åbo, där antalet kunder har följts upp trots anonymiteten. År 2019 fanns det 200 dagcenterklienter i Åbo. Utifrån informationen besöktes dagcentren i Åbo 65 gånger om året i genomsnitt.

Dagcenterservice är framför allt en serviceform som behövs i städer, vilket gör det svårt att uppskatta hela landets volym. Enligt rekommendationen om kvaliteten på missbrukartjänsterna

⁹¹ Utredning 2/2021. Bostadslösa 2020. ARA Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet. Tillgänglig på [https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2020\(59753\)](https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2020(59753)). Läst 30.5.2022.

använde 5 000–10 000 personer i Finland dagcentertjänster i början av millenniet. Nyare uppgifter om klientvolymen finns inte. På riksnivå kan dock nuvarande antal besök på dagcenter uppskattas med hjälp av befolkningsandelar. Eftersom Helsingfors skiljer sig från resten av landet med ett mycket högre antal besök, har staden lämnats utanför granskningen av befolkningsandelar för att få mer tillförlitliga uppskattningar. Velfärdsområdena Birkaland och Egentliga Finland står tillsammans för cirka 20 procent av Finlands befolkning (exklusive Helsingfors) och det totala antalet besök i dessa områden var 25 581 år 2019. Antalet dagcenterbesök i de övriga velfärdsområdena kan således uppskattas till 97 878. På nationell nivå gjordes således uppskattningsvis 231 438 dagcenterbesök år 2019. Samma metod används för att få fram det kalkylmässiga antalet besök för varje velfärdsområde.

Med hjälp av enhetskostnadsdata från de sex största kommunerna (22 euro per besök⁹²) kan de nuvarande kostnaderna för dagcenterservice uppskattas till cirka 5 miljoner euro i hela landet. Antalet klienter beräknas öka med cirka 15 procent då servicebristerna åtgärdas. De estimerade kostnaderna på nationell nivå är då cirka 750 000 euro⁹³.

Mångdimensionell vård

Med mångdimensionell vård, som föreslås i 27 § och 28 § i hälso- och sjukvårdslagen, avses olika slags tjänster, såsom specialiserad sjukvård eller intensifierad öppenvård i hem och vardagliga miljöer, såsom skolor och läroanstalter eller boendetjänster. Till exempel används olika modeller för intensifierad öppenvård i ungefär hälften av sjukvårdsdistrikten⁹⁴. Reformen inför inte nya serviceformer utan ökar användningen av olika öppenvårdstjänster och utvidgar användningen av vissa modeller som konstaterats vara bra för vissa personer till områden där de ännu inte används.

I och med reformen införs fler mobila öppenvårdstjänster, som tillhandahålls i hem och patienters närmiljöer och som vid behov kan tillhandahållas frekvent och även under kvällar och helger. Trots att mångdimensionella tjänster kan minska behovet av brådskande sjukhusvård och tvångsvård leder de inte nödvändigtvis till lägre vårdkostnader. Mångdimensionella tjänster når klienter som annars lätt förblir onåbara eller slutar anlita tjänsterna. Reformen stärker också införandet av gemensamma social- och hälsovårdstjänster, särskilt boendetjänster, och samarbetet mellan ungdomsvården, socialvården, studerandevården och andra myndigheter.

Mångdimensionell vård är flexibel och innehåller olika slags besök, och därför saknas heltäckande data om antalet besök inte finns att tillgå. Dessutom är det svårt att bedöma behovet av mångdimensionell service. I synnerhet vid allvarliga psykiska störningar, såsom psykossjukdomar, och neuropsykiatriska störningar kan mångdimensionella behandlingsformer anses vara nyttiga. Det finns dock ingen separat statistik över deras tillgänglighet och användning i Finland utan statistiken över verksamheten förs i anslutning till öppenvården. Personer som inte har

⁹² Enligt nivån år 2023.

⁹³ Om antalet kunder ökar med endast 10 procent uppgår kostnaderna till cirka 500 000 euro.

⁹⁴ Hannula, Katariina. Tehostetun avohoidon kehittäminen VSSHHP psykiatrian toimialueen psykoosien vastuualueella – Toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon järjestämiseksi. Opinnäytetyö (YAMK) Mielenterveys- ja päihdetyö 2020. Tillgänglig: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/352980/HANNULA_KATARIINA_OPINN%C3%84YTETY%C3%96.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Läst 8.3.2022.

någon aktuell vårdkontakt kan också ha nytta av mångdimensionell vård. Enligt studien Psykoo-sit Suomessa⁹⁵ saknar knappt en femtedel av de som lider av schizofreni en aktuell psykiatrisk vårdkontakt men nästan 80 procent av dem som har paranoidea symptom. För mindre än en femtedel av dessa individer fanns det inte längre ett aktuellt behov av vård. Resten hade antingen själva vägrat ta emot vård eller aldrig omfattats av vården. Det finns cirka 55 000–65 000 personer med schizofreni i Finland⁹⁶. Paranoidea symptom är mycket sällsyntare än psykossjukdomar. Således finns det uppskattningsvis 9 000–10 000 personer med dylika psykoser som inte nås av regelbundna tjänsterna.

Information om användning av och kostnader för olika mångdimensionella vårdtjänster finns för de sex största städerna. Mobilt mentalvårdsarbete har bedrivits under namnet mobil öppenvård och psykiatrisk hemvård. År 2019 omfattade tjänsten totalt 8 210 kunder⁹⁷. Avgiftning och rehabilitering i hemmet kan betraktas som exempel på mobilt alkohol- och drogärbete (avgiftning och rehabilitering som tillhandahålls i hemmet). Enligt uppgifter från de sex största kommunerna ordnades sådana tjänster i Helsingfors, Esbo och Tammerfors. År 2019 omfattade tjänsten totalt 431 personer.

För hela landets del kan antalet klienter för mobila tjänster och hemtjänster uppskattas genom att granska befolkningsandelar. De sex största kommunernas andel av Finlands befolkning är 29,5 procent. Således finns det uppskattningsvis 27 852 klienter inom mobil psykiatrisk öppenvård i hela landet. Information om antalet klienter inom mobila och hembaserade missbrukartjänster finns för Esbo, Helsingfors och Tammerfors. Deras andel av Finlands befolkning är 21,6 procent. Således finns det uppskattningsvis 2 639 klienter inom mobila och hembaserade missbrukartjänster i hela landet. Dessa siffror kan jämföras med antalet personer inom psykiatrisk öppenvård och missbrukarvårdens specialiserade öppenvård. År 2019 fanns det 177 287 patienter inom psykiatrisk öppenvård i Finland. De mobila och hembaserade tjänsterna skulle därmed omfatta 16 procent av den psykiatriska öppenvårdens patienter. År 2019 fanns det totalt 35 860 klienter inom missbrukartjänsternas specialiserade öppenvård⁹⁸. Således motsvarar de mobila och hembaserade missbrukartjänsterna uppskattningsvis 7,3 procent av klienterna inom missbrukarvårdens specialiserade öppenvård.

Antalet klienter kan väntas öka med en femtedel när det gäller hembaserade mentalvårdstjänster och missbrukartjänster. Detta skulle ge 4 926 nya patienter tillgång till mobila och hembaserade mentalvårdstjänster. Sammantaget kunde 19 procent av alla patienter inom psykiatrisk öppenvård, dvs. nästan var femte, få mobila och hembaserade mentalvårdstjänster. Detta skulle i synnerhet förbättra vården av patienter med allvarliga psykiska störningar. När det gäller hembaserade missbrukartjänster skulle antalet klienter öka med 528, vilket innebär att 8,8 procent av alla öppenvårdsklienter inom missbrukar- och beroendetjänsterna skulle kunna omfattas av mobila tjänster. En minoritet av missbrukarna omfattas av vården, och den nya arbetsformen kan nå nya personer som har nytta av vård.

⁹⁵ Suvisaari ym. (2009): Suvisaari J, Perälä J, Saarni SI, et al. The epidemiology and descriptive and predictive validity of DSM-IV delusional disorder and subtypes of schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses* 2009;2:289-297.

⁹⁶ Schizofreni: God medicinsk praxis-rekommendation. 2020. Tillgänglig: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>. Läst 8.3.2022.

⁹⁷ Information för Uleåborg saknas.

⁹⁸ Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2020. Tillgänglig: https://www.julkari.fi/bit-stream/handle/10024/142647/URN_ISBN_978-952-343-618-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 9.3.2022.

En utbyggnad av riksomfattande mobila och hembaserade mentalvårdstjänster enligt beskrivningen ovan kostar uppskattningsvis 9 miljoner euro⁹⁹. Kostnaden för att utvidga de hembaserade missbrukartjänsterna till att omfatta hela landet är cirka 740 000 euro¹⁰⁰. Som kostnadsinformation har den genomsnittliga kostnaden per person i de sex största kommunerna använts¹⁰¹. Kostnaderna per välfärdsområde har uppskattats med hjälp av den regionala fördelningen av patienter inom den psykiatriska öppenvården i stället för befolkningsandelar¹⁰².

Det mångdimensionella mentalvårdsarbetet i hem och vardagliga miljöer är arbets- och resurskrävande, och därmed blir också kostnaderna rätt höga, särskilt om dessa tjänster kan tillhandahållas på ett adekvat sätt för alla som skulle ha nytta av dem. Kostnaderna bör dock först vägas mot bakgrund av att satsningar på öppenvård bidrar till att minska behovet av psykiatrisk sjukhusvård. Satsningen kan även återspeglas i socialvården, till exempel som ett minskat behov av intensifierat serviceboende. Det är också känt att bättre tillgång till öppen mentalvård minskar behovet av somatisk vård i viss mån. Det är dessutom klart att de samhällsekonomiska kostnaderna för obehandlade psykiska problem är avsevärda för att inte tala om det mänskliga lidandet. Mångdimensionella tjänster förbättrar i synnerhet kontinuiteten i vården av de sjukaste klienterna.

Vårdens kontinuitet

Vårdens kontinuitet påverkas av många faktorer, såsom personalomsättning och personalens tillräcklighet, kommunikation samt vård- och servicekedjors funktion samt samarbete mellan olika aktörer. Till exempel en mindre personalomsättning förbättrar växelverkan, vårdrelationer och förtroende för vården. Vid övergången från en vårdenhet till en annan ökar risken för vårdavbrott då vårdpersonalen byts och vårdenheternas rutiner är olika. Kontinuiteten i vårdens övergångsfaser kan främjas genom att man vid övergång från psykiatrisk sjukhusvård till öppenvård eller från en öppenvårdsenhet till en annan säkerställer att vårdkontakten fortsätter i den nya enheten. I praktiken är syftet att säkerställa kontinuiteten i vården, till exempel genom att snabbt ordna en vårdkontakt på den nya vårdplatsen eller ett gemensamt patientmöte, där förutom patienten en anställd (en psykiatrisk sjuksköterska) från både nuvarande och framtida vårdenheten deltar.

År 2019 uppgick det totala antalet vårdperioder till cirka 39 500 inom psykiatrisk sjukhusvård¹⁰³. Med tanke på vårdens kontinuitet och kvalitet vore det nyttigt att ge alla patienter kontakt med öppenvården så snart som möjligt under övergångsperioden. Avbrott i vården, särskilt hos dem med allvarliga psykiska störningar såsom psykossjukdomar, ökar signifikant risken för återfall och även dödligheten. Enligt kvalitetsregistret för vård av psykoser har 42 procent av

⁹⁹ Om antalet patienter ökar med 15 procent är kostnaderna uppskattningsvis 6,8 miljoner euro. På motsvarande sätt innebär en ökning av antalet patienter med 10 procent kostnader på cirka 4,5 miljoner euro

¹⁰⁰ Om antalet patienter ökar med 15 procent blir de totala kostnaderna cirka 550 000 euro. Om antalet patienter ökar med 10 procent blir kostnaderna cirka 370 000 euro.

¹⁰¹ Cirka 1 616 euro/klient enligt nivån år 2023.

¹⁰² Kalkylerna baserar sig på antalet patienter inom psykiatrisk öppenvård år 2019. För Birkaland är uppgifterna från år 2018, eftersom inga jämförbara siffror fanns för år 2019.

Antalet klienter inom öppna missbrukartjänster är inte känt. Antalet patienter inom den psykiatriska öppenvården används också för att uppskatta kostnaderna för alkohol- och drogarbetet per välfärdsområde, eftersom behovet av tjänster antas vara fördelat på ett liknande sätt.

¹⁰³ Terveysden ja hyvinvoinnin laitos / Sotkanet.

patienterna haft besök antingen inom primärvården eller den specialiserade vården och 6 procent har haft kontakt med socialvården inom en vecka efter avslutad sjukhusvård. Sammanlagt 58 procent av patienterna har alltså inte varit i kontakt med social- och hälsovården under den första veckan. Förutsatt att detsamma gäller alla patienter inom psykiatrisk specialiserad vård innebär det cirka 20 300 patienter. Genom att erbjuda dessa patienter ett extra besök kan man främja kontinuiteten i vården och säkerställa att vårdrelationen inte avbryts. Baserat på sakkunnigbedömning antas det vid beräkningen av kostnaden för ytterligare ett besök att hälften av patienterna skulle välja ett 30 minuters kortbesök och resten ett 60-minuters normalbesök. För vuxenpsykiatrins del kostar ett kortbesök 110 euro och ett normalbesök 184 euro¹⁰⁴. I och med de ändringar som föreslås i propositionen ökar ett extra besök för patienter som för närvarande blir utan besök under veckan efter övergången kostnaderna med cirka 3 miljoner euro, förutsatt att hälften av besöken är korta besök och hälften är normala besök¹⁰⁵. Kostnaderna enligt välfärdsområde har uppskattats med hjälp av antalet sjukhusvister inom den psykiatriska vården per välfärdsområde.

När det gäller unga finns ett behov av att säkerställa kontinuiteten i vården i en situation där en ung person går från ungdomspsykiatri till vård för vuxna. Enligt Institutet för hälsa och välfärd fanns det 28 283 patienter som inte fyllt 23 år inom ungdomspsykiatri år 2019. Sammanlagt 4 661 patienter övergick från ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. Enligt en sakkunnigbedömning av överläkare inom ungdomspsykiatri har cirka 40 procent av patienterna inom ungdomspsykiatri behov av fortsatt vård inom vuxenpsykiatri. Bedömningen visar att många patienter inom ungdomspsykiatri saknar nödvändiga tjänster och att kontinuitet i vården inte uppnås.

I och med de ändringar som föreslås i propositionen bör resurserna riktas bättre till övergången från ungdoms- till vuxenpsykiatri och dessutom garantera ett extra besök för en del av patienterna. I praktiken behöver vissa patienter inte extra besök medan andra behöver mer än ett extra besök. Enligt en sakkunnigbedömning är behovet en genomsnittlig ökning av besöken med 40 procent, vilket skulle motsvara 11 313 patienter i hela landet år 2019. I kostnadsuppskattningen antas dessutom att 50 procent av patienterna väljer ett kort besök (30 minuter) och resten ett normalt besök (60 minuter). Kostnaden för ett kort besök är 88 euro och kostnaden för ett normalt besök 226 euro¹⁰⁶. Kostnaderna ökar med 1,78 miljoner euro på nationell nivå enligt ovan nämnda antaganden och enhetskostnader¹⁰⁷. Kostnaderna enligt välfärdsområde har uppskattats med hjälp av antalet patienter inom den ungdomspsykiatriska vården per välfärdsområde.

Den specialiserade sjukvården börjar antingen på jouten eller också görs remiss till den specialiserade sjukvården i samförstånd med patienten. Patienten återkommer från den specialiserade vården till den fortsatta vården om tillståndet möjliggör det. Vårdplatsen kan också ändras, till exempel på grund av flyttning till annan ort. Även i dessa situationer kan patienten behöva stöd för att säkerställa övergången från en tjänst till en annan, och det stöd som kan behövas beror

¹⁰⁴ Työpaperi 21/2020. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-493-6>. Läst 8.3.2022. Kostnaderna har omräknats enligt kostnadsnivån år 2023.

¹⁰⁵ Om man antar att alla patienter väljer ett normalt besök (60 min) ökar kostnaderna med 3,7 miljoner euro jämfört med 2,2 miljoner euro om de väljer ett kort besök (30 min).

¹⁰⁶ Työpaperi 21/2020. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-493-6>. Läst 8.3.2022. Kostnaderna har omräknats enligt kostnadsnivån år 2023.

¹⁰⁷ Om alla patienter väljer ett normalt besök (60 min) ökar kostnaderna med 2,6 miljoner euro och om alla väljer ett kort besök (30 min) så ökar de med en miljon euro.

inte endast på vårdkedjors effektivitet och det regionala samarbetet utan också på hur bråds-kande det är att starta eller fortsätta vården.

För tidig avslutning av psykiatrisk vård kan leda till att de psykiska störningarna förvärras. En förbättrad kontinuitet i vården genom säkerställande av kontinuiteten i vårdrelationen vid övergångsfaserna eller påbörjande av en ny vårdrelation påverkar också patientens engagemang för sin egen vård. Genom säkerställande av kontinuiteten i vården minskar risken för förvärrad sjukdom och förlust av arbets- och funktionsförmåga samt risken för dödsfall. Dessutom minskar risken för behovet att senare påbörja avbruten vård på nytt från början till exempel i form av en ny sjukhusperiod inom den specialiserade sjukvården. Genom att säkerställa vårdens kontinuitet till exempel genom bättre kommunikation och samarbete mellan olika enheter och personalen kan överlappande arbete undvikas och vårdens effektivitet förbättras. Säkerställandet av kontinuiteten samt vårdens och tjänsternas smidighet leder på lång sikt också till att de totala kostnaderna för social- och hälsovården och de övriga kostnaderna för samhället minskar.

Utvidgning av arbetshandledning till missbruks- och beroendevård

I dag är arbetsrådgivning lagstadgad inom mentalvården. I denna proposition föreslås att skyldigheten att tillhandahålla arbetshandledning utvidgas till att även omfatta tjänster relaterade till missbruk och beroende.

Om två timmar arbetshandledning ordas månatligen¹⁰⁸ för hela verksamhetsenheten uppgår utbildningskostnaderna till 5 000 euro om året per verksamhetsenhet¹⁰⁹. Hösten 2021 fanns det totalt 95 öppna och 45 slutna rehabiliteringsenheter för missbrukare i Finland. På nationell nivå kan kostnaden för att utvidga arbetshandledningsskyldigheten således uppskattas till 700 000 euro. Skyldigheten ökar efterfrågan på handledare. Den estimerade ökningen är 1,6 årsverken.

Kostnaderna för varje välfärdsområde kan uppskattas med hjälp av serviceenheternas placering och klienternas hemkommun. När det gäller öppna rehabiliteringsenheter för missbrukare är det känt hur många enheter som finns inom varje välfärdsområde. Den regionala uppskattningen av kostnaderna är utformad på så sätt att kostnaden för välfärdsområdet motsvarar kostnaderna för arbetshandledningen vid de öppna enheter som verkar inom dess område. För institutionella rehabiliteringsenheter för missbrukare baserar sig de regionala uppskattningarna på fördelningen av klienter per landskap. Således motsvarar den uppskattade andelen av kostnaderna för arbetshandledningen vid institutionella rehabiliteringsenheter inom välfärdsområdet andelen klienter inom välfärdsområdet av alla klienter på rehabiliteringsinstitutioner.

Dessutom tillhandahålls missbrukartjänster på öppna kombinerade missbrukar- och mentalvårdsenheter, inom primärvården och den specialiserade vården i samband med psykiatrisk verksamhet. Arbetshandledning har dock varit lagstadgad inom mentalvården, och därför kan det antas att arbetshandledning redan ges vid dessa enheter.

Enligt en utredning av Institutet för hälsa och välfärd användes mer psykosociala behandlingsmetoder på institutioner för missbrukarvård än vad personalen hade fått utbildning för år 2021. Dessutom hade anställda mer utbildning i användningen av psykosociala metoder än möjlig-

¹⁰⁸ Totalt 10 gånger per år med hänsyn till den två månader långa sommarpausen.

¹⁰⁹ Timkostnaden för handledare uppskattas vara 250 euro.

heter till arbetshandledning som stöder användningen av dem. Utvidgningen av arbetshandledningen till missbrukar- och beroendetjänster ökar tillhandahållandet av vård på det avsedda sättet och förbättrar därmed vårdens kvalitet och effektivitet.

Sammanfattning av ekonomiska konsekvenser

Det är främst fråga om kostnader för välfärdsområdena. Totalt uppskattas de årliga kostnaderna för välfärdsområdena bli 18 miljoner euro enligt de antaganden som beskrivs i detta avsnitt. Kostnaderna för år 2023 blir något lägre, 16,25 miljoner euro, eftersom förändringarna som gäller utvidgningen av socialt arbete, dagcenterservice och arbetshandledning föreslås träda i kraft först den 1 juli 2023. I övrigt föreslås ändringarna träda i kraft i början av år 2023. Tabell 1 nedan beskriver hur kostnaderna fördelas mellan tjänsterna.

Tabell 1: Sammanfattande tabell över kostnader per verksamhetsform (enligt nivån år 2023).

		Kostnader (miljoner euro)	
Verksamhet		År 2023	År 2024
Samhällsinriktat socialt arbete		1,02	2,04
Dagcenterservice		0,37	0,75
Arbetshandledning		0,35	0,70
Mångdimensionell vård	Mobil och hembaserad missbrukarvård	0,74	0,74
	Mobil och hembaserad mentalvård	9,00	9,00
Vårdens kontinuitet	Övergång från institutionsvård till öppenvård	2,99	2,99
	Övergång från ungdoms- till vuxenpsykiatri	1,78	1,78
Totalt		16,25	18,00

Kostnaderna för förslaget granskas även per välfärdsområde i tabell 2. Det är svårt att estimera kostnaderna per välfärdsområde. Det finns en stor regional variation i ordnandet av tjänsterna, och kunskapsunderlaget för många tjänster är ofullständigt och därmed riktgivande. Vid utvärderingen av regionala kostnader har siffror för antalet enheter, vårdperioder, patienter eller klienter enligt välfärdsområde använts, om de varit tillgängliga. I övrigt har kostnaden per välfärdsområde uppskattats med hjälp av befolkningsfördelningen.

Tabell 2: Vårdsområdenas kostnader år 2023.

Vårdsområde	Samhällsinriktat socialt arbete/euro	Dagcenter-service/euro	Arbetsledning/euro	Mångdimensionell vård		Vårdens kontinuitet		Totalt/euro
				Mobil psykiatrisk öppenvård/euro	Mobil missbrukarvård/euro	Från sjukhus till öppenvård/euro	Från ungdomspsykiatri till tjänster för vuxna/euro	
Södra Karelen	46 500	5 000	10 500	124 000	10 000	89 000	52 000	337 000
Södra Österbotten	46 500	8 000	29 000	295 000	24 000	105 000	51 000	558 500
Södra Savolax	46 500	5 500	14 000	193 000	16 000	81 000	50 000	406 000
Helsingfors	46 500	175 000	39 000	1 580 000	129 000	274 000	163 000	2 406 500
Östra Nyland	46 500	4 000	5 500	134 000	11 000	36 000	34 000	271 000
Kajaland	46 500	3 000	4 500	73 000	6 000	91 000	39 000	263 000
Egentliga Tavastland	46 500	7 000	12 500	244 000	20 000	93 000	70 000	493 000
Mellersta Österbotten	46 500	3 000	6 500	167 000	14 000	50 000	31 000	318 000
Mellersta Finland	46 500	11 000	15 500	515 000	42 000	108 000	82 000	820 000
Mellersta Nyland	46 500	8 000	1 000	313 000	26 000	101 000	78 000	573 500
Kymmene-dalen	46 500	6 500	17 000	257 000	21 000	167 000	62 000	577 000
Lappland	46 500	7 500	20 000	441 000	36 000	90 000	91 000	732 000
Västra Nyland	46 500	19 500	17 500	625 000	51 000	229 000	144 000	1 132 500
Birkaland	46 500	20 500	26 500	749 000	61 000	292 000	102 000	1 297 500
Österbotten	46 500	7 500	9 000	192 000	16 000	78 000	40 000	389 000
Norra Karelen	46 500	6 500	6 500	219 000	18 000	110 000	37 000	443 500
Norra Österbotten	46 500	17 000	33 500	547 000	45 000	233 000	120 000	1 042 000
Norra Savolax	46 500	10 000	10 000	518 000	42 000	169 000	116 000	911 500
Päijänne-Tavastland	46 500	8 500	10 500	301 000	25 000	106 000	53 000	550 500
Satakunta	46 500	9 000	14 500	310 000	25 000	124 000	98 000	627 000
Vanda och Kervo	46 500	11 500	9 000	401 000	33 000	133 000	68 000	702 000
Egentliga Finland	46 500	21 000	35 500	805 000	66 000	233 000	195 000	1 402 000
Totalt	1 023 000	374 500	347 500	9 003 000	737 000	2 992 000	1 776 000	16 253 000

Tabell 3: Vårdsområdenas kostnader år 2024 (enligt nivån år 2023).

Vårdsområde	Samhällsinriktat socialt arbete/euro	Dagcenter-service/euro	Arbetsledning/euro	Mångdimensionell vård		Vårdens kontinuitet		Totalt/euro
				Mobil psykiatrisk öppenvård/euro	Mobil missbrukarvård/euro	Från sjukhus till öppenvård/euro	Från ungdomspsykiatri till tjänster för vuxna/euro	
Södra Karelen	93 000	10 000	21 000	124 000	10 000	89 000	52 000	399 000
Södra Österbotten	93 000	16 000	58 000	295 000	24 000	105 000	51 000	642 000
Södra Savolax	93 000	11 000	28 000	193 000	16 000	81 000	50 000	472 000
Helsingfors	93 000	350 000	78 000	1 580 000	129 000	274 000	163 000	2 667 000
Östra Nyland	93 000	8 000	11 000	134 000	11 000	36 000	34 000	327 000
Kajaland	93 000	6 000	9 000	73 000	6 000	91 000	39 000	317 000
Egentliga Tavastland	93 000	14 000	25 000	244 000	20 000	93 000	70 000	559 000
Mellersta Österbotten	93 000	6 000	13 000	167 000	14 000	50 000	31 000	374 000
Mellersta Finland	93 000	22 000	31 000	515 000	42 000	108 000	82 000	893 000
Mellersta Nyland	93 000	16 000	2 000	313 000	26 000	101 000	78 000	629 000
Kymmene-dalen	93 000	13 000	34 000	257 000	21 000	167 000	62 000	647 000
Lappland	93 000	15 000	40 000	441 000	36 000	90 000	91 000	806 000
Västra Nyland	93 000	39 000	35 000	625 000	51 000	229 000	144 000	1 216 000
Birkaland	93 000	41 000	53 000	749 000	61 000	292 000	102 000	1 391 000
Österbotten	93 000	15 000	18 000	192 000	16 000	78 000	40 000	452 000
Norra Karelen	93 000	13 000	13 000	219 000	18 000	110 000	37 000	503 000
Norra Österbotten	93 000	34 000	67 000	547 000	45 000	233 000	120 000	1 139 000
Norra Savolax	93 000	20 000	20 000	518 000	42 000	169 000	116 000	978 000
Päijänne-Tavastland	93 000	17 000	21 000	301 000	25 000	106 000	53 000	616 000
Satakunta	93 000	18 000	29 000	310 000	25 000	124 000	98 000	697 000
Vanda och Kervo	93 000	23 000	18 000	401 000	33 000	133 000	68 000	769 000
Egentliga Finland	93 000	42 000	71 000	805 000	66 000	233 000	195 000	1 505 000
Totalt	2 046 000	749 000	695 000	9 003 000	737 000	2 992 000	1 776 000	17 998 000

Syftet med reformen är att förbättra tjänsterna och därigenom ge hälsorelaterade fördelar och förbättra människors sociala välbefinnande. I dag anlitar en del behövande inte dem, och reformen syftar till att nå särskilt dessa personer och att säkerställa vårdens kontinuitet. Enbart med den finansiering som reserverats för reformen kan dock inte alla servicebehov relaterade till psykisk hälsa, substanser och beroenden tillgodoses. Bland annat en mer ändamålsenlig inriktning av tjänsterna och de olika serviceformerna, säkerställande av kontinuiteten och en bättre intern integration effektiviserar dock servicesystemet och kan även resultera i kostnadsbesparingar på medellång sikt. Därigenom kan tillgången till mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänster eventuellt förbättras ytterligare på längre sikt.

En del av kostnadsbesparingarna realiserar inom den somatiska hälso- och sjukvården. Psykisk ohälsa och missbruksproblem ökar risken för somatiska sjukdomar och kan försvåra behandlingen av dem.

4.2.1.2 Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning

Förslagen medför inte några väsentliga direkta konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning. De föreslagna ändringarna av lagen om klientavgifter påverkar inte klienternas ekonomiska ställning eller klientavgifterna för missbrukartjänster, eftersom missbrukarvården framöver i högre grad ordnas som hälso- och sjukvård. Utöver preciseringen av rutinerna för missbrukarvården kan det också ske förändringar i tjänsterna vid missbrukarvårdens vårdinstitutioner som i högre grad skulle betraktas som hälso- och sjukvård. Sammantaget harmoniserar en tydligare verksamhetspraxis hushållens klientavgifter inom social- och hälsovården samt relaterade nedsättningar av avgifterna, vilket förbättrar hushållens ställning i detta avseende.

Dessutom minskar en bättre tillgång till vård i servicesystemet på längre sikt behovet av Folkpensionsanstaltens rehabiliteringspsykoterapier, vilket minskar kostnaderna för hushållens självriskandelar. Mentalvården är avgiftsfri för klienter inom primärvården och den psykiatriska öppenvården. Förslaget om mångdimensionella tjänster syftar bland annat till att minska oplanerad sjukvård av patienter med svåra och långvariga psykiska störningar och därigenom minska vårddagsavgifterna för dem.

Reformen medför positiva konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning, särskilt på längre sikt genom att förbättra tillgången till socialservice och -vård som stöder välfärd, hälsa, funktionsförmåga och delaktighet, vilket i sin tur förbättrar och upprätthåller arbetsförmågan. På så sätt är konsekvenserna för hushållens ekonomiska ställning positiva. Bättre tillgång till tjänster och vård kan också medföra positiva konsekvenser för anhörigas ekonomiska ställning¹¹⁰.

4.2.1.3 Konsekvenser för samhällsekonomin

En samordning av social- och hälsovårdstjänsterna medför positiva konsekvenser för samhällsekonomin genom att effektivisera användningen social- och hälsovårdens begränsade resurser och överlappande arbete.

Kostnaderna för psykiska och substansrelaterade problem är höga, särskilt för obehandlade problem. Kostnaderna för psykiska problem ur den offentliga ekonomins perspektiv har bedömts i

¹¹⁰ McDaid D, Park AL. Understanding the Economic Value and Impacts on Informal Carers of People Living with Mental Health Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 1;19(5):2858).

en rapport¹¹¹ av finansministeriet där kostnaderna estimerades uppgå till cirka 1,2 miljarder euro. De indirekta kostnaderna uppskattades vara klart högre än så, cirka 2,5 miljarder euro.

Dessutom orsakar psykiska problem kostnader via sociala förmåner och arbetsmarknaden, till exempel på grund av sjukskrivning och förlorade arbetstillfällen. OECD¹¹² uppskattar att kostnaderna via sociala förmåner och arbetsmarknaden kan vara hela 8,5 miljarder euro per år.

I projektet SamSinne¹¹³ uppskattades perioder med sjukdagpenning på grund av psykiska störningar sänka bruttonationalprodukten med 0,28–0,4 procent beroende på om 50 eller 72 procent av dem som beviljats sjukdagpenning deltog i arbetslivet eller inte. Om invalidpensionerna på grund av psykisk ohälsa kunde minskas med 10–15 procent skulle bruttonationalprodukten öka med 0,33–0,50 procent.

Reformen kommer att förbättra situationen för personer med substansrelaterade och psykiska problem, särskilt för de mest utsatta. På grund av de tillgängliga resurserna kommer reformen inte att kunna lösa problemen med psykisk hälsa, missbruk och beroende på ett heltäckande sätt, och därför är konsekvenserna av förslagen för samhällsekonomin liten. Konsekvenserna för välbefinnande, arbetsförmåga och sysselsättning kan inte heller kvantifieras. Trots det kan de reformer som syftar till att utveckla servicesystemet anses medföra små men positiva konsekvenser för integration och arbetsmarknadsdeltagande.

4.2.1.4 Kostnadsneutrala förslag

I och med reformen blir missbrukarvård och medicinsk rehabilitering närmare kopplad till verksamhet som regleras av hälso- och sjukvårdslagen. Ett förvaltningsbeslut enligt 45 § i socialvårdslagen ska fortfarande fattas om socialvårdens missbrukartjänster, såsom social rehabilitering. Ändringen medför inte konsekvenser för öppen missbrukarvård (till exempel öppenvård och rehabilitering som tillhandahålls av A-kliniker och ungdomsstationer) om vilka förvaltningsbeslut inte heller fattats tidigare. Ändringen medför inte betydande konsekvenser för beslutsfattandet om avgiftning och abstinensbehandling. I kommunerna anses även idag kortvarig institutionsvård på grund av abstinens i allmänhet höra till hälso- och sjukvården där förvaltningsbeslut inte fattas.

Det bedöms att det kommer att ske vissa förändringar i beslutsfattandet om långvarig institutionsvård och rehabilitering när socialvårdens samt hälso- och sjukvårdens ömsesidiga ansvarsfördelning och uppgifter förtydligas. Antalet klienter på rehabiliteringsinstitutioner har minskat under hela 2000-talet, men planade ut under 2019–2020 till knappt 4 000 klienter per år. Cirka 830 vårdperioder som varade mer än 2 veckor genomfördes på rehabiliteringsinstitutioner år 2019 och cirka 870 år 2020.¹¹⁴ Långa institutionsperioder omfattar rehabilitering antingen som

¹¹¹ Julkisen sektorin tuottavuus. Rapport 19.8.2020. Finansministeriet. Tillgänglig: https://api.hankeik-kuna.fi/asiakirjat/4c236ff2-332a-49b7-87ca-b11e81121313/c1099e86-1022-4437-aa65-125357f6eb6c/MUISTIO_20200826092441.pdf. Läst 9.3.2022.

¹¹² OECD: Heath at a Glance: Europe 2018, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en. Läst 8.3.2022.

¹¹³ Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 89/2017. Fungerande modeller för mental- och missbrukarvården. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3>. Läst 8.3.2022.

¹¹⁴ Statistisk årsbok 2021: Alkohol och narkotika. Tillgänglig: https://www.julkari.fi/bit-stream/handle/10024/144060/URN_ISBN_978-952-343-817-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 21.6.2022.

en del av behandlingen eller som fortsatt rehabilitering, till exempel efter behandling för abstinenssymtom utförd på annat håll. Enligt en enkät riktad till rehabiliteringsinstitutioner var socialvårdens betalningsförbindelse (och förvaltningsbeslutet om detta) för institutionsbaserad rehabilitering vanligare än hälso- och sjukvårdens betalningsförbindelse.¹¹⁵ Orsaken till remiss till långvarig institutionsvård är oftast missbruk av narkotika och läkemedel samt blandmissbruk.¹¹⁶ I dessa fall kräver rehabilitering ofta hälso- och sjukvårdsexpertis. Det är sannolikt att reformen leder till att antalet betalningsförbindelser inom hälso- och sjukvården kommer att öka och att antalet betalningsförbindelser inom socialvården kommer att minska något. Ändringen medför inte konsekvenser för välfärdsområdenas totala kostnader. Det är fråga om att precisera beslutsfattandet inom välfärdsområdenas social- och hälsovård, och detta kan i viss mån minska myndigheternas nuvarande förvaltningsuppgifter. I vilket fall som helst måste välfärdsområdena som införs år 2023 harmonisera de tillhörande kommunernas varierande praxis inom sitt område, vilket denna reform stöder. Ändringarna förbättrar kundernas jämlikhet, eftersom beslutsfattandet inom olika områden harmoniseras.

Förändringarna medför inte direkta konsekvenser för privata tjänsteleverantörer, av vilka några har tillstånd för socialvård, vissa för hälso- och sjukvård och andra för både och. Efterfrågan på köpta tjänster inom välfärdsområdena påverkas i första hand av den gradvisa förändringen av servicebehovet till följd av ökat narkotika- och blandmissbruk samt relaterade psykiska och somatiska sjukdomar.

Det föreslås flera ändringar av socialvårdslagen samt hälso- och sjukvårdslagen som preciserar den gällande regleringen. Syftet med dem är inte att utöka eller utvidga socialvårdens eller hälso- och sjukvårdens uppgifter utan snarare att förtydliga målet och syftet med den gällande regleringen, så att tillämpningen av bestämmelserna blir mer enhetlig och likvärdig mellan välfärdsområdena. Frågan beskrivs kortfattat i avsnitt 4.1 i propositionen och i den detaljerade motiveringen till respektive ändringsförslag.

Exempel på föreslagna kostnadsneutrala ändringar i socialvårdslagen är 15 § om socialt arbete, 17 § om social rehabilitering, 24 § om alkohol- och drogarbete och beroendearbete, 25 § om mentalvårdsarbete, 29 a § om samarbete mellan socialjouren och hälso- och sjukvården och samt de nya föreslagna paragraferna 2 a § om gemensam social- och hälsovårdsservice, 7 b § om främjande av psykisk hälsa och förebyggande rusmedelsarbete, 24 a § om särskilda tjänster inom alkohol- och drogarbete, § 25 a om socialvårdens mentalvårdsservice och 29 b § om psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer. Kompletteringen av lagen med andra former av beroende, preciseringen av bestämmelsen om tjänsteställningen för egen kontaktperson för personer som behöver särskilt stöd och möten med klienter i 42 § eller den tekniska preciseringen av 44 § (utredning av situationen för en person i klientens vård) är förslag som inte heller väntas medföra kostnadskonsekvenser.

När det gäller ändringarna av mentalvård samt vård av missbruk och beroenden i hälso- och sjukvårdslagen anses kompletteringen av lagen med andra former av beroende och preciseringen av främjande av psykisk hälsa och förebyggande rusmedelsarbete (7 b §), förebyggande

¹¹⁵ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 12/2021. Laitosmuotoisen päihdehoidon ja -kuntoutuksen saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-848-4>. Läst 21.6.2022.

¹¹⁶ Statistisk årsbok 2021: Alkohol och narkotika. Tillgänglig: https://www.julkari.fi/bit-stream/handle/10024/144060/URN_ISBN_978-952-343-817-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 21.6.2022.

av störningar (27 och 28 §), brådsakande vård (50 §), säkerställande av den övergripande patientvården (27 och 28 §), samarbete mellan primärvård och specialiserad sjukvård (27 och 28 §), psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer (50 b §) samt samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialjouren (50 a §) vara kostnadsneutrala.

Det föreslås att bestämmelsen om arbetsgivarens skyldighet att ordna arbetshandledning för mentalvårdstjänsternas personal flyttas till 78 c § i hälso- och sjukvårdslagen från mentalvårdslagen. Bestämmelsen om regionförvaltningsverkens skyldighet att ordna regionala samarbetsmöten flyttas enligt förslaget från mentalvårdsförordningen till 27 § i hälso- och sjukvårdslagen och 25 § i socialvårdslagen. Bestämmelserna om bemyndigande att utfärda förordningar flyttas från lagen om missbrukarvård till 28 a och 78 b § i hälso- och sjukvårdslagen, 6 a § i mentalvårdslagen och 16 a § i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Dessa ändringar medför inte heller kostnadskonsekvenser.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna

Social- och hälsovård

Propositionen innehåller ett antal ändringar för att förbättra tillgängligheten för och tillgången till relevanta tjänster. Dessa utgörs av bland annat av bestämmelserna om socialt arbete för samhälls nätverk, dagcenterservice som ordnas som en särskild service inom alkohol- och drog- arbete och andra tjänster för missbrukare samt preciseringen av tjänster inom social rehabilitering i socialvårdslagen. Till exempel samarbetet mellan primärvården och den specialiserade vården samt de mobila och hembaserade tjänsterna som en del av de mångdimensionella tjänsterna enligt hälso- och sjukvårdslagen förbättrar tillgängligheten för och tillgången till tjänster. Ett annat syfte med dem är att förhindra att personer förlorar kontakten med vården och behovet av ny vård via jouren. Bestämmelserna fäster uppmärksamhet vid säkerställande av smidiga tjänster och sektorsövergripande samarbete som krävs för att planera klient- och patientorienterade tjänster. När tjänsternas smidighet och kontinuitet förbättras effektiviseras användningen av servicesystemets resurser samtidigt som tillgången till tjänster förbättras och den regionala jämlikheten främjas. Med de resurser som reserverats för reformen är det möjligt att både kvantitativt och kvalitativt förbättra tjänsterna i viss mån, men de täcker inte alla otillfredsställda behov av tjänster relaterade till psykisk hälsa, missbruk och beroende.

Förslagen tydliggör social- och hälsovårdens uppgifter och stöder tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster tillsammans eller på annat sätt samtidigt enligt klienternas behov. Detta gäller hälso- och sjukvårdens interna vårdkedjor och -helheter inom mentalvården samt missbruks- och beroendevård och samarbete inom social- och hälsovården. Till följd av detta bör social- och hälsovårdsmyndigheterna öka, förbättra och samordna sitt ömsesidiga samarbete. De tydligare rutinerna mellan socialvården samt hälso- och sjukvård förtydligar också nedsättningen och avlyftandet av klientavgifter eller beviljandet av kompletterade utkomststöd som välfärdsområdena ansvarar för, eftersom rutinerna harmoniseras då tolkningsskillnaderna minskar. Även ersättandet av rehabiliteringsplaner enligt lagen om missbrukarvård med klientplaner inom socialvården minskar redan i sig antalet separata planer och därmed den administrativa bördan för socialmyndigheterna. Förslagen är i linje med omstruktureringen av social- och hälsovården, vars främsta mål är att hjälpa välfärdsområdena att identifiera klientgrupper och klienter med behov av samordnade tjänster inom flera områden, samordna social- och hälsovården och definiera servicekedjor och -helheter, samordna social- och hälsovårdstjänsterna med välfärdsområdets övriga tjänster och utnyttja information om klienter mellan olika producenter.

Förslaget förtydligar social- och hälsovårdsmyndigheternas verksamhet särskilt i akuta situationer och som en del av de sektorsövergripande myndighetsuppgifter som anknyter till säkerhetsarbetet och förbättrar därmed också myndigheternas beredskap att bemöta exceptionella störningar och behovet av psykosocialt stöd.

Genom att precisera paragraferna om gemensamma social- och hälsovårdstjänster i socialvårdslagen samt hälso- och sjukvårdslagen blir verksamhetsprinciperna och den grundläggande rollen för varje aktör klarare, vilket stärker det nödvändiga samarbetet för att bemöta klienternas behov. Eftersom tjänstens innehåll och inte den administrativa organisationen avgör valet av lagstiftning, kan detta kräva nya rutiner inom organisationerna, åtminstone inom de områden där gränsen mellan socialtjänster samt hälso- och sjukvårdstjänster inte varit tydlig i alla situationer. Förtydligandet av respektive aktörs grundläggande uppgifter ökar förutsättningarna och möjligheterna att samordna arbetet till en helhet som möter klienternas och patienternas behov och stärker deras rätt att få den vård och service som de behöver. Preciseringsen av social- och hälsovårdens serviceuppgifter förbättrar också serviceverksamhetens rapporteringsförutsättningar och kunskapsunderlag och ger därmed mer exakt och högkvalitativ information om serviceproduktionen för dem som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården.

Förslagen stärker främjandet av välfärden och hälsan i välfärdsområdena och kommunerna, särskilt i utvecklingen av förhållanden som främjar psykisk hälsa, och genom att rollen för det samhällsinriktat socialt arbetet som en åtgärd som främjar välfärden inom socialvården betonas genom samarbetet med kommunerna och andra lokala aktörer. Propositionen påverkar inte den övriga arbetsfördelningen mellan kommunerna och välfärdsområdena.

Socialvård

Förslagen stöder socialvårdens övergång mot tidigt stöd och förebyggande. En förstärkning av rollen för det samhällsinriktat socialt arbetet i det offentliga servicesystemet förbättrar socialvårdens förmåga att agera och aktivt lyfta fram befolkningens behov och deras sociala kopplingar samt förbättra möjligheterna att lämna förslag till utveckling av boende- och verksamhetsmiljön. Den föreslagna nya dagcenterservice för missbrukare stärker också socialvårdens särskilda roll i uppgiften att minska ojämlikhet och marginalisering samt bidrar för sin del till att förbättra tillgängligheten för och tillgången till tjänster. Det uppsökande arbetet i anslutning till samhällsinriktat socialt arbete eller andra tjänster stärker socialvårdens aktiva omsorg och ger fler möjligheter för de mest utsatta människorna. Även förändringarna i social rehabilitering stärker tjänstens planmässighet och målmedvetenhet på ett sätt som motsvarar klienternas individuella behov.

Framöver finns bestämmelserna om drog- och alkoholarbete samt mentalvårdsarbete och -vård i allmänna lagar, som förtydligar helheten och integrerar tjänsterna i social- och hälsovårdens övriga tjänster. Syftet med bestämmelserna är å ena sidan att styra myndigheternas praxis så att lagstiftningen om serviceverksamheten (såsom registrering av kunduppgifter eller administrativa beslut) implementeras under hela klientprocessen, samtidigt som samarbetet mellan de olika myndigheterna säkerställs. Dessutom stärker en harmonisering och konsolidering av lagstiftningen den övergripande inställningen till arbetet och personalens kunskap om lagstiftningen samt det att alla nödvändiga socialvårdstjänster kan integreras smidigare i klientplanen och därigenom stödja klienternas funktionsförmåga.

En precisering av innehållet i psykosocialt stöd inom social- och hälsovården tydliggör på liknande sätt aktörernas roller i hanteringen av akuta situationer så att klienternas behov bemöts på ett övergripande sätt. Äläggandet av ansvaret för den initiala hanteringen av akuta situationer

på socialjouren stärker också läget på många områden, även på lagstiftningsnivå. Även framöver ska verksamheten planeras tillsammans med hälso- och sjukvården. Regleringen gör det nödvändigt att harmonisera det initiala ledningsansvaret och utveckla effektiv samarbetspraxis med hälso- och sjukvården för att säkerställa den fortsatta vården för klienter inom alla välfärdsområden. Preciseringsen av det initiala ledningsansvaret kan också kräva uppdatering av regionala beredskapsplaner. Den föreslagna förändringen förbättrar och harmoniserar säkerhetsmyndigheternas verksamhet inom välfärdsområdena och servicesystemets förmåga att reagera på exceptionella störningar.

Det föreslås att socialvårdsmyndighetens tidigare rätt att förordna en person till tvångsvård på grund av våld ska slopas. Förslaget medför inga faktiska konsekvenser för myndigheternas verksamhet eller praxis, eftersom denna bestämmelse i lagen om missbrukarvård inte har tillämpats på flera år.

Hälso- och sjukvård

När det gäller hälso- och sjukvård främjar integrationen av lagstiftningen i en enda lag utvecklingen av tjänsterna, eftersom den psykiska och övriga hälsan är oskiljaktiga. När regleringen av de missbrukartjänster som påminner om hälso- och sjukvård, med undantag för tvångsvård, flyttas från lagen om missbrukarvård till hälso- och sjukvårdslagen, förtydligas dessa tjänsters roll som en del av hälso- och sjukvården. Missbrukartjänster som för närvarande är tillgängliga inom hälso- och sjukvården tillhandahålls inom hälso- och sjukvårdsorganisationer. Även om förslaget inte tar ställning till den administrativa organiseringen av tjänster, är det sannolikt att förändringen kommer att harmonisera tjänster och servicehelheter, åtminstone när det gäller rutinerna. Med hänsyn till innehållet i tjänsterna kvarstår samma skyldigheter som nämns i mentalvårdslagen eller därmed relaterade föreskrifter och lagen om missbrukarvård inom välfärdsområdena, eftersom hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med relevanta bestämmelser om mentalvårds- och missbrukartjänster. Komplettering av lagen med beroendeproblem leder inte till förändringar i servicen, eftersom beroendeproblem anses vara en psykiatrisk störning som berättigar till vård redan enligt den gällande lagstiftningen. Propositionen stöder utvecklingen av holistisk hälso- och sjukvård som främjar en bättre och mer jämlik hälsa i hela samhället.

Förslagen innehåller mångdimensionella tjänster med vilket avses att tjänster vid behov ska ordnas i annan form än på sjukhusavdelningar och polikliniker. Mångdimensionella tjänster kan till exempel omfatta digitala tjänster, besök hos patienter i hemmet eller på andra ställen utanför öppenvården, eller det kan innebära intensifiering och effektivisering av öppenvården. Inom många områden har olika mångdimensionella tjänster redan införts i stor utsträckning, och de föreslagna förändringarna kommer att stärka deras ställning inom hälso- och sjukvården. På vissa områden innebär förslaget operativa förändringar, förändrad allokering av resurser och utbildning. Kostnadskonsekvenserna av dessa förändringar bedöms i detalj i avsnittet om ekonomiska konsekvenser. Samarbete mellan primärvården och den specialiserade vården stöder mångdimensionella tjänster och tillhandahållandet av relevanta tjänster inom primärvården.

Säkerställandet av övergripande hälso- och sjukvård för patienterna kräver ett närmare samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården samt mellan olika specialområden. Eftersom psykisk ohälsa och missbruk är förknippade med ökad somatisk sjuklighet och dödlighet, kan en förbättring av den övergripande vården påverka kostnaderna för hälso- och sjukvård samt socialvård samt andra kostnader för samhället. När en patient flyttas från en sjukvårdsenhet till en annan eller till socialvårdens institutioner eller boendetjänster ska kontinuiteten i den nödvändiga vården och den övergripande hälso- och sjukvård som patienten behöver

säkerställas enligt propositionen. När ett sjukhus eller en öppenvårdsmottagning har en skyldighet att genom förhandlingar säkerställa kontinuiteten i patientvården kan detta öka uppgifterna för vissa enheter om relevanta rutiner inte har följts. Trots att bestämmelser inte tidigare funnits på lagnivå har kontinuiteten i vården sedan länge betonats i vådrekommandationer för psykiska störningar och substansrelaterade problem och i sjukvårdsdistriktens beskrivningar av vårdkedjan, och de har implementerats på flera områden. Det omfattande införandet av rutiner som säkerställer kontinuiteten medför omedelbara kostnader på grund av ett ökat antal besök. De har bedömts i avsnittet om ekonomiska konsekvenser. Säkerställandet av kontinuiteten, liksom de mångdimensionella vårdformerna, förbättrar genomförandet av vården och förebygger att patienten tillstånd försämras, samt eventuell ny sjukhusvård. Dessa rutiner minskar belastningen på hälso- och sjukvården på längre sikt. En förbättrad kontinuitet och tillgång inom hälso- och sjukvården kan också ha en positiv effekt på behovet av socialvård och dess varaktighet.

Förslagen förflyttar vårdens fokus till tidig vård, primärvård och samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Det gör det möjligt att behandla psykiska störningar och missbruk i ett tidigare skede. Förändringen kan på sikt minska behovet av specialiserad sjukvård. Den allmänna tillgången till primärvård har dock en stor inverkan på de mentalvårdstjänster som tillhandahålls där. Om ett välfärdsområde har svårigheter att uppfylla vårdgarantin inom primärvården gäller det också tillgång till mental- och missbrukarvård via mottagningar på samma sätt som andra hälsoproblem och kan göra det svårare att ge vård vid rätt tidpunkt.

Psykosocialt stöd vid akuta situationer ska ordnas i samarbete med socialjouren. Förtydligandet av socialjourens initiala ledningsansvar kan föranleda en uppdatering av läget enligt beredskapsplanerna samt säkerställande eller utveckling av regional samarbetspraxis för att säkerställa eventuell fortsatt vård. Lagförslaget påverkar i övrigt inte innehållet i det psykosociala stödet eller formerna för att tillhandahålla det, eftersom det redan föreskrivs i 27 § i hälso- och sjukvårdslagen att kommunen ska ordna relevant mentalvård som främjar invånarnas hälsa och välbefinnande samt omfattar samordning av psykosocialt stöd för individer och samhällen i akuta och traumatiska situationer. Ett närmare samarbete och samordning av hälso- och socialvården är i linje med riktlinjerna för omstruktureringen av social- och hälsovården samt stärker servicesystemets förmåga att bemöta och förbereda sig för exceptionella störningar.

Konsekvenser för andra myndigheter

Det är nödvändigt att precisera innehållet i mental- och missbrukarvården mellan social- och hälsovården på grund av likabehandling av klienterna. I praktiken kan detta leda till operativa förändringar inom områden eller bland aktörer om uppgifterna inte varit tydliga, och de bör precisera sina operativa processer på grund av till exempel förvaltningsbeslut eller behörighet när regleringen harmoniseras. Framöver hanteras frågor som rör missbrukarvård och medicinsk rehabilitering tydligare i områdena enligt bestämmelserna om hälso- och sjukvård, och förvaltningsbeslut enligt socialvårdslagen fattas om riktade missbrukartjänster, såsom social rehabilitering, med anknytning till socialvården. Förtydligandet och harmoniseringen av verksamheten kommer också att påverka andra myndigheter positivt, såsom handläggningen av Folkpensionsanstaltens grundläggande utkomststöd samt informationshanteringen och -insamlingen vid Institutet för hälsa och välfärd. Till exempel den information om serviceproduktionen som samlas in av Institutet för hälsa och välfärd kommer framöver att innehålla mer detaljerad och exakt information om det konkreta innehållet i missbrukartjänster inom social- och hälsovården, när lagstiftningen om såväl socialvården som hälso- och sjukvården tydligare beskriver särskilda tjänster för missbrukare som socialvården ansvarar för och den missbrukarvård som hör till hälso- och sjukvården. De föreslagna ändringarna av bestämmelserna förutsätter preciseringar åtminstone av socialvårdens serviceklassificering, men kostnaderna för ändringarna antas inte

vara betydande. Praxis för kunskapsledning och det nationella kunskapsunderlaget för social- och hälsovården utvecklas även i övrigt i anslutning till olika nationella och regionala projekt, och därför väntas de föreslagna preciseringarna inte orsaka särskilda extra kostnader.

De föreslagna förändringarna i tillgången till missbrukarvård och socialvårdens tjänster för missbrukare och deras interoperabilitet samt säkerställandet av vårdens kontinuitet och de föreslagna bestämmelserna om en personlig kontaktperson är relevanta till exempel ur polisens och Brottspåföljdsmyndigheten perspektiv. I sitt dagliga arbete stöter polisen ofta på hemlösa eller andra personer i en utsatt ställning som uppenbart har behov av socialvård. De föreslagna nya bestämmelserna om socialt arbete för samhällsnätverk, uppsökande arbete och dagcenterservice för missbrukare i socialvårdslagen kan öka de naturliga kanalerna för växelverkan mellan polisen och socialmyndigheterna och därmed stärka hänvisandet av hjälpbehövande som polisen möter i sitt arbete till relevant socialservice och -vård. Fungerande primärservice kan också påverka polisens arbetsbelastning, om till exempel missbrukare nås i högre grad än tidigare.

Brottspåföljdsmyndigheten spelar en viktig roll för att säkerställa social- och hälsovårdstjänster samt utbildningstjänster för personer med kriminell bakgrund med omfattande behov av olika tjänster. Det är möjligt att förebygga marginalisering och återfall i kriminalitet bland brottspåföljdsklienter genom social- och hälsovård och andra normala offentliga tjänster. De föreslagna bestämmelserna, som stärker tillgången till lämpliga social- och hälsovårdstjänster och kontinuiteten i vården, ger ett visst stöd för brottspåföljdsmyndigheternas arbete med att förbereda fångar och samhällspåföljdsklienter för ett icke-kriminellt liv i samarbete med servicenätverk. Förslagen bidrar delvis till rekommendationerna av en arbetsgrupp vid justitieministeriet år 2020 för att samordna samarbetet mellan Brottspåföljdsmyndigheten och andra myndigheter¹¹⁷.

Förslagen påverkar inte tillsynsmyndigheternas uppgifter. Förtydligandet av socialvårdens samt hälso- och sjukvårdens uppgifter kommer dock att underlätta tillsynsmyndigheternas tillsynsarbete, särskilt när det gäller missbrukartjänster, eftersom de tidigare oklara bestämmelserna lagstiftningen har förtydligats i fråga om behörighetsrelationer och tillämplig lagstiftning. Regionförvaltningsmyndigheterna ska liksom tidigare ordna årliga regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvårdstjänster för barn och unga.

4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser

4.2.3.1 Konsekvenser för medborgarnas ställning och verksamheten i medborgarsamhället

Mångsidiga hälso- och sjukvårdstjänster samt tillhandahållande av tjänster enligt behov ökar förtroendet för servicesystemet och främjar tillgången till tjänster. När störningar relaterade till psykisk hälsa, rusmedel och beroenden betraktas som en likvärdig del av hälsorelaterade problem och störningar främjar det i praktiken sökande av hjälp, identifiering av hjälpbehov och holistisk vård för alla medborgare.

Lokaliseringen och stärkandet av rollen för det samhällsinriktat socialt arbetet och det uppsökande arbetet roll och uppgifter som socialvårdens lagstadgade uppgifter stärker det offentliga servicesystemets samarbete med aktörer inom den så kallade tredje sektorn och medborgarsamhället. Socialt arbete har en lagstadgad roll i hanteringen av svåra livssituationer, sociala problem och risk för marginalisering för att bedriva förändringsarbete samt i att lyfta fram och

¹¹⁷ Oikeusministeriön julkaisuja, Mietintöjä ja lausuntoja 2021:3. Taustalla rikos, edessä muutos. Suositukset viranomaisten saumattomalle yhteistyölle rikostaustaisten yhteiskuntaan kiinnittymisessä. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-844-8>. Läst 15.3.2022.

rapportera sociala missförhållanden, människors behov eller organisatoriska problem. Ett ökat och närmare samarbete med regionala och lokala aktörer inom medborgarsamhället kan bidra till att identifiera och lyfta fram sociala problem eller otillfredsställda behov som aktörer i medborgarsamhället redan känner till på ett sätt som påverkar samhället. Socialt arbete och ett starkt samarbete med medborgare och medborgarsamhället kan säkerställa att även de mest utsatta, som kanske inte själva kan be om hjälp, får den hjälp och det stöd de behöver.

Målen för att förbättra och upprätthålla livskontroll som läggs till i paragrafen om social rehabilitering diversifierar innehållet i social rehabilitering och förbättrar således utsatta socialvårds-klienters ställning och deras tillgång till tjänster som motsvarar deras behov. Det är väsentligt att social rehabilitering är målinriktad, vilket i vissa livssituationer kan innebära att man aktivt upprätthåller den nuvarande situationen för att inte förvärpa den. Detta gäller i synnerhet personer som länge varit marginaliserade och hamnat utanför servicesystemen. Detta stöder också tanken att en person är värdefull i sin egen livssituation och har rätt till stöd utan förändrings-skyldighet. Det kan i sin tur vara ett steg i att skapa förtroende mellan klienter och anställda samt få omfattande hjälp. Tillhandahållande av social rehabilitering för utsatta kan också vara ett steg mot att återuppliva klientens motivation och förbättra sin livssituation genom social rehabilitering. Förslaget klargör och stärker den sociala rehabiliteringens roll som en av de centrala grundläggande socialvårdstjänsterna och som ett sätt att hjälpa en medborgare i nöd genom ett individuellt anpassat servicepaket.

Den föreslagna ökningen av öppna och lättillgängliga dagcentertjänster kan nå och hjälpa utsatta bostadslösa eller missbrukare som ofta är tvungna att tillbringa sin tid på offentliga platser, i trapphus eller andra platser som ger fysiskt skydd om de blir utan sådan service. Tjänster riktade till de mest utsatta personerna bidrar därmed också till samhällsfreden och stärker den allmänna trygghetskänslan hos kommuninvånarna, eftersom det finns tydligt anvisade ställen där dessa personer kan få konkret hjälp.

Bestämmelsen om välfärdsområdenas skyldighet att ordna dagcentertjänster för missbrukare kan leda till förändringar i verksamheten för de organisationsaktörer som tillhandahållit liknande tjänster med så kallad STEA-finansiering, det vill säga statsunderstöd för arbete som främjar hälsa och social välfärd för allmännyttiga samfund. Social- och hälsoorganisationernas understödscentral (STEA) är en statsunderstödsmyndighet vid social- och hälsovårdsministeriet som beviljar organisationer inom social- och hälsovårdssektorn understöd ur penningpelsin-täkter. Omvandlingen av verksamheten som tidigare kompletterat socialvårdens verksamhet till en serviceuppgift enligt socialvårdslagen som välfärdsområdena ansvarar för innebär att orga-nisationsaktörer inte längre kan tillhandahålla motsvarande tjänster på samma sätt som tidigare. Förändringen innebär att dessa organisationers verksamhet preciseras så att tjänsteproduktionen efter eventuell konkurrensutsättning kan fortsätta i en inköpsservicerelationen med välfärdsom-rådet (i den mån det inte omfattar innehåll som anses vara en offentlig förvaltningsuppgift, t.ex. hänvisning till service eller bedömning av servicebehov) eller alternativt inriktning av verksam-heten till mindre lagstadgad verksamhet med STEA-bidrag. Förändringen påverkar således inte nödvändigtvis organisationernas verksamhetsförutsättningar, eftersom de även framöver kan ha en central betydelse och uppgift i utvecklingen av verksamhet som stöder det offentliga service-systemet. Om dagcentertjänsterna för missbrukare tydligare fastställs som en lagstadgad uppgift för välfärdsområdet förtydligas uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan den offentliga sektorn och organisationerna.

4.2.3.2 Konsekvenser för klienter och patienter

I principerna för ordnandet av tjänster bör särskild uppmärksamhet ägnas åt att tjänsterna når de mest utsatta grupperna där resurserna är små. De föreslagna ändringarna av socialvårdslagen

samt hälso- och sjukvårdslagen kommer att förbättra tillgången till tjänsterna samt deras kontinuitet och samordning enligt patienternas och klienternas. Andringarna omfattar människor i alla åldrar och gynnar både klienter och patienter i allmänhet och i synnerhet personer som har svårigheter med att söka hjälp.

Förslagen styr förskjutningen av serviceväsendets inriktning mot tidigt stöd och ingripande genom att bland annat inom socialt arbete stärka samarbetet med samfund i socialt och uppsökande arbete samt förebyggande mentalvårdsarbete tillsammans med kommunerna. Även den föreslagna dagcenterservice för missbrukare kommer att främja och påskynda hänvisningen och tillgången till relevanta missbrukar- och mentalvårdstjänster och på så sätt styra servicesystemet i att agera i klientens intresse.

När regleringen av mentalvårds- och missbrukartjänster relaterade till hälso- och sjukvård införlivas i hälso- och sjukvårdslagen, förbättras jämställdheten mellan mentalvårdspatienter, missbrukarklienter och andra patienter. Hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla sjukdomar och bör regleras av en gemensam rättslig ram. Detta förväntas förbättra såväl en relevant vård av psykiska och substansrelaterade störningar och andra sjukdomar som att identifiera och behandla eventuella psykiska eller missbruksrelaterade problem hos personer som vårdas på grund av andra sjukdomar. Vården av samtidiga missbruks- och beroendestörningar samt psykiska störningar effektiviseras om forskning, vård och medicinsk rehabilitering av missbruksstörningar och andra beroendestörningar tydligt definieras som en uppgift för hälso- och sjukvården. Detta underlättar den gemensamma planeringen och genomförandet av vården samt arbetsfördelningen även om välfärdsområdet beslutar att organisera missbrukar- och beroendevården separat i socialvårdsorganisationen.

Lagreformen minskar stigmatisering i samband med psykisk ohälsa och missbruk genom att överföra regleringen av tjänsterna från speciallagstiftningen till en allmän social- och hälsovårdslag samt förbättrar tillgången till tjänster. Minskad stigmatisering kan stärka klienternas tillgång till den vård och hjälp de behöver. När psykiska problem betraktas på samma sätt som andra hälsoproblem och störningar främjar det både sökandet av hjälp, insikten av behovet av hjälp och en heltäckande vård för alla medborgare.

Det har föreslagits nya paragrafer och preciseringar i socialvårdslagen som kan säkerställa en relevant hänvisning till vård och nödvändig service även efter att speciallagstiftningen upphävts. Det föreslås att lagen kompletteras med flera element som underlättar kundprocessen och hantering av den. Till exempel stärks ställningen och rättigheterna för personer med särskilda behov genom personliga möten vars antal antecknas i klientplanen och personliga kontaktpersoner i tjänsteförhållande. Förslaget är relevant för de mest utsatta klienternas rättsskydd och intresse.

Förslagen stärker klientorienteringen och klienternas rätt att få sociala tjänster som möter deras behov. Bestämmelserna stöder och styr även social- och hälsovårdens samarbete och sökandet efter gemensamma lämpliga lösningar som stöder klientens mål. Bestämmelserna hjälper vid utvärderingen och planeringen av tjänsterna genom en gemensam plan, vilket påskyndar och förbättrar tillgången till lämpliga tjänster och behandlingar för klienten/patienten. En patient eller klient med psykiska eller substansrelaterade problem ska enligt propositionen få den hälsovård de behöver och den socialvård som bedöms nödvändig, oavsett om han eller hon är patient inom hälso- och sjukvården eller klient inom socialvården. Förslagen förbättrar klientens och patientens ställning och minskar onödigt bollande mellan organisationer när tjänster vid behov ordnas gemensamt eller samtidigt. Skyldigheten att säkerställa kontinuiteten i vården förbättrar patientens ställning och säkerställer en framgångsrik och ändamålsenlig vård vid förflyttning mellan olika sjukvårdsenheter eller från en hälso- och sjukvårdsenhet till socialvårdens boende- eller institutionstjänster.

Framöver ska områdena tillhandahålla mångdimensionella psykiatriska öppenvårdstjänster. Detta främjar lika tillgång till lämplig vård för patienter, då bland annat mobila arbetsrutiner blir vanligare. Även patientens frihet att välja mellan olika serviceformer ökar. De mångdimensionella tjänsterna omfattar även digitala tjänster, vars användning således främjas genom regleringen. Å andra sidan säkerställer de mångdimensionella tjänsterna, särskilt i situationer där distans- eller polikliniska besök inte är lämpliga, att intensifierad eller annan vård kan ges i hemmet.

I plötsliga allvarliga krissituationer behöver en person ofta psykosocialt stöd från både socialvården samt hälso- och sjukvården. Det föreslås att detta stöd ska preciseras socialvårdslagen för socialvårdens del samt i hälso- och sjukvårdslagen för hälso- och sjukvårdens del. Preciseringsförbättringar patienternas och klienternas ställning i plötsliga chockerande situationer och ger dem bättre tillgång till de tjänster och det psykosociala de behöver.

4.2.3.3 Konsekvenser för olika befolkningsgrupper

Servicesystemet ska bidra till att minska ojämlikheten i välfärden och hälsan mellan olika delar av befolkningen. Lagreformen har en central betydelse för dem som är i behov av stöd och vård på grund av psykiska och substansrelaterade problem och -störningar, eftersom den upplevda stigmatiseringen i samband med vård och service minskar när tjänsterna överförs från speciallagstiftning till allmän lagstiftning. Minska stigmatisering kan göra det lättare för klienterna att söka den vård och hjälp de behöver. Om psykiska störningar betraktas på samma sätt som andra hälsoproblem och -störningar blir det lättare att söka hjälp, identifiera behovet av hjälp och tillhandahålla holistisk vård och tjänster för alla, men särskilt för dem som behöver hjälp.

Förslaget om mångdimensionella tjänster inom hälso- och sjukvården, inklusive mobila öppenvårdstjänster, förbättrar tillgången till bland annat mentalvårdstjänster för äldre medborgare. I situationer där det är svårt för dem att besöka en separat öppenvårdstjänst kan besöket även ske i deras hem eller på exempelvis en boendeenhet.

Studier¹¹⁸ visar att missbruk och psykiska störningar, somatisk ohälsa, hemlöshet, överskuld-sättning, inlärningssvårigheter, låg utbildningsnivå och låg anställningsbarhet samt behovet av social- och hälsovård präglar Brottspåföljdsmyndighetens klienter, fångar och samhällspåföljds-klienter. Omfattande samarbete mellan servicesystemet och Brottspåföljdsmyndigheten behövs före och under brottspåföljden samt särskilt under frigivningsfasen för att säkerställa adekvata tjänster och kontinuitet som stöder klientens självständighet och delaktighet. Förslaget om samordning av vård och tjänster, säkerställande av kontinuitet i vården, förtydligande av rollen för socialvårdens kontaktperson och de föreslagna ändringarna av social rehabilitering stöder och främjar också tillgången till tjänster för att möta denna befolkningsgrupps behov efter fängelseiden samt stöd för ett icke-kriminellt liv.

Förslaget om dagcenter som en särskild service inom alkohol- och drogarbetet ökar möjligheten och rätten för bostadslösa och andra särskilt utsatta personer att få relevant service utan trösklar. Rätten till tjänster gäller också berusade personer, vilket förbättrar tillgången till hjälp för de mest utsatta. Genom ändringen kan servicesystemet i högre grad även nå personer som på grund av sina akuta substansrelaterade problem ofta är uteslagna från den social- och hälsovård som

¹¹⁸ Till exempel Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveystyökyky ja hoidontarve. Perustuloraportti. Matti Joukamaa ja työryhmä. Tillgänglig: https://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-riisenjulkaisusarja/6AqMACEr8/RISE_1_2010_Rikosseuraamusasiakkaiden_terveys_tyokyky_ja_hoidontarve.pdf. Läst 17.3.2022.

de behöver, till exempel för att de har svårt att komma på överenskomna tider eller att kontakta anställda under vissa telefontider. Propositionen stöder genomförandet av den operativa modellen Asunto ensin (Bostad först) i samarbete med kommunernas bostadsaktörer, eftersom den i högre grad ingriper i behovet av permanenta lösningar för dem som behöver tillfälligt boende.

Förslaget syftar till att stärka samarbetet mellan välfärdsområdena och kommunerna, inklusive utförandet av samhällsinriktat socialt arbete och förebyggande mentalvårdsarbete. I praktiken kan detta bland annat innebära utveckling av sektorsövergripande samsprakspraxis relaterad till bostadslösa eller förstärkning av andra uppgifter som främjar kommunens arbete för välbefinnande, hälsa och säkerhet i samband med eller vid sidan av tjänster eller aktiviteter som välfärdsområdet ansvarar för. Till exempel i den operativa modellen Bostad först, som är kärnan i hemlöshetsarbetet, ses boende, boendetrygghet och säkerställande av boende som de primära stödåtgärderna framför andra stödinsatser, vilket kräver insatser från både kommunen och välfärdsområdet. Adekvata och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster kan stödja människor som även har allvarliga problem relaterade till psykisk hälsa och missbruk. Det är ytterst viktigt att ordna bostäder och boende, och det stöder redan i sig lösandet av andra problem. Att avtala om åtaganden och roller i den operativa modellen Bostad först med kommunen främjar ställningen och rättigheterna för de mest utsatta människorna, till exempel inom ramen för samhällsinriktat socialt arbete eller dagcenterservice.

Även uppsökande arbete kan nå personer som inte söker tjänster på eget initiativ men som skulle kunna dra nytta av dem. Dessa personer är ofta i en särskilt utsatt ställning och kan ha dåliga erfarenheter av servicesystemet. I Helsingfors stads rapport om uppsökande arbete år 2017¹¹⁹ konstateras att många personer som påträffats på gator har en plats på en boendeenhet eller omfattas av stödboende. Trots det tillbringade de största delen av tiden utomhus, ofta för att de ansåg att boendelösningen inte var lämplig för dem. En betydande del av dem som det uppsökande arbetet kommer i kontakt med är personer som man i första hand försöker skapa kontakt med och inge förtroende. Ett mindre antal möten leder till att personen får hjälp med ärenden eller tjänster. Genom bestämmelserna om uppsökande arbete i socialvårdslagen säkerställs möjligheten för personer som vistas på gator och allmänna platser att bli bemötta och därmed eventuellt hänvisas till bedömning av servicebehov och ändamålsenliga tjänster. Dessa personer drar också nytta av mobila hälso- och sjukvårdstjänster.

4.2.3.4 Konsekvenser för likabehandling och jämställdhet

Kvinnor söker sig till tjänsterna mer än män, medan allvarliga missförhållanden och självmord är vanligare bland män. Missbruk och beroende är betydligt vanligare hos män än hos kvinnor. Män använder proportionellt mindre mentalvårdstjänster än kvinnor och betydligt mer missbrukartjänster än kvinnor. De föreslagna förändringarna i tjänsterna och till exempel i det uppsökande arbetet bidrar till att nå personer som inte på eget initiativ söker sig till tjänster. Majoriteten av dessa personer är sannolikt män. Till exempel är majoriteten av bostadslösa är män, och den föreslagna dagcenterservice tillhandahåller tjänster för en stor del av denna grupp. I takt med att den totala hemlösheten har minskat har den relativa andelen kvinnor bland de bostadslösa ökat, och bostadslösa kvinnor förknippas ofta med underkuvande och våldsamma relationer. Särskilda grupper omfattar utöver kvinnor till exempel unga, invandrare och personer som tillhör olika sexuella minoriteter och könsminoriteter. På mötesplatser som är öppna för alla hamnar kvinnor och andra specialgrupper ofta i bakgrunden, eftersom platserna ofta är mansdominerade. Det kan därför bli ett hinder att ta sig dit och be om hjälp. Genom social

¹¹⁹ Sosiaalinen raportointi. Etsivä lähityö. Helsinki 30.5.2017. Tillgänglig: <https://www.hel.fi/static/sote/sosrap/raportit/etsiva-lahityo.pdf>. Läst 15.3.2022.

handledning som föreslås för tjänsten är det möjligt att särskilt uppmärksamma att lokalerna och tjänsterna är tillgängliga och säkra för alla, så att de i en särskilt utmanande situation får en tröskelfri tillgång till hjälp och tjänster. Bestämmelserna om samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete ger också välfärdsområdet en möjlighet att rikta arbetet efter situationen i området på ett sätt som är ändamålsenligt och även tar hänsyn till specialgruppers behov.

När det gäller hälso- och sjukvården främjar införlivandet av servicebestämmelserna i en enda lag såväl utvecklingsarbetet som förbättring av servicen. Mångdimensionella, tidiga, mobila och hembaserade tjänster hjälper att nå och hålla kvar sådana personer i tjänsterna som i övrigt är svåra att nå. De föreslagna ändringarna stöder utvecklingen av en holistisk hälso- och sjukvård och därmed bättre och mer jämlik hälsa i hela samhället.

4.2.3.5 Konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna och mänskliga rättigheterna

Förslagen stärker rätten till adekvata social- och hälsovårdstjänster genom att förbättra mentalvårds- och missbrukartjänsternas tillgänglighet, effektivitet och ändamålsenlighet. När det gäller hälso- och sjukvårdstjänsterna ska mångfalden, samordningen och kontinuiteten i vården ökas.

I fråga om socialvårdstjänster gäller förslagen om de mest svåråtkomliga klienternas tillgång till tjänster utförande av uppsökande arbete som en del av samhällsinriktat socialt arbete och dagcenterservice som missbrukartjänster. Tjänsten bidrar särskilt till att tillgodose grundläggande behov hos personer med substansrelaterade problem. Välfärdsområdena åläggs enligt förslaget att anvisa en konkret plats där personer i behov av tjänster har rätt till nödvändig omsorg och skydd.

Den föreslagna preciseringen av rätten för en person i behov av särskilt stöd enligt socialvårdslagen att personligen få träffa sin personliga kontaktperson tillräckligt ofta stärker de mest utsattas ställning och tillgodoseendet av rättsskyddet. Kontaktpersonens uppgift är att stödja klienten i att nå sina egna mål och de i kundplanen uppställda målen som påverkar stödbehoven samt att stärka och använda sina egna resurser. Det senare kräver identifiering av en persons fysiska, psykiska och kognitiva resurser, vilket ofta bygger på att identifiera behovet av stöd. Tillräckligt ofta förekommande möten mellan kontaktpersonen och den stödbehövande klienten samt att kontaktpersonen arbetar i tjänsteförhållande är ofta en förutsättning för detta.

4.2.3.6 Konsekvenser för barn

De föreslagna ändringarna av hälso- och sjukvårdslagen samt socialvårdslagen riktar sig till alla åldersgrupper. I den mån som de föreslagna ändringarna förbättrar tjänsternas tillgänglighet, effektivitet, ändamålsenlighet och kontinuitet, kommer dessa konsekvenser också att omfatta barn. Dessutom medför förslagen indirekta konsekvenser för barn i form av förbättrade missbrukar- och mentalvårdstjänster för föräldrar eller andra vårdnadshavare när dessa tjänster behövs. Eftersom nästan 40 procent av befolkningen är barnfamiljer gynnar utvecklingen av vuxenservicen också barnen genom att påverka familjernas situation, vuxnas funktionsförmåga och barns uppväxtvillkor. Ändringarna syftar också till att sänka tröskeln för att söka hjälp.

Enligt propositionen utförs undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering av psykiska störningar som mångdimensionella tjänster. Patienten ska ges all den hälso- och sjukvård som han eller hon behöver och även mentalvård ska ges genom samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Samarbetet inom servicesystemet och en ändamålsenlig resursanvändning främjar å ena sidan barns och ungas tillgång till ändamålsenlig tidig vård, i den egna vardagsmiljön och å andra sidan tillgång till specialiserad sjukvård i enlighet med vårdens

gradering. Tillhandahållandet av mentalvårdstjänster som helheter som patienter behöver förbättrar samordningen av förebyggande hälso- och sjukvård och öppenvård inom primärvården för barn och unga. Att förutsätta helheter förbättrar vårdvägarna för barn och ungdomar från förebyggande hälso- och sjukvård till primärvård och sjukvård vid behov vidare till specialiserad sjukvård. Bestämmelsen stärker också det samarbete som för närvarande utvecklas inom programmet Framtidens social- och hälsocentral, där den specialiserade sjukvården stöder förebyggande hälso- och sjukvård och studerandevård för barn och unga vid införandet av riktade psykosociala metoder för förebyggande och tidig vård.

Tillräckligheten hos mentalvårdstjänsterna för barn och ungdomar påverkas i hög grad av hur vardagsmiljön stöder psykisk hälsa och nykterhet samt hur primärvården och de allmänna socialvårdstjänsterna stöder barn, unga och deras anhöriga. Förebyggande hälsovård och öppen vård inom primärvården för barn ordnas separat, likaså delvis studerandevårdens förebyggande arbete och öppen sjukhusvård. Eftersom reformen inte berör ordnande av skol- och studerandehälsovård, påverkar den således inte nämnvärt de kända strukturella utmaningar för serviceväsendet som beskrivs i bedömningen av propositionens nuläge. Trots att propositionen betonar tillhandahållandet av tjänster som samordnade helheter finns det en risk att den öppna primärvården samt mental- och missbrukarvården som en del av den förblir splittrad och otillräcklig särskilt för barn i skolåldern. De presenterade förslagen för servicesystemets allmänna funktion ger ett nödvändigt underlag för att förbättra mentalvårdstjänsterna för barn och unga, och det är viktigt att fortsätta utvecklingsarbetet.

Vårdens kontinuitet vid byte av vårdplats fungerar ofta väl för barn med föräldrarnas och vårdnadshavarnas stöd. I tonåren övergår ansvaret för att ta hand om saker och ting i allt större utsträckning till den unge själv och då ökar risken att hamna utanför vården. De ungdomar och unga vuxna som håller på att gå över till tjänster för vuxna gynnas av säkerställandet av kontinuiteten i vården enligt förslagen.

Förslagen tar hänsyn till barnets ställning, till exempel i anslutning till social rehabilitering som en förälder deltar i. Preciseringen att kontaktpersonen för ett barn med särskilda stödbehov ska stå i tjänsteförhållande förbättrar i synnerhet ställningen för särskilt utsatta barn, ungdomar och deras familjer samt tillgodoseendet av de grundläggande rättigheterna. Förslaget att stärka rollen för samhällsinriktat socialt arbete i socialvården påverkar också barnets livsmiljö och ökar dess trygghet. Ett nära samarbete mellan det uppsökande arbete som socialvården ansvarar för och kommunernas uppsökande ungdomsarbete stärker också hänvisningen av hjälpbehövande unga till relevant social- och hälsovård.

Förtydligandet av paragraferna om gemensamma tjänster inom social- och hälsovården syftar till att främja tillhandahållandet av gemensamma social- och hälsovårdstjänster på det sätt som bäst tillvaratar klientens intressen. Det är fråga om lagstiftning som redan gäller, men i praktiken har det blivit klart att det finns oklarheter, framför allt inom missbrukartjänster, i social- och hälsovårdens uppgifter och arbetsfördelning. Exempelvis sker undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering av patienter inte i samma utsträckning som inom annan hälso- och sjukvård. Ändringen syftar bland annat till att främja implementeringen av god praxis inom socialvården och utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster och enhetliga kriterier för vården, oavsett hur tjänsterna är administrativt organiserade. Ändringen gynnar alla åldersgrupper och särskilt unga. Missbrukarvård för unga ordnas i dag vid socialvårdsenheter mer ofta än för andra åldersgrupper, och reformen preciserar genomförandet av verksamhet som motsvarar hälso- och sjukvård. Reformen stöder också en förstärkning av missbrukarvården för unga som verksamhet inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Dessutom stöder tillhandahållandet av gemensamma tjänster det pågående utvecklingsarbetet av nätverkande familjecenter.

Regionförvaltningsmyndigheterna ska liksom tidigare ordna årliga regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvårdstjänster för barn och unga. Om bestämmelsen flyttas från mentalvårdsförordningen till socialvårdslagen samt hälso- och sjukvårdslagen betonas denna uppgift. Tillsammans med den pågående omstruktureringen av social- och hälsovården stärker bestämmelsen samarbetet mellan myndigheter och införandet av goda arbetsrutiner och operativa modeller som är till barnets bästa inom välfärdsområdena.

4.2.3.7 Konsekvenser för sysselsättningen och arbetslivet

Centralt för förhållandet mellan arbete och psykisk hälsa är hur psykisk hälsa påverkar arbetsförmågan och hur arbete påverkar psykiskt välbefinnande och välbefinnande. Vid sidan av sjukdomar i rörelseorganen är psykiska störningar den största sjukdomsgruppen som orsakar arbetsoförmåga. Psykiska problem försämrar i sin tur arbetsförmågan. Det sätt på vilket servicesystemet reagerar på psykiska störningar har därför stor betydelse för både sysselsättningen och för arbetsförmågan. Förslaget förbättrar servicesystemets interoperabilitet på ett antal sätt. Tidig identifiering av psykiska problem och missbruk samt samordning av relevanta tjänster och behandlingar kan göra det möjligt för människor att återgå till arbete, påskynda deras återgång till arbete eller arbeta deltid.

Propositionen ökar efterfrågan på arbetskraft inom några centrala yrkesgrupper. Det uppsökande arbetet uppskattas skapa ett behov av 44 socionomers årsverken. Antalet årsverken för arbetshandledare väntas öka med 1,6 årsverken. För mångdimensionell vård kan det ytterligare behovet uppskattas till 67 sjukskötares årsverken, och dessutom uppskattas närvårdarnas årsverken per öka med 1,5. Kontinuiteten i vården och tjänsterna väntas skapa behov av en ökning av antalet årsverken av cirka 14 sjukskötare.

Totalt beräknas behovet av sjukskötare öka med 81, behovet av närvårdare med 1,5 och behovet av socionomer 44 med årsverken. Samtidigt är det känt att det redan finns svårigheter att rekrytera arbetskraft i dessa yrkesgrupper. Tillgången på arbetskraft kan följaktligen bli en flaskhals i genomförandet av reformen, vilket bromsar upp uppnåendet av målen. På det stora hela är det dock fråga om ganska små personalökningsbehov per välfärdsområde. De effektiviserar verksamheten och arbetsfördelningen. Således effektiviserar de för sin del resursanvändningen och förbättrar personalens förutsättningar att utföra arbetet högkvalitativt, vilket också främjar arbetsförhållandena. Dessutom kan till exempel ett ökat samhällsinriktat socialt arbete utvidga socialvårdspersonalens arbetsmöjligheter och arbetsuppgifter. De föreslagna ändringarna kan således också öka områdets attraktivitet vid rekrytering och främja tillgången till kompetent arbetskraft.

Propositionen medför positiva konsekvenser för personalbelastningen på hälso- och sjukvårdens samjour, eftersom mångdimensionellt arbete minskar behovet av brådskande vård bland patienter. Även socialvårdens uppsökande arbete och dagcenter kan nå klienter och hänvisa dem till adekvat hälso- och sjukvård. Till exempel har det observerats att bostadslösa gör tiotals gånger fler besök till sjukhusjourer än den övriga befolkningen¹²⁰.

Reformen kan även förväntas medföra positiva långsiktiga konsekvenser för utbudet av arbetskraft, även om de inte går att kvantifiera. Dessa utbudseffekter beror på att tillgången till missbrukar- och mentalvårdstjänster stöder sysselsättningen. I dagsläget är psykiska orsaker en stor

¹²⁰ Stenius-Ayoade A. Housing, health and service use of the homeless in Helsinki, Finland. Helsingin yliopisto DSHealth Doctoral Thesis Series 2019. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5178-0>. Läst 26.8.2022.

orsak till invalidpensionering, och missbruk orsakar både mycket frånvaro från arbetet och total frånvaro från arbetsmarknaden.

4.2.3.8 Konsekvenser för säkerheten

Servicesystemets funktion påverkar många sociala frågor i största allmänhet. Till exempel på befolkningsnivå påverkar förtroendet för hur det offentliga servicesystemet fungerar och tillgången till hjälp samhällets förmåga att reagera på och återhämta sig från störningar. Detta blev särskilt tydligt under de senaste åren på grund av covid-19-pandemin och dess mångfacetterade effekter. Fungerande tjänster tryggar dessutom samhällsfreden.

Psykosocialt stöd är en del av det lagstadgade systemet för social- och hälsovård som välfärdsområdena ansvarar för. Att säkerställa servicesystemets funktion i plötsliga traumatiska situationer utgör en del av myndigheternas lagstadgade beredskapsplanering och beredskap. Ett nära och smidigt samarbete mellan social- och hälsovården samt andra aktörer är avgörande för ett ändamålsenligt tillhandahållande av stöd och tjänster. De föreslagna ändringarna för att förtydliga uppgifterna om psykosocialt stöd mellan social- och hälsovården och för att förtydliga socialjourens roll och uppgifter, särskilt i tillhandahållandet av psykosocialt stöd i tidigt skede, förbättrar servicesystemets förmåga att adekvat reagera på plötsliga traumatiska händelser. De föreslagna preciseringarna förbättrar samhällets resiliens mot kriser, hjälper individer och samhällen att återhämta sig från traumatiska situationer och utvecklar resiliensen mot potentiellt framtida traumatiska situationer.

De föreslagna bestämmelserna om ordnandet av psykosocialt stöd, vård och socialvård inom mentalvårdsarbete samt alkohol- och drogarbete stärker den lokala social- och hälsovården, säkerställer det långsiktiga stöd som behövs och styr samarbetet mellan myndigheterna. De föreslagna ändringarna förbättrar den nationella jämlikheten i tjänsterna, rättssäkerheten för aktörerna och dem som behöver hjälp samt utvecklar kompetensen och yrkesskickligheten hos den personal som tillhandahåller psykosocialt stöd.

De föreslagna bestämmelserna för att säkerställa kontinuiteten i vården vid eventuella förändringar av en patients vårdvilja eller vårdplats kommer att förbättra klient- och patientsäkerheten. Frågor relaterade till kommunikation och ansvarsfördelning vid övergångar i vården och tjänsterna påskyndar implementeringen av vård- och serviceprocesser och förbättrar därmed vårdens och tjänsternas effektivitet och minskar mänskligt lidande.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

Under beredningen av propositionen har flera alternativ för att reformera regleringen av vården mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård diskuterats med undantag för tvångsvård. Valet av regleringssätt har också påverkats av de förberedande besluten om reglering av tvångsvård i dessa lagar, även om beredningen har delats upp i ett särskilt lagförslag om självbestämmanderätt vid regleringen av tvångsvård. Huvudtanken har varit att separera regleringen av tvångsvården och regleringen av andra mentalvårds- och missbrukartjänster i olika lagar.

Ett alternativt tillvägagångssätt hade varit att bevara regleringen av mentalvårds- och missbrukartjänster i mentalvårdslagen och lagen om missbrukartjänster så att dessa tjänster fortsättningsvis skulle regleras i separata lagar. Innehållet i mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård, med undantag för tvångsvård, är dock ganska begränsat, varför detta inte ansågs vara ett bra alternativ. Ett annat alternativ hade varit att kombinera regleringen av mentalvårds- och

missbrukartjänster till en ny lag. Ingetdera alternativet skulle ha bidragit till en heltäckande integration av mentalvårds- och missbrukartjänster i det övriga social- och hälsovårdssystemet i samma utsträckning som den valda regleringslösningen. Genom en reglering av socialvårdens mentalvårds- och missbrukartjänster endast i socialvårdslagen samt hälso- och sjukvårdens mentalvårds- och missbrukartjänster endast i hälso- och sjukvårdslagen kan man dessutom minska mängden överlappande reglering och därigenom öka regleringens tydlighet. Överlappande reglering kan leda till oklarheter i tillämpningen.

När det gäller hälso- och sjukvården ansågs införlivandet av regleringen av missbrukar- och mentalvårdstjänster i hälso- och sjukvårdslagen stärka tillgången till en övergripande hälso- och sjukvård. I synnerhet när det gäller socialvården diskuterades även alternativa lösningar på paragrafnivå i fråga om införlivandet av regleringen av missbrukar- och mentalvårdsarbetet i sin helhet i socialvårdslagen. Det finns fortfarande en hel del utvecklingsönskemål som ignoreras vid beredningen av socialvårdslagen, som reviderades år 2014 och trädde i kraft år 2015. Som beredningslinje valde man att fortsätta på linjen för totalreformen år 2014 i fråga om mentalvårds- och missbrukartjänster där ett centralt mål var att flytta socialvårdens fokus från specialtjänster till allmänna tjänster, stärka likabehandlingen av klienter och intensifiera samarbetet mellan myndigheterna. I totalreformen av socialvårdslagen år 2014 definierades centrala begrepp och sociala tjänster relaterade till serviceverksamheten för att bemöta klienters stödbehov, och dessutom fastställdes socialvårdens uppgifter och verksamhetsförutsättningar i frågor som hör till dess ansvar och kompetens. Beredningen av den nu föreslagna lagen har fortsatt utifrån samma principer och riktlinjer genom förtydligande och precisering av den gällande regleringen av alkohol- och drogarbete samt mentalvårdsarbete. Det centrala målet är att identifiera väsentliga stödbehov på grund av psykisk ohälsa och missbruk samt operativa principer och tjänster som bäst motsvarar den nuvarande strukturen i den gällande socialvårdslagen och som är så tydligt och begripligt som möjligt för både klienten och servicesystemet, samtidigt som det stöder de ursprungliga målen för totalreformen och är i linje med den gällande lagen.

Vid beredningen identifierades specifika operativa, juridiska och specifika behov hos vissa kundgrupper för vilka socialvårdslagens eller hälso- och sjukvårdslagens nuvarande strukturer och regleringsmodeller kanske inte är de bästa möjliga. Särskilda behov för utveckling av servicesystemet identifierades, särskilt för mentalvårdstjänster för barn och unga, för vilka det finns särskilt allvarliga brister i tillgången till tjänster. Det som talade för reglering på ett allmänt plan som omfattade hela servicesystemet och alla åldersgrupper var att ett anslag på 18 miljoner euro hade reserverats för genomförandet av propositionen i budgeten, vilket inte möjliggjorde stora strukturella eller funktionella förändringar i servicesystemet. Även tidpunkten för propositionen, som är en exceptionell utmaning och brådskande på grund av beredningen av ansvaret för ordnandet till områdena, talade för alternativet att i detta skede av reformen fokusera på främjandet av den tidigare beredningens riktlinjer och på allmänna förbättringar av servicesystemets funktion och inrikta ändringarna så att de gäller alla som gynnas av dem.

Även samordningen av social- och hälsovårdens verksamhet, både med varandra och med verksamheten inom andra servicesektorer, är ett område där utvecklingsbehov har identifierats. Under beredningen stärktes uppfattningen att det är viktigt att vidareutveckla lagstiftningen om social- och hälsovårdens tjänster för att bättre kunna bemöta klienternas nya behov och den förändrade operativa miljön och för att i högre grad motsvara kraven på sektorsövergripande samarbete och kommunikation.

5.2 Utländsk lagstiftning och andra förfaranden som tillämpas utomlands

5.2.1 Mentalvårds- och missbrukartjänster

Sverige

I Sverige är ansvaret för mental- och missbrukarvården fördelat mellan staten, regionerna (21) och kommunerna (290). De statliga myndigheterna ansvarar för den nationella utvecklingen och uppföljningen av tjänsterna. Centrala myndigheter är Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten som styr och följer upp vården med hjälp av olika strategier, anvisningar, rapporter och statistik. Verksamheten stöds av länsstyrelserna som representerar staten på regionnivå och som samordnar myndigheternas arbete och ser till att de nationella riktlinjerna beaktas i arbetet i länet.

Ansvaret för ordnandet av mental- och missbrukarvårdstjänster är i Sverige fördelat mellan regionerna och kommunerna. Om arbetsfördelningen mellan regionerna och kommunerna samt samarbetsskyldigheten i ordnandet av tjänsterna föreskrivs i social- och hälsovårdslagstiftningen. Regionerna ansvarar för tjänsterna som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och till vilka hör primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens mentalvårdstjänster och i fråga om missbrukartjänster avgiftning, annan medicinsk vård och akut sjukvård. Hjälp för missbrukarproblem tillhandahålls också på hälsocentraler som står under regionerna och på vilka läkare eller sjukskötare eller till exempel psykolog kan besökas. Typiska behandlingsformer utgörs av till exempel motiverande intervjuer och kognitiv psykoterapi. Kommunerna ansvarar för de tjänster som omfattas av socialvårdslagen. I fråga om mentalvård omfattar kommunernas uppgifter sysselsättnings- och boendestöd i anslutning till långvarigare rehabilitering. När det gäller missbrukartjänster är kommunernas socialväsanden skyldiga att erbjuda missbrukare relevant hjälp. Enligt lagen ska de också ingå samarbetsavtal med regionen om hur missbrukartjänsterna ska ordnas i form av samarbete mellan regionerna och kommunerna. Via socialväsendet kan personer också söka sig till missbrukarvården i Sverige. I allmänhet är det fråga om långvarigare rehabilitering, till exempel enligt 12-stegsprogrammet. Kommunerna ansvarar också för administrativa förfaranden samt för planering och uppföljning av vårdperioden när det gäller vård som är oberoende av en persons vilja. Den egentliga vården ges i allmänhet på vårdplatser som står under staten.

Inom ramen för lagen kan missbrukar- och mentalvårstjänster också köpas av privata aktörer, men myndighetsansvaret kan inte läggas ut på entreprenad. I praktiken får kommunerna och regionerna själva avgöra hur de tillhandahåller tjänsterna, och vårdmodellen är relativt brokig.

Sverige har inga särskilda lagar om mental- och missbrukarvård, utan tjänsterna regleras av social- och hälsovårdslagarna. Dessutom regleras ställningen och rättigheterna för hälso- och sjukvårdens patienter av patientlagen. Det finns särskilda lagar om psykiatrisk tvångsvård och tvångsvård av missbrukare samt tvångsvård av unga personer. Till skillnad från andra länder tillämpas tvångsvård av missbrukare enligt lagen aktivt på både vuxna och unga personer.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) omfattar hälso- och sjukvården åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hit hör också mental- och missbrukarvård inom primärvården och den specialiserade sjukvården, trots att de inte uttryckligen nämns i lagen. När det gäller läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende inom hälso- och sjukvården tillämpas Socialstyrelsens föreskrift. I juli 2022 träder ett tillägg till hälso- och sjukvårdslagen i kraft. Dess syfte är i synnerhet att primärvårdens roll inom mentalvården. Efter tillägget ska de regioner och kommuner som bildar primärvården inom ramen för primärvården

tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster som det fysiska och psykiska vårdbehovet förutsätter. Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper och som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Tjänsterna ska vara lätt tillgängliga, och primärvården ska också samordna satsningar på individer från olika instanser, om detta anses vara nödvändigt.

Socialtjänstlagen (SoL) är en central lag i synnerhet med tanke på missbrukarvården i Sverige. I lagen nämns socialtjänsten som en instans som strävar efter att förebygga och bekämpa missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Efter ett tillägg år 2018 ska socialnämnden även arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar. Socialnämnden ska aktivt sörja för att personer som missbrukar alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, beroendeframkallande medel, dopningsmedel eller spel om pengar får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. En annan särskild grupp som nämns i socialtjänstlagen är barn och unga personer. När det gäller dem ska socialtjänsten aktivt arbeta för att förebygga skada på grund av missbruk av alkoholhaltiga drycker och andra beroendeframkallande berusningsmedel samt skydda barn och unga mot skadliga förhållanden. Vid behov möjliggör lagen placering av barn utom hemmet.

I fråga om mental hälsa föreskriver socialtjänstlagen om långvarigare stöd och rehabilitering i anslutning till vård och rehabilitering som en del av tjänsterna för människor med funktionsnedsättning. Kommunen ansvarar för dessa tjänster, och dess socialtjänst ska sörja för att personer som av "fysiska, psykiska eller andra skäl" möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Stödet som definieras i lagen omfattar boendestöd och stöd för att hitta meningsfullt arbete eller motsvarande aktiviteter.

Sedan år 2010 har patienter i Sverige också rätt att välja social- och hälsovårdstjänster bland tjänsteproducentens alternativ. Även missbrukar- och mentalvårdstjänsterna omfattas av valfriheten.

Inom mentalhälsopolitiken har Sveriges mål på sistone varit att stärka i synnerhet primärvårdens roll i vården av lindrigare mentala problem för att minska såväl uppkomsten av allvarliga mentala störningar som sjukfrånvaro. År 2020 påbörjades beredningen av en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention, och avsikten är att slutföra och slutredovisa uppdraget till regeringen hösten 2023. Den tidigare strategin gällde åren 2016–2020.

Sveriges senaste nationella riktlinje för behandling av narkotikamissbruk, "Nationella riktlinjer för behandling av missbruk och beroende" är från år 2019. Centrala utgångspunkter för tillhandahållandet av tjänster är enligt den ett omfattande serviceutbud, beaktande av klienternas individuella situation, ökning av klienternas valfrihet inom vården samt en kostnadseffektiv fördelning av resurser till vårdformer om vilka det finns vetenskaplig evidens om deras effektivitet.

I slutet av november 2021 offentliggjordes förslaget "Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet" som handlar om vård av människor med både missbruksproblem och psykiska problem. I förslaget föreslås bland annat att lagstiftningen om tvångsvård av missbrukare respektive psykiatrisk tvångsvård ska sammanslås och att alla tjänster för och behandlingar av skadligt beroende och användande ska överföras till hälso- och sjukvården och dess organisationer. Syftet är att i synnerhet förbättra vården av personer som har både missbruksrelaterade och psykiska problem

och som enligt den rådande modellen får vård på överlappande vårdplatser och enligt olika lagstiftning och vårdpraxis. Motsvarande diskussioner har även tidigare förts i Sverige, men fram till i dag har modellen för missbrukarvård varit relativt oförändrad i Sverige.

Ett centralt tema för utvecklingen av både mentalvårds- och missbrukartjänsterna i Sverige är samarbetet och ansvarsfördelningen mellan social- och hälsovårdstjänsterna samt regionerna och kommunerna som ansvarar för dem när det gäller vård och rehabilitering. I de ovan nämnda strategierna och även i sakkunnigdiskussioner på sistone har i synnerhet primärvårdens roll i rollen framhävts. Tanken är att via den i synnerhet få människor med lindriga mentala och missbruksrelaterade problem att söka vård för att förebygga att problemen blir kroniska. Å andra sidan har socialarbetets roll framhävts i stödet för utbildning, sysselsättning och boende efter långvarigare rehabilitering.

Norge

I Norge är ansvaret för mentalvårds- och missbrukartjänster samt även andra tjänster fördelat mellan 356 kommuner och fyra regioner. Staten styr utvecklingen av tjänsterna med hjälp av nationella strategier och information om mentala och missbruksrelaterade problem samt och vården av dem. Den centrala myndigheten är Folkhelseinstituttet (FHI).

Enligt hälso- och omsorgslagen (hälso- och omsorgsloven) ska kommunen ordna tjänster för personer som lider av en psykisk sjukdom, skada eller störning eller rusmedelsmissbruk. De hälso- och omsorgstjänster som regleras av lagen omfattar förebyggande tjänster och primärvårdstjänster vid hälsocentraler och skolor, olika slags akut- och jourtjänster, tjänster för gravida, social, psykosocial och medicinsk rehabilitering, hemtjänster och allmänläkarverksamhet. Å andra sidan konstateras det särskilt i lagen att den hälso- och omsorgsservice som kommunen ordnar omfattar offentliga hälso- och omsorgstjänster som inte hör till staten eller landskapet, som är en aktör som motsvarar regionerna i Sverige. Kommunerna och regionerna beslutar tillsammans om arbetsfördelningen utifrån de lokala förhållandena. De mentalvårdstjänster som kommunerna tillhandahåller omfattar, beroende på kommun, vård av och stöd för lindriga och medelsvåra psykiska problem vid kommunala välfärdscentraler, familjecentraler, psykologmottagningar eller tjänster med låg tröskel. Kommunerna utför också uppsökande och ambulerande arbete samt administrerar dessutom digitala rådgivnings- och stödportaler. När det gäller missbrukartjänsterna ansvarar kommunerna för skadeförebyggande tjänster, uppsökande arbete och annan verksamhet med låg tröskel samt eftervård. Långvarigare rehabilitering ska basera sig på en individuell plan om vilken föreskrivs i en särskild förordning om rehabilitering enligt såväl hälso- och omsorgslagen som lagen om specialiserad sjukvård.

Hälso- och omsorgslagen kompletteras av en förordning om allmänläkarverksamhet (Forskrift om fastlegeordning i kommunene), vars syfte är att säkerställa att alla personer som registrerat sig som bosatta i Norge får relevanta allmänläkartjänster vid rätt tidpunkt och en nära kundrelation med en allmänläkare. Kommunen ansvarar för allmänläkarsystemet och ingår avtal med allmänläkare om deltagande i systemet samt relaterade uppgifter och skyldigheter för allmänläkare. Enligt förordningen omfattar allmänläkarnas vårdansvar alla allmänläkaruppgifter relaterade till de invånares somatiska hälsa, mentala hälsa och rusmedelsbruk som han eller hon ansvarar för, såvida annat inte föreskrivs i lag eller förordning. Kommunen administrerar en lista över läkare i allmänläkarsystemet för invånarna, och invånarna kan välja en läkare på listan, om läkaren har plats på sin lista. Den lagstadgade övre gränsen för antalet personer på en allmänläkares lista är 2500. Om antalet personer på listan är under 500 personer ska läkaren avtala om det med kommunen. Vid behov kan allmänläkare hänvisa patienter till den specialiserade sjukvården.

I Norge ansvarar regionerna för den specialiserade sjukvården om vilken föreskrivs i lagen om specialiserad sjukvård (spesialhelsetjenestloven). I regionerna ska det dessutom finnas platser där det är möjligt att ordna tvångsvård för missbrukare enligt hälso- och omsorgslagen. I lagen om specialiserad sjukvård föreskrivs särskilt om vård av rusmedelsberoende och regionernas ansvar för vården. I Norge används förkortningen TSB (tværfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet) för vårdmodellen för beroende. Den har varit ett eget område inom den specialiserade sjukvården sedan år 2004, och den involverar olika områden såsom medicin, socialarbete och psykologi i vården av beroende. År 2018 var cirka 60 procent av de serviceproducenter som tillhandahåller TSB-vård privata aktörer, vilket är betydligt mer än inom den specialiserade sjukvården i genomsnitt. Ett annat drag som kännetecknar TSB-vård är att största delen av vården sker dygnet runt. År 2020 inrättades ett nationellt kvalitetsregister för uppföljning av vården som följer upp och samlar information om TSB-vård och dess kvalitet samt om klienter som omfattas av den.

Norge har dessutom en särskild lag om psykisk hälsa (psykisk helsevernloven) som föreskriver om mentalvård inom den specialiserade sjukvården och kriterierna för psykiatrisk tvångsvård.

Syftet med den särskilda patient- och användarrättighetslagen (pasient- og brukerrettighetsloven) är att främja patienternas ställning och rättssäkerhet inom vården och trygga respekten för deras integritet och människovärde. Lagen innehåller bland annat bestämmelser om vårdgaranti och valfrihet som även gäller mentalvårds- och missbrukartjänster inom den specialiserade sjukvården.

I socialvårdslagen (Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)) föreskrivs om kommunala tjänster och stödformer för utkomststöd och övrigt ekonomiskt stöd, sysselsättning och boende i Norge. Syftet är att förbättra levnadsförhållandena för personer i en svagare ställning, främja social och ekonomisk trygghet, ge individer självständiga livs- och arbetsmöjligheter samt främja sysselsättning, social delaktighet och aktivt deltagande i samhället. I fråga om mental- och missbrukarvård samt -rehabilitering kan stöd för till exempel boende och sysselsättning bli aktuellt.

Inom mentalpolitiken har Norge under den senaste tiden fokuserat på förebyggande av problem utifrån en uppfattning där psykiska utmaningar hör till ett normalt liv och bör behandlas öppet i arbetslivet, skolorna och det övriga samhället. Målet är att betrakta arbetet för psykisk på samma sätt som det övriga folkhälsoarbetet, öka delaktigheten och samhällstillhörigheten hos personer med psykiska problem, satsa på hälso- och omsorgstjänster, ge akt på kunskap, kvalitet och forskning i arbetet för psykisk hälsa samt främja psykisk hälsa bland barn och unga. Arbetet har baserat sig på sju ministeriers gemensamma strategi för psykisk hälsa, ”Mestre Hele Livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)”, som omfattar förebyggande och vård av problem samt alla åldersgrupper inom mentalvård.

I sin revisionsrapport om mentalvården från 2021 konstaterar statens revisionsverk i Norge att många personer med psykiska problem måste vänta för länge för att få vård, och det finns både kommunala och regionala skillnader i vården. Enligt revisionsrapporten är vården av personer med både psykiska och missbruksrelaterade problem en stor utmaning. Rekommenderade och evidensbaserade vårdmetoder är inte heller alltid tillgängliga. Norge har sedan år 2014 följt en ”gylle regel”, enligt vilken satsningarna på missbrukar- och mentalvård bör öka snabbare i förhållande till kostnaderna för somatisk hälso- och sjukvård. De använda indikatorerna är spenderade vårdresurser, väntetider för vård och antal besök inom den öppna vården. Enligt revisionsrapporten har målen dock inte uppnåtts.

Under de senaste åren har den norska rusmedelspolitiken och missbrukarvården styrts av den nationella strategin ”Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)” som utarbetats av hälso- och omsorgsministeriet (Helse- och omsorgsdepartementet). Strategin har tre prioriteringar: tidigt ingripande för att förebygga rusmedelsberoende samt vård och eftervård. Målet har i synnerhet varit att utveckla kommunernas basservice för att tidigt ingripa i och identifiera problem samt samarbetet mellan kommunerna och den specialiserade sjukvården i tillhandahållandet av tjänster för missbrukare. Syftet har varit att förbättra klienternas ställning inom vården genom att öka valfriheten och förkorta väntetiderna. I fråga om eftervård tar strategin upp betydelsen av arbete och boende, vilket involverar verksamhet som regleras av socialvårdslagen i missbrukarvården.

Enligt bedömningar av strategin har alkohol- och drogarbetet utvecklats enligt strategin i synnerhet inom kommunernas basservice, och medvetenheten om missbruksproblem har ökat på olika nivåer i servicesystemet. Även resurserna har ökat, och detta gäller både kommunal och den specialiserade sjukvårdens missbrukarvård. Klienternas valfrihet anses också ha ökat. Samarbetet mellan kommunerna och den specialiserade sjukvården anses dock kräva utveckling av eftervården och organiseringen av de övriga tjänsterna. Andra områden som bör utvecklas är bland annat tidig kontakt med unga personer innan missbruksproblem uppstår och samtidig vård av missbruksrelaterade och psykiska problem.

Danmark

I Danmark har mental- och missbrukarvården fördelats mellan tre nivåer: staten, fem regioner och 98 kommuner. De statliga myndigheterna Sundhedsstyrelsen och Socialstyrelsen styr, samordnar och följer upp servicen och utvecklingen av den. Regionerna ansvarar för vården på sjukhusnivå (somatisk och psykiatrisk) enligt hälso- och sjukvårdslagen (Sundhedsloven), öppenvård och institutionsbaserad mentalvårdsrehabilitering samt allmänläkares verksamhet, som ofta är privatpraktiserande läkare. Det finns även platser för missbrukarvård i områdena dit kommuninvånare kan söka sig som klienter enligt den valfrihet som servicesystemet möjliggör. Kommunerna ansvarar för förebyggande av psykiska och missbruksrelaterade problem och för tjänster som kräver långvarig rehabilitering enligt socialvårdslagen (serviceloven). Kommunerna ansvarar också för vården av missbrukare av alkohol och narkotika, men personer kan även söka vård på regionernas eller privata serviceproducenters vårdplatser inom ramen för lagstiftningen.

I Danmark ansvarar kommunerna för tillhandahållandet och samordningen av den övergripande vården. Den centrala lagstiftningen om missbrukarvård finns i socialvårdslagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den ska vård ges inom 14 dagar från att hjälpbehovet konstaterats. Lagstiftningen möjliggör också valfrihet i fråga om vårdplats på vissa villkor.

Hälso- och sjukvårdslagen reglerar alkoholrelaterad missbrukarvård, medicinskt assisterad vård av narkotika- och heroinberoende samt medicinskt assisterad vård av andra former av beroende. Kommunerna ska tillhandahålla avgiftsfri vård för missbrukare av alkohol. Vården ska påbörjas inom 14 dagar från att en alkoholmissbrukare har ställt önskemål om vård till en lokal myndighet. Vården omfattar akut abstinensvård antingen inom den öppna vården eller på sjukhus, långvarigare samtalshjälp främst inom den öppna vården som involverar allmänt använda vårdmetoder för rusmedelsberoende, såsom motiverande intervjuer, kognitiv psykoterapi, 12-stegsrehabilitering samt socialterapi och program för stärkt social gemenskap (community enforcement approach, CRA), vård av eventuella alkoholrelaterade psykiska störningar, såsom depression och ångest, samt vid behov medicinsk vård som förebygger återfall. Enligt lagen ska vård också tillhandahållas anonymt om en person vill det. Det är dock inte möjligt om vården involverar

läkemedel. Målet vården kan vara att avsluta eller minska missbruket. Även substitutionsvård och heroinassisterad behandling omfattas av vårdgarantin på 14 dagar, och kommunen ansvarar för den. Regionerna och privata tjänsteleverantörer kan också producera tjänster, och klienterna har rätt att välja vårdplats med undantag för heroinassisterad vård.

Kommunerna och regionerna ansvarar avtalsenligt för de missbrukartjänster som regleras av socialvårdslagen. Tjänsterna kan tillhandahållas av kommunerna, regionerna eller privata aktörer. Liksom hälso- och sjukvårdslagen möjliggör lagen varierande valfrihet för medborgarna. Kommunen ansvarar för ”vårdofferten”, som ska ges inom 14 dagar efter att kommunen fått en vårdförfrågan. En person som har rätt till vård kan välja om vården ska ges av kommunen, en annan offentlig aktör eller en privat aktör. Då behöver tidsfristen på 14 dagar inte iakttas. Rätten att välja vård kan också begränsas om det anses att narkotikamissbrukarens intresse kräver det. Vården omfattar olika slags terapeutiska och socialpedagogiska metoder. Målet kan vara att avsluta eller minska missbruket eller att stabilisera det för att minska de skadliga konsekvenserna. I lagen föreskrivs också om anonym vård av narkotikamissbrukare. Kommunen ska kunna erbjuda sådana vårdplatser, och minst en av dem ska finnas utanför kommunen. Kommunen ska också se till att en person kan kontakta kommunen anonymt via webbplatsen eller per telefon.

År 2020 kompletterades socialvårdslagen med flera tillägg, vars syfte var att förtydliga reglerna för vården av narkotikamissbrukare och stärka vårdgarantin. I och med tilläggen ska vårdbeslut fattas och vården börja inom 14 dagar om vården är motiverad. Grunden för bedömningen av vårdbehovet ska vara övergripande och på ett heltäckande sätt beskriva klientens narkotikamissbruk, sociala relationer, fysiska och psykiska hälsotillstånd samt arbets-, utbildnings- och boendeförhållanden. Det blev också obligatoriskt att utarbeta en individuell vårdplan. Syftet är att säkerställa en systematisk, inriktad och konsekvent vård. Dessutom möjliggör tilläggen användning av skattefria presentkort (gavekort) i vården. Kortet är i synnerhet avsett för de mest sårbara klientgrupperna och unga personer, och dess syfte är att motivera kortinnehavaren att delta i vården så länge som det är motiverat. Vården omfattar ett samtal om presentkortets betydelse. Reformen av presentkortet utgår från vårdmetoden MOVE som riktar sig till personer i åldern 15–25 år och som testats och undersökts i Danmark under de senaste åren. Vårdmetoden omfattar strukturerade intervjuer, och efter vartannat vårdbesök får unga personer ett presentkort på 200 kronor (cirka 27 euro) som de fritt får använda. Syftet är att göra vården så attraktiv som möjligt för att motivera klienterna att fortsätta med den så länge som det är motiverat.

Danmark har ingen särskild lagstiftning om frivillig mentalvård. Om tjänsterna föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen i anslutning till de övriga hälso- och sjukvårdstjänsterna och patientens rättigheter. Dessutom har Danmark en särskild mentalvårdslag (psykiatriloven), som föreskriver om psykiatrisk tvångsvård. I Danmark ansvarar regionerna för mentalvårdstjänsterna. Regionerna administrerar sjukhus som tillhandahåller psykiatrisk vård och psykiatricentraler som tillhandahåller öppen vård. Regionerna har också allmänläkare som kan ge vård för lindriga och medelsvåra psykiska problem eller hänvisa personer vidare. Kommunerna utför förebyggande mentalvårdsarbete i skolor, daghem, familjer och seniorer samt ansvarar för sociala stödåtgärder relaterade till långvarigare rehabilitering.

Om sociala stödåtgärder för personer med psykiska problem föreskrivs i socialvårdslagen. Dessa utgörs av särskilt stöd för personer med fysiska och psykiska begränsningar eller sociala problem, rehabiliterande arbetsverksamhet och kort- eller långvarigt stödboende samt samordning och uppföljning av individuellt stöd med hjälp av serviceplanen.

Utvecklingen av mentalvårdstjänsterna i Danmark under den senaste tiden har uttryckligen fokuserat på kommunernas roll i skapandet av långsiktigare rehabiliterings- och återhämtningsvägar. Referensramen har utgjorts av en återhämtningsorienterad modell. Ett annat centralt mål har varit att stärka kommunens roll i det förebyggande mentalvårdsarbetet samt alkohol- och drogarbetet och att intensifiera samarbetet mellan regionerna och kommunerna för att utveckla oavbrutna vårdkedjor och återhämtningsvägar. I januari 2022 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen och Socialstyrelsen den 10-åriga planen ”Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelse” för att förbättra mentalvårdstjänsterna och -arbetet i kommunerna och regionerna samt även i allmänläkarnas arbete. Planen fäster särskild uppmärksamhet vid utvecklingen av mentalvårdstjänsterna för barn och unga, vården av och stödet för personer med grava psykiska problem, undanröjandet av den stigmatisering som psykiska problem medför samt stärkandet av vårdmetoder som baserar sig på forskning och evidens i utvecklingen av vården.

Till skillnad från Norge och Sverige har Danmark inte en nationell rusmedelsstrategi. På ministeriernas webbplatser finns dock information om nationella anvisningar och utvecklingsprojekt. År 2020 offentliggjorde Socialstyrelsen nationella anvisningar för tillhandahållande av missbrukarrehabilitering enligt socialvårdslagen. De centrala utgångspunkterna för tillhandahållandet av tjänsterna är 1) praxis som baserar sig på forskning och kunskap, 2) vårdssamarbete med medborgarna och tryggnad av medborgarnas vårdrelaterade rättigheter, 3) övergripande beaktande av (fysiska, psykiska, sociala) behov när vård planeras och tillhandahållande av vård enligt dessa behov, 4) rehabiliteringsplan som beaktar de ovan nämnda behoven och som följs upp under vården, 5) övergripande samarbete mellan sektorerna i servicesystemet och integration av missbrukarrehabiliteringen i andra tjänster som medborgarna behöver, 6) lätt tillgänglig missbrukarrehabilitering och stort serviceutbud och 7) insamling av systematisk information om vården.

Ett annat stort forsknings- och utvecklingsprojekt har handlat om motiverande rehabilitering av unga narkotikamissbrukare med hjälp av den ovan nämnda MOVE-metoden. Metoden undersöktes åren 2014–2018, och resultaten har varit goda.

England

Englands servicesystem omfattar cirka 58 miljoner personer, dvs. största delen av invånarna i Storbritannien. Servicesystemet har ändrats avsevärt under de senaste tio åren. Den största förändringen är att ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvård har överförts från den nationella till den regionala och lokala nivån och att den tidigare splittrade lagstiftningen har ersatts med en övergripande social- och hälsovårdslag (Health and Social Care Act 2012). En annan stor förändring är att valfriheten och antalet tjänsteleverantörer har ökat när de ansvariga myndigheterna gjort upphandlingar på regional och lokal nivå. Särskilda drag hos servicesystemet i England är de nationella, regionala och lokala kontroll- och uppföljningssystemen, samarbetsparterna och nämnderna som följer upp och övervakar aktörerna.

Social- och hälsovården leds av Department of Social and Health Care, av vars budget finansiering allokeras till det nationella hälsosystemet NHS och Public Health England (PHE) som ansvarar för folkhälsoarbetet. NHS:s roll förändrades år 2012 då NHS började finansiera tjänsterna i stället för att producera dem. I dag kanaliseras NHS medel till läkarledda organisatörsteam och lokala myndigheter som i sin tur ordnar tjänsterna genom lokal upphandling av privata eller offentliga serviceproducenter. De regionala teamen ansvarar för upphandling av sjukhus- och

polikliniktjänster, primärvård och öppen vård samt mentalvårdstjänster. De lokala myndigheterna ansvarar för det förebyggande arbetet och folkhälsoarbetet samt missbrukartjänsterna. Till dem kanaliseras finansiering via NHS England och PHE.

England har ingen särskild lagstiftning om mentalvårds- och missbrukartjänster med undantag för Mental Health Act, som föreskriver om psykiatrisk tvångsvård. Principerna för ordnandet av tjänster enligt ovan nämnda Health and Social Care Act gäller också mentalvårds- och missbrukartjänster. De läkarledda organisatörsteamerna ansvarar för de mentalvårdstjänster som nämns i lagstiftningen och regleras av den. I England finns det cirka 200 sådana team, och de ansvarar för upphandlingen av tjänster inom sina områden, medan klienterna och patienterna kan välja bland dem var de får vård. Den första kontakten med vården sker i allmänhet via en allmänläkare som är kopplad till ett team och som fungerar som portvakt till systemet och hänvisar patienter till fortsatt vård vid behov. Den fortsatta vården kan bestå av vård på en regional hälsoklinik, en specialiserad mentalvårdsklinik eller ett sjukhus. Den kan också bestå av samtalshjälp för individer, grupper eller familjer. Efter remiss är den maximala väntetiden för undersökning eller vård 18 veckor. Under väntetiden förbereds vården, fortsätter eventuella bedömningar, erbjuds relevant medicinering och utförs eventuella ytterligare undersökningar. År 2008 startades programmet IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) i England, och personer kan på eget initiativ söka sig dit eller hänvisas dit av en allmänläkare. IAPT-terapierna är avsedda för behandling av depression och ångestsyndrom, och de inkluderar olika psykosociala interventioner baserade på forskningsrön. På lokal nivå tillhandahålls mentalvårdstjänster också av organisationer som kan anlitas utan remiss av läkare.

I upphandlingssystemet för missbrukartjänster spelar de lokala upphandlande organen en central roll. De ansvarar för upphandlingen av missbrukartjänster, och de lokala myndigheter som väljs i val och som fattar de slutliga upphandlingsbesluten, övervakar genomförandet av dem och kommer med riktlinjer för framtida tjänster. Dessa personer har också representanter i de lokala hälso- och välfärdsnämnderna som styr de lokala myndigheternas verksamhet. Serviceproducenterna ska tillhandahålla tjänsterna och säkerställa att de genomförs avtalsenligt och uppfyller standarderna för missbrukarvården. För övervakningen av serviceproducenter har det således etablerats olika slags uppföljnings- och övervakningsmekanismer för att mäta tjänsternas effektivitet och kvalitet. Den viktigaste regionala expertorganisationen är DsPH (Directors of Public Health), som ger råd till lokala myndigheter i fråga om organiseringen av tjänsterna och säkerställer att de fastställda kriterierna uppfylls.

Missbrukartjänsterna omfattar bland annat rehabiliterande eller skademinskande behandlingar inom den öppna vården. Typiska behandlingsformer utgörs av motiverande intervjuer, kognitiv psykoterapi och psykosociala vårdformer, som kan variera avsevärt beroende på serviceproducenten och bestå av till exempel 12-stegsvård och traumaterapi. Även längden på vårdperioderna kan variera. Personer kan söka vård på eget initiativ eller via en allmänläkare, som bedömer vårdbehovet och hänvisar personen vidare vid behov. NHS:s offentligt finansierade vård (via lokala tjänster) tillhandahålls i allmänhet som öppen vård och i grupper. Även långvarigare rehabilitering vid inrättning tillhandahålls, men det kräver ofta separat finansiering. PHE:s statistik omfattade rehabiliteringen vid inrättning endast några procent av de klienter som sökt missbrukarvård år 2019. Allmänläkare kan också själva ta sig an en del problem, till exempel abstinensvård i lindriga fall och även substitutionsvård, om personen inte har andra servicebehov. Denna vård är avgiftsfri. Allmänläkare assisteras ofta av en sjukskötare eller missbrukararbetare, som sköter den praktiska vården. De regionala teamen ansvarar för den vård som allmänläkare ger, och de lokala och regionala aktörerna tar ofta hand om samma kunder. Många personer med missbruksproblem har ofta också mentala problem, och de regionala organisationsteamerna ansvarar även för vården av dem. De regionala och lokala teamen bör därför samarbeta för att bemöta och vårda patienternas varierande behov.

De lokala myndigheterna som ansvarar för tjänsterna har som motvikt till finansieringen från NHS och PHE förbundit sig att i sin upphandling följa nationella kvalitetsstandarder och mål för tjänsterna, och även myndigheter kan ställa mål och rekommendationer för dem. Tjänsterna styrs med hjälp av olika kontroll- och uppföljningsmetoder som består av nationella, regionala och lokala aktörer (t.ex. National Institute for Health and Clinical Excellence, Care Quality Commission, Regional Quality Surveillance Groups, Local Care Quality Commissions). Kraven på kvalitetskontroll och uppföljning inskrivs också i upphandlingskontrakt som regleras av separat lagstiftning. Även serviceproducenterna är skyldiga att följa upp tjänsternas kvalitet och rapportera om verksamheten till de lokala myndigheterna. Deras verksamhet, resultat och kvalitet följs upp med hjälp av register och indikatorer.

En central metod i styrningen av serviceproduktionen är anvisningar på nationell nivå som de som beställer och producerar tjänster har förbundit sig att iaktta för att beviljas finansiering. År 2017 publicerades en omfattande handbok om vård av narkotikamissbrukare' ("orange book"), som ersatte den tidigare handboken från år 2007 och som innehåller detaljerade anvisningar för upphandling och ordnande av tjänster för narkotikamissbrukare. I december 2021 offentliggjordes den nya narkotikastrategin "From Harm to Hope. 10-year drugs plan to cut crime and save lives". Där föreslås den största monetära satsningen i missbrukarvård och de lokala aktörer som tillhandahåller tjänsterna i landets historia. Till de femtio områden som har de största problemen föreslås dessutom extra resurser. Även om strategin fokuserar på olagliga rusmedel gäller de föreslagna vårdåtgärderna alla rusmedel. I praktiken kommer tilläggsfinansieringen enligt strategin att riktas till vård av alkohol- och narkotikamissbrukare, vård av opioidberoende, vård av användare av icke-opioider, i synnerhet dem som använder crack, missbrukarvård av bostadslösa och dem som riskerar att bli bostadslösa samt personer i brottsspiral. Bland de skademinskande åtgärderna nämns byte av sprutor och injektionsnålar samt naloxon-program för att förebygga överdoser. Vid sidan av vård är syftet att satsa på åtgärder som ökar sysselsättningen och möjliggör boende för personer som återhämtar sig från problem. Unga och personer som samtidigt lider av rusmedelsrelaterade och mentala problem nämns som specialgrupper i strategin. När det gäller unga är syftet att se till att allt fler unga med problem (50 procent mer än i dag) ska få specialiserad missbrukarvård. Målet är att avbryta missbruket innan de blir beroende. När det gäller personer som samtidigt lider av rusmedelsrelaterade och mentala problem är syftet att förbättra samarbetet med de regionala organisatörsteam och lokala myndigheter som ansvarar för mentalvårdsarbetet.

Inom mentalvårdspolitiken i England har man följt upp genomförandet av Mental Health Taskforces femåriga mentalvårdsplan The Five Year Forward View for Mental Health som offentliggjordes i februari 2016. För planen insamlades erfarenheter av sammanlagt 20 000 personer, och utifrån dem utarbetades rekommendationer för ordnandet av mentalvårdstjänster i England. Rekommendationerna går bland annat ut på att minska stigmatisering på grund av mentala problem och satsa mer på öppenvård och terapi även för dem som har de gravaste mentala problemen. De övriga rekommendationerna anknyter till bland annat förebyggande av självmord, utveckling av tjänsterna för personer med både missbruksproblem och mentala problem, socialarbetets roll i rehabiliteringen samt förbättring av rättigheterna för personer med mentala problem under vården. År 2019 offentliggjorde National Health System (NHS) en långsiktig plan (NHS Long Term Plan) för ordnandet av mentalvård inom dess tjänster. NHS förbinder sig till bland annat större monetära satsningar på mental hälsa i förhållande till den övriga hälso- och sjukvården. Målet är i synnerhet att öka tillgängligheten för psykoterapi- och kristjänster som ingår i IAPT-programmet.

År 2014 trädde Care Act i kraft i England. I den finns bestämmelser om så kallat beskyddande av vuxna (Safeguarding adults). Enligt lagen är de lokala myndigheterna skyldiga att följa upp

kommuninvånarnas välfärd och vid behov aktivt erbjuda dem hjälp och stöd via servicesystemet. Lagen omfattar också personer med mentala och missbruksrelaterade problem och deras anhöriga. Enligt lagen ska kommunerna också inrätta Safeguarding Boards som följer upp verksamheten och som har representanter för olika myndigheter (hälso- och sjukvård, socialvård, polisen). Olika regioner har också egna lokala sätt för integration av hälso- och sjukvård samt socialt arbete enligt målet för integrerad omsorg i de nationella strategierna. I vissa regioner har bland annat olika digitala kundregister utvecklats för att underlätta informationsutbytet mellan myndigheterna, men praxis varierar mellan regionerna.

Sammanfattning

I alla ovan nämnda länder har lagstiftningen om mental- och missbrukarvården ändrats under de första årtiondena på 2000-talet. Samtidigt har mental- och missbrukarvårdstjänsterna utvecklats med hjälp av nationella strategier och anvisningar. Tjänsterna har också påverkats av mer omfattande reformer av servicesystemen i syfte att förbättra klienternas och patienternas ställning i tjänsterna eller förkorta väntetiderna.

I dag utgår utvecklingen av tjänsterna från att förbättra tillgängligheten, beakta individuella behov på ett mer övergripande plan när tjänster och vård tillhandahålls och erbjuda mångsidigare rehabiliterings- och vårdalternativ. Dessutom läggs vikt vid utveckling, införande och uppföljning av evidensbaserade vårdmetoder för att förbättra och trygga mental- och missbrukarvårdens kvalitet.

I de granskade länderna har syftet varit att utveckla tjänsterna i synnerhet med tanke på personer som samtidigt lider av mentala och missbruksrelaterade problem. Tjänsterna för unga utgör en annan prioritering.

5.2.2 Tvångsvård på grund av våldsamt beteende

I de andra nordiska ländernas lagstiftning finns ingen motsvarande grund för tvångsvård av våldsamma personer som i den finska lagen om missbrukarvård.

I Sverige har tvångsvård tre steg. Enligt LVM-lagen (Lag om vård av missbrukare i vissa fall) kan beslut om tvångsvård fattas för en person som till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk, vars vårdbehov inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt, och om han eller hon till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Enbart våldsamt beteende är inte en tillräcklig grund för vård men kan vara en grund.

I Sverige kan en grund för tvångsvård av under 18 år gamla personer enligt LVU-lagen (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga) uppstå om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas eller om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. Enligt vårdstatistiken är orsaken till beslut om tvångsvård av unga med stöd av LVU-lagen rusmedelsberoende. En nästan lika stor andel av de pojkar som beordrats till tvångsvård har en bakgrund med brottslig verksamhet eller socialt nedbrytande beteende. Motsvarande siffror för flickor är 40 respektive 20 procent.

6 Remissvar

Totalt gavs 163 utlåtanden om utkastet till regeringens proposition under remisstiden och ytterligare ett därefter. Sammanlagt 142 av dem som gav utlåtanden gjorde det via tjänsten lausuntopalvelu.fi. Vid inlämnande av utlåtande var det möjligt att svara på alla eller bara en del av frågorna på Lausuntopalvelu.fi eller lämna ett öppet svar.

Under remisstiden inlämnades utlåtanden av Akava ry, Akavas sjukskötare och Taja rf, A-Kiltosen Liitto ry, A-klinikka Oy, A-klinikkasäätiö, Aspa-stiftelsen sr, Avominne, Riksdagens biträdande justitieombudsman, Förebyggande Rusmedelsarbete Ehyt Rf, Ehkäisevän päihdetyön järjestöverkosto, Finlands näringsliv EK, Pensionärsförbundens intresseorganisation PIO rf, Ensi- ja turvakotien liitto ry, Espoon A-kilta Hykaa ry, Esbo stad, Essote ky, Södra Karelens välfärdsområde, FinFami Pohjanmaa ry/FinFami Österbotten rf, FinFami rf, FinFami Satakunta ry, Hankasalmi kommun, Stiftelsen Diakonissanstalten i Helsingfors sr, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, Helsingfors stad, Hopealanka ry, Humaania päihdepolitiikka ry, Hyvinvointialan liitto, Tavastehus stad, Into – etsivä nuorisotyö ja työpajatoiminta ry, Fri från Narkotika rf, Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL rf, Jyväskylän A-kilta ry, Jyväskylä stad, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Kalliolan Settlementti ry, Kangasniemi kommun, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Kantamo Oy, Karjaan Ratatupa ry, Kehitysvammaliitto, Folkpensionsanstalten, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvontukuntayhtymä Soite, Keski-Suomen mielenterveysomaiset – FinFami ry, Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian palvelualue, Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä, Kyrkostyrelsen, Kirkkonummen A-Kilta ry, Kondis rf, ry, Kotka stad, Kuluttajaliitto - Konsumentförbundet ry, Kunta- ja hyvinvointialueuetyöntantajat KT, Stiftelsen för Rehabilitering, Kuopio stad, Finlands Dövas Förbund rf, Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvontukuntayhtymä Kymsote, gemensamt utlåtande av regionförvaltningsverken i Lappland, Södra Finland, Östra Finland, Sydvästra Finland, Västra och Mellersta Finland och Norra Finland, Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Barnombudsmannen, Centralförbundet för Barnskydd, Leppävirta kommun, Lundo social- och hälsovårdsservice, Lieksa stad, Loimaa stad, Västra Nylands välfärdsområde, Mannerheims Barnskyddsförbund rf, Mielenterveyden keskusliitto ry, Mielenterveysomaiset Pirkanmaa – FinFami ry, Mieli Psykisk Hälsa Finland Rf, MONNI-hanke, Myllyhoitoyhdistys ry, Niuvanniemi sjukhus, Nuorten mielenterveysseura – Yeesi ry, Justitieministeriet, Närståendevårdarnas förbund rf, Undervisnings- och kulturministeriet, Oulun A-Kilta ry, Pargas stad, Rädda Barnen rf, Förbundet för Familjevård i Finland rf, Pesäpuu ry, Pikassos Oy, Pirkanmaan päihde- ja mielenterveysjärjestöjen verkosto PäMi, Birkalands sjukvårdsdistrikt, Pohjois-Karjalan mielenterveysomaiset – FinFami ry, Pohjois-Lapin A-kilta ry, Norra Österbottens välfärdsområde, Björneborgs stad, Posio kommun, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt PSSHP, Försvarsministeriet, Föreningen för addiktionsmedicin i Finland rf, Päihdetoimijoiden valtakunnallinen yhteistyöverkosto PÄIVYT, Päihdetyön Talentia ry, Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä, Päijät-Hämeen mielenterveysomaiset – FinFami ry, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Raumo stad, FFC rf, SAMS – Samarbetsförbundet kring funktionshinder rf, Savon Mielenterveysomaiset – FinFami ry, Sininauhaliitto ry, Sibbo kommun, Tillstånds- och tillsynsverket för social och hälsovården Valvira, Fackorganisationen för högutbildade inom socialbranschen Talentia rf, Socialombudsmännen ry, Sosiaali- ja kriisi-päivystysten esimiehet, enheten Barn och unga vid social- och hälsovårdsministeriet, Soste Finlands Social Och Hälsa rf, STTK rf, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ry, Finlands Yrkesstuderandes Förbund – Sakki Rf, Finlands Kommunförbund rf, Suomen Kuntoutusryttäjäät ry, Suomen Lukiolaisten Liitto, Finlands Närvårdar- och Primärskötarförbund Super Rf, Suomen Lääkäriliitto – Finlands Läkarförbund, Ungdomssektorns takorganisation i Finland Allians rf, Suomen Opiskelija Allianssi - OSKU ry, Finlands Studerandekårens Förbund – Samok rf, Suomen perinataalimielenterveys ry, Psykologiliiton varhaisen kehityksen ja ihmissuhteiden ammatillinen työryhmä, gemensamt utlåtande av Äidit

irti synnytyshuoneesta Äimä ry och Ensi- ja turvakotien liitto, Psykiaterförbundet i Finland, Suomen Psykologiliitto, Alkohol- och drogberoende i Finland rf, Socialrättsliga sällskapet i Finland rf, Finlands Hälsovårdarförbund FHVF rf, Finlands studentkårers förbund (FSF), Svenska Finlands folkting, Tampereen A-Kilta ry, Tammerfors stad, Fakulteten för medicin och hälsoteknologi vid Tammerfors universitet, Fakulteten för samhällsvetenskaper vid Tammerfors universitet, Tehy rf, Terveen rahapelikulttuurin puolesta ry, Institutet för hälsa och välfärd THL, Hälso-socialarbetare rf, Teuva kommun, Åbo stad, Arbets- och näringsministeriet, Arbetshälsoinstitutet, VAK ry, Valkeakosken sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE, Justitiekanslern i statsrådet, Finansministeriet, Handikappforum rf, Vammaisten henkilöiden oikeuksien neuvottelukunta VANE, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto Valli ry, Äldreombudsmannen, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Vantaan A-kilta ry, Vanda och Kervo välfärdsområde, Varsinais-Suomen mielenterveyskeskus FinFami ry, Diskrimineringsombudsmannen, Studenternas hälsovårdsstiftelse sr, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Ålands Landskapsregering och Ånnekoski stad. Dessutom gavs fyra utlåtanden av privatpersoner under remisstiden.

I utlåtandena ansågs målen för propositionen vara bra och godtagbara. Även förslagen ansågs för det mesta vara relevanta. Vissa förslag väckte dock motstridig kritik. Förslag till preciseringar lades fram i remissvaren, särskilt när det gäller bestämmelserna i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen samt 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner. Bedömning av de ekonomiska konsekvenserna väckte omfattande kritik och en del remissinstanser ansåg att även bedömningen av konsekvenserna för barn ansågs vara bristfällig.

Överlägset mest kritik väckte de föreslagna strukturella ändringarna av socialvårdslagens paragrafer om mentalarbete samt alkohol- och drogarbete till den del som det föreslagits att dessa paragrafer ska flyttas från kapitlet om socialservice till kapitlet om ordnande av socialservice och delvis också definitionsparagrafen i kapitlet om allmänna bestämmelser. I många utlåtanden tolkade remissinstanserna samtidigt att syftet skulle ha varit att försvaga tillgången till socialvårdens missbrukar- och beroendetjänster och även mentalvården samt klientens rätt att få dessa tjänster utifrån en självständig bedömning av socialvården utan en specifik diagnos. I flera utlåtanden hoppades remissinstanserna att paragraferna om mentalvårdsarbete samt missbrukar- och beroendearbete skulle bevaras på sina nuvarande ställen i socialvårdslagen och även som egna punkter i förteckningen i 14 § 1 mom. i lagen. I och för sig bifölls dock de föreslagna preciseringarna av paragraferna om missbrukar och beroendearbete i socialvårdslagen i utkastet som var på remiss.

Förslaget om dagcenterservice och tillfälligt boende som en ny tjänst inom alkohol- och drogarbete bifölls i sig men väckte också frågor om finansieringens tillräcklighet och hur säkerheten för personalen och andra klienter på tillfälligt boende skulle garanteras om nätterna, om det i enlighet med förslaget blev möjligt att anlita dessa tjänster anonymt. Vissa remissinstanser uttalade sig också om förslaget att tjänsten skulle tillhandahållas utan beslut. En del remissinstanser ansåg att beslut är viktigt med tanke på klienternas rättsskydd. I justitieministeriets utlåtande ansågs att skrivningen om att beslut inte behöver fattas om tjänsten bör slopas i lagtexten, eftersom det är fråga om verksamhet om vilken beslut inte kan fattas (säkerställande av klientens grundläggande behov och införandet av detta i tjänsterna, varefter en bedömning av servicebehovet kan göras och beslut om socialservice fattas). Vissa remissinstanser ansåg att det också borde föreskrivas om dagcenters som en tjänst inom mentalvårdsarbetet.

De andra föreslagna ändringarna i socialvårdslagen bifölls till största delen stöd. De flesta remissinstanserna ansåg att förslaget om samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete var ändamålsenligt eller ändamålsenligt på det stora hela, särskilt i fråga om uppsökande arbete.

Det föreslogs dock flera preciseringar även i denna paragraf. Förslagen om precisering av bestämmelserna om en personlig kontaktperson i socialvårdslagen bifölls i största allmänhet. I några utlåtanden fanns observationer om tillgången till arbetskraft.

När det gäller såväl socialvårdslagen som hälso- och sjukvårdslagen bifölls förslagen om paragrafen om gemensamma tjänster inom social- och hälsovården i allmänhet. Det påpekades dock att det även efter preciseringarna finns oklarheter och tolkningsutrymme när det gäller i vilka situationer tjänsterna ska produceras som gemensamma tjänster. Identifieringen av andra missbruk än substansberoende på dessa lagars nivå bifölls, även om flera preciseringsförslag framkastades. Även de föreslagna motsvarande paragraferna om främjande av psykisk hälsa i dessa lagar bifölls för det mesta. I många remissvar påpekades det att även främjandet av nykterhet och motverkande av skador borde beaktas, och i några remissvar uttrycktes också önskemål om att förtydliga regleringen vad gäller samarbetet mellan kommunerna och välfärdsområdena samt hur kommunerna i praktiken borde utföra sin uppgift att främja psykisk hälsa.

De föreslagna ändringarna av paragraferna om samarbete mellan socialjouren samt hälso- och sjukvården i socialvårdslagen samt hälso- och sjukvården bifölls på det stora hela av remissinstanserna. Men även när det gäller dessa paragrafer nämndes bland annat behovet av att utbilda anställda och beakta kompetensen hos socialvårdspersonal även i akut krisarbete. I många remissvar framhölls också att regleringen tydligare bör beakta vården i samarbetet med social- och krisjouren.

Även de föreslagna paragraferna om psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen bifölls i allmänhet. I flera remissvar påpekades dock att socialvårdens psykosociala stöd bör återspeglas i lagen även när det gäller andra situationer än plötsliga traumatiska situationer.

Majoriteten av remissinstanserna ansåg att de föreslagna ändringarna av paragraferna om mentalvårdsarbete samt alkohol- och drogarbete inom hälso- och sjukvården var ändamålsenliga. I många utlåtanden ansågs det dock att helheten och samtidigheten i vården för personer som samtidigt har behov av både mental- och missbrukarvård borde tryggas i högre grad. Några remissinstanser kritiserade också att förslagen inte tillräckligt förbättrar barns och ungas tillgång till missbrukarvård och även mentalvård. Den föreslagna preciseringen av paragrafen om brådsakande vård inom hälso- och sjukvården bifölls i regel av remissinstanserna. Dessutom hoppades många remissinstanser att förslagen om arbetshandledning skulle utvidgas till att även omfatta socialvården.

Förslaget om paragrafen om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidmissbrukare med opioidläkemedel fick mycket kritik för att den aktuella behandlingen i framtiden bara skulle ges vid hälso- och sjukvårdsenheter. Tidigare har det varit möjligt att tillhandahålla sådan vård även inom socialvårdens verksamhetsenheter och man hoppades att detta skulle fortsätta. Förslagen om ändring av vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet vid narkotikabrott fick stöd, särskilt förslaget att de verksamhetsenheter som kan tillhandahålla vården inte ska begränsas. Med tanke på patientens rättsskydd hoppades man att den verksamhetsenhet som tillhandahåller vården skulle kunna lämna ut patientuppgifter i enlighet med gällande lagstiftning endast med skriftligt samtycke.

Avskaffandet av möjligheten att förordna om tvångsvård på grund av våldsamhet i lagen om missbrukarvård ansågs i huvudsak motiverat av de remissinstanser som tog ställning i frågan. Flera remissinstanser framhöll vikten av att bedömningen av begränsningsgrunderna och lagstiftningsberedningen ändå skulle fortsätta som ett separat projekt.

När det gäller de föreslagna ändringarna av Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenning ansåg flera remissinstanser att förslaget skulle försämra möjligheten att i framtiden bevilja rehabiliteringspenning som en självständig bedömning av socialvården utan krav på en viss diagnos. De föreslagna ändringarna av klientavgifter i social- och hälsovårdslagen bifölls.

Största delen av remissinstanserna ansåg att kostnadsuppskattningarna i propositionen inte var realistiska. Remissinstanserna undrade vilka konsekvenser det skulle medföra för skyldigheten att ordna service om paragraferna om alkohol- och drogarbete samt mentalvårdsarbete flyttades från 3 kap. om service till 4 kap. om förfarande i social- och hälsovårdslagen. I utlåtandena togs också upp olika farhågor om att kostnaderna skulle stiga mer än väntat på grund av flera förslag. Dagcenterservice och det därtill hörande tillfälliga boendet var ett förslag som väckte frågor i remissvaren i fråga om i vilken grad den nuvarande verksamheten som produceras av organisationer skulle minska, om verksamheten blir en lagstadgad uppgift för välfärdsområdena. Vissa remissinstanser ansåg att den nuvarande finansieringsbasen för den verksamhet som produceras av organisationer inte framhävdes tillräckligt i utkastet till propositionen. Dessutom väckte resursbristen inom välfärdsområdena frågor både vad gäller kostnader och tidpunkten då lagändringarna föreslås träda i kraft. I finansministeriets utlåtande ansågs det också att kostnaderna bör uppskattas enligt kostnadsnivån för det år då lagen träder i kraft.

När det gäller konsekvenserna för barn ansåg några av remissinstanserna att bedömningen av konsekvenserna för barn inte är tillräcklig och att den strukturförändring som framför allt föreslås i socialvårdslagen inte har bedömts tillräckligt ur barns och ungas synvinkel. I många remissvar påpekades att det finns problem med barns och ungas tillgång till grundläggande mentalvårds- och missbrukartjänster som inte åtgärdas tillräckligt enligt de ändringar som föreslås i propositionsutkastet. Vissa remissinstanser ansåg att barns, ungas och familjers ställning på alla nivåer bör beaktas bättre i propositionen. I vissa remissvar påpekades också att personer med samiska eller svenska som modersmål har rätt att få service på sitt eget språk och att detta bör beaktas i beredningen.

Några remissinstanser påpekade att den föreslagna regleringen inte tar upp tillnyktringsvård. Vissa remissinstanser kritiserade att propositionen inte tar hänsyn till företagshälsovårdens roll och uppgift. I några remissvar föreslogs att man skulle lägga till ett specifikt begrepp om anhöriga i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen och att man bör lägga till anlitande av erfarna sakkunniga som ett förpliktande krav i lagtexten.

Fortsatt beredning

Till följd av responsen har paragraferna om socialvårdens mentalvårdsarbete samt missbrukar och beroendearbete bevarats på sina tidigare ställen och även som punkter i förteckningen i 14 § 1 mom. i lagen, till skillnad från i det utkast till proposition som var på remiss. Dessutom föreslås att det ska föreskrivas om riktade tjänster inom mentalvårdsarbete samt missbrukar- och beroendearbete i separata nya paragrafer (24 a, 24 b och 25 a §) i 3 kapitlet. Syftet med de nya paragraferna och preciseringen av motiveringarna är att klargöra den helhet som socialvårdstjänsterna bildar och som ska organiseras inom välfärdsområdena när det gäller stödbehov på grund av försämrad psykisk funktionsförmåga och missbruk av substanser och andra former av beroende.

I avsnittet om dagcenterservice har tillfälligt boende på natten utelämnats. På basis av responsen borde kostnadsbedömningen av ordnande av tillfälligt boende ha preciserats och eventuellt utredas närmare i fråga om vilken del av verksamheten som bedrivs med kommunal finansiering

och vilken del med organisationernas eget finansieringsunderlag, till exempel med understöd från STEA, social- och hälsoorganisationernas understödscentral. Utredningen försvåras av bristen på statistiskt underlag.

Utifrån responsen har de kostnadskonsekvenser som uppskattats i propositionen indexerats till kostnadsnivån för det år då lagstiftningen träder i kraft. På grund av detta kommer de 18 miljoner euro som anslagits för denna proposition i statsbudgeten fortfarande att användas till fullt belopp, även om en verksamhetsform (tillfälligt boende) har utelämnats från förslagen. Det tillgängliga anslaget har också för sin del bidragit till att de utvecklingsbehov som remissinstanserna tagit upp och som oundvikligen skulle medföra merkostnader, inte kunnat tas med i den fortsatta beredningen. Dessa inkluderar till exempel tillnyktringsstationer och ytterligare förbättring av mentalvårds- och missbrukartjänster för barn och unga.

Namnen på paragraferna om mentalvårdsarbete samt alkohol- och drogarbete i hälso- och sjukvårdslagen hade ändrats till mentalvårdstjänster samt alkohol- och drogarbete samt beroendearbete i utkastet som var på remiss. På basis av responsen har paragraferna namngetts på nytt till mentalvård samt substans- och beroenderelaterad vård för att ytterligare förtydliga ansvarsfördelningen mellan socialvården samt hälso- och sjukvården i fråga om dessa tjänster. Regleringen av gemensamma tjänster enligt socialvårdslagen samt hälso- och sjukvårdslagen har förtydligats utifrån remissvaren för att stödja gemensamt eller samtidigt arbete mellan socialvården samt hälso- och sjukvården.

På basis av responsen har en hänvisning till lagen om organisering av det förebyggande alkohol- och drogarbetet lagts till i paragrafen om främjande av psykisk hälsa. Uppsökande arbete har lagts till i rubriken för samhällsinriktat socialt arbete, och paragrafens innehåll har preciserats vad gäller välfärdsområdet organiseringsskyldighet och arbetets inriktning.

Förslaget om avgiftning och substitutionsbehandling för opioidmissbrukare har ändrats på så sätt att behandling även i framtiden skulle kunna ges inom socialvårdens missbrukartjänster. 18 § 4 § lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner har ändrats så att rehabiliteringspenning fortfarande kan beviljas på basis av institutionsrehabilitering även med stöd av socialvårdslagen. Till den lagen har fogats en bestämmelse om tillämpningsområde avseende missbrukarrehabilitering som ordnas av landskapet Åland, så att rehabiliteringspenning fortfarande kan beviljas för missbrukarrehabilitering som ordnas av landskapet Åland, trots att den på Åland inte ordnas enligt socialvårdslagen eller hälso- och sjukvårdslagen.

Det föreslogs att möjligheten att förordna om tvångsvård på grund av våldsamhet enligt lagen om missbrukarvård skulle slopas i 10 § lagen om missbrukarvård genom att ändra paragrafen i utkastet som var på remiss. På basis av remissvaren föreslås att våldsamhetsgrunden ska upphävas i stället för en ändring av paragrafen.

I det utkast som var på remiss föreslogs att propositionen skulle träda i kraft i sin helhet i början av år 2023. Den föreslagna tidpunkten för ikraftträdande har på grund av remissvaren förlängts för tre verksamhetsformer: samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete, dagcenterservice samt utvidgning av arbetshandledningen till missbrukar- och beroendevård, vilka föreslås träda i kraft den 1 juli 2023.

Motiveringar och paragrafer i propositionen har också preciserats i övrigt i syfte att ytterligare förtydliga dem till följd av remissvaren. Därutöver har ändringar gjorts i paragraferna och motiveringarna till följd av de lagändringar som riksdagen godkände i början av sommaren 2022 och som gäller regeringens propositioner RP 56/2021 rd, RP 132/2021 rd och RP 231/2021 rd.

Dessa lagändringar¹²¹ träder i kraft i början av 2023, och de har inte beaktats som slutliga i utkastet till propositionen som var på remiss.

7 Specialmotivering

7.1 Lag om ändring av socialvårdslagen

2 §. Tillämpningsområde. Det föreslås att 2 mom. upphävs. I momentet finns bestämmelser om socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service. I propositionen föreslås det att bestämmelserna om detta i fortsättningen ska finnas i en ny 2 a §.

2 a §. Socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service. Paragrafen är ny. Den motsvarar i preciserad form den gällande lagens 2 § 2 mom. som föreslås bli upphävt. I 2 § 2 mom. i den gällande lagen föreskrivs det om när socialvårdslagstiftningen och respektive hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska tillämpas på en viss tjänst eller verksamhet. Det har visat sig att tillämpningspraxis för den gällande lagen inte i sin helhet motsvarar motiveringen till momentet i regeringens proposition till riksdagen med förslag till socialvårdslag och vissa lagar som har samband med den¹²², utan i kommunernas praxis blir socialvårdens uppgifter och hälso- och sjukvårdens serviceuppgifter fortfarande i någon mån sammanblandade. Därför behöver den gällande lagen preciseras. Allmänna bestämmelser om samordning av tjänster för kunderna till helheter finns i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Den föreslagna paragrafen kompletterar bestämmelserna i den lagen genom att precisera frågan som en del av lagstiftningen om socialvårdens innehåll. Motsvarande reglering föreslås även i 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen.

I paragrafens 1 mom. föreskrivs det enligt förslaget att när socialvården och hälso- och sjukvården tillhandahåller service gemensamt eller vid gemensamma verksamhetsenheter eller verksamhetsställen eller när klienten annars behöver service inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården ska bestämmelserna i socialvårdslagen tillämpas i fråga om socialvårdens service och hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser i fråga om hälso- och sjukvård enligt det medicinska behovet. Avsikten är att det är den lagstiftning som ska väljas och de förfaringsätt som följer av den som ska avgöra innehållet i den tillhandahållna tjänsten och inte vid vilken typ av verksamhetsenhet tjänsten rent administrativt är organiserad.

Bestämmelsen ska gälla både sådana tjänster eller annan verksamhet som ges i tjänsteproducentens lokaler och sådan som tillhandahålls i klientens hem eller närmiljö. Service som tillhandahålls gemensamt är till exempel hemvård, som är en integrerad helhet bestående av hemservice och de uppgifter inom hemsjukvården som ingår i 25 § i hälso- och sjukvårdslagen. Sådan service tillhandahålls också till exempel vid en uppfostrings- och familjerådgivningsbyrå, om det i verksamhetsenheten har bestämts att det utöver rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor enligt 26 § i socialvårdslagen också ska ges service enligt hälso- och sjukvårdslagen. En del av den social- och hälsovårdsservice som tillhandahålls vid de omfattande social- och hälsocentraler som ska utvecklas i samband med social- och hälsovårdsreformen kan vara sådan gemensamt tillhandahållen service som avses i bestämmelsen. Sådan service kan till exempel vara integrerad kund- och servicehandledning vid social- och hälsocentralen, där servicehandledning

¹²¹ Lag om ändring av socialvårdslagen 589/2022, lag om ändring av 14 § i socialvårdslagen 783/2022, lag om ändring av socialvårdslagen 790/2022, lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen 581/2022, lag om ändring av mentalvårdslagen 583/2022 och lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården 791/2022.

¹²² RP 164/2014 rd.

både inom socialvården och inom hälso- och sjukvården kan erbjudas kunden enligt situation och behov.

Serviceenheterna för dem som missbrukar berusningsmedel är typiska exempel på enheter som tillhandahåller både socialvårdstjänster och hälso- och sjukvårdstjänster. Vid sådana enheter ska bedömningen av servicebehovet och den socialservice som ska ordnas samordnas med bedömningen av vårdbehovet och vården, så att klienten i enlighet med socialvårdslagen enligt sitt stödbehov får tjänster och stöd inom socialvården genom vilka man försöker påverka klientens livssituation samt problem som uppstått till följd av beroendet och bakgrundsfaktorerna till dem. Stödbehoven enligt socialvårdslagen räknas upp i 11 § i den gällande lagen. I enlighet med bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen tillhandahålls på motsvarande sätt undersökningar, diagnos, planering av vården, vård, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med substansrelaterade störningar och beroendestörningar och andra hälsoproblem. Med hjälp av den sociala rehabilitering som ges för substansrelaterade störningar och beroendeproblem delvis under och särskilt efter vården får personen stöd med att klara vardagen, att skapa samhörighet och knyta an till samhället och att bygga upp ett betydelsefullt liv. För att återhämtningen och vården ska få effekt behövs självkänsla, en bostadslösning, försörjning, drogfria människorelationer och vid behov till exempel hjälp med ärenden som gäller vårdnad om barn och umgängesrätt. Alla dessa är typiska innehåll i de tjänster som ingår i socialservicen.

Huruvida service och vård ska tillhandahållas samtidigt fastställs utifrån klientens situation och behov. Det har till exempel vanligen varit svårt att behandla andra sjukdomstillstånd i anknytning till substansrelaterade störningar samtidigt som missbruksproblem. Missbrukarvård ges ofta i socialvårdsenheter separat från primärhälsovården och den specialiserade sjukvården, i vilkas verksamhetsenheter hälso- och sjukvårdstjänster till övriga delar tillhandahålls. Bestämelsen stöder ett genomförande av tjänsterna så att behandlingen av den psykiska hälsan och substansrelaterade störningar vid behov genomförs samtidigt som ett led i hälso- och sjukvårdens vårdkedjor och vårdhelheter, och klientens behov av socialvårdstjänster och stöd bedöms vid behov samtidigt under vårdprocessen.

Situationer där kunden ofta samtidigt behöver både socialvårdstjänster och hälso- och sjukvårdstjänster kan till exempel vara vid övergången från sjukhusvård till den vanliga boendemiljön och stöd för rehabilitering ibland också under lång tid. I övergångsfasen kan det till exempel behövas en träningsperiod för att förbättra och trygga de färdigheter som stöder boendet eller att man ser till att ett barn i sjukhusvård i rätt tid kan övergå till en normal uppväxtmiljö. För exempelvis rehabiliteringsklienter inom mentalvården är boendeservice som ordnas inom ramen för socialvårdstjänsterna och åtgärder som riktas utanför hemmet, t.ex. social rehabilitering och annan allmän socialservice, ofta centrala med tanke på rehabiliteringen. Stöd från socialvården kan också behövas för att få behövlig vård eller rehabilitering. Social- och hälsovårdstjänster behöver tillhandahållas samtidigt i synnerhet när det gäller tjänster för de mest utsatta kundgrupperna och de kundgrupper som drar nytta av uppsökande arbete. Till exempel inom dagcentertjänsterna för personer som missbrukar berusningsmedel kan det vara bra att erbjuda hälso- och sjukvårdsverksamhet utöver den verksamhet som hör till socialvården.

Det har i praktiken visat sig förekomma oklarheter kring innehållet i socialvårdstjänsterna och hälso- och sjukvårdstjänsterna särskilt i gränsdragningen mellan arbetsmetoderna inom det sociala arbetet och den sociala rehabiliteringen och de riktade metoderna för psykosocial behandling och medicinsk rehabilitering inom hälso- och sjukvården. Det måste dock gå att innehållsmässigt skilja på uppgifterna inom socialvården och uppgifterna inom hälso- och sjukvården för att det ska gå att bestämma vilken lagstiftning som ska följas. Beslutsförfarandet, rätten att söka ändring, användningen av klient- och patientuppgifter samt patientens och klientens ställning och rättigheter är olika och grundar sig på olika lagstiftning beroende på om en tjänst ordnas

som socialservice eller som hälso- och sjukvårdsservice. Hälso- och sjukvårdstjänsterna och socialvårdens tjänster är sällan utbytbara sinsemellan, eftersom grunderna för dem är olika och de har olika syfte och mål. Syftet med interventionerna inom socialvården är att främja individens, familjens eller gemenskapens funktionsförmåga, sociala välbefinnande, trygghet och delaktighet eller att utreda livssituationen och olika problem. Det primära syftet med interventionerna inom hälso- och sjukvården är vård eller medicinsk rehabilitering som syftar till att stödja funktionsförmågan och förmågan att klara sig på egen hand, även om de inkluderar hantering av patientens övriga livssituation och rehabilitering som främjar de sociala färdigheterna. Det ligger i klienten intresse att han eller hon inom socialvården får rätt och tillräckligt stöd vid rätt tidpunkt i förhållande till behoven samt den medicinska vård han eller hon behöver. Då tjänster tillhandahålls ska även rätten för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården att verka som legitimerade yrkesutbildade personer eller som yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning beaktas. Då en yrkesutbildad person inom socialvården deltar i vården av klienter vid en verksamhetsenhet, genom att till exempel ge psykosocial vård, ska arbetsgivaren säkerställa att personen har tillräcklig utbildning och kompetens för att ge den aktuella vården.

I paragrafens 2 mom. föreskrivs det enligt förslaget att om både socialvårdens och hälso- och sjukvårdens service omfattar verksamhetsformer som lämpar sig för båda sektorerna, ska den service väljas som bäst tryggar klientens intressen. I vissa situationer kan det finnas åtgärder inom både socialvårdens och hälso- och sjukvårdens uppgifter som är lämpliga inom båda områdena. Då det gäller dem ska det vara möjligt att regionalt avtala om samarbetet och arbetsfördelningen på lämpligt sätt. Det kan till exempel handla om metoder för att öka en persons motivation eller träna sociala och vardagliga färdigheter. Att föra missbruk på tal samt miniinterventioner har fungerat bra också inom socialservicen¹²³. Även olika familje- och nätverksprogram kan innehålla delar som är avsedda för olika yrkesgrupper och som ordnas för klienter och deras närstående. Även inom den sociala och medicinska rehabiliteringen används delvis samma praktiska former av träning i vardagen, beteendehandledning och stöd, och skälet till att någon söker sig till tjänsten är det som främst skiljer dem åt. Till exempel inom rehabiliteringen för personer med neuropsykiatriska symtom används delvis likartade interventioner när det gäller begränsning av funktionsförmågan både som social rehabilitering och som medicinsk rehabilitering, men med något olika syften. De metoder som används kan ha mycket gemensamt, men det finns skillnader i de yrkesutbildade personernas teoribakgrund och orientering och de kan ha olika fokus i sin yrkeskompetens, vilket bidrar till att det också finns skillnader i hur rehabiliteringen genomförs. Oberoende av de valda metoderna eller innehållen ska servicen i dessa situationer alltid väljas utifrån kundens och klientens intresse och behov. På socialvårdstjänster ska socialvårdslagen och bestämmelserna om förfarandet enligt den tillämpas, och på hälso- och sjukvårdstjänster ska på motsvarande sätt hälso- och sjukvårdslagen och bestämmelserna om förfarandet i anslutning till den tillämpas.

Syftet med paragrafen är således att genom förtydligande av bestämmelserna fortsättningsvis trygga att klientens bästa tillgodoses och att klienterna behandlas lika, att stärka samarbetet inom social- och hälsovården samt att förtydliga och främja användningen av gemensamt tillhandahållna tjänster inom social- och hälsovården, när det är ändamålsenligt för tillhandahållandet av servicen. Syftet med paragrafen är också att förbättra verksamhetsförutsättningarna, kvaliteten och klient- och patientsäkerheten inom social- och hälsovården samt att främja god

¹²³ Tiedä ja toimi: Kysy ja neuvo. Alkoholinkäytön mini-interventio aikuissosiaalityössä. Institutet för hälsa och välfärd 2016. Finns enbart på finska. Finns på adressen: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016103125622>. Hämtad den 21 mars 2022.

praxis inom socialvården, serviceutbudet inom hälso- och sjukvården och enhetliga grunder för vården oberoende av hur servicen administrativt är organiserad.

Bestämmelser om socialvårdsmyndighetens skyldighet att anmäla klientens stödbehov till andra myndigheter finns i 40 § i socialvårdslagen och bestämmelser om sektorsövergripande samarbete finns i 41 § i den lagen. Bestämmelser om en med klientens samtycke utarbetad gemensam plan som gäller service och stödtjänster inom socialvården och andra förvaltningsområden finns i 39 § i socialvårdslagen.

3 §. Definitioner. Det föreslås att 3 punkten i paragrafen ändras.

I 3 punkten definieras person och klient som behöver särskilt stöd. Till punkten fogas de nya orden "annat beroendebeteende" som syftar på beteenderelaterade beroendeproblem, såsom spelberoende. Paragrafen omfattar också lindrigare beroendebeteende, såsom spel om pengar, när det medför behov av socialvård. Det handlar om en precisering av teknisk natur. Av de olika formerna av beroendebeteende i punkten tidigare endast nämnts missbruk av berusningsmedel. Inom socialvården träffar man dock även på annat beroendebeteende, såsom klienter med penningsspelproblem, vilkas stödbehov kan svara mot definitionen av en person som behöver särskilt stöd. Den klientspecifika definieringen av ett barn eller en person som behöver särskilt stöd grundar sig alltid på en individuell bedömning av situationen och stödbehovet. Med person eller klient som behöver särskilt stöd avses en person som har särskilda svårigheter att söka och få de social- och hälso- och sjukvårdstjänster han eller hon behöver. I paragrafen nämns som exempel vissa grupper som kan behöva särskilt stöd. Syftet är att tillämpa bestämmelserna i situationer där en person av olika orsaker inte själv förmår söka den hjälp han eller hon behöver eller när det finns risk för att personen inte kommer att få hjälp på grund av att han eller hon inte i tillräckligt hög grad förmår ta emot eller ge den information som behövs för att få hjälp. Preciseringen av lagstiftningen på det föreslagna sättet innebär således inte att den i punkten avsedda klientgruppen blir större.

7 a §. Samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete. Paragrafen är ny. Den innehåller bestämmelser om samhällsinriktat socialt arbete och om uppsökande arbete som genomförs som en del av det samhällsinriktade sociala arbetet eller som en del av annan socialservice. Uppsökande arbete är för närvarande inte en lagstadgad uppgift inom socialvården, men i praktiken utförs det redan i vissa kommuner som en del av socialarbetet eller servicen för missbrukare. Förslaget kan till denna del betraktas som en utökad uppgift som bedömts ha kostnadsmässiga konsekvenser.

Enligt 1 mom. ska invånarna i ett välfärdsområde ha tillgång till samhällsinriktat socialt arbete. Med samhällsinriktat socialt arbete avses klient- och sakkunnigarbete inom socialvården som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar och där det skapas en helhet av socialt stöd och service som möter gemenskapens behov, där helheten samordnas med stöd som erbjuds av andra aktörer samt där genomförandet och effekten av helheten styrs och följs upp. Uppgiften är inte ny för välfärdsområdena. Det har tidigare föreskrivits om helheten av socialt stöd och service som motsvarar gemenskapsbehoven som en del av servicen inom det sociala arbetet enligt 15 § i socialvårdslagen. Det samhällsinriktade sociala arbetet betraktas i regel inte som egentlig socialservice, utan som en arbetsform inom det sociala arbetet där arbetstagaren med ett övergripande arbetsgrepp möter människor i första hand i rollen som boende i den vardagliga närmiljön. Det fattas heller inga förvaltningsbeslut om detta på det sätt som förvaltningsbeslut kan fattas inom det individ- och familjeinriktade sociala arbetet.

Syftet med det föreslagna 1 mom. är att stärka det samhällsinriktade sociala arbetets roll och betydelse som en del av välfärdsområdets uppgift att främja välfärden och hälsan. Enligt propositionen ska det samhällsinriktade sociala arbetet som välfärdsområdet organiserar utföras i samarbete mellan områdets invånare, kommuner, organisationer och församlingar. Det samhällsinriktade sociala arbetet är förebyggande till sin natur, men det kan också delvis användas för att möta andra mål inom socialvården. Det samhällsinriktade sociala arbetet är särskilt viktigt för välfärden hos personer som behöver särskilt stöd. Arbetet kan bidra till att dessa personer nås eller till att förhållandena i deras levnadsmiljö och närmaste omgivning förbättras. Bland dem som behöver särskilt stöd finns ofta personer med psykiska problem eller missbrukare av berusningsmedel, bostadslösa eller andra personer i särskilt utsatt ställning och deras situation påverkas i väsentlig grad av människorna i den närmaste omgivningen och av samspelet med dem. Målet med det samhällsinriktade sociala arbetet till exempel i förorterna kan vara att återställa delaktigheten, det ömsesidiga stödet och partnerskapet i lokalsamhället och på detta sätt förbättra förutsättningarna för välfärd för alla som lever och verkar i området. Uppgiften konkretiserar även välfärdsområdenas och kommunernas gemensamma uppgift att främja välfärd och hälsa hos personer som behöver särskilt stöd, vilket det också föreskrivs om i den gällande 8 § i socialvårdslagen.

Enligt det föreslagna 2 mom. ska uppsökande arbete som minskar marginaliseringen ordnas som en del av det samhällsinriktade sociala arbetet eller annan socialservice. Med uppsökande arbete avses arbete som med hjälp av metoder som används inom socialt arbete och social handledning utförs i olika lokaler eller områden eller under olika tillställningar och vars mål är att söka upp och identifiera personer i uppenbart behov av hjälp från socialvården och handleda dem till den hjälp och den service som de behöver. I arbetet följs samma principer för inledande av ärenden och klientrelationer som inom den övriga socialvården. Utgångspunkten är att det samhällsinriktade sociala arbetet eller det uppsökande arbetet till sin natur är sådant att det inte förutsätter att klientens individuella personuppgifter används, och att det inte heller inleder någon klientrelation inom socialvården. Inom områdena ska man emellertid komma överens om praxis och verksamhetsmodeller som fungerar i de lokala förhållandena för att säkerställa att personer som har ett uppenbart stödbehov och som påträffas i samband med samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete hänvisas till en bedömning av servicebehovet enligt 36 § i socialvårdslagen och får de tjänster och det stöd som de behöver.

Det är ofta ändamålsenligt att utföra både det samhällsinriktade sociala arbetet och det uppsökande arbetet i samarbete med kommunen eller andra områden som utför välfärds- och hälsofrämjande arbete, såsom tredje sektorn, och diakoniarbetet. Det uppsökande arbetet kan vid behov också integreras i andra tjänster, till exempel som en del av dagcenterservicen för personer som missbrukar berusningsmedel. Det föreslås att välfärdsområdet beslutar om hur det samhällsinriktade sociala arbetet och det uppsökande arbetet ska riktas och genomföras i enlighet med de regionala behoven och de strategiska målen eller på annat lämpligt sätt.

För att nå de unga är det viktigt att samarbeta med det uppsökande ungdomsarbetet som är frivilligt för kommunerna och grundar sig på ungdomslagen (1285/2016). Medan målet med ungdomsarbetet är att nå dem som är under 29 år och som står utanför arbetslivet eller utbildning eller sådana som annars behöver stöd för att få tillgång till tjänsterna, kan det uppsökande arbetet inom socialvården i första hand fokusera på att nå personer som är äldre än så och som står utanför tjänsterna. Om det i kommunen inte finns uppsökande ungdomsarbete enligt ungdomslagen, är det viktigt att säkerställa att det uppsökande arbetet även når de unga. I samarbete med kommunen eller med aktörer inom den tredje sektorn är det viktigt att komma överens om samarbetsförfarandena och samarbetssätten så att till exempel en person som påträffas i kommunens verksamhet och som är i uppenbart behov av socialvård hänvisas till bedömning av servicebehovet och till tjänsterna.

Både det samhällsinriktade sociala arbetet och det uppsökande arbetet har samband med det strukturella sociala arbetet enligt 7 § i socialvårdslagen. Till det strukturella sociala arbetet hör att utifrån arbetet med klienterna och gemenskapen för beslutsfattandet bereda målinriktade åtgärder och åtgärdsförslag för att förebygga och rätta till sociala problem samt för att utveckla kommuninvånarnas boende- och närmiljöer. Med hjälp av informationen kan man utveckla innehållet i socialvården, rikta åtgärderna effektivt och förbättra effektiviteten och resultaten av socialvårdens tjänster och verksamhet i välfärdsområdet och av kommunens välfärdsfrämjande verksamhet.

7 b §. Främjande av psykisk hälsa och förebyggande rusmedelsarbete. Paragrafen är ny. I paragrafens 1 mom. föreslås det bestämmelser om förebyggande mentalvårdsarbete. För närvarande föreskrivs det om detta i 1 § 3 mom. i mentalvårdslagen, men i propositionen föreslås att momentet ska upphävas. Till mentalvårdsarbetet hör, enligt det här momentet i mentalvårdslagen, åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

I och med strukturreformen av social- och hälsovården blir främjandet av invånarnas välfärd och hälsa kvar som en uppgift för kommunerna, men det är också en uppgift för välfärdsområdena. Enligt 6 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård bär kommunen det primära ansvaret för främjandet av hälsa och välfärd till den del denna uppgift är knuten till andra uppgifter som enligt lag ska skötas av kommunen. Kommunerna har många möjligheter att inom ramen för de kvarvarande uppgifterna utveckla kompetensen kring den psykiska hälsan inom kommunens olika verksamhetsområden och befolkningens levnadsförhållanden så att dessa stärker befolkningens psykiska hälsa och förebygger uppkomsten av psykiska störningar och stöder välfärdsområdenas uppgift att tillhandahålla mentalvårdstjänster. Kommunerna kommer även framöver att sköta många uppgifter med anknytning till exempelvis kunnande och kultur, såsom småbarnspedagogik, undervisning, konst- och kulturtjänster, bibliotekstjänster, ungdomsarbete och idrotts- och motionstjänster. Till kommunerna hör också mångahanda åtgärder för markanvändning, bostadspolitik och kollektivtrafik som är betydelsefulla för befolkningens välfärd. I samband med att tjänsterna ordnas och planeras är det viktigt att ge akt på deras inverkan på främjandet av befolkningens psykiska hälsa och på att tjänsterna i sin helhet stöder välfärdsområdets uppgift att tillhandahålla mentalvårdstjänster. Dessutom är det viktigt att kommunerna har kvar en skyldighet oberoende av kommunernas andra lagstadgade uppgifter att utveckla befolkningens levnadsförhållanden för att förebygga psykiska störningar och stärka den psykiska hälsan i samarbete med välfärdsområdena, som har organiseringsansvaret för social- och hälsovården.

Enligt 6 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska kommunen i främjandet av hälsa och välfärd samarbeta med välfärdsområdet och bistå det med sin sakkunskap. Enligt motiveringarna i momentet förutsätter samarbetet och samordningen av verksamheten att kommunen och välfärdsområdet avtalar om strukturerna för hur samarbetet ska genomföras, arbetsformerna och uppföljningen. För att trygga ett kontinuerligt samarbete och växelverkan är det viktigt att strukturerna och tillvägagångssätten utformas på lokal basis och beaktar de regionala behoven. Kommunens expertstöd till välfärdsområdet kan till exempel vara att samla in och analysera data, att ordna kurser, att delta i gemensamma utvecklings- och forskningsprojekt och i förhandsbedömningen av vilka effekter välfärdsområdet har samt i välfärdsgruppernas arbete. Enligt 6 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska kommunen vidare i främjandet av hälsa och välfärd även samarbeta med andra offentliga aktörer, privata företag och allmännyttiga samfund som i kommunen utför hälso- och välfärdsfrämjande arbete. För genomförandet av samarbetet och samordnandet av olika aktörers verksamhet behövs ett gemensamt informationsunderlag och tydliga samarbetsstrukturer och tillvägagångssätt som överskrider

förvaltningsområdenas gränser. Samtidigt främjar samarbetet uppställandet av gemensamma mål och planeringen av verksamheten i syfte att främja invånarnas hälsa och välfärd i kommunen och välfärdsområdet.

I fortsättningen föreskrivs det om välfärdsområdenas skyldighet att främja invånarnas hälsa och välfärd i 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I fråga om den psykiska hälsan är välfärdsområdenas skyldighet att främja invånarnas hälsa och välfärd sammankopplad med skyldigheten att ordna social- och hälsovård inom sitt område. I 7 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård fastställs att välfärdsområdet i främjandet av hälsa och välfärd ska samarbeta med kommunerna i sitt område. Motsvarande samarbetskyldighet för kommunerna finns i 6 § 4 mom. i den lagen.

Paragrafens 1 mom. kompletterar bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård genom att precisera frågan som en del av lagstiftningen om socialvårdens innehåll. I momentet föreslås det bestämmelser om att välfärdsområdet och de kommunala myndigheterna i samarbete ska utveckla befolkningens levnadsförhållanden i syfte att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och förebygga uppkomsten av psykiska störningar.

I paragrafens 2 mom. föreslås en hänvisning till det förebyggande rusmedelsarbetet, om vilket det föreskrivs i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet. Lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet redogör för kommunens och välfärdsområdets samt för social- och hälsovårdstjänsternas uppgifter inom det förebyggande rusmedelsarbetet. I praktiken har kommunen och välfärdsområdet efter social- och hälsovårdsreformen gemensamt ansvar för det förebyggande rusmedelsarbetet. Båda ska sörja för uppföljningen av och informationen om rusmedelsläget, informera om skador och problem som användningen av alkohol-, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar orsakar och om hur de kan minskas, öka och stöda kompetensen inom sakområdet, erbjuda åtgärder för förebyggande rusmedelsarbete inom olika förvaltningsområden samt samordna de olika aktörernas åtgärder utan att förglömma främjandet av invånarna möjligheter till delaktighet och påverkan. Välfärdsområdena ska dessutom erbjuda kommunerna expertstöd för det förebyggande rusmedelsarbetet i syfte att främja ett så effektivt och jämlikt förebyggande av skador orsakade av alkohol och droger samt beroende som möjligt i hela landet. Det förebyggande rusmedelsarbetet utgör en del av det samlade alkohol- och drogarbetet och omfattar utöver allmänt förebyggande arbete även riskförebyggande åtgärder, som i sin tur kan indelas i riktade och förebyggande åtgärder som grundar sig på riskurval samt i upptagande av ärendet till diskussion, identifiering i ett tidigt skede och miniintervention. Till exempel behovet och möjligheterna att stärka miniinterventionerna inom socialvården har identifierats¹²⁴. Det förebyggande rusmedelsarbetet utgör en del av främjandet av välfärden och hälsan, dvs. ovan nämnda 6 och 7 § i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet tillämpas också på förebyggande rusmedelsarbete.

I paragrafens 3 mom. föreslås en hänvisning till de ovan nämnda 6 och 7 § i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet.

¹²⁴ Renko Elina. Alkoholinkäytön mini-interventio aikuissosiaalityössä. Institutet för hälsa och välfärd. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2016. Finns enbart på finska. Finns på adressen: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-746-6>. Hämtad den 29 juni 2022.

Syftet med paragrafen är att bättre lyfta fram förebyggandet av den psykiska hälsan och det förebyggande rusmedelsarbetet som en del av socialvården. Det är inte fråga om någon ny upp-gift och ändringen av regleringen orsakar till denna del inte några kostnadsmässiga konsekven-ser. Motsvarande bestämmelser föreslås i 20 § i hälso- och sjukvårdslagen.

11 §. Stödbehov. I paragrafen räknas de stödbehov upp, enligt vilka socialservice ska ordnas. Som ett sådant behov anges i paragrafens 8 punkt missbruk av berusningsmedel, psykisk ohälsa, annan sjukdom, skada eller åldrande. Det föreslås att det vid sidan av missbruk av berusnings-medel till punkten fogas annat beroendebeteende och med detta avses till exempel spel om pengar eller andra beteenden i anslutning till beteenderelaterade beroendeproblem. Till exempel spel om pengar orsakar mångahanda problem för individen och de kan ha långtgående conse-kvenser. De ekonomiska skadorna tar sig vanligen uttryck i skuldsättning. På ett socialt plan realiserar skadorna till exempel som problem i relationerna med andra människor och som mar-ginalisering. På ett samhälleligt plan syns konsekvenserna av spel om pengar till exempel i frånvaro från arbetet, brott och olika servicebehov.

Genom ändringen förändras inte den allmänna utgångspunkten för socialvården, det vill säga för att behovet av hjälp ska kunna mötas krävs inte en diagnos eller en exakt definierad sjukdom, utan utgångspunkten för ordnandet av socialvården är fortfarande stödbehov som identifierats av olika orsaker. I paragrafens gällande 9 punkt föreskrivs om stödbehov med anknytning till annan fysisk, psykisk, social eller kognitiv funktionsförmåga. Stödbehovet till följd av funkt-ionsförmågan har definierats att allmänt syfta till att omfattande täcka olika tillstånd som be-gränsar och nedsätter funktionsförmågan. Genom att lyfta fram beroendebeteendet i paragrafens 8 punkt strävar man efter att stödbehoven i anknytning till olika beroenden bättre än tidigare ska identifieras särskilt i samband med mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet, och att på detta sätt främja samarbetet inom social- och hälsovården och samordnandet av servicen. Tillägget är av teknisk och förtydligande natur och medför i praktiken inga förändringar i eller någon utökning av socialvårdslagens tillämpningsområde.

14 §. Socialservice som möter stödbehoven. I 1 mom. finns bestämmelser om socialservice som välfärdsområdet ska ordna med det innehåll som föreskrivs i socialvårdslagen eller i någon an-nan lag. I momentet, sådant det lyder i ändringarna av socialvårdslagen som träder i kraft från och med ingången av 2023, föreslås det att alkohol- och drogarbete ändras till alkohol- och drogarbete och beroendearbete. Ändringen hänför sig till införandet av andra beroenden som redogörs för ovan i 3 § 3 mom. i lagen. Därtill föreslås det att momentet ändras så att följande nya punkter fogas till momentet: 15) särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroen-dearbete, 16) dagcenterservice som särskild service inom alkohol- och drogarbete och 18) ser-vice inom mentalvårdsarbete. Tilläggen beror på de nya föreslagna 24 a, 24 b och 25 a §, och det är viktigt att paragrafernas innehåll också tas med i denna 14 §.

I det inledande stycket i 3 mom., sådant det lyder i ändringarna av socialvårdslagen som träder i kraft från och med ingången av 2023, föreslås det att omnämnandet av service i anslutning till missbrukarvård stryks. Det föreslås också att hänvisningarna till lagen om missbrukarvård och mentalvårdslagen som finns i momentets 6 och 7 punkt stryks ur momentet. Enligt förslaget ska numreringen av de lagar som nämns i momentet ändras från och med 6 punkten så att numre-ringen förblir löpande även om de nämnda lagarna stryks ur förteckningen.

15 §. Socialt arbete. I paragrafen föreskrivs det om socialt arbete. Enligt den gällande paragra-fen avses med socialt arbete klient- och sakkunnigarbete där det skapas en helhet av socialt stöd och service som möter individens, familjens eller gemenskapens behov, där helheten samordnas med stöd som erbjuds av andra aktörer samt där genomförandet och effekten av helheten styrs och följs upp. Det föreslås att gemenskapsinriktat socialt arbete stryks ur paragrafen till den del

det inte avser arbete med gemenskaper utifrån målen för individ- och familjearbetet. I fortsättningen ska det föreskrivas om socialt arbete med gemenskaper, s.k. samhällsinriktat socialt arbete, i den nya 7 a §. Genom ändringen eftersträvas ett förtydligande av verksamhetspraxisen, eftersom det inte är möjligt att fatta ett förvaltningsbeslut i enlighet med 45 § i socialvårdslagen om ordnandet av socialt arbete med gemenskaper på samma sätt som om arbetet med individer eller familjer. Det gemenskapsinriktade sociala arbete som flyttas till en ny plats är till sin natur sådan verksamhet som främjar välbefinnandet och som det inte fattas förvaltningsbeslut om. Ändringen påverkar inte innehållet i det individ- eller familjeinriktade sociala arbetet och det ska fortsättningsvis kunna produceras som en självständig tjänst eller som en del av annan service.

Det sociala arbetets roll har framhävts i och med samhällsförändringarna och ojämlikheten och det har stor betydelse som yrkesmässigt förändringsarbete för bemötande av svåra livssituationer, sociala problem och marginaliseringsrisker samt som rapportör av sociala orättvisor, människornas behov och organisationernas verksamhetsproblem och som utvecklare, även med tanke på mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet. Preciseringsen av det individ- och familjeinriktade sociala arbetet i den föreslagna paragrafen är i linje med och förtydligar förhållandet till bestämmelserna i 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I den paragrafen föreskrivs att välfärdsområdet inte från en privat tjänsteproducent får skaffa socialt arbete som avses i 15 § eller socialjour som avses i 29 § i socialvårdslagen som en sådan tjänst som avses i 1 mom. I bestämmelsen avses uttryckligen individ- och familjeinriktat socialt arbete, eftersom det ofta innehåller utövande av offentlig makt eller andra uppgifter eller annat innehåll som normalt hör till myndigheterna.

Enligt förslaget ska skyldigheten att också ge individ- och familjeinriktat socialt arbete som service för stödbehovet till följd av missbruks- eller beroendebeteende tas in i den nya 24 a § i socialvårdslagen. I den föreslagna nya 25 a § ska det föreskrivas om särskild service som riktar sig till stödbehovet till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga och om det sociala arbete som ges i anknytning till den. I den föreslagna nya 29 b § föreskrivs det om psykosocialt stöd som ges med hjälp av socialt arbete och social handledning i akuta traumatiska situationer.

17 §. Social rehabilitering. Det föreslås att det inledande stycket i 1 mom. ändras. Syftet är att precisera gällande reglering genom att förtydliga innehållet och målgruppen i fråga om servicen samt genom att stärka ett målinriktat arbetssätt.

Enligt den gällande paragrafen avses med social rehabilitering intensifierat stöd med hjälp av socialt arbete och social handledning för att stärka den sociala funktionsförmågan, förhindra marginalisering och främja delaktighet. Till definitionen fogas att det målinriktade arbetet inriktas på att förbättra eller upprätthålla livskompetens. Den sociala rehabiliteringen har också tidigare omfattat alla klienter som varit i behov av den, även mentalvårds- och missbrukarklienter, men genom ändringen bekräftas att det rehabiliteringsinnehåll som dessa klientgrupper behöver beaktas, att de beviljas servicen och att arbetssättet är planmässigt med tanke på dem. Därtill föreslås att ordalydelsen förhindra marginalisering ändras i formen förebygga marginalisering.

Behovet av social rehabilitering bedöms alltid som en del av bedömningen av klientens servicebehov. Den sociala rehabiliteringen bygger alltid på en övergripande utredning av personens funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov. När klientens behov av social rehabilitering bedöms är det viktigt att utreda klientens behov och möjligheter att få rehabilitering via hälsovårdssystemet eller de andra rehabiliteringstjänsterna. Det är särskilt viktigt att vid behov genomföra den sociala rehabilitering som ges som ett led i mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet inom socialvården som en samordnad tjänst med hälso- och sjukvårdsservicen i

enlighet med 2 a §. Det viktigaste är att den vård och rehabilitering som hälso- och sjukvården ger och den sociala rehabilitering som socialvården ger bildar en smidig helhet som motsvarar klientens behov. Det är också viktigt att uppmärksamma klientens barn och de andra familjemedlemmarna samt deras stödbehov som en del av den sociala rehabiliteringen som helhet.

Det individuella innehållet i rehabiliteringstjänsten antecknas i klientplanen och det fattas ett förvaltningsbeslut i ärendet. En klient som använder tjänsten social rehabilitering kan också behöva andra socialtjänster samtidigt, såsom stödboende eller annan boendeservice, där det också kan ingå rehabiliterande element och innehåll som främjar delaktighet och socialt umgänge. Klientens individuella situation och rehabiliteringsbehov avgör om det räcker till exempel med verksamhet som främjar funktionsförmågan som en del av serviceboendet för att möta stödbehoven eller om klienten har nytta av sådan individuellt skräddarsydd, intensifierad service i form av social rehabilitering som beskrivs i paragrafen. För många rehabiliteringsdeltagare med psykiska problem eller missbruksproblem är den sociala rehabiliteringen parallellt med boendeservicen och vården en mycket viktig förutsättning för rehabiliteringen.

Enligt förslaget ska bestämmelser om social rehabilitering som ges som riktad service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete tas in i den nya 24 a § och bestämmelser om service riktad särskilt till personer i behov av stöd till följd av försämrade psykisk funktionsförmåga tas in i den nya 25 a §.

Den sociala rehabiliteringen för klienter med nedsatt psykisk funktionsförmåga kan, förutom av de aktiviteter som nämns i paragrafen, bestå till exempel av möjliggörande av självständigt boende och meningsfull sysselsättning via fritidsintressen eller med hjälp av arbete i den närmaste kretsen. Med hjälp av olika funktionella grupper som bygger på kamratstöd kan rehabiliteringsdeltagarens livskvalitet, den utbildnings- eller arbetsrelaterade träningen och färdigheterna i att fungera i grupp förbättras. Det funktionella stödet stöds vid behov med individinriktat arbete som kan innehålla psykosocialt stöd, träning, någon som ställer upp för klienten och andra åtgärder som stöder klientens rehabilitering enligt den överenskomna planen. Den sociala rehabiliteringen kan till exempel också ges som stöd i hemmet. Vid allvarliga psykiska sjukdomar behöver man lära sig vardagliga färdigheter som att ta hand om sig själv och bo självständigt samt till exempel stärka självkänslan. Även rehabiliteringsdeltagarens närstående och andra i den närmaste kretsen kan ha ett påtagligt stödbehov. Social rehabilitering kan också tillhandahållas om klienten inte vill ha mentalvård eller om vården inte haft någon verkan. Det aktiva målet med social rehabilitering kan också vara att upprätthålla omständigheter eller förhållanden som gäller personens situation. Som exempel kan nämnas situationer där ett aktivt och målriktat arbetssätt syftar till att förhindra att klientens situation försvagas eller försämras på grund av att han eller hon inte förbinder sig till behandlingen. Att bygga upp och stödja klientens motivation att förbättra sin egen livssituation är en viktig del av arbetet inom den sociala rehabiliteringen, men avsaknaden av en behövlig vårdrelation inom hälso- och sjukvården får inte förhindra tillgången till socialservice, om personen skulle ha nytta av detta utifrån bedömningen av servicebehovet. Social rehabilitering kan också vara en väg till vård, eftersom motivationen att ta hand om den egna hälsan ofta växer när den övriga livshanteringen och välbefinnandet förbättras.

Social rehabilitering fokuserad och inriktad på återhämtning från missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende strävar till att förbättra den sociala funktionsförmågan och att hitta värden, färdigheter, dagligt innehåll och en daglig rytm som stöder beteendeförändringen. I den ingår enligt behov allt innehåll i den sociala rehabiliteringen som nämns i paragrafen samt även de särskilda stödbehov som uppstått till följd av missbruk eller annat beroendebeteende och som till exempel gäller boende, brott, försörjning, sysselsättning eller samhällsdelaktighet. Med hjälp av den intensifierade och riktade sociala rehabilitering som ges som socialservice som en

del av vård- och servicehelheten för missbruk och andra beroenden understöds vardagshanteringen, familje- och närstående relationerna, delaktigheten i gemenskapen och samhället samt uppbyggnaden av ett betydelsefullt liv. Vid svåra beroenden behöver man lära sig vardagliga färdigheter som att ta hand om sig själv och bo självständigt samt stärkande av självkänslan eller den egna förmågan. Social rehabilitering kan också tillhandahållas om klienten inte vill ha missbrukarvård eller om vården inte haft någon verkan.

Det viktigaste är att klienten förstår vad som ingår i den sociala rehabiliteringen, att innehållet motsvarar klientens individuella behov, att verksamheten är målinriktad och på ett planmässigt sätt stöder klientens individuella mål med rehabiliteringen och livskompetensen. Målet med servicen kan också vara att upprätthålla den befintliga situationen eller de befintliga omständigheterna, om det är förenligt med klientens bästa och behov. Rekommendationer till kvalitetskriterier för ordnandet av social rehabilitering för personer i arbetsför ålder har tagits fram som en del av det nationella utvecklingsprojektet inom social rehabilitering (SOSKU), som koordinerats av Institutet för hälsa och välfärd 2015–2018¹²⁵.

24 §. Alkohol- och drogarbete och beroendearbete. I paragrafen ska det föreskrivas om alkohol- och drogarbete och beroendearbete inom socialvården som helhet. Det föreslås att paragrafens rubrik ändras så att det vid sidan av alkohol- och drogarbete läggs till beroenden. Identifieringen av stödbehovet till följd av olika beteenderelaterade beroenden och erbjudandet av hjälp är redan nu ett led i den normala serviceverksamheten inom socialvården. Ändringen ändrar inte den allmänna principen inom socialvården och hälso- och sjukvården, enligt vilken tillgodoseende av vårdbehovet inte kräver diagnos eller en exakt fastställd sjukdom, och på så sätt utökar den inte heller välfärdsområdets organiseringsansvar. Målet med tillägget, som i huvudsak är av teknisk natur, är att man inom socialvården bättre än tidigare ska identifiera behovet av stöd eller vård också till följd av annat beroendebeteende.

Det föreslås att paragrafens 1 mom. ändras så att momentet förutom beskrivningen av målet med alkohol- och drogarbetet även behandlar stödbehovet till följd av missbruk av berusningsmedel och annat beroendebeteende enligt 11 § i socialvårdslagen samt den socialservice och övriga verksamhet som välfärdsområdet ordnar för att möta detta behov. Enligt propositionen avses med alkohol- och drogarbete och beroendearbete inom socialvården både service och annan övergripande och mångahanda verksamhet, genom vilken välfärdsområdet ska tillgodose befolkningens stödbehov i området i nämnda ärende. Sådan annan verksamhet som tillhandahålls utöver socialservice är till exempel uppgifter enligt 2 kap. i socialvårdslagen, såsom samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete i den föreslagna 7 a §.

Det föreslås att paragrafens 2 mom. ändras. Momentet ska enligt förslaget på samma sätt som nu beskriva den socialservice som ingår i socialvårdens alkohol- och drogarbete och beroendearbete, men med annan ordalydelse än för närvarande. Momentets innehåll motsvarar i sak det gällande momentets 1, 2 och 3 punkt. Regleringen i momentet ska understryka att all den service som uppräknas i 14 § i socialvårdslagen vid behov ingår i alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet, förutsatt att den svarar mot klientens stödbehov. Alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet omfattar rådgivning och handledning om de faktorer som stöder alkohol- och drogfrihet och om riskfaktorer samt information till klienten om alternativen i servicesystemet. Som tjänster inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet ska enligt förslaget ges den social-

¹²⁵ Suositus työikäisten sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisen laatukriteereiksi. (*Rekommendationer till kvalitetskriterier för ordnandet av social rehabilitering för personer i arbetsför ålder*). THL 2018. Finns på adressen: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-249-9>. Hämtad den 2 mars 2022.

service som nämns i 14 § för att minska skador av alkohol- och drogberoende och andra beroenden, stödja drogfrihet och rehabiliteringen från missbrukarproblem och andra beroendeproblem eller som socialservice som annars behövs på grund av missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende. Service för stödbehovet ska tillhandahållas antingen i form av allmän socialservice avsedd för alla eller i form av särskild service riktad speciellt till alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet.

Det föreslås inga ändringar i paragrafens 3 mom. Den föreskriver på samma sätt som för närvarande att en gravid person har subjektiv rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som stöder drogfrihet. Med detta avses till exempel mödrahem som är specialiserade på rehabilitering av missbrukare av berusningsmedel eller andra socialvårdstjänster som möter behoven. Även i hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse som tryggar brådsakande missbrukarvård. En gravid missbrukare följs alltid också upp inom hälso- och sjukvården och hennes övergripande vårdbehov bedöms inom hälso- och sjukvården. Eftersom det finns ett samtidigt behov, bör tjänsterna ordnas som gemensam service enligt den föreslagna 2 a § i socialvårdslagen, trots att tjänsterna utförs vid olika verksamhetsenheter, till exempel vid mödrapolikliniken inom den specialiserade sjukvården och som annan service inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Det föreslås att paragrafens 4 mom. understryker rätten att få service förutom för personens eget behov, även för behovet av hjälp och stöd hos personens familj och andra närstående. Rätten motsvarar det som föreskrivs i den gällande 7 § i lagen om missbrukarvård, vilken föreslås bli upphävd. Därtill föreslås det att det i paragrafen hänvisas till 13 § i socialvårdslagen, enligt vilken ett barn och dess familj har rätt att utan dröjsmål få socialservice som är nödvändig med tanke på barnets hälsa eller utveckling. Servicen ska ordnas i tillräcklig omfattning under de tider på dygnet då den behövs. Bestämmelsen i den gällande socialvårdslagen är särskilt betydelsefull med tanke på alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet. Rätten att få nödvändig service gäller också nödvändig socialservice som ett barn behöver på grund av missbruksbeteende och annat beroendebeteende.

Det föreslås att det i paragrafens 5 mom. i något förändrad form jämfört med paragrafens gällande 4 mom. föreskrivs om att alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet ska utgöra en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande rusmedelsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna. Med bestämmelsen avses att alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet inom socialvården ska planeras och genomföras så att det utgör en fungerande helhet med annat alkohol- och drogarbete och mentalvårdsarbete i välfärdsområdet. Med detta avses att verksamheten och servicen inom socialvårdens alkohol- och drogarbete och beroendearbete ska vara förenlig och utgöra en fungerande helhet både med de tjänster som tillhandahålls inom mentalvårdsarbetet och med den mentalvård, missbrukarvård och missbrukarrehabilitering som tillhandahålls inom hälso- och sjukvården. Alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet inom socialvården ska även samordnas med den övriga social- och hälsovården, såsom med den somatiska vården och annan socialservice samt med det främjande och förebyggande arbetet inom social- och hälsovården. Som stöd och hjälp i utvecklingsarbetet kan man dra nytta av erfarenhetsexpertens och andra serviceanvändares sakkunskap när man utvecklar, genomför och utvärderar socialservicen. Med erfarenhetsexperten avses personer som har egen erfarenhet av missbruksrelaterade psykiska eller fysiska sjukdomar, skador eller andra svåra livssituationer och som har genomgått utbildning för erfarenhetsexperten. Också en anhörig eller närstående kan vara erfarenhetsexpert.

Bestämmelser om välfärdsområdets ansvar att samordna de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna till helheter finns i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I propositionen avses med en fungerande helhet vad gäller alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet bland annat att servicen på ett ändamålsenligt ska vara kontinuerlig, ges i rätt tid

och samordnas med den hälso- och sjukvård som ansluter sig till substansrelaterade störningar och det fysiska och psykiska hälsotillståndet och som hälso- och sjukvården ansvarar för, och att hjälp och stöd som är smidig och helhetsbetonad garanteras för klienterna. Vad gäller kontinuiteten och de målinriktade åtgärderna behöver man också beakta samordningen av det förebyggande rusmedelsarbete som kommunen bär huvudansvaret för med alkohol- och drogarbetet och servicen för missbrukare i välfärdsområdena. Det förebyggande rusmedelsarbetet är en del av främjandet av välfärden, hälsan och tryggheten, inom vilket välfärdsområdets och kommunens gemensamma arbete är synnerligen viktigt. Långsiktigt förebyggande rusmedelsarbete minskar det mänskliga lidandet, behovet av social- och hälsovårdstjänster samt skillnaderna i hälsa mellan befolkningsgrupperna, ökar arbetets produktivitet och tryggar befolkningens arbets- och funktionsförmåga också i framtiden.

24 a §. Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete. Paragrafen är ny. Till sakinnehållet föreslås den innehålla den socialservice som ordnas enligt den nuvarande lagen om missbrukarvård. Målet med bestämmelsen är att förtydliga och precisera den särskilda servicen riktad till missbrukare och skyldigheten att ordna den. Mer exakt eftersträvas genom regleringen förutom att förbättra klientens rättigheter och tillgång till service, även att få till stånd ett mer täckande kunskapsunderlag om alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet inom socialvården. I paragrafen föreskrivs inte nya uppgifter för välfärdsområdet.

Enligt förslaget ska det i paragrafens 1 mom. föreskrivas om socialvårdens särskilda service enligt den gällande 24 § 2 mom. i socialvårdslagen som riktar sig till missbrukare av berusningsmedel, deras anhöriga och andra närstående. Som särskild service som riktar sig speciellt till och som fokuserar på alkohol- och drogarbete och beroendearbete ska ordnas åtminstone socialt arbete, social handledning, social rehabilitering och boendeservice. Nämda tjänster är sådana som redan för närvarande ordnas som särskild service enligt lagen om missbrukarvård och de är ofta avgörande för personer som har missbruks- och beroendeproblem. Servicen ska efter behov ordnas som öppenvårdstjänster eller som service på institution, på samma sätt som för närvarande. Syftet med regleringen är inte att skära ner eller begränsa de mångsidiga missbrukartjänsterna som redan nu produceras inom socialvården i enlighet med lagen om missbrukarvård, utan att välfärdsområdet också i fortsättningen utgående från behovet i området ska kunna producera andra tjänster än de som nämns i momentet i form av särskild socialservice riktad till stöd för missbruks- och beroendeproblem. Syftet med bestämmelsen är att förtydliga och precisera alkohol- och drogarbetets och beroendearbetets innehåll i synnerhet vad gäller riktad, särskild service, och på så sätt stärka klientens rätt att få socialservice som tillgodoser stödbehovet.

Socialt arbete som fokuserar på alkohol- och droganvändare, så kallat socialt arbete med missbrukare, är en typisk och viktig service inom socialvården för missbrukare, vilket har långa traditioner. Socialt arbete och social handledning ska alltid finnas tillgängliga för alkohol- och droganvändare i anslutning till särskild service riktad på beroendebeteende. Det psykosociala stödet som ingår i tjänsterna är en viktig del av alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet inom socialvården för att stöda klientens färdigheter och som en del av den behövliga socialservicen. Andra typiska tjänster för alkohol- och droganvändare är boendeservice, som förutom i form av allmänna tjänster avsedda för alla även ska tillhandahållas som riktad service särskilt till alkohol- och droganvändare eller beroendebeteende. Alkohol- och droganvändarnas situationer och stödbehov varierar, vilket innebär att det även ska finnas mångsidig tillgänglig boendeservice som tillgodoser behoven. Vid sidan av rehabiliterande boendeservice som stöder drogfrihet är det viktigt att beakta att alla stödbehövande till exempel inte klarar av att förbinda sig till nykterhet eller vård. Med rätt riktad och planerad boendeservice kan man även lyckas då det gäller boendet för personer med svårt missbruk. Med till exempel modellen Bostad först, som även internationellt varit framgångsrik, har man fått goda resultat då det gäller att minska

antalet bostadslösa och att förbättra invånarnas livskvalitet, liksom även då det gäller att minska samhällets kostnader¹²⁶. Vid sidan av boendeservice behövs ofta även social rehabilitering, vilken även ska tillhandahållas som riktad service för att tillgodose behovet hos klienter inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet.

Det föreslås att servicen inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet enligt behov ges i form av öppen vård eller vård på en institution. Service inom socialvården ges i regel som öppen vård, men i vissa situationer finns det även ett klart behov av service på en institution inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet. Enligt förslaget ska att den service på institution enligt 22 § i socialvårdslagen som ges i form av särskild service inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet omfatta social rehabilitering som genomförs som service på en institution i de fall då det med tanke på klientens situation och behov är motiverat. Social rehabilitering som ges i form av särskild service inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet kan till exempel genomföras som familjerehabilitering eller samfundsrehabilitering. Syftet med rehabilitering på en institution som enbart genomförs som social rehabilitering är att stöda ett drogfritt liv. Om klienten har behov av vård och medicinsk rehabilitering på grund av beroende och eventuella samtidiga andra sjukdomstillstånd, beaktas vid bedömningen och genomförandet av vården förfarandet enligt hälso- och sjukvårdslagen. Nödvändig social rehabilitering fogas till den enligt 2 a § i nämnda lag som gemensamt tillhandahållen service eller genom att trygga servicebehovet efter en institutionsperiod.

I paragrafens 2 mom. ska det enligt förslaget föreskrivas om alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet som särskild service i förhållande till annan service enligt socialvårdslagen. Enligt förslaget kompletterar den som ett led i det samlade alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet som beskrivs i 24 § sådan annan socialservice enligt 14 § som stöder drogfrihet eller som behövs på grund av missbruk av berusningsmedel. Syftet med bestämmelsen är att säkerställa en ändamålsenlig servicehelhet och klientens rätt till all behövlig service.

Service riktad på alkohol- och drogarbete och beroendearbete ska vid behov genomföras tillsammans med hälso- och sjukvårdstjänsterna i enlighet med vad som tidigare föreslagits i 2 a § antingen i socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma enheter som tillhandahåller missbrukar- och beroendetjänster eller genom att samordna tjänsterna med den vård och rehabilitering som ges inom hälso- och sjukvården. Både missbruk av berusningsmedel och olika allvarliga andra beroenden är i omfattande grad även ett medicinskt problem och de är ofta förknippade med olika psykiatriska och somatiska störningstillstånd. Således är samarbete med hälso- och sjukvården ofta av central betydelse för att övergripande hjälpa klienterna. Socialvårdsaktörer har enligt 40 § i socialvårdslagen skyldighet att kontakta den myndighet som ansvarar för att vidta de åtgärder som krävs, till exempel att ordna missbrukarvård, och klienterna ska aktivt hänvisas och stödas till medicinsk bedömning av vårdbehovet. På grund av den psykosociala vårdens betydelse för att behandla beroenden och mycket ofta förekommande samtidiga sjukdomstillstånd har hälso- och sjukvården fått ökad betydelse inom servicehelheten vid missbruk och beroenden.

24 b §. Dagcenter som särskild service inom alkohol- och drogarbetet. Paragrafen är ny. Med dagcenter som ordnas som särskild service inom alkohol- och drogarbetet ska i första hand avses socialservice som riktar sig till och som ordnas för att trygga de grundläggande behoven och minska skador hos personer som missbrukar berusningsmedel. Servicen ska erbjuda skydd på dagtid i lokaler där personen har möjlighet till måltider, att sköta sin personliga hygien och att

¹²⁶ Materialbank för modellen Bostad först, https://asuntoensin.fi/aineistopankki/?fwp_aika=2015-01-01%2C2019-01-31. Hämtad den 2 mars 2022.

vila. En sådan lokal kan vara en separat lokal endast för denna service eller alternativt en lokal i anslutning till annan service. Servicen föreslås innehålla social handledning som ges av en legitimerad yrkesutbildad person inom socialvården. Man ska även kunna vända sig till servicen i berusat tillstånd och servicen ska kunna utnyttjas anonymt. Genom servicen tryggas den direkta omsorgen och identifieras personer i behov av särskilt stöd.

I 3 § i den gällande lagen om missbrukarvård ska kommunen sörja för att vården av missbrukare ordnas så att den till sin innebörd och sin omfattning motsvarar behovet i kommunen. Enligt 6 § 3 mom. i samma lag ska servicen i första hand ordnas genom åtgärder inom den öppna vården så att den är lätt åtkomlig, smidig och mångsidig. Enligt 8 § i lagen om missbrukarvård ska servicen inom missbrukarvården ordnas så att det är möjligt för en klient att anlita den på eget initiativ och så att klienten ges stöd i att reda sig på egen hand. Fastän den gällande lagstiftningen inte innehåller några detaljerade bestämmelser om särskild service enligt lagen om missbrukarvård, har många serviceformer redan långa traditioner och en etablerad ställning i servicesystemet. Enligt social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendation för missbrukarvården från år 2002 ingår dagcenter i den särskilda servicen inom missbrukarvården.¹²⁷

Enligt propositionen är syftet med servicen att minska missbruket av alkohol- och droger och de sociala och hälsomässiga problem som hör samman med det samt att främja funktionsförmågan och säkerheten för personer som missbrukar berusningsmedel liksom styrningen av dem till ändamålsenliga social- och hälsovårdstjänster. Servicen ska rikta sig till de mest utsatta, t.ex. till personer som missbrukar berusningsmedel, som är bostadslösa eller som bor under dåliga förhållanden samt till personer som befinner sig i en missbruksspiral och för vilka tryggheten av de grundläggande behoven annars är försvårat eller äventyrat. Personer som besöker dagcenter har ofta många långvariga sociala, ekonomiska eller hälsomässiga problem. Att vara utsatt innebär att personen utöver missbruk av berusningsmedel även har andra utmaningar i vardagen och livet, till exempel arbetslöshet, brottslig bakgrund, mentala hälsoproblem, ensamhet, problem med självkänslan och ofta även svagt förtroende för myndigheterna. Då man inte behöver uppge sina personuppgifter sänks tröskeln för att söka hjälp, och det är också den arbetsmodell enligt vilken dagcenterservice för närvarande allmänt ordnas.

I paragrafen ska det enligt förslaget särskilt föreskrivas om rätten att kunna utnyttja servicen anonymt, vilket samtidigt innebär att enbart ett besök på dagcentret eller mottagande av handledning och rådgivning inte nödvändigtvis inleder en klientrelation inom socialvården eller en bedömning av servicebehovet, såvida personen inte vill det. Det innebär att det över dagcenterbesök som service inom alkohol- och drogarbetet och därtill anknuten social handledning inte utfärdas ett förvaltningsbeslut enligt 45 § i socialvårdslagen.

Social handledning och rådgivning utifrån klientens mångahanda behov är en central del av dagcenterservicens serviceinnehåll. Allmän handledning och rådgivning i anslutning till servicen och information om klientens rättigheter samt beaktande av klientens individuella situation utgör kärnan i det klientorienterade servicesystemet och är ytterst viktigt för personer med särskilt stödbehov som av olika orsaker har svårt att söka eller få service. Med hjälp av uppkomna kontakter skapas ett förtroendeförhållande inom ramen för vilket klienten kan hänvisas till nödvändiga social- och hälsovårdstjänster eller annan service. Om en persons behov av stöd

¹²⁷ Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3, Päihdepalvelujen laatusuosituksset (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2002:3, Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården). På finska med sammanfattning på svenska. Finns på: https://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuosituksset.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcbb4e8/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuosituksset.pdf. Hämtad den 24 juni 2022.

inom socialvården är uppenbart och det inte finns något hinder för att bedöma servicebehovet, ska det göras på det sätt som anges i 4 kap. i socialvårdslagen. Dessutom ska personens behov av brådskande hjälp bedömas omedelbart. Dagcenterservicen och därtill anknuten social handledning får inte hindra eller försvaga en persons möjligheter att få andra tjänster enligt socialvårdslagen, till exempel tillfälligt boende eller stödboende enligt 21 §. Servicen ska syfta till att stöda det övriga servicesystemet och aktivt identifiera, hänvisa och hjälpa personer i behov av stöd att få mer bestående service som bättre tillgodoser behoven och eventuell behövlig vård.

Dagcenterservicen är i regel en närservice, men regionalt antas servicebehovet vara koncentrerat till omgivningarna kring de större städerna. För att säkerställa en ändamålsenlig service krävs således ett nära samarbete med socialvårdens och hälso- och sjukvårdens övriga servicesystem, i synnerhet med annan särskild service inom drog- och alkoholarbete inom socialvården och hälso- och sjukvårdstjänsterna. På grund av regionala skillnader och varierande servicebehov föreslås det alternativa genomförandet av servicen i glesortsområden i någon mån kunna variera, förutsatt att klienternas tillgång till skydd som tryggar grundbehoven säkerställs. Servicen föreslås vid behov kunna ordnas som gemensam service med hälso- och sjukvården enligt 2 a § i socialvårdslagen. Redan nu genomförs olika modeller där det i socialvårdens verksamhet integreras till exempel hälsorådgivning, småskalig hälso- och välfärdsfrämjande verksamhet eller hälso- och sjukvårdstjänster och på detta sätt har man på många sätt lyckats tillgodose hjälp- och stödbehoven hos personer som sökt sig till servicen.

De senaste årens erfarenheter av covid-19-pandemins konsekvenser lyfte fram svagheter i servicesystemet, vilka framhävdes under de extraordinära omständigheterna. Av flera av de översikter om covid-19-epidemin som Institutet för hälsa och välfärd gett ut framgår det att särskilt de som även annars är i utsatt ställning haft dålig tillgång till service. Enligt undersökningarna var de bostadslösa de mest utsatta och hos dem visade sig bristen på service till och med i form av att de grundläggande levnadsförutsättningarna äventyrades. Även under normala förhållanden är det svårt för många bostadslösa att ordna dagliga måltider, övernattnings- och möjlighet att sköta den personliga hygien, och under covid-19-epidemin försämrades deras situation avsevärt.¹²⁸ Propositionen bemöter således också det identifierade behovet att utveckla servicesystemet och stärker det gällande servicessystemet för dem som är i mest utsatt ställning. Servicen stödjer också verksamheten enligt Bostad först-modellen, då det inom servicen går att identifiera personer som faktiskt är bostadslösa och att aktivt hänvisa dem till de social- och hälsovårdstjänster som tillgodoser deras behov och till exempel till bostadsväsendet i kommunerna. Alkohol- och drogarbetet kan fungera som en så kallad "inkastare" för arbetet enligt Bostad först-modellen, där anskaffning av bostad prioriteras före andra stödåtgärder.

Den föreslagna bestämmelsen förtydligar välfärdsområdets ansvar att ordna missbrukartjänsterna i sista hand och styr välfärdsområdet att ordna tröskellös verksamhet inom socialvården vid behov som en sektorsövergripande helhet. Om välfärdsområdet så beslutar, ska det även vara möjligt att sammanslå andra funktionella innehåll, såsom ordnade måltider (för vilka det vid behov kan tas ut ett självkostnadspris av klienten) eller annan verksamhet som främjar delaktighet och välbefinnande, till exempel med organisationsaktörer i området. Välfärdsområdena ska fortfarande, om de så önskar, kunna köpa tjänsten av privata tjänsteproducenter, dock med beaktande av att den servicehandledningsuppgift som ingår i tjänsten (social handledning) ska ordnas som välfärdsområdets eget tjänstearbete på grund av att den innehåller en offentlig förvaltningsuppgift. Enligt propositionen är det i den sociala handledningen också viktigt att ha en

¹²⁸ Koponen Erja, Liukko Eeva, Muurinen Heidi. Koronasta aiheutuva palveluvaje työikäisten sosiaalipalveluissa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 29/2020. Hämtad den 2 mars 2022.

nära kontakt med det övriga servicesystemet för att i verkligheten kunna ingripa i klienternas identifierade stödbehov. I praktiken innebär detta till exempel att välfärdsområdets egen personalresurs används för att bedöma servicebehovet och för funktioner som innehåller handledning, även om det övriga underhållet av servicecentret och eventuellt annat innehåll (icke lagstadgat) anknutet till det produceras av en privat tjänsteproducent.

Eftersom dagcentren redan tidigare ansetts utgöra en del av den särskilda servicen inom alkohol- och drogarbetet¹²⁹, har kommunerna i en del av landet ordnat ovan avsedd dagcenterservice inom alkohol- och drogarbetet antingen genom att själva ordna verksamheten eller genom att köpa den från organisationer. Ordlandet av servicen föreslås nu bli en lagstadgad skyldighet för välfärdsområdena. I stycke 4.2.1.1 i propositionen uppskattas det att verkställandet av skyldigheten kräver finansiering. I uppskattningen har man strävat efter att beakta den verksamhet som kommunerna för närvarande ordnar så att det med tanke på finansieringsbehovet inte ska vara fråga om helt ny verksamhet.

25 §. Mentalvårdsarbete. I paragrafen föreskrivs om mentalvårdsarbetet som helhet.

Paragrafens 1 mom. ska enligt förslaget ändras så att den utöver en beskrivning av syftet med mentalvårdsarbetet även omfattar stödbehovet på grund av mentalvårdsproblem eller annan sjukdom enligt 11 § i socialvårdslagen samt den socialservice och annan verksamhet som välfärdsområdet ska ordna för att möta stödbehovet. Enligt propositionen avses med mentalvårdsarbete inom socialvården både socialservice och den omfattande verksamhet genom vilken välfärdsområdet ska tillgodose stödbehovet i ärendet hos befolkningen i området. Sådan annan verksamhet som genomförs utöver socialservice är till exempel uppgifterna enligt 2 kap. i socialvårdslagen, såsom samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete enligt den föreslagna 7 a §.

Det föreslås att det i paragrafens 2 mom. föreskrivs om den service som ingår i mentalvårdsarbetet i huvudsak på motsvarande sätt som för närvarande. Momentet ska understryka att mentalvårdsarbetet inom socialvården innehåller all den service som uppräknas i 14 §, om den svarar mot klientens stödbehov. I förhållande till den gällande regleringen föreslås momentet innehålla en precisering om att den service som ingår i mentalvårdsarbetet inom socialvården kan ges antingen i form av allmän social service eller som service som svarar mot stödbehov särskilt till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga. Den allmänna sociala servicen ansvarar även för stödbehovet till följd av försämrad psykisk hälsa. Arbete som stöder den psykiska hälsan hör exempelvis nära ihop med innehållet i fostrings- och familjerådgivningen eller det arbete som skolkuratorerna utför. Närmare bestämmelser om den riktade servicen inom mentalvårdsarbetet ska enligt förslaget tas in i 25 a §. Förutom den allmänna och riktade socialservicen omfattar mentalvårdsarbetet inom socialvården även rådgivning och handledning om de faktorer som skyddar och äventyrar den psykiska hälsan som en del av det behövliga psykosociala stödet som ges till en individ och familj som en del av annan service samt samordnande av psykosocialt stöd för individen och gemenskapen. Med samordnande avses samordning av stödet inom socialvården både på individ- och gemenskapsnivå. Enligt propositionen ska det föreskrivas om psykosocialt stöd inom socialvården i akuta och traumatiska situationer i den föreslagna nya 29 b § och vad gäller social- och hälsovården i den föreslagna nya 50 b § i lagen om hälso- och sjukvård.

Eftersom en försämring av den psykiska funktionsförmågan och psykiska sjukdomar ofta i betydande grad även berör den insjuknades närmaste krets, föreslås det att det i paragrafens 3

¹²⁹ Se fotnot 127 ovan.

mom. understryks att hänsyn ska tas till familjens och andra närståendes situation och behov av hjälp vid tillhandahållande och utveckling av service. Som stöd och hjälp i utvecklingsarbetet kan man dra nytta av erfarenhetsexperters och andra serviceanvändares sakkunskap när man utvecklar, genomför och utvärderar socialservicen. Med erfarenhetsexperten avses personer som har egen erfarenhet av störningar i den psykiska hälsan, försvagad psykisk funktionsförmåga eller en annan svår livssituation i anslutning till den psykiska hälsan och som har genomgått utbildning för erfarenhetsexperten. Också en anhörig eller närstående kan vara erfarenhetsexpert.

I 3 mom. föreslås även att det hänvisas till 13 § i den gällande socialvårdslagen om trygghet av barnets hälsa och utveckling, enligt vilken ett barn och dess familj har rätt att utan dröjsmål få socialservice som är nödvändig med tanke på barnets hälsa eller utveckling. Rätten gäller också nödvändig socialservice som ett barn behöver på grund av försämrad psykisk funktionsförmåga eller psykisk sjukdom. Störningar i den psykiska hälsan, substansrelaterade störningar och beroendestörningar orsakar majoriteten av de ungas hälsorisker, och de är viktiga faktorer som inverkar på barns och ungas hälsa och utveckling. De är ofta förknippade med skadligt hälsobeteende, till exempel tobaksrökning, skadligt alkoholbruk och drogprövning. Det är inte ofta ändamålsenligt att skilja åt alkohol- och droganvändning bland barn och skadlig alkohol- och droganvändning bland unga från andra mentalvårdsproblem, eftersom de hos dem vanligen förekommer tillsammans. De är en betydande riskfaktor för utslagning och långvarig arbetsförmåga. Då ett barn eller en ung behandlas inom den öppna vården inom hälso- och sjukvården är det viktigt att säkerställa att socialvården och hälso- och sjukvården har ett tillräckligt samarbete för att trygga barnets och familjens rättigheter enligt 13 §. I planeringen av den öppna vården ska behovet av service och stöd enligt 14 § i socialvårdslagen vid behov bedömas både vad gäller barnet och de personer som ansvarar för barnets vård och fostran för att stöda barnet att klara sig hemma. Detta kan i praktiken innebära till exempel ordnande av service inom familjearbetet enligt socialvårdslagen samtidigt med öppen vård inom hälso- och sjukvården, eller stöd till föräldrarna i form av fostrings- och familjerådgivning. Motsvarande behov kan uppstå då barnet eller den unga överflyttas från sjukhusvård till öppen vård, i samband med vilket familjen för att stöda barnet eller den unga att klara sig hemma kan ha behov av till exempel hemservice eller att få en stödperson eller stödfamilj i syfte att trygga barnets hälsa och utveckling.

Enligt propositionen avses med en fungerande helhet i paragrafens 4 mom. bland annat att service ges kontinuerligt och i rätt tid samt att den samordnas med den hälso- och sjukvård som hälso- och sjukvården ansvarar för. Genom att förtydliga uppgifterna strävar man efter en helhet som beaktar klientens eventuella samtidiga behov av socialt stöd och socialservice och av vård för störningar i den psykiska hälsan samt för fysiska och psykiska hälsoproblem. Mentalvårdstjänster kan även produceras som gemensamt tillhandahållen service på det sätt som föreslås i 2 a § i socialvårdslagen. Bestämmelser om välfärdsområdets ansvar för att samordna de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna till helheter föreskrivs i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Det föreslagna momentet preciserar uppgiften enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård vad gäller mentalvårdsarbetet inom socialvården.

I momentet ska det även fästas uppmärksamhet vid välfärdsområdenas och kommunernas gemensamma uppgift att tillhandahålla förebyggande mentalvårdsarbete, om vilket det enligt förslaget ska föreskrivas i den nya 7 b §. Det förebyggande mentalvårdsarbetet är en del av främjandet av välfärd, hälsa och trygghet, vilket är kommunens och välfärdsområdets gemensamma uppgift. Långsiktigt förebyggande mentalvårdsarbete minskar det mänskliga lidandet, behovet av social- och hälsovårdstjänster samt skillnaderna i hälsa mellan befolkningsgrupper, ökar ar-

betets produktivitet och säkerställer befolkningens arbets- och funktionsförmåga också i framtiden. Bestämmelser om kommunens och välfärdsområdets uppgifter för att främja hälsa och välfärd finns i 6 och 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Enligt propositionen ska det i paragrafens 5 mom. föreskrivas om regionala samarbetsmöten, vilka regionförvaltningsverket ska ordna en gång per år. Nästan motsvarande bestämmelse som gäller kommuner och regionförvaltningsverket finns för närvarande i 6 d § i mentalvårdsförordningen. Eftersom det i propositionen föreslås att regleringen av annan vård än sådan som ges oberoende av patientens vilja ska strykas ur mentalvårdslagen och således även ur mentalvårdsförordningen, ska det enligt förslaget i fortsättningen föreskrivas om dessa samarbetsmöten i denna paragraf och på motsvarande sätt i 27 § i hälso- och sjukvårdslagen. Avsikten är att också kalla de aktörer som tillhandahåller mentalvårdsarbete inom hälso- och sjukvården att delta i samarbetsmötena.

25 a §. Service inom mentalvårdsarbete. Paragrafen är ny. I paragrafen föreslås inga nya skyldigheter för välfärdsområdena, utan dess syfte är att noggrannare än tidigare beskriva den service som ingår i socialvårdens mentalvårdsarbete som helhet och i synnerhet inom den service som riktar sig till mentalvårdsarbetet.

Enligt paragrafens 1 mom. ska det såsom service riktad för att tillgodose stödbehovet till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga ordnas åtminstone boendeservice samt i samband med eller för att stöda den även social handledning, socialt arbete och social rehabilitering. Enligt propositionen avses med riktad service tjänster och tjänstehelheter som ordnas och utformas särskilt för att tillgodose målgruppens behov och med avsikt att bygga fungerande förutsättningar tillsammans med hälso- och sjukvårdens mentalvårdstjänster/mentalvård. Riktad service förutsätter också att personalen har en djupare kunskap om ämnet och servicesystemet i anslutning till det. Stödbehovet inom socialvården vid problem med den psykiska hälsan motsvarar i huvudsak stödbehovet vid andra hälsoproblem. Allvarliga psykiatriska sjukdomar kan leda till en betydande försvagning av funktionsförmågan, varvid det behövs boendeservice och olika former av social rehabilitering för att möta behovet.

Servicen inom socialvårdens mentalvårdsarbete har för närvarande inte ett enda etablerat och specialiserat innehåll och den utgör inte lika tydligt en egen serviceuppgift som t.ex. alkohol- och drogarbetet inom socialvården. För närvarande kan man i praktiken endast identifiera några särskilda tjänster riktade speciellt till rehabiliteringsklienterna inom mentalvården, och ordnandet av dem kan variera i de olika regionerna. Tydligast har servicen riktats särskilt inom boendeservicen för rehabiliteringsklienter inom mentalvården. Detta var en av de strategiska tyngdpunkterna för tillsyn i Regionförvaltningsverkens och Valviras riksomfattande tillsynsprogram åren 2016–2019. Boendeservice innefattar från ingången av 2023 tillfälligt boende och stödboende samt gemenskapsboende och serviceboende med heldygnsomsorg, vilka ersätter de nuvarande serviceboendet och effektiverade serviceboendet. För att främja mångsidiga boende- och servicehelheter kan olika boendeserviceformer i fortsättningen genomföras i samma funktionella helhet. Service som klienten behöver till följd av att funktionsförmågan försvagats och lett till ett ökat behov av vård och omsorg kan i fortsättningen ordnas separat från gemenskapsboende i form av service i hemmet, till exempel i form av stödtjänster och hemservice. Tjänsterna kan produceras av boendeenhetens egen personal eller av en eller flera tjänsteproducenter utanför enheten. Andra tjänster som ordnas separat för klienter i gemenskapsboende bildar med tanke på registrering och tillsyn en separat helhet från gemenskapsboendet.¹³⁰ Ändringarna i

¹³⁰ RP 231/2020 rd.

socialvårdens boendeservice stöder även genomförandet av service som riktar sig till socialvårdens mentalvårdsarbete.

Målet med regleringen är inte att begränsa eller minska den socialservice som redan för närvarande tillhandahålls för genomförandet av mentalvårdsarbetet. Utöver den viktigaste servicen inom mentalvårdsarbetet som nämns i momentet ska det fortfarande kunna ges annan service enligt 14 § i socialvårdslagen som främjar välfärden och som riktar sig till mentalvårdsarbetet. Med den föreslagna regleringen strävar man efter att göra innehållet i socialvårdens mentalvårdsarbete enhetligare än tidigare i välfärdsområdena och att också förenhetliga statistiken och annat informationsunderlag i anslutning till det.

I paragrafens 2 mom. föreslås en precisering av socialvårdens mentalvårdsarbete som helhet. Servicen inom socialvårdens mentalvårdsarbete kompletterar annan i 14 § avsedd service som behövs för att stöda individens psykiska hälsa. Enligt momentet är det ofta ändamålsenligt att samordna särskilt den service som avser att tillgodose stödbehovet till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga med service som enligt 2 a § tillhandahålls klienten samtidigt inom primärhälsovården och den specialiserade vården i syfte att erbjuda klienten övergripande hjälp och stöd utöver den vård som klienten behöver.

29 a §. Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården. I paragrafens gällande 3 mom. föreskrivs att det för att trygga den fortsatta vården som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren ska ordnas jour för mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete. Det föreslås att paragrafen blir 2 mom. och att den samtidigt ändras. Enligt den nya ordalydelsen ska vården av klienter som behöver mentalvårds- eller missbrukar- och beroendetjänster och servicens kontinuitet tryggas som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren. Syftet med ändringen är inte att utöka skyldigheterna eller uppgifterna, utan att precisera innehållet i det tidigare momentet så att det ursprungliga syftet är tydligare.

Bestämmelsen om tryggheten av vårdens och servicens kontinuitet är betydande för många mentalvårds- och missbrukarklienter som kan ha försämrad förmåga att uppsöka service. De har benägenhet att falla utanför tjänsterna om tillgången till service kräver egen aktivitet och initiativförmåga. Det är vanligt att man uppsöker mentalvårds- och missbrukarvård med dröjsmål. Socialjourens och hälso- och sjukvårdens jour har i uppgift att se till att det görs en bedömning av vård- och stödbehovet och att personen får den fortsatta vård och de socialvårdstjänster och det stöd som han eller hon behöver även i de situationer där personens hjälpbehov inte har uppstått plötsligt, och personen inte är i direkt behov av specialiserad sjukvård. Utöver bedömningen av vårdbehovet bedöms vid jouren även behovet av socialservice och det eventuella behovet av stöd som tillhandahålls i samarbete mellan social- och hälsovårdsväsendet för att trygga den fortsatta vården. Socialjouren har i uppgift att se till att informationen om ett eventuellt fortsatt stödbehov i anslutning till socialvården förmedlas till personens egen kontaktperson. På motsvarande sätt är det på hälso- och sjukvårdens ansvar att tillgodose ett fortsatt vårdbehov och trygga kontinuiteten av eventuell fortsatt vård.

I den gällande paragrafens 2 mom. föreskrivs att socialjouren vid behov deltar i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer. Att ge psykosocialt stöd hör till den normala verksamheten inom social- och hälsovården. Inom hälso- och sjukvården framhävs detta inom samjourverksamheten. Stöd i akuta och traumatiska krissituationer hör till hälso- och sjukvårdens uppgifter i form av akut krisarbete. Som en viktig uppgift inom hälso- och sjukvården hör även att identifiera traumarelaterade störningar samt att vid behov senare hänvisa patienten till hälso- och sjukvårdstjänsterna för fortsatt vård. En liten del av dem som utsatts för en akut och traumatisk situation behöver omedelbart akutpsykiatriska tjänster. Inom socialjournsarbetet hör till-

handahållandet av psykosocialt stöd ofta till akuta olyckssituationer, dödsfall, eventuella storo-lyckor och andra situationer där det uppstår ett brådskande behov av hjälp och stöd. I sådana situationer arbetar socialjouren som en aktör tillsammans med andra säkerhetsmyndigheter och ansvarar för att trygga brådskande och nödvändig omsorg och utkomstskydd i anslutning till situationen enligt 12 § i socialvårdslagen.

Det föreslås att momentet blir 3 mom. och att det samtidigt ändras. Enligt den föreslagna ändringen ska socialjouren tillhandahålla psykosocialt stöd tillsammans med hälso- och sjukvården. Preciseringsen hör också ihop med den föreslagna, nya 29 b § där det noggrannare än i den gällande lagen föreskrivs om psykosocialt stöd i socialvårdens verksamhet vid akuta och traumatiska situationer och med den nya 50 b § i hälso- och sjukvårdslagen där det föreskrivs om psykosocialt stöd i hälso- och sjukvårdens verksamhet vid akuta och traumatiska situationer.

Arbetsgruppen för utveckling av det psykosociala stödet vid akuta traumatiska situationer, vilken tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet, rekommenderade i sin slutrapport som publicerades år 2019¹³¹ att det skulle vara ändamålsenligt att tillhandahålla det psykosociala stödet som enligt socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen ges i akuta situationer i gemensamma enheter inom socialvården och hälso- och sjukvården i form av social- och krisjour. Inom flera regioner finns redan nu en social- och krisjour med både social- och hälsovårdsuppgifter, där hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar tillsammans som arbetspar med de socialarbetare som utför socialjournarbete vid en verksamhetsenhet inom socialvården. Om verksamheten organiserats i en sådan enhet, är det viktigt att säkerställa att krisarbetets innehåll följer evidensbaserad information inom hälso- och sjukvården. Därtill ska det överenskommas om fortsatt stöd enligt klientens behov även vad gäller verksamheten inom hälso- och sjukvården. I områden med en stor befolkningstäthet kan social- och krisjouren skötas antingen genom hela processen från början till slut, medan social- och krisjouren i regioner med en mindre befolkningstäthet och långa avstånd kan styra uppgifterna till lokala krisgrupper så nära de hjälpbehövande som möjligt enligt vad som regionalt avtalats om arbetsfördelningen. I denna proposition föreslås det att bestämmelser om socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service tas in i den nya 2 a § i socialvårdslagen och på motsvarande sätt i 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelser om de patientuppgifter som uppkommer inom socialvården finns i lagen om klienthandlingar inom socialvården. Regleringen av registrering och registerföring revideras som bäst.

I paragrafens 3 mom. ska det enligt förslaget även föreskrivas om en skyldighet för socialjouren att leda och samordna det första skedet av psykosocialt stöd. Bestämmelsen och uppgiften är nya. I praktiken motsvarar den i stor utsträckning den arbetsfördelning som redan används regionalt och det allmänna sättet att organisera servicen, och därför har förslaget inte bedömts orsaka tilläggskostnader för servicesystemet. I det riksomfattande nödcentralinformationssystemet för säkerhetsmyndigheterna (ERICA) som används gemensamt av polisen, räddningsväsendet, social- och hälsovården och Gränsbevakningsväsendet har uppgifter kring brådskande krishjälp redan sedan 2019 styrts från Nödcentralsverket till socialvården (socialjouren) enligt social- och hälsovårdsministeriets anvisningar, varför det successivt har uppstått en nationell

¹³¹ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:46: Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:46: Utveckling av det psykosociala stödet vid akuta traumatiska situationer. Arbetsgruppens slutrapport). På finska med sammanfattning på svenska. Finns på adressen: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161634/R_46_19_Psykososiaali-sen_tuen_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Hämtad den 29 juni 2022.

modell för verksamheten. Också verksamheten inom den prehospitla akutsjukvården är i sådana situationer inriktad på att hänvisa till psykosocialt stöd. Hälso- och sjukvården ansvarar i första hand för det psykosociala stödet till de patienter som den vårdar. Syftet med de nya bestämmelserna är att förtydliga arbetsfördelningen och ansvaren i det första skedet även på lagstiftningsnivå.

I den gällande lagstiftningen är psykosocialt stöd i brådskande situationer en lagstadgad uppgift både för socialvården och för hälso- och sjukvården, och således finns det inga exakta bestämmelser om samordningen av helhetssituationen eller fördelningen av ledningsansvaret. I 29 § i den gällande socialvårdslagen föreskrivs det om socialjourens uppgift att dygnet runt ordna brådskande och nödvändig hjälp för alla åldrar. Enligt den gällande 25 § hör det också till socialvårdens uppgifter inom mentalvårdsarbetet att samordna det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer. Enligt den gällande 29 a § deltar socialjouren vid behov i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer. I motiveringen till den gällande 27 § 2 mom. 2 punkten i hälso- och sjukvårdslagen¹³² konstateras att psykosocialt stöd som ges omedelbart och på längre sikt i samband med exceptionella krissituationer i första hand är sådan multiprofessionell verksamhet som hälso- och sjukvården ska samordna, om inte något annat har överenskommit lokalt, och att också socialväsendets roll är betydande och nödvändig. På grund av att bestämmelserna är breda och delvis överlappande är servicesystemet för det psykosociala stödet i akuta traumatiska situationer i sin nuvarande form brokigt och rätten till högklassigt psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer tillgodoses inte alltid. Arbetsgruppen för utveckling av det psykosociala stödet vid akuta traumatiska situationer föreslog i sin ovan nämnda slutrapport att det föreskrivs att socialjouren ska ha ansvara för ordnande, ledning och samordning av det första skedet av psykosocialt stöd och krisarbete vid akuta och traumatiska situationer.

Även ur beredskapsperspektiv förtydligar de föreslagna bestämmelserna ledningsansvaret i exceptionella situationer och under undantagsförhållanden och möjliggör också en nationellt enhetlig beredskapsplan då det gäller att ordna psykosocialt stöd. Det viktigaste är att trygga å ena sidan tjänsternas omfattning och å andra sidan den ömsesidiga samordningen av socialvårdstjänsterna och hälso- och sjukvårdstjänsterna i samband med att psykosocialt stöd tillhandahålls i akuta och traumatiska situationer. När det psykosociala stödet i akuta traumatiska situationer är ordnat på rätt sätt förbättrar det samhällets kristållighet, hjälper individer och grupper att återhämta sig från traumatiska situationer och utvecklar resiliens med tanke på eventuella framtida traumatiska situationer. Den föreslagna bestämmelsen om att socialjouren i sin helhet ska handha ledningsansvaret för det första skedet av psykosocialt stöd som följer efter att nödcentralen kontaktats förtydligar socialvårdens och hälso- och sjukvårdens operativa ansvar i akuta situationer och gör det möjligt att utveckla verksamheten inom servicesystemet på ett övergripande sätt i en regionalt enhetligare riktning.

Den föreslagna bestämmelsen motsvarar också Olycksutredningscentralens (OTKES) rekommendationer om psykosocialt stöd genom att förtydliga de lagstadgade ansvaren och verksamheten för social- och hälsovården i situationer som kräver psykosocialt stöd.

Det föreslås att paragrafens 4 mom., sådan den lyder från ingången av 2023, korrigeras i fråga om ordet samarbete till samarbetsområde i enlighet med lagen om införande av reformen av social- och hälsovården. Ändringen är av teknisk natur och en korrigering av ett tidigare fel i paragrafen.

¹³² RP 90/2010 rd

29 b §. Psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer. Paragrafen är ny. Till sitt sakinhåll motsvarar den emellertid i huvudsak gällande bestämmelser genom att precisera dem något. Paragrafen föreslås precisera innehållet i det psykosociala stödet inom socialvården och stödet i akuta och traumatiska situationer. I 25 § 2 mom. 1 och 2 punkten i den gällande socialvårdslagen föreskrivs om psykosocialt stöd som vid behov ska ges med socialvårdens metoder och om samordning av detta i akuta och traumatiska situationer. Psykosocialt stöd kan ingå i all socialservice. Enligt gällande reglering fastställs innehållet i det psykosociala stödet på samma sätt som i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelser om psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården finns för närvarande i 27 § i hälso- och sjukvårdslagen samt vad gäller brådskande situationer i 50 §, och därtill i Statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutläggningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden.

En akut traumatisk situation är ofta en händelse som orsakar avsevärt lidande, till exempel att en närstående begår självmord eller att bli offer för våld eller en annan situation där den händelse som personen eller personerna utsetts för upplevs som traumatisk och eventuellt under en lång tid inverkar på deras välbefinnande och funktionsförmåga. Med en akut krissituation avses till exempel att man plötsligt blir bostadslös, utsatt för ett brott eller ett olycksfall eller att man behöver hjälp till följd av en olycka eller ett dödsfall. Situationer som kräver mer omfattande psykosocialt stöd är till exempel samhällsolyckor eller storolyckor, där det kan finnas en stor mängd drabbade och där en hantering av situationen förutsätter att arbetet samordnas och koordineras mellan olika aktörer. Kunden har i en sådan situation rätt att få en professionell bedömning av sitt stödbehov och om den service som finns tillgänglig.

I paragrafens 1 mom. ska det enligt förslaget föreskrivas om vad som avses med psykosocialt stöd inom socialvården i akuta traumatiska situationer. Med detta ska avses stöd som ges i form av socialt arbete och social handledning för att upprätthålla och stärka klientens funktionsförmåga, självständighet, livsfärdigheter och sociala relationer. Det föreslagna innehållet motsvarar definitionen i det förslag som arbetsgruppen för utveckling av psykosocialt stöd vid akuta traumatiska situationer, som leddes av social- och hälsovårdsministeriet, presenterade i sin slutrapport år 2019¹³³.

I paragrafens 2 mom. föreslås det att uppgiften att tillhandahålla psykosocialt stöd inom socialvården och arbetsfördelningen preciseras vad gäller psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer i förhållande till den gällande regleringen på så sätt att stöd i första hand ges inom socialjouren. Eftersom man också påträffar personer som utsatts för akuta traumatiska situationer och olika livskriser inom socialvårdens övriga serviceverksamhet, föreslås det att psykosocialt stöd också ges som en del av socialvårdens övriga serviceverksamhet. Syftet med bestämmelsen är att förtydliga socialvårdens roll och uppgift då det gäller att ge psykosocialt stöd i brådskande situationer samt i förhållande till det krisarbete som ges i form av hälso- och sjukvård. Ändringen medför inte kostnadsmässiga konsekvenser.

Socialvårdens psykosociala stöd i akuta traumatiska situationer innebär att en legitimerad yrkesutbildad person inom socialvården ger brådskande socialt arbete och social handledning samt närvarande emotionellt och informativt stöd för att lugna ner situationen, öka känslan av

¹³³ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:46: Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:46: Utveckling av det psykosociala stödet vid akuta traumatiska situationer. Arbetsgruppens slutrapport). På finska med sammanfattning på svenska. Finns på adressen: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161634/R_46_19_Psykososiaali-sen_tuen_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Hämtad den 29 juni 2022

trygghet och tillgodose de omedelbara stödbehoven. Baserat på servicebehovet kan det också behöva ordnas brådskande socialtjänster, såsom tillfälligt boende som hör till boendeservicen inom socialvården, hemservice för barnfamiljer, kompletterande eller förebyggande utkomststöd eller andra behövliga socialtjänster, varför arbetet förutsätter tjänsteförhållande. I det psykosociala stöd som socialvården ger ingår också att aktivt handleda och uppmuntra klienterna att söka sig till akut krisarbete.

Det psykosociala stödet i akuta och traumatiska situationer hör till socialjourens arbete där det ofta utförs som myndighetsövergripande arbete och i samarbete med den prehospitala akutsjukvården och jourtjänsterna, räddningsväsendet, polisen och nödcentralen. Även organisationsaktörer som har mycket kunskap och serviceverksamhet i anslutning till olika stödbehov kan vara delaktiga. Inom socialjouren innehåller brådskande socialarbete givande av psykosocialt stöd vid akuta och traumatiska situationer och koordinering av verksamheten om de så gäller enskilda kunder eller en stor grupp hjälpbehövande. Inom socialvården kan psykosocialt stöd emellertid också behövas och utföras inom tjänster under tjänstetid vid traumatiska förändringar i olika livssituationer som personen upplever som traumatiska. Sådana livssituationer kan t.ex. vara, skilsmässa, arbetslöshet, sjukdom eller att en närstående insjuknar, att få barn eller gå i pension. I sådana situationer kan också olika stödåtgärder ordnas, såsom stöd för individer, familjer eller grupper. Stödet kan till exempel innebära rådgivning och handledning, kamratstöd, stöd av erfarenhetsexperten eller verksamhet inom olika nätverk. Det psykosociala stöd som ges som socialt arbete och social handledning i traumatiska situationer utförs ofta i snabbt tempo och kräver ofta särskild kompetens om krisarbete också av socialvårdens anställda.

Det psykosociala stödet hör till det lagstadgade arbetet både inom socialvården och hälso- och sjukvården och i dylika situationer behövs ofta kompetens både om socialvård och hälso- och sjukvård. Enligt förslaget ska bestämmelser om psykosocialt stöd som ges inom hälso- och sjukvården såsom en del av den brådskande vården tas in i 50 b § i hälsovårdslagen. Enligt propositionen avses med detta akut krisarbete som utförs som tidiga interventioner som är förlagda till den första månaden efter den traumatiska händelsen. I det psykosociala stödet inom hälso- och sjukvården ingår också aktiv uppföljning och som en central uppgift identifiering av traumarelaterade störningar och vid behov handledning till hälso- och sjukvårdstjänster för fortsatt vård. En liten del av de personer som utsatts för en akut traumarelaterad situation behöver omedelbart akutpsykiatriska tjänster. Detta är i regel en uppgift för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (till exempel en sjukskötare eller en psykolog). Dessutom ska personen ha lämpliga kunskaper i krisarbete. Också en yrkesutbildad person inom socialvården kan arbeta med krisuppgifter, om han eller hon har tillräcklig utbildning, erfarenhet och kompetens om krisarbete och detta har fastställts av arbetsgivaren. Även i detta fall antecknas patientarbetet i anslutning till krisarbetet i patientregistret på det sätt som är brukligt inom hälso- och sjukvården.

Arbetsgruppen för utveckling av det psykosociala stödet vid akuta traumatiska situationer rekommenderade i sin ovan nämnda slutrapport att de tjänster inom psykosocialt stöd som ges i krissituationer bör förenhetligas och att det bör föreskrivas om psykosocialt stöd i lag. Enligt arbetsgruppen är det avgörande å ena sidan tjänsternas omfattning och å andra sidan den ömsesidiga samordningen av social- och hälsovårdstjänsterna när psykosocialt stöd tillhandahålls i akuta traumatiska situationer. Det är ofta också ändamålsenligt att genomföra det psykosociala stödet inom socialvården i nära samarbete med det psykosociala stödet inom hälso- och sjukvården. Den föreslagna regleringen i propositionen motsvarar tillsammans med de föreslagna ändringarna i 29 a § i socialvårdslagen arbetsgruppens rekommendation.

Förslaget motsvarar kraven i artikel 24 i EU:s terrorismsdirektiv (EU), dvs. Europaparlamentets och rådets direktiv om bekämpande av terrorism, om ersättande av rådets rambeslut

2002/475/RIF och om ändring av rådets beslut 2005/671/RIF (EU 2017/541) om att ordna emotionellt och psykologiskt stöd för att tillgodose de specifika behoven hos offer för terrorism. Att psykosocialt stöd preciseras som en uppgift också för socialjouren säkerställer att stödet kan ordnas inom social- och hälsovården dygnet runt och att det tillkallas direkt från Nödcentralen för klienten som en avgiftsfri tjänst. Den föreslagna bestämmelsen förtydligar således ytterligare genomförandet av terrorismdirektivet i den finländska lagstiftningen.

Det föreslås att det fortfarande föreskrivs om psykosocialt stöd inom socialvården i andra än brådskande situationer i 25 § om mentalvårdsarbete i socialvårdslagen. Bestämmelser om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården då det gäller att ge psykosocialt stöd i brådskande situationer föreslås i 29 a §. Bestämmelser om socialvårdens samt hälso- och sjukvårdens gemensamma service föreslås i den nya 2 a § i socialvårdslagen och i den ändrade 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt propositionen ska det i paragrafens 3 mom. hänvisas till den ovan nämnda 29 a § i socialvårdslagen och till 50 b § i hälso- och sjukvårdslagen.

42 §. Egen kontaktperson. I det gällande 2 mom. föreskrivs att den egna kontaktpersonen ska vara en sådan yrkesutbildad person som avses i 3 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. Den egna kontaktpersonen kan i stället för den yrkesutbildade person som avses i nämnda paragraf vara en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i 2 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, om det är motiverat med hänsyn till klientens samlade service. Dessutom föreskrivs det i momentet att den egna kontaktpersonen för ett barn som behöver särskilt stöd och för andra personer som behöver särskilt stöd och den arbetstagare som utför klientarbete tillsammans med kontaktpersonen ska vara en sådan socialarbetare som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. Det föreslås att det gällande 2 mom. delas i två separata moment. I det ändrade 2 mom. lämnar början av det nuvarande momentet kvar. Till det nya 3 mom. flyttas bestämmelsen i slutet av det gällande momentet om den egna kontaktpersonen för ett barn som behöver särskilt stöd och för andra personer som behöver särskilt stöd. Dessutom föreslås det att det till det nya 3 mom. ska tilläggas att uppgiften ska skötas i tjänsteförhållande.

För närvarande krävs det inte uttryckligen i socialvårdslagen att den egna kontaktpersonen ska vara en tjänsteinnehavare och inte nödvändigtvis alla uppgifter som den egna kontaktpersonen har kräver utövande av offentlig makt, särskilt om den egna kontaktpersonen endast är kontaktperson för klienten. Den egna kontaktpersonen har i uppgift att främja genomförandet av bestämmelserna i 38 § 2 och 3 mom. i socialvårdslagen samt vid behov utföra andra uppgifter som föreskrivs i den lagen. Den egna kontaktpersonens uppgifter kan vara av många olika slag och de är långt beroende av personens individuella situation och behov. I fråga om barn eller personer som behöver särskilt stöd är en central uppgift för den egna kontaktpersonen att koordinera den samlade servicen och följa upp hur servicen och stödåtgärderna påverkar och tillgodoser klientens stödbehov samt ge klienten råd och handledning i ärenden som gäller hur man söker sig till service och stödåtgärder. Beroende på klientens behov kan det också avtalas om andra uppgifter för den egna kontaktpersonen. Bestämmelser om uppgifterna för den egna kontaktpersonen för äldre personer föreskrivs från och med ingången av 2023 i 17 § i äldreomsorgslagen där uppgifterna för äldre personers egen kontaktperson preciseras så att de motsvarar bestämmelserna i socialvårdslagen och motiveringen till dem med beaktande av äldre personers särskilda behov¹³⁴.

¹³⁴ RP 231/2021 rd.

Ju intensivare rådgivningen och handledningen gäller tillgodoseendet av individens rättigheter och till exempel att ansöka om en viss tjänst eller förmån, desto starkare ingår dimensioner av utövande av offentlig makt i verksamheten. Situationer med utövande av offentlig makt sker i olika faser av det interaktiva arbetet för egna kontaktpersoner. Ett övergripande, klientorienterat ansvar för ett ändamålsenligt utfört klientarbete förutsätter att behörigheterna har utformats så att till exempel beslutsfattandet inte behöver lösgöras från arbetsprocessen för att utföras av andra. Detta kommer tydligt fram i arbetet med klienter som behöver särskilt stöd där den egna kontaktpersonen har en central roll för att tillgodose rättsskyddet och servicen enligt servicebehovet för barn eller personer som behöver särskilt stöd. Då stödbehovet ökar, förutsätts den egna kontaktpersonen ta allt större ansvar för att den service som tillhandahålls tillgodoser kundens behov. Uppgiften förutsätter en möjlighet att utöva offentlig makt. Också i utredningen om utövandet av offentlig makt i det sociala arbetet, som beställts av social- och hälsovårdsministeriet¹³⁵, rekommenderades att den egna kontaktperson inom socialvården som svarar för klientprocessen inom det sociala arbetet ska vara en tjänsteinnehavare med rätt att utöva offentlig makt åtminstone i sådana situationer där den egna kontaktpersonens arbete kräver både ett planmässigt arbetssätt och beslutsfattande. Enligt utredningen är det motiverat att precisera socialvårdslagen så att klientens egen kontaktperson i egenskap av tjänsteinnehavare övergripande ansvarar både före myndighetsuppgiften vad gäller socialarbetet och för det planmässiga arbetet. Den föreslagna ändringen motsvarar den här rekommendationen. Det föreslagna tillägget om tjänsteinnehav preciserar verksamhetsprinciperna för den som behöver särskilt stöd i enlighet med den ursprungliga regleringen, och den kan således inte tolkas som en ny eller utökad uppgift.

Det gällande 3 mom. blir 4 mom. Samtidigt föreslås det att momentet preciseras så att det som föreskrivs i det hänvisade momentet genomförs i stället för att momentet genomförs. Det är fråga om en teknisk ändring som eftersträvar ett bättre juridiskt språk.

Det gällande 4 mom. blir 5 mom. och det föreslås också att dess innehåll ändras. I momentet föreskrivs det om skyldigheten för barnets egen kontaktperson eller en annan arbetstagare som ansvarar för barnets socialservice att träffa barnet personligen tillräckligt ofta på det sätt som antecknas närmare i klientplanen. Det föreslås att skyldigheten utvidgas till att gälla personer som behöver särskilt stöd. Person som behöver särskilt stöd definieras i 3 § 3 mom. i socialvårdslagen. Begreppet används i flera av de paragrafer i socialvårdslagen, genom vilka man strävar efter att trygga ett tillräckligt stöd och behövlig service för en person som har särskilda svårigheter att få och söka den service som han eller hon behöver.

Syftet med preciseringen av rättigheterna för personer som behöver särskilt stöd är att trygga rättsskyddet för de mest utsatta klienterna. Bestämmelsen för inte med sig nya eller utökade uppgifter, utan preciserar den ställning som redan gäller för en person som behöver särskilt stöd inom socialvården och förenhetligar myndigheternas verksamhetsmodeller i anslutning till den. Det har redan tidigare krävts att det avtalats om ett möte med den egna kontaktpersonen eller en annan arbetstagare som ansvarar för servicen som en del av utarbetandet av klientplanen i 39 § i socialvårdslagen. Genom att anteckna denna ordalydelse i momentet synliggörs och preciseras den goda praxisen inom socialvården för en person som behöver särskilt stöd. Tillräckligt

¹³⁵ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:47: Sosiaalityön tulevaisuus. Sosiaalityö julkisena hallintotehtävänä. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4091-8> (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:47. Det sociala arbetets framtid – socialt arbete som offentlig förvaltningsuppgift). På finska med sammanfattning på svenska Finns på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4091-8>. Hämtad den 2 mars 2022.

frekventa personliga möten på det sätt som klienten önskar är synnerligen viktigt och betydelsefullt för personer som behöver särskilt stöd, då dessa i regel redan har svårt att söka och få service. För att den egna kontaktpersonen ska kunna stödja klienten i uppfyllandet av de mål som ställts upp av klienten själv och i klientplanen och som påverkar stödbehovet samt i stärkandet och utnyttjandet av de egna resurserna, är det viktigt att den egna kontaktpersonen identifierar personens fysiska, psykiska och kognitiva resurser och klarar av att följa upp hur servicen och stödåtgärderna kan tillgodose klientens stödbehov. För att detta ska kunna ske krävs ofrånkomligen tillräckligt frekventa möten mellan klienten och den egna kontaktpersonen eller en annan arbetstagare som ansvarar för socialservicen. Mötena kan realiseras på det sätt som passar klienten bäst, också till exempel på distans.

44 §. Utredning av situationen för en person i klientens vård. Det föreslås att det införs en terminologisk ändring i 1 mom. 1 punkten så att missbrukarvård blir missbrukarvård och beroendevård. Ändringen är av teknisk natur och motsvarar de andra ändringarna som föreslås i propositionen.

7.2 Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

1 §. Tillämpningsområde. Det föreslås att paragrafens 1 mom., sådant det lyder från ingången av 2023, ändras så att 20 § också tillämpas på främjandet av psykisk hälsa i kommunen. Tillägget beror på de ändringar som föreslås i 20 § i denna proposition.

3 §. Definitioner. I den gällande paragrafens 2 punkt föreskrivs följande i fråga om mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete: i denna lag avses med primärvård mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete som kommunen ordnar, till den del de inte ordnas inom socialvården eller den specialiserade sjukvården. Det föreslås att mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete i paragrafen ändras till mentalvård och missbrukar- och beroendevård. Eftersom det enligt förslaget ska preciseras att arbetet gäller vård föreslås det att preciseringen som gäller socialvården stryks. Till definitionen fogas utöver alkohol och droger även annat beroende. Med det avses beteenderelaterade beroendeproblem och skadliga beteendemönster som leder till sådana, såsom skadligt spel om pengar. Det är fråga om en teknisk precisering av paragrafen.

8 a §. Socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service. Paragrafen föreslås bli ändrad. Den anger när lagstiftningen om hälso- och sjukvård respektive lagstiftningen om socialvård ska tillämpas i fråga om viss service. Det har visat sig att tillämpningspraxis för den gällande lagen inte helt motsvarar motiveringen till paragrafen i regeringens proposition till riksdagen med förslag till socialvårdslag och vissa lagar som har samband med den¹³⁶. I stället lyckas kommunerna fortfarande inte helt hålla i sär service inom hälso- och sjukvården och uppgifter inom socialvården när det gäller den praktiska organiseringen. Därför behöver den gällande lagen preciseras. Bestämmelser om samordning av kundernas tjänster till helheter på mer allmän nivå finns i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Den föreslagna paragrafen kompletterar bestämmelserna i den lagen genom att närmare gå in på frågan som en del av substanslagstiftningen om hälso- och sjukvård. Motsvarande reglering föreslås även i 2 a § i socialvårdslagen.

I paragrafens 1 mom. ska det enligt förslaget föreskrivas att man inom service som socialvården och sjuk- och hälsovården gemensamt tillhandahåller på verksamhetsenheter eller verksamhetsställen, eller när patienten annars behöver service inom såväl hälso- och sjukvården som soci-

¹³⁶ RP 164/2014 rd.

alvården, ska tillämpa hälso- och sjukvårdslagen i fråga om hälso- och sjukvård enligt det medicinska behovet och socialvårdslagen i fråga om socialservice. Avsikten är att det är servicens innehåll som avgör vilken lagstiftning som tillämpas och vilka förfaranden som tillämpas. Det avgörande ska inte vara typen av verksamhetsenhet som den tillhandahållna servicen administrativt hör till.

Bestämmelsen ska gälla både tjänster eller andra insatser som tillhandahålls i lokaler som vårdgivaren besitter och sådana som tillhandahålls i kundens hem eller närmiljö. Service som tillhandahålls gemensamt är exempelvis hemvård, med vilken avses en helhet som bildas av de hemsjukvårdsuppgifter som omfattas av 25 § i hälso- och sjukvårdslagen och hemservice enligt socialvårdslagen. Sådan service tillhandahålls också till exempel vid uppfostrings- och familjerådgivningarna, om man vid verksamhetsenheten utöver rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor enligt 26 § i socialvårdslagen har beslutat att också tillhandahålla service enligt hälso- och sjukvårdslagen. De social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls vid de heltäckande social- och hälsocentraler som utvecklas i samband med social- och hälsovårdsreformen kan vara sådan gemensam service som avses i bestämmelsen. Exempelvis social- och hälsocentralens integrerade kund- och servicestyrning kan vara gemensam service när den innefattar servicestyrning inom både socialvården och hälso- och sjukvården efter patientens behov och situation.

Serviceenheter som är avsedda för missbrukare av berusningsmedel är typiskt enheter som tillhandahåller både hälso- och sjukvårdstjänster och socialvårdstjänster. Vid sådana enheter ska bedömningen av vårdbehovet och genomförandet av vården samt bedömningen av behovet av socialservice och de tjänster som ordnas samordnas på så sätt att undersökningar, diagnos, planering av vård och behandling, vård och behandling och medicinsk rehabilitering som gäller substansrelaterade störningar och beroendestörningar och andra hälsoproblem genomförs i enlighet med bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. På samma sätt ska klientens behov av stöd i enlighet med socialvårdslagen bedömas och klienten ges socialservice och stöd som motsvarar hans eller hennes stödbehov. Syftet med servicen och stödet är att påverka klientens livssituation och de problem som beroendet orsakat och bakgrundsfaktorerna till dem. Genom social rehabilitering vid missbruks- och beroendeproblem delvis när behandlingen pågår och i synnerhet efter den stöds drogberoende personer att klara det dagliga livet, att få fotfäste i näromgivningen och samhället och att bygga upp ett meningsfullt liv. För att bli bättre och ta till sig behandlingen krävs självaktning som stöder dessa, boende, försörjning, drogfria mänskliga relationer och vid behov exempelvis hjälp i frågor som gäller vårdnad och umgänge med barn, vilka typiskt är sådant innehåll som ingår i socialvårdstjänsterna.

Huruvida det finns ett samtidigt behov av vård och socialvårdstjänster fastställs utifrån klientens situation och behov. Det har till exempel vanligen varit svårt att behandla andra sjukdomstillstånd i anknytning till substansrelaterade störningar samtidigt som missbruksproblem. Missbrukarvård ges ofta i socialvårdsenheter separat från primärhälsovården och den specialiserade sjukvården, inom vilkas verksamhetsenheter hälso- och sjukvårdstjänster till övriga delar tillhandahålls. Bestämmelsen stöder ett genomförande av tjänsterna så att behandlingen av den psykiska hälsan och substansrelaterade störningar vid behov genomförs samtidigt som ett led i hälso- och sjukvårdens vårdkedjor och vårdhelheter, och klientens behov av socialvårdstjänster och stöd bedöms vid behov samtidigt under vårdprocessen.

Situationer där kunden ofta samtidigt behöver både hälso- och sjukvårdstjänster och socialvårdstjänster kan till exempel vara vid övergången från sjukhusvård till den vanliga boendemiljön och stöd för rehabilitering ibland också under lång tid. I övergångsfasen kan det till exempel behövas en träningsperiod för att förbättra och trygga de färdigheter som stöder boendet eller att man ser till att ett barn i sjukhusvård i rätt tid kan övergå till en normal uppväxtmiljö. Till

exempel boendeservice och aktiviteter utanför hemmet, dvs. social rehabilitering och annan allmän socialservice som ges som socialvårdstjänster och riktar sig till rehabiliteringsklienter inom mentalvården, fyller ofta en väsentlig funktion för rehabiliteringen. Stödet från socialvården kan också behövas för att få behövlig vård eller rehabilitering.

Hälso- och sjukvård och socialservice behöver tillhandahållas samtidigt speciellt när det gäller tjänster för de mest utsatta patient- och klientgrupperna som drar nytta av uppsökande arbete. I de dagcenter som riktar sig till missbrukare av berusningsmedel kan det vara bra att utöver den verksamhet som hör till socialvården även tillhandahålla hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det har i praktiken förekommit oklarheter i fråga om innehållet i hälso- och sjukvården och socialservicen, särskilt när det gäller gränsdragningen mellan de riktade metoderna för psykosocial vård och medicinsk rehabilitering och arbetsmetoderna för socialt arbete och social rehabilitering. Det måste dock innehållsmässigt gå att skilja på uppgifterna inom hälso- och sjukvården från uppgifter inom socialvården för att det ska gå att bestämma vilken lagstiftning som ska följas. Beslutsförfarandet, rätten att söka ändring, användningen av patient- och klientuppgifter samt patientens och klientens ställning och rättigheter är olika och bygger på olika lagstiftning beroende på om servicen ordnas som socialservice eller som hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdstjänsterna och socialvårdstjänsterna är sällan utbytbara sinsemellan, eftersom de bestäms på olika grunder och deras syfte och mål är olika. Det primära syftet med interventionen inom hälso- och sjukvården är vård eller medicinsk rehabilitering som syftar till att stöda funktions- och prestationsförmågan, även om de innefattar behandling av patientens livssituation i övrigt och rehabilitering som främjar patientens sociala färdigheter. Syftet med interventionerna inom socialvården är att främja individers, familjers eller grupperns funktionsförmåga, sociala välfärd och trygghet samt delaktighet eller att utreda deras livssituation och problem. Det ligger i patientens intresse att han eller hon får den medicinska vård som han eller hon behöver samt i rätt tid insatt, rätt och tillräckligt stöd som tillgodoser behoven av socialvård. Då tjänster tillhandahålls ska även rätten för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården att fungera som legitimerade yrkesutbildade personer eller som yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning beaktas. Då en yrkesutbildad person inom socialvården deltar i vården av klienter på verksamhetsenheten, genom att till exempel ge psykosocial vård, ska arbetsgivaren säkerställa att personen har tillräcklig utbildning och kompetens för att ge den aktuella vården.

I paragrafens 2 mom. ska det enligt förslaget föreskrivas att, om både socialservicen och hälso- och sjukvårdsservicen omfattar verksamhetsformer som lämpar sig för båda sektorerna, ska den service välja som bäst tryggar klientens intressen. I vissa lägen kan uppgifterna inom både hälso- och sjukvården och socialvården inbegripa åtgärder som är ägnade för båda sektorerna. Då det gäller dem ska det vara möjligt att regionalt avtala om samarbetet och arbetsfördelningen på lämpligt sätt. Det rör sig exempelvis om metoder där man försöker öka personens motivation eller öva upp de sociala färdigheterna och vardagsfärdigheterna. Att ta upp missbruk av mini-interventioner har fungerat bra förutom inom hälso- och sjukvården också inom socialservicen¹³⁷. Också olika familje- och nätverksprogram kan innehålla sådana element för olika yrkesgrupper som genomförs för patienten och dennes anhöriga. Även inom medicinsk och social rehabilitering används delvis samma praktiska former av vardagsnära träning, beteendestyrning och stöd, vilka skiljer sig från varandra främst i fråga om orsaken till att anlita service. Inom rehabiliteringen för personer med neuropsykiatriska symtom tillämpas vid begränsad funktionsförmåga till exempel delvis motsvarande interventioner både som social rehabilitering och som medicinsk rehabilitering, men med något olika syfte. De metoder som används kan ha mycket

¹³⁷ Tiedä ja toimi: Kysy ja neuvo. Alkoholinkäytön mini-interventio aikuissosiaalityössä. Terveystien ja hyvinvoinninlaitos 2016. Finns på adressen: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016103125622>. Finns enbart på finska. Hämtad den 21 mars 2022.

gemensamt, men det finns skillnader i de yrkesutbildade personernas teoribakgrund och orientering och de kan ha olika fokus i sin yrkeskompetens, vilka bidrar till att det också finns skillnader i hur rehabiliteringen genomförs. Oberoende av de valda metoderna eller innehållen ska servicen i dessa situationer alltid väljas utifrån patientens och kundens intresse och behov. På socialvårdstjänster ska socialvårdslagen och bestämmelserna om förfarandet enligt den tillämpas, och på hälso- och sjukvårdstjänster ska på motsvarande sätt hälso- och sjukvårdslagen och bestämmelserna om förfarandet enligt den tillämpas.

Avsikten med paragrafen är således att genom tydligare reglering även fortsättningsvis se till att patientens intressen tillgodoses och sörja för likabehandling vid olika verksamhetsenheter och i fråga om olika tjänster, stärka samarbetet mellan socialvården och hälso- och sjukvården samt förtydliga och främja anlitaandet av enheter som tillhandahåller gemensamma tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården när det är ändamålsenligt för tillhandahållandet av tjänster. Paragrafen avses också förbättra social- och hälsovårdens verksamhetsförutsättningar, vårdkvaliteten och patient- och klientsäkerheten och även att främja att tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården fullföljs och de enhetliga grunderna för vård tillämpas samt att god praxis inom socialvården tillämpas oberoende av hur tjänsterna administrativt är organiserade.

Bestämmelser om samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialvården finns dessutom i 32 § i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelser om hänvisning till och kontakttagande med socialvården finns i 50 a och 53 a § i den lagen. Bestämmelser om en gemensam plan för service och stödtjänster inom socialvården och andra förvaltningsområden som utarbetas med klientens samtycke finns i 39 § i socialvårdslagen.

20 §. Främjande av psykisk hälsa och förebyggande rusmedelsarbete. I den gällande lagen har 20 § upphävts. I paragrafens 1 mom. föreslås bestämmelser om förebyggande mentalvårdsarbete, som för närvarande regleras i 1 § 3 mom. i mentalvårdslagen, men den paragrafen föreslås nu bli upphävd. Enligt momentet i mentalvårdslagen hör det till mentalvårdsarbetet att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

Strukturreformen av social- och hälsovården innebär att det delvis är kommunerna som ska främja invånarnas välfärd och hälsa, medan uppgifterna också delvis överförs till de framtida välfärdsområdena. Enligt 6 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård bär kommunen det primära ansvaret för främjandet av hälsa och välfärd till den del denna uppgift är knuten till andra uppgifter som enligt lag ska skötas av kommunen. Kommunerna har inom ramen för de uppgifter som kvarstår hos dem möjlighet att utveckla kompetensen inom psykisk hälsa inom de kommunala sektorerna och även befolkningens levnadsförhållanden så att de stärker befolkningens psykiska hälsa och förebygger uppkomsten av psykisk ohälsa samt stöder välfärdsområdets uppgift att tillhandahålla mentalvårdstjänster. Bland de uppgifter som kvarstår hos kommunerna finns till exempel många uppgifter som gäller kompetensutveckling och kulturfrämjande exempelvis i anknytning till småbarnspedagogik, undervisning, konst- och kultur-tjänster, bibliotekstjänster, ungdomsarbete samt motion och idrott. Kommunerna svarar också för många typer av sådana åtgärder inom markanvändning, bostadspolitik eller kollektivtrafik som har betydelse för befolkningens välfärd. När tjänsterna ordnas är det viktigt att beakta hur de påverkar främjandet av befolkningens psykiska hälsa och även att den samlade servicen stöder välfärdsområdets uppgift att tillhandahålla mentalvårdstjänster. Dessutom är det viktigt att kommunerna även i fortsättningen oberoende av kommunens övriga lagstadgade uppgifter har en skyldighet att i samarbete med välfärdsområdena, som har organiseringsansvaret för social- och hälsovården, utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att de förebygger psykisk ohälsa och stärker den psykiska hälsan.

Enligt 6 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska kommunen i främjandet av hälsa och välfärd samarbeta med välfärdsområdet och bistå det med sin sakkunskap. Enligt motiveringarna i momentet förutsätter samarbetet och samordningen av verksamheten att kommunen och välfärdsområdet avtalar om strukturerna för hur samarbetet ska genomföras, arbetsformerna och uppföljningen. För att trygga ett kontinuerligt samarbete och växelverkan är det viktigt att strukturerna och tillvägagångssätten utformas på lokal basis och beaktar de regionala behoven. Kommunens expertstöd till välfärdsområdet kan till exempel vara att samla in och analysera data, att ordna kurser, att delta i gemensamma utvecklings- och forskningsprojekt och i förhandsbedömningen av vilka effekter välfärdsområdet har och i välfärdsgruppernas arbete. Enligt 6 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska kommunen vidare i främjandet av hälsa och välfärd även samarbeta med andra offentliga aktörer, privata företag och allmännyttiga samfund som i kommunen utför hälso- och välfärdsfrämjande arbete. För genomförandet av samarbetet och samordnandet av olika aktörers verksamhet behövs ett gemensamt informationsunderlag och tydliga samsynsstrukturer och tillvägagångssätt som överskrider förvaltningsområdenas gränser. Samtidigt främjar samarbetet uppställandet av gemensamma mål och planeringen av verksamheten i syfte att främja invånarnas hälsa och välfärd i kommunen och välfärdsområdet.

Bestämmelser om välfärdsområdets skyldighet att främja invånarnas hälsa och välfärd finns i fortsättningen i 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. När det gäller psykisk hälsa är välfärdsområdets skyldighet att främja invånarnas hälsa och välfärd kopplad till välfärdsområdets skyldighet att ordna social- och hälsovården i regionen. I 7 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om välfärdsområdets skyldighet att främja hälsa och välfärd i samarbete med kommunerna inom sitt område. Bestämmelser om motsvarande samsynsskyldighet för kommunerna finns i 6 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Den föreslagna paragrafens 1 mom. kompletterar bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård genom att noggrannare redogöra för frågan som en del av lagstiftningen om hälso- och sjukvårdens innehåll. I momentet föreslås bestämmelser om att välfärdsområdet och de kommunala myndigheterna i samarbete ska utveckla befolkningens levnadsförhållanden i syfte att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och förebygga uppkomsten av psykiska störningar.

I paragrafens 2 mom. föreslås en hänvisning till det förebyggande rusmedelsarbetet, om vilket det föreskrivs i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet. Lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet redogör för kommunens och välfärdsområdets samt för social- och hälsovårdstjänsternas uppgifter inom det förebyggande rusmedelsarbetet. I praktiken ansvarar både kommunen och välfärdsområdet för det förebyggande rusmedelsarbetet efter social- och hälsovårdsreformen. Båda ska sörja för uppföljningen av och informationen om rusmedelsläget, informera om skador och problem som användningen av alkohol och droger, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar orsakar och om hur de kan minskas, öka och stöda kompetensen inom sakområdet, erbjuda åtgärder för förebyggande rusmedelsarbete samt samordna de olika aktörernas åtgärder utan att förglömma främjandet av invånarna möjligheter till delaktighet och påverkan. Välfärdsområdena ska dessutom erbjuda kommunerna expertstöd för det förebyggande rusmedelsarbetet, vilket för egen del kan främja ett så effektivt och jämlikt förebyggande av skador orsakade av rusmedel och beroende som möjligt i hela landet. Det förebyggande rusmedelsarbetet är ett led i rusmedelsarbetet som helhet och omfattar utöver allmänt förebyggande arbete även riskförebyggande åtgärder, som kan indelas i riktade och förebyggande åtgärder som grundar sig på riskurval samt i upptagande av ärendet till diskussion och identifiering i ett tidigt skede samt miniintervention. Till exempel behovet och möj-

ligheterna att stärka miniinterventionerna inom socialvården har identifierats¹³⁸. Det förebyggande rusmedelsarbetet utgör ett led i främjandet av välbefinnandet och hälsan, vilket innebär att de ovan nämnda 6 och 7 § i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet också tillämpas på förebyggande rusmedelsarbete.

I paragrafens 3 mom. föreslås en hänvisning till de ovan nämnda 6 och 7 paragraferna i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet.

Syftet med paragrafen är att bättre föra fram främjandet av den psykiska hälsan och det förebyggande rusmedelsarbetet som en del av hälso- och sjukvården. Det är inte fråga om någon ny uppgift och ändringen av regleringen orsakar till denna del inte några ekonomiska konsekvenser. Det föreslås att motsvarande bestämmelser tas in i 7 b § i socialvårdslagen.

27 §. Mentalvård. Det föreslås att rubriken mentalvårdsarbete i den gällande paragrafen ändras till mentalvård. Enligt propositionen ska arbete som främjar den psykiska hälsan i den gällande paragrafens 1 mom. strykas ur paragrafen, varefter den innehåller hälso- och sjukvårdstjänster. Efter vårdreformen har välfärdsområdet ansvar för främjandet av psykisk hälsa till den del det anknyter till välfärdsområdets lagstadgade uppgifter. I 6 och 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård definieras främjandet av hälsa och välfärd i kommuner och inom välfärdsområden och informationsinnehållet i uppföljningen och rapporteringen framgår av 29 § i den lagen. Den nya föreslagna 20 § i hälso- och sjukvårdslagen gäller kommunernas och välfärdsområdets gemensamma uppgift att främja psykisk hälsa.

Enligt förslaget ska det gällande 2 mom. bli 1 mom. och momentet ändras så att 1 punkten i momentet preciseras så att den utöver individen och familjen även gäller nära mänskliga relationer av typ familjeförhållanden. Enligt propositionen föreslås det att det gällande momentets 2 punkt om individuellt och kollektivt psykosocialt stöd och samordning av stödet i akuta och traumatiska situationer överförs till den nya 50 b §, som gäller psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer. I socialvårdslagen föreslås på motsvarande sätt en ny paragraf med bestämmelser om psykosocialt stöd inom socialvården i akuta och traumatiska situationer (29 b §).

Den gällande 2 mom. 3 punkten föreslås bli 1 mom. 2 punkt. Enligt den är undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med psykiska störningar mentalvårdstjänster. Enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen avses med vård bland annat förebyggande av sjukdomar, lindrande av lidande samt behandling av sjukdomar inom social- och hälsovårdens yrkesövergripande verksamhetsmiljöer. För tydlighetens skull föreslås det att punkten kompletteras med förebyggande av psykiska störningar, men vilket här avses förebyggande vård.

Därtill föreslås att 2 punkten kompletteras så att förebyggande, undersökning, behandling och rehabilitering sker i form av mångsidiga tjänster. Syftet med den föreslagna ändringen är att främja ett tillräckligt utbud av tjänster samt vård och behandling vid rätt tidpunkt. Psykiska störningar förekommer allmänt, medan symtombilden och svårighetsgraden varierar. Detta kräver att primärvården och den specialiserade sjukvården har mångsidiga rutiner och ett brett tjänsteutbud och att de avtalat om inbördes samarbete och arbetsfördelning för att upprätthålla effektiva serviceformer. Med mångsidiga tjänster avses bland annat att primärhälsovården vid

¹³⁸ Renko Elina. Alkoholinkäytön mini-interventio aikuissosiaalityössä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2016. Finns enbart på finska. Finns på adressen: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-746-6>. Hämtad den 29 juni 2022.

behov förutom till mottagningsverksamhet även har tillgång till exempelvis elektroniska egenvårdstjänster och andra elektroniska vårdformer, såsom elektronisk psykoterapi (så kallade nät-terapier). I de specialiserade sjukvårdstjänsterna ingår för närvarande förutom öppen sjukvård och sjukhusvård även ambulerande tjänster som ligger mellan dessa och som genomförs i patientens dagliga livsmiljö, till exempel hemma eller i skolmiljön. Intensifierad öppenvård och service i hemmet finns till exempel redan nu allmänt tillgängliga. Syftet är att genom att utöka dessa tjänster enligt behovet i regionen göra det lättare för patienterna att fortsatt omfattas av vården och att minska behovet av oplanerad akut sjukhusvård. Sådana servicehelheter och behovet av dem accentueras särskilt hos långtidssjuka, vars behov av effektivare vård och behandling måste kunna tillgodoses även på kvällar och veckoslut och även på något annat sätt än genom sjukhusvård. I 19 § i statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och om förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden föreskrivs det om beredskapen vid jourer för psykiatri att bedöma och övervaka patientens krissituationer i första hand genom mångsidiga tjänster som bygger på öppen vård och frivillighet och som ska ordnas i den omfattning som behövs vid de tider på dygnet det behövs. Det ska vara möjligt att förutom att ta in patienter till sjukhuset även hänvisa dem till öppenvårdstjänster som stöder dem i krissituationer. Arbetsgrupperna inom den intensifierade öppenvården är ett exempel på sådana tjänster. Mångsidiga tjänster är således ingen ny uppgift, men genom att ta in dem i paragrafen ökar utbudet av olika tjänster beroende av det regionala servicebehovet.

Det föreslagna 2 mom. gäller tryggnad av den helhet av hälso- och sjukvård som patienterna behöver. Syftet är att betona att patienter med psykiska störningar ska få sådan annan hälso- och sjukvård som de behöver. Eftersom en och samma person kan ha störningar i den psykiska hälsan, inklusive substansrelaterade störningar och fysisk ohälsa är det a priori ännu inte ändamålsenligt att skilja på dessa inom primärvården. Även de som är intagna för specialiserad sjukvård ska garanteras samordning av övriga hälsovårdstjänster de behöver. Med detta avses också anlita av expertis, såsom sådan kompetens inom somatisk medicin som behövs inom psyko-geriatrisk vård och behandling eller sådan beroendemedicinsk kompetens som behövs inom beroendepsykiatrisk vård och behandling.

I 2 mom. föreslås dessutom bestämmelser om genomförande av tjänster genom samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Bestämmelsen kompletterar 33 § i hälso- och sjukvårdslagen vad gäller missbruks- och beroendevården. I 33 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om samarbete mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården. I den förpliktas sjukvårdsdistriktets samkommun att i samarbete med den kommun som ansvarar för primärhälsovården (från ingången av 2023 välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen) att planera och utveckla den specialiserade sjukvården så att primärhälsovården och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. I helheten ska det beaktas att tjänsterna inom den specialiserade sjukvården tillhandahålls på ett ändamålsenligt sätt i anslutning till primärhälsovården. Genom att tillhandahålla konsultation och den specialiserade sjukvårdens tjänster inom primärhälsovården kan tröskeln mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården sänkas. Social- och hälsovårdsministeriet publicerade 2019 publikationen Enhetliga grunder för icke-brådskande vård,¹³⁹ som grundar sig på 7 § i hälso- och sjukvårdslagen. De rekommendationer som den innehåller om enhetliga grunder för vård av störningar i den psykiska hälsan stöder samarbetet mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården i behandlingen av störningar i den psykiska hälsan samt i behandlingen av substansrelaterade störningar och spelberoende. I statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av

¹³⁹ Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:2: Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019. Finns på adressen <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4107-6>. Hämtats 2.3.2022.

vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården fastställs arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården samt utvärderingen av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen om dem.

Det föreslås att det i paragrafens 2 mom. även föreskrivs om att när en patient överförs från en enhet inom hälso- och sjukvården till en annan eller till institutions- eller boendeservice inom socialvården, ska kontinuiteten för den vård som behövs tryggas. Bestämmelsen är ny. Syftet med den är att stärka den vård som tillhandahålls i vårdens övergångsskeden så att vården inom den följande vårdgivande enheten beroende på patientens behov inleds så smidigt som möjligt och utan dröjsmål. I praktiken kan det till exempel innebära snabbt tillgängliga mottagningsbesök inom den öppna sjukhusvården efter sjukhusvård eller extra möten under övergångsskedet. Om det första mötet inom öppenvården fördröjs efter det att patienten har lämnat sjukhuset, försämras vårdkontinuiteten samtidigt som patienten belastas mer i samband med övergången från sjukhus till vardagsmiljön. En internationell jämförelse visar att flera länder ställt som mål att det första öppenvårdsbesöket ska genomföras inom en vecka efter avslutad vård på sjukhus. På samma sätt kan det långsiktiga samarbete mellan hälsovård och socialvård som behövs för rehabilitering vid övergången från sjukhusvård till boendeservice inom socialvården försämrats, om man inte i övergångsfasen fäster särskild vikt vid överföringen av uppgifter och kontinuiteten i vårdinnehållet.

Övergången från ungdomstjänster till vuxentjänster sker i en ålder där den unga kan vara trött på vården eller ännu inte tillräckligt rutinerad för att bära ansvaret för att klara sig själv. Vårdkontinuiteten kan främjas genom att man sörjer för en smidig övergång och med patientens samtycke, överföring av uppgifterna samt för kontinuiteten i vårdinnehållet och vårdintensiteten. I övergångsfasen kan det behövas tid för att förbereda den unga personen för eventuella studiebesök och första möten, för praktiska arrangemang mellan berörda enheter och för att säkerställa att övergången genomförs.

Enligt det föreslagna 3 mom. ska mentalvården planeras och genomföras så att den utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande mentalvårdsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna.

Enligt propositionen avses med en fungerande helhet enligt momentet utöver helheterna inom hälso- och sjukvården också samordning med stödet och tjänsterna inom socialvården. Avsikten är att genomföra en helhet som i förekommande fall samtidigt beaktar patientens behov av vård för olika hälsoproblem och behov av socialt stöd och socialservice. Servicen inom socialvården ska kunna samordnas med hälso- och sjukvårdstjänsterna i enlighet med 8 a §. Boendeservice som socialvårdstjänst för dem som får psykisk rehabilitering och aktiviteter utanför hemmet och allmän socialservice fyller ofta en väsentlig funktion för rehabiliteringen. Stöd kan också vara av nöden för att en person ska få den vård, behandling eller rehabilitering som behövs. Störningarna bland barn och unga följer inte indelningen av servicesystemet i psykisk hälsa, socialvård och pedagogik, och särskilt för deras vidkommande behovs sektorsövergripande samarbete och stöd från vårdproffs till det övriga servicesystemet.

Det har upplevts vara ändamålsenligt att anlita den sakkunskap som erfarenhetsexperter och andra brukare samt deras anhöriga och närstående besitter när tjänsterna utvecklas, genomförs och utvärderas. Erfarenhetsexperter kan anlitas bland annat som gruppleddare i ett tvåmannateam med en expert eller som handledare för en kamratgrupp. De kan också arbeta i utvecklingsuppgifter som medlem i olika styrgrupper, arbetsgrupper eller ledningsgrupper eller vara kamratarådgivare.

I 4 mom. föreskrivs det om de regionala samarbetsmöten som regionförvaltningsverket ska ordna en gång om året. En bestämmelse med så gott som samma innehåll i fråga om kommuner och regionförvaltningsverk finns för närvarande i 6 d § i mentalvårdsförordningen. Enligt den ska regionförvaltningsverket årligen ordna regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvården och socialvårdens mentalvårdsarbete för barn och unga. Eftersom det i propositionen föreslås att regleringen om annan vård än sådan som är oberoende av patientens vilja stryks ur mentalvårdslagen och därmed även ur mentalvårdsförordningen, föreslås det att det i fortsättningen föreskrivs om dessa samarbetsmöten i denna paragraf och på motsvarande sätt även i 25 § i socialvårdslagen. Avsikten är att också de som utför mentalvårdsarbete inom socialvården ska kallas till samarbetsmötena.

28 §. Missbrukar- och beroendevård. Det föreslås att paragrafen och dess rubrik ändras. Enligt propositionen ändras rubriken från alkohol- och drogarbete till missbrukar- och beroendevård för att skillnaderna mellan vården inom det förebyggande rusmedelsarbetet enligt lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet och alkohol- och drogarbetet samt beroendearbetet enligt socialvårdslagen ska vara lättare att uppfatta än för närvarande. Dessutom avses rubriken också ange annat beroende än alkohol- och drogberoende. I lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet fördelas det förebyggande rusmedelsarbetet mellan kommunerna och välfärdsområdena. Bestämmelser om välfärdsområdenas och kommunernas skyldighet att främja invånarnas hälsa och välfärd finns dessutom i 6 och 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt förslaget utgår 1 mom. i den gällande paragrafen och det förebyggande rusmedels- och beroendearbetet ska i stället finnas reglerad i de nämnda bestämmelserna.

Det gällande 2 mom. föreslås bli nytt 1 mom. och det föreslås att momentet kompletteras så att det inte bara gäller substansrelaterade störningar utan också annat beroende. Enligt propositionen avses med annat beroendebeteende beteenderelaterade beroendeproblem, såsom spellust, som även för närvarande hör till de störningar som diagnostiseras. Det är fråga om en precisering av paragrafen och den utvidgar inte den avsedda klientgruppen. I paragrafen nämns tidigare endast alkohol- och drogmissbruk av de olika formerna av beroendebeteende.

I momentets 2 punkt föreslås en precisering av hälso- och sjukvårdens uppgifter när det gäller att tillhandahålla missbrukar- och beroendetjänster. Verksamhet som hör till hälso- och sjukvården och således omfattas av lagstiftningen om hälso- och sjukvård är exempelvis behandling av riskfyllt missbruk, behandling av abstinensstillstånd samt undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering av patienter med substansrelaterad störning, beroendestörning och andra associerade sjukdomar, inklusive behövlig psykosocial terapi och rehabilitering. Enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattar sjukvård förebyggande av sjukdomar. Strävan är till exempel att förebygga utvecklingen av substansrelaterade sjukdomar genom att behandla riskfyllt missbruk med hjälp av kort rådgivning, dvs. så kallad miniintervention. Det föreslås att punkten för tydlighetens skull kompletteras på motsvarande sätt som 27 § om behandlingen av den psykiska hälsan på så sätt att förebyggande, undersökning, behandling och rehabilitering tillhandahålls i form av mångsidig service. I propositionen avses med mångsidig service förutom öppen sjukvård och slutenvård, också exempelvis hälsovårdstjänster som ges i patientens hem och dagliga miljö, såsom behandling av abstinensstillstånd hemma hos patienten. Kompletteringen understryker förutom de vanligaste serviceformerna även sådana med vilka man kan nå patientgrupper som det annars är svårt att nå. Den föreslagna ändringen innebär inte några nya uppgifter för hälso- och sjukvården, men kompletteringen av paragrafen med mångsidig service utökar serviceutbudet beroende på det regionala servicebehovet.

Bestämmelsen i 2 mom. om service för personer som har problem som har samband med bruk av berusningsmedel eller beroenden och för deras familjer och andra närstående motsvarar bestämmelsen i 7 § i den gällande lagen om missbrukarvård till den del den hänvisar till servicen

inom hälso- och sjukvården. I denna proposition föreslås det att den paragrafen i lagen om missbrukarvård ska upphävas.

Enligt 3 mom. ska patienter tryggas den helhet av hälso- och sjukvård som de behöver. I momentet ska genomförandet av hälso- och sjukvård för patienter med substansrelaterade störningar eller beroendestörningar framhåvas. Det är mycket vanligt att personer med substansrelaterade störningar också har andra fysiska eller psykiska hälsoproblem. De kan lätt bli förbisedda då missbrukartjänsterna är avskilda från andra hälsovårdstjänster. Vikten av att samordna den vård som patienten behöver understryks också av att personer med substansrelaterade störningar eller beroendestörningar inte nödvändigtvis har resurser eller förmåga att själva sörja för den vårdhelhet som de behöver.

Enligt propositionen ska det i paragrafens 3 mom. även föreskrivas om att vården ska genomföras genom samarbete mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården på motsvarande sätt som i behandlingen av den psykiska hälsan i 27 §. Bestämmelsen kompletterar 33 § i hälso- och sjukvårdslagen vad gäller missbrukar- och beroendevården. I 33 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om samarbete mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården. I den förpliktas sjukvårdsdistriktets samkommun att i samarbete med den kommun som ansvarar för primärhälsovården (från ingången av 2023 välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen) att planera och utveckla den specialiserade sjukvården så att primärhälsovården och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. Missbrukar- och beroendevård ges för närvarande vid social- och hälsovårdscentralerna och inom annan primärhälsovård, inom den psykiatriska specialiserade vården samt i separata serviceenheter som tillhandahåller missbrukar- och beroendevård i form av öppen vård och slutenvård. Bestämmelsen stöder tillhandahållandet av vård enligt de enhetliga grunderna för icke-brådsakande vård som grundar sig på 7 § i lagen om hälso- och sjukvård, vid behov med utnyttjande av tillgänglig kompetens inom beroendemedicin. Som en del av vården inom de psykiatriska specialområdena fastställs i de enhetliga grunderna för icke-brådsakande vård arbetsfördelningen och samarbetet mellan basnivån och specialnivån i behandlingen av substansrelaterade störningar och beroendestörningar samt av psykiatrisk samsjuklighet. Separata enheter som tillhandahåller missbrukarvård (till exempel enheter av typ A-kliniker) räknas i dem höra till basnivån. Grunderna för icke-brådsakande vård gäller också arbetsfördelningen inom behandlingen av substansrelaterade störningar bland barn och unga och samarbetet mellan primärhälsovården och den barnpsykiatriska och ungdomspsykiatriska specialiserade vården samt samarbetet med andra aktörer. De symtom- och riskbaserade rekommendationerna gäller förutom övriga psykiska symtom även skadligt missbruk bland unga och missbruk bland barn.

Enligt 3 mom. ska även kontinuiteten för den vård som behövs tryggas när en patient överförs från en vårdgivande enhet till en annan eller till institutions- eller boendeservice inom socialvården. Till denna del motsvarar förslaget vad gäller mentalvården det som föreslagits i 27 § 2 mom.

Enligt 4 mom. ska det framhåvas att missbrukar- och beroendevården ska planeras och genomföras så att den utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande rusmedelsarbetet i välfärdsområdet och kommunerna. Personer med substansrelaterade störningar och andra beroendestörningar har i allmänhet samtidigt fysiska och psykiska hälsoproblem. Genom en nära koppling mellan primärvården och olika medicinska specialiteter säkerställer man deras rätt att få vård för andra hälsoproblem på lika villkor som befolkningen i övrigt. Enligt propositionen avses med en samverkande helhet också att servicen är kontinuerlig, att den ges i rätt tid och samordnas med behövlig socialservice som är på socialvårdens ansvar, t.ex. med socialt arbete, social rehabilitering eller boendeservice, att den är ändamåls-

enlig och garanterar patienten hjälp och stöd smidigt och integrerat. Det föreslås att en samordning med den särskilda servicen inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet enligt 24 a § i socialvårdslagen genomförs enligt 8 a § i denna lag. Som stöd och hjälp i utvecklingsarbetet kan man dra nytta av erfarenhetsexperters och andra serviceanvändares sakkunskap när man utvecklar, genomför och utvärderar servicen. Med erfarenhetsexperten avses personer som har egen erfarenhet av missbruksrelaterade psykiska eller fysiska sjukdomar, skador eller andra svåra livssituationer och som har genomgått utbildning för erfarenhetsexperten. Också en anhörig eller närstående kan vara erfarenhetsexpert.

Serviceenheter som tillhandahåller missbrukar- och beroendevård kan på grund av ett samtidigt mångahanda servicebehov i anslutning till allvarliga missbruksberoenden utöver behandling och rehabilitering även producera serviceuppgifter inom socialvården. I dylika gemensamma enheter inom socialvården och sjuk- och hälsovården ska servicen tillhandahållas som gemensam service för socialvården och hälso- och sjukvården enligt 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen och 2 a § i socialvårdslagen. I bedömningen av vårdbehovet och i tillhandahållandet av vård ska förfarandet enligt hälso- och sjukvårdslagen följas. Nödvändig social rehabilitering ska fogas till den som en allmänt tillhandahållen service eller till exempel genom att trygga servicebehovet efter en sluten vårdperiod. Genom att förtydliga socialvårdens och hälso- och sjukvårdens uppgifter strävar man efter att bilda en helhet som samtidigt beaktar servicebehovet vid missbrukar- och beroendestörningar, fysiska och psykiska hälsoproblem samt patientens behov av socialt stöd och socialservice. På grund av vikten av psykosocial behandling av beroenden och mycket ofta förekommande samtidiga sjukdomar har hälso- och sjukvårdens betydelse inom den samlade missbrukar- och beroendevården ökat.

Gravida missbrukare följs i regel upp inom hälso- och sjukvården på mödrarådgivningen, på mödrapolikliniken eller på polikliniken för specialmödravård, de kan omfattas av missbrukarvården och deras samlade behov av vård och behandling bedöms inom hälso- och sjukvården. Nödvändig brådskande missbrukarvård genomförs i enlighet med 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. I 24 § i socialvårdslagen föreskrivs om att en gravid persons rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som stöder alkohol- och drogfrihet. Med detta avses till exempel mödrarhem som specialiserat sig på rehabilitering av personer med missbruksproblem eller andra socialvårdstjänster som svarar mot behovet. Då servicebehovet infaller samtidigt bör servicen ordnas som samordnad service enligt 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen, även om tjänsterna tillhandahålls vid olika verksamhetsenheter, t.ex. vid en mödrapoliklinik inom den specialiserade sjukvården samt som annan service inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Bestämmelser om välfärdsområdets ansvar på mer allmän nivå för att de socialvårds- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till en helhet finns i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

28 a §. *Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med opioidläkemedel.* Paragrafen är ny. Enligt det föreslagna 1 mom. kan opioidberoende patienter ges opioidläkemedel som avgiftning eller substitutionsbehandling. Opioidläkemedel har definierats som narkotika med stöd av 3 § 2 mom. i narkotikalagen (373/2008). Enligt det momentet utfärdas närmare bestämmelser om vilka ämnen, preparat och växter som anses som narkotika enligt 1 mom. 5 punkten i den paragrafen genom förordning av statsrådet. I statsrådets förordning om ämnen, preparat och växter som anses som narkotika (543/2008) föreskrivs det bland annat vilka opioidläkemedel som ska anses vara narkotika.

Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer kan ges vid en sådan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, där det finns en läkare som är förtrogen

med sådan vård och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler. I den gällande lagstiftningen finns bestämmelser om dessa villkor inte på lagnivå utan i social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel, som utfärdats med stöd av 28 § i lagen om missbrukarvård och 22 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Det föreslås att det i fortsättningen ska föreskrivas i lag om den ansvariga läkaren, annan personal som verksamheten kräver och lämpliga lokaler. Paragrafen föreslås inte innehålla bestämmelser om behörighetsvillkor, utan i enlighet med förarbetena till den gällande förordningen ska som tillräcklig förtrogenhet för den ansvariga läkaren betraktas exempelvis behörighet som specialistläkare inom beroendemedicin eller är tillräckligt insatt i beroendemedicin och i fråga om annan personal tidigare inhämtad teoretisk och praktisk erfarenhet av vården. De lokaler som används för behandlingen ska vara säkra för personalen och patienterna med beaktande av att där förvaras narkotikaklassificerade opioidläkemedel. Lokalerna ska ha säkra förvaringsplatser för läkemedlen.

Förslaget om att det i fortsättningen ska föreskrivas om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med opioidläkemedel i hälso- och sjukvårdslagen syftar inte till att ändra de förutsättningar för vilka behandling för närvarande ges enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel. Syftet är inte heller att utvidga denna vård till studerandehälsovården, i vars tjänster den inte heller hittills ingått¹⁴⁰.

I 2 mom. finns ett bemyndigande att utfärda förordning. I dagsläget finns bemyndigandet i 28 § 2 mom. i den gällande lagen om missbrukarvård. Till följd av de ändringar som föreslås i den paragrafen bör bemyndigandet att utfärda förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer i fortsättningen anges i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt propositionen ska det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet föreskrivas om de opioidläkemedel som får användas för avgiftning och substitutionsbehandling. Dessutom får enligt förslaget närmare bestämmelser om förutsättningarna för att ge och genomföra avgiftning och substitutionsbehandling utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Den gällande förordningen av social- och hälsovårdsministeriet om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel har utfärdats dels med stöd av lagen om missbrukarvård, dels med stöd av 22 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Den bestämmelsen gäller rätten att ordinera läkemedel. I denna proposition föreslås inga ändringar i bemyndigandet, utan social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel kan även i fortsättningen delvis utfärdas också med stöd av den lagen.

I denna proposition föreslås bestämmelser om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer också i 16 a § i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och i 6 a § i mentalvårdslagen.

50 §. Brådskanie vård. Förslaget innebär att 1 mom. kompletteras på så sätt att man med brådskanie vård också avser ett omedelbart behov av avvänjning till följd av användning av berusningsmedel. Det kan vara fråga om en situation där patienten får abstinenssymtom medan han

¹⁴⁰ Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:14. Opiskeluterveydenhuollon opas 2021, s. 15. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2021:14, Guide för studerandehälsovården, s. 15). På finska med svensk sammanfattning. Finns på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9695-3>. Hämtad den 6 juli 2022.

eller hon är i berusat tillstånd eller därefter eller som en följd av att användningen av alkohol och droger avslutas, och bedömningen och vården inte kan skjutas upp utan att tillståndet förvärras. Hur brådskande jourvården är varierar från behandlingen av nödfall till patienter som kan ges vård inom cirka ett dygn. Det är inte fråga om en ny eller utvidgad uppgift, utan avsikten är att förtydliga den gällande paragrafen i fråga om brådskande missbrukarvård.

I statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden finns bestämmelser om bedömning av en berusad persons vårdbehov vid jourenheten. Enligt dem får berusning inte förhindra ordnande av vård och uppföljning för en berusad person.

50 a §. *Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren.* Enligt det gällande 4 mom. ska socialjouren vid behov medverka i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer. Det ingår i social- och hälsovårdens normala verksamhet att ge psykosocialt stöd. Inom hälso- och sjukvården får detta framhållas betydelse i samjourens verksamhet. Stöd vid akuta traumatiska krissituationer hör till hälso- och sjukvårdens uppgifter i form av akut krisarbete. Till hälso- och sjukvårdens uppgifter hör även som en viktig uppgift att identifiera traumatiska störningar samt att vid behov senare hänvisa patienten till hälso- och sjukvårdstjänsterna för fortsatt vård. En liten del av dem som utsatts för en akut traumatisk situation behöver omedelbart akuta psykiatriska tjänster. Det psykosociala stöd som ges inom socialjournsarbetet gäller ofta till exempel plötsliga olycksfall, dödsfall, eventuella storolyckor och andra situationer med ett brådskande hjälp- och stödbehov. I dessa situationer är socialjouren en aktör bland andra säkerhetsmyndigheter och ansvarar för tryggheten av brådskande och nödvändig omsorg och försörjning enligt 12 § i socialvårdslagen. I momentet föreslås en ändring och enligt den ska hälso- och sjukvården tillhandahålla psykosocialt stöd tillsammans med socialjouren. Preciseringen har delvis också att göra med den föreslagna nya 50 b § om psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården i akuta och traumatiska situationer och den föreslagna nya 29 b § i socialvårdslagen, som gäller motsvarande stöd inom socialvården.

Den arbetsgrupp för utveckling av det psykosociala stödet i akuta traumatiska situationer som tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet rekommenderade i sin slutrapport¹⁴¹ från 2019 att det skulle vara ändamålsenligt att tillhandahålla psykosocialt stöd som enligt socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen ska ges i krissituationer tillsammans vid socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma enheter i form av social- och krisjour. Inom flera regioner finns redan nu en social- och krisjour som sköter både socialvårdsuppgifter och hälso- och sjukvårdsuppgifter, där hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar tillsammans som arbetspar med de socialarbetare som utför socialjournsarbete vid en verksamhetsenhet inom socialvården. Om verksamheten organiserats i en sådan enhet, är det viktigt att säkerställa att krisarbetets innehåll följer evidensbaserad information inom hälso- och sjukvården. Därtill ska det överenskommas om fortsatt stöd enligt klientens behov även vad gäller verksamheten inom hälso- och sjukvården. I områden med en stor befolkningstäthet kan social- och krisjouren skötas antingen genom hela processen från början till slut, medan social- och krisjouren i regioner med en mindre befolkningstäthet och långa avstånd kan styra uppgifterna till lokala krisgrupper så nära de hjälp-

¹⁴¹ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:46: Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:46: Utveckling av det psykosociala stödet vid akuta traumatiska situationer. Arbetsgruppens slutrapport). På finska med svensk sammanfattning. Finns på adressen: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161634/R_46_19_Psykososiaalisen_tuen_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Hämtad den 29 juni 2022.

behövande som möjligt enligt vad som regionalt avtalats om arbetsfördelningen. I denna proposition föreslås det att bestämmelser om social- och hälsovårdens gemensamma service tas in i den nya 2 a § i socialvårdslagen och på motsvarande sätt i 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelser om de patientuppgifter som uppkommer inom socialvården finns i lagen om klienthandlingar inom socialvården. Regleringen om registrering och registerföring revideras som bäst.

Momentet föreslås också ange en skyldighet för socialjouren att ansvara för ledningen och samordningen av det första skedet av psykosocialt stöd. Bestämmelsen är ny, men i praktiken motsvarar den emellertid den arbetsfördelning som redan nu genomförs regionalt och det allmänna sättet att organisera servicen, och därför har förslaget inte bedömts orsaka tilläggskostnader för servicesystemet. I det riksomfattande nödcentralinformationssystemet för säkerhetsmyndigheterna (ERICA) som används gemensamt av polisen, räddningsväsendet, social- och hälsovården och Gränsbevakningsväsendet har uppgifterna inom brådsökande krishjälp redan från och med 2019 överförs från Nödcentralsverket till socialvården (socialjouren) i enlighet med social- och hälsovårdsministeriets anvisningar. Verksamheten har således så småningom blivit en nationell verksamhetsmodell. Också verksamheten inom den prehospitalka akutsjukvården är i sådana situationer inriktad på att hänvisa patienten till psykosocialt stöd. Hälso- och sjukvården ansvarar i första hand för det psykosociala stödet till de patienter som den vårdar. Syftet med den nya regleringen är att förtydliga arbetsfördelningen och ansvarsfördelningen i det första skedet också i lagstiftningen.

I den gällande regleringen är psykosocialt stöd i brådsökande situationer en lagstadgad uppgift både inom hälso- och sjukvården och inom socialvården, och det finns inga tidigare exakta bestämmelser om övergripande samordning eller fördelning av ledningsansvaret. I motiveringen till den gällande 27 § 2 mom. 2 punkten i hälso- och sjukvårdslagen¹⁴² sägs det att psykosocialt stöd som ges omedelbart och på längre sikt i samband med exceptionella krissituationer i första hand är sådan multiprofessionell verksamhet som hälso- och sjukvården ska samordna, om inte något annat har överenskommit lokalt, och att också socialväsendets roll är betydande och nödvändig. Regleringen är allmänt hållen och därför är servicesystemet för psykosocialt stöd vid akuta traumatiska situationer i sin nuvarande form brokigt, och rätten att få psykosocialt stöd av hög kvalitet i en akut traumatisk situation tillgodoses inte alltid. Arbetsgruppen för utveckling av det psykosociala stödet i akuta traumatiska situationer föreslog i sin ovan nämnda slutrapport att det föreskrivs att socialjouren har ledningsansvar när det gäller att ordna, leda och samordna psykosocialt stöd och krisarbete i initialskedet vid akuta traumatiska situationer.

Ur beredskapsperspektiv förtydligar bestämmelserna ledningsansvaret i exceptionella situationer och under undantagsförhållanden och möjliggör en nationellt enhetlig beredskapsplan med tanke på ordnandet av psykosocialt stöd. Det viktigaste är att trygga å ena sidan tjänsternas omfattning och å andra sidan den ömsesidiga samordningen av social- och hälsovårdstjänster när psykosocialt stöd tillhandahålls i akuta och traumatiska situationer. När det psykosociala stödet i akuta och traumatiska situationer är ordnat på rätt sätt förbättrar det samhällets kristållighet, hjälper individer och grupper att återhämta sig från traumatiska situationer och utvecklar resiliens med tanke på eventuella framtida traumatiska situationer. Genom att föreskriva om att ledningsansvaret för det första skedet av psykosocialt stöd efter kontakten till nödcentralen i sin helhet är på socialjourens ansvar förtydligas hälso- och sjukvårdens och socialvårdens verksamhetsansvar i akuta situationer och gör det möjligt att regionalt mer övergripande utveckla servicesystemets verksamhet i en enhetligare riktning.

¹⁴² RP 90/2010 rd.

Den föreslagna bestämmelsen motsvarar också Olycksutredningscentralens (Otkes) rekommendationer om psykosocialt stöd genom att förtydliga ansvar och insatser inom social- och hälsovården i situationer där psykosocialt stöd ges.

Det föreslås att 5 mom. preciseras för att dess ursprungliga syfte ska framgå tydligare. Bestämmelsen är viktig för många klienter inom psykvården och missbrukarvården eftersom de kan ha nedsatt förmåga att anlita service. De kan lätt hamna i ett läge där de inte får tjänster, om tillgången till tjänster förutsätter aktivitet och initiativförmåga. Klienterna söker sig vanligen till psykvård och missbrukarvård med fördröjning. Jouren inom hälso- och sjukvården och socialvården har till uppgift att för egen del se till att behovet av vård och hjälp bedöms och att man sörjer för att personen får den fortsatta vård, den socialservice och det sociala stöd som han eller hon behöver, också i de lägen där hjälpbehovet inte har uppkommit plötsligt och den berörda personen inte har något omedelbart behov av sjukvård. Jouren bedömer vårdbehovet, men också behovet av socialservice och ett eventuellt behov av stöd som social- och hälsovården ger i samarbete för att trygga fortsatt vård. Hälso- och sjukvården ansvarar för bedömningen av vårdbehovet och tryggheten i kontinuiteten i fortsatt vård som eventuellt behövs. På motsvarande sätt har socialjouren till uppgift att dels bedöma det brådskande servicebehovet, dels se till att information om ett eventuellt behov av fortsatt stöd i anslutning till socialvården förmedlas till personens egen kontaktperson.

50 b §. *Psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer.* Paragrafen är ny, men den föreslås i huvudsak motsvara det innehåll som finns i den nuvarande regleringen genom att precisera den något. Den föreslås gälla verksamhet för att samordna det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer. Bestämmelsen ingår nu i den gällande 27 § 2 mom. 2 punkten i hälso- och sjukvårdslagen. Det föreslås att paragrafen preciserar arbetsfördelningen och samarbetet mellan de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården när det gäller att ge psykosocialt stöd.

Enligt förslaget ska det i paragrafens 1 mom. föreskrivas att det med psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården i akuta traumatiska situationer avses akut krisarbete. Det föreslagna innehållet motsvarar den definition som arbetsgruppen för psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer, vilken tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet, föreslog i sin slutrapport år 2019¹⁴³.

Akut krisarbete ska erbjudas individer, familjer och grupper också inom den normala hälso- och sjukvården i samband med andra olyckor än samhällsolyckor eller storolyckor, när händelsen är potentiellt traumatiserande och eventuellt långvarig påverkar de berörda personernas välmående och funktionsförmåga.

Akut krisarbete genomförs i form av tidiga interventioner som tidsmässigt infaller ungefär inom den första månaden efter den traumatiska händelsen. Även aktiv uppföljning ingår, och ett väsentligt inslag är identifiering av posttraumatisk stress och vid behov hänvisning till andra hälso- och sjukvårdstjänster för fortsatt vård. En liten del av de personer som utsätts för en akut och

¹⁴³ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:46: Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psyko-sosiaalisen tuen kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:46: Utveckling av det psykosociala stödet vid akuta traumatiska situationer. Arbetsgruppens slutrapport). På finska med svensk sammanfattning. Finns på adressen: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161634/R_46_19_Psykososiaali-sen_tuen_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Hämtad den 29 juni 2022.

traumatiserande situation behöver omedelbart akuta psykiatriska tjänster. Krisarbetarna är i huvudsak yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (t.ex. sjukskötare och psykologer), och de ska ha adekvat kompetens i krisarbete. Också en yrkesutbildad person inom socialvården kan sköta krisuppdrag, förutsatt att han eller hon har sådan tillräcklig utbildning, erfarenhet och kompetens i krisarbete som arbetsgivaren försäkrat sig om. I så fall antecknas patientarbetet liksom i fråga om annan hälso- och sjukvård i patientregistret. Regleringen om registreringen revideras för närvarande.

Psykosocialt stöd hör till det lagstadgade arbetet både inom hälso- och sjukvården och socialvården och situationen kan kräva kompetens både om hälso- och sjukvård och socialvård. Enligt propositionen ska det föreskrivas om psykosocialt stöd inom socialvården i 29 b § i socialvårdslagen. Psykosocialt stöd som ges i form av socialvård i akuta och traumatiska situationer inbegriper också brådsakande socialt arbete och social handledning som ges av en legitimerad yrkesutbildad person inom socialvården samt närvarande emotionellt och kunskapsmässigt stöd för att lugna ner läget, öka trygghetskänslan och tillgodose de omedelbara stödbehoven. Utifrån bedömningen av servicebehovet kan det också behövas brådsakande socialservice, såsom tillfälligt boende enligt socialvårdslagen, hemservice för barnfamiljer, kompletterande eller förebyggande utkomststöd eller andra behövliga sociala tjänster. Det psykosociala stödet inom socialvården innefattar också aktiv hänvisning till och uppmuntran att anlita akut krisarbete. Även organisationsaktörer som har mycket kunskap och serviceverksamhet i anslutning till olika stödbehov kan vara delaktiga.

Arbetsgruppen för utveckling av det psykosociala stödet i akuta traumatiska situationer rekommenderade i sin ovan nämnda slutrapport att de psykosociala stödtjänster som ges i krissituationer ska göras enhetligare och att bestämmelser om psykosocialt stöd ska utfärdas i lag. Enligt arbetsgruppen är det avgörande å ena sidan att tjänsterna är heltäckande och å andra sidan att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas sinsemellan när det gäller att erbjuda psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer. Det är ofta ändamålsenligt att tillhandahålla psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården i nära samarbete med det psykosociala stödet inom socialvården. Den här föreslagna regleringen motsvarar tillsammans med de föreslagna ändringarna i 50 a § arbetsgruppens rekommendation.

Förslaget motsvarar för sin del de krav som ställs i artikel 24 i EU:s så kallade terrorismdirektiv, dvs. Europaparlamentets och rådets direktiv om bekämpande av terrorism, om ersättande av rådets rambeslut 2002/475/RIF och om ändring av rådets beslut 2005/671/RIF (EU 2017/541) om att ordna emotionellt och psykologiskt stöd som svarar mot terroroffrens specifika behov. När det preciseras att det psykosociala stödet också hör till socialjourernas uppgifter säkerställs det att stödet kan ordnas dygnet runt inom social- och hälsovården och att det kan tillkallas direkt från nödcentralen som avgiftsfri service för klienten. Den föreslagna bestämmelsen skapar således ytterligare klarhet i genomförandet av terrorismdirektivet i vår nationella lagstiftning.

Enligt propositionen ska det fortsättningsvis föreskrivas om psykosocialt stöd i andra än brådsakande fall i 27 §. Bestämmelser om tillhandahållande av psykosocialt stöd i brådsakande situationer i samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialjouren föreslås i 50 a §. Bestämmelser om socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service föreslås i den ändrade 8 a § och i den nya 2 a § i socialvårdslagen.

I paragrafens 3 mom. föreslås en hänvisning till den ovan nämnda 50 a § i hälso- och sjukvårdslagen och 29 b § i socialvårdslagen.

70 §. *Beaktande av barn i service som riktar sig till vuxna.* I 2 mom. föreslås en terminologisk ändring från missbrukarvård till missbrukar- och beroendevård. Ändringen är av teknisk art.

78 b §. *Vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet vid narkotikabrott.* Det rör sig om en ny paragraf och den gäller sådan av social- och hälsovårdsministeriet godkänd vård vid narkotikabrott som avses i 50 kap. 7 § i strafflagen. Enligt 50 kap. 7 § i strafflagen får eftergift ske för bruk av narkotika och andra brott som har samband med bruk av narkotika i fråga om åtal eller straff, om det misstänkta brottet med hänsyn till mängden och typen av narkotika, brukssituationen och omständigheterna även i övrigt bedömt som en helhet måste anses ringa. Eftergift får också ske i fråga om åtal eller straff, om den som misstänks för brott eller gärningsmannen har sökt vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet.

I 1 mom. anges vad som avses med sådan vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet enligt strafflagen. Det som avses är vård som syftar till att få den som misstänks för användning av narkotika eller för ett annat narkotikabrott som hänför sig till det att sluta använda narkotika eller förebygga och behandla de hälsomässiga eller sociala olägenheter som användningen av narkotika orsakar den misstänkte. Definitionen av vård som social- och hälsovårdsministeriet har godkänt enligt strafflagen motsvarar hur syftet med vården i fråga har definierats i den förordning av social- och hälsovårdsministeriet om godkänd vård vid narkotikabrott som utfärdats med stöd av 28 § 2 mom. i lagen om missbrukarvård. Det föreslås nu att den grundläggande bestämmelsen om detta lyfts in i lag.

Det föreslagna 1 mom. anger dessutom att vården ska ges vid en verksamhetsenhet som passar för ändamålet. Med detta avses specialiserad sjukvård och enheter som tillhandahåller missbrukar- och beroendetjänster. En offentlig aktör som ordnar hälso- och sjukvård kan också köpa sådan vård av den privata hälso- och sjukvården.

Enligt det föreslagna 2 mom. kan den verksamhetsenhet som ger godkänd vård vid narkotikabrott med patientens skriftliga samtycke lämna ut uppgifter om vården av patienten till en förundersökningsmyndighet, åklagare eller domstol. Motsvarande bestämmelse om utlämnande av uppgifter finns i 5 § i den gällande förordningen om godkänd vård vid narkotikabrott. Förslaget innebär således att bestämmelse nu lyfts in i lag.

I 3 mom. finns ett bemyndigande att utfärda förordning. I dagsläget finns bemyndigandet i 28 § 2 mom. i den gällande lagen om missbrukarvård. Till följd av de ändringar som föreslås i lagen om missbrukarvård kommer bemyndigandet att utfärda förordning om vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet och som avses i 50 kap. 7 § i strafflagen i fortsättningen att ingå i hälso- och sjukvårdslagen. Närmare bestämmelser om de verksamhetsenheter där vården kan ges får enligt förslaget utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

78 c §. *Arbetshandledning.* I paragrafen ska det enligt förslaget föreskrivas om arbetshandledning inom mentalvården och inom missbrukar- och beroendevården. Enligt 4 § i den gällande mentalvårdslagen förutsätter tillhandahållande av mentalvårdstjänster ett fungerande system för arbetshandledning. Det föreslås att skyldigheten att ordna arbetshandledning från och med den 1 juli 2023 utvidgas till att också gälla missbrukar- och beroendevård. Den som ordnar arbetshandledning ska se till att den främjar personalens färdigheter att tillhandahålla sådan mentalvård och missbrukar- och beroendevård som befolkningen behöver. Exempelvis förutsätter användningen av psykosociala vård- och rehabiliteringsmetoder att personalens yrkesskicklighet upprätthålls med hjälp av arbetshandledning.

Enligt propositionen gäller arbetshandledningen den personal som arbetar inom mentalvården eller inom missbrukar- och beroendevården både inom den specialiserade sjukvården och primärvården, såsom vid social- och hälsocentraler eller enheter för missbrukarvård och missbrukarrehabilitering. När tjänsterna ordnas som gemensam service för socialvården och hälso- och sjukvården enligt 8 a § i hälso- och sjukvårdslagen eller vid gemensamma enheter ska arbetshandledningen gälla hela enheten eller den social- och hälsovårdspersonal som deltar i den gemensamma servicen.

7.3 Lag om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen

78 c §. Arbetshandledning. Paragrafen är ny. Enligt propositionen ska det i paragrafen föreskrivas om arbetshandledning inom mentalvården. Enligt 4 § i den gällande mentalvårdslagen förutsätter tillhandahållandet av mentalvårdstjänster ett fungerande arbetshandledningssystem. Den som ordnar arbetshandledning ska se till att den främjar personalens färdigheter att tillhandahålla sådan mentalvård som befolkningen behöver. Exempelvis förutsätter användningen av psykosociala vård- och rehabiliteringsmetoder att personalens yrkesskicklighet upprätthålls med hjälp av arbetshandledning. Arbetshandledningen föreslås gälla personalen som arbetar vid enheter som tillhandahåller mentalvård både inom den specialiserade sjukvården och primärvården, såsom vid social- och hälsocentraler.

Enligt propositionen avses paragrafen i detta syfte, i den form som endast gäller personalen vid enheter som tillhandahåller mentalvård, att gälla temporärt fram till den 30 juni 2023.

7.4 Lag om ändring av mentalvårdslagen

1 §. Mentalvårdsarbete. Paragrafen föreslås bli upphävd. Enligt 1 mom. i gällande paragraf avses med mentalvårdsarbete främjande av individens psykiska välbefinnande, handlingsförmåga och personlighetsutveckling samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Enligt 2 mom. i gällande paragraf omfattar mentalvårdsarbete social- och hälsovårdstjänster för personer som på medicinska grunder har konstaterats lida av mentalsjukdomar eller andra mentala störningar (mentalvårdstjänster). I fortsättningen ska bestämmelserna om mentalvårdsarbete inom socialvården tas in i 25 §, som föreslås ändras, och i den nya 25 a § i socialvårdslagen samt bestämmelser om mentalvård inom hälsovården i den föreslagna 27 § i hälso- och sjukvårdslagen, som föreslås ändras. Bestämmelserna om vård oberoende av patientens vilja och om vård vid statens sinnessjukhus ska bli kvar i mentalvårdslagen.

Enligt 3 mom. i gällande paragraf hör till mentalvårdsarbetet också åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster. I socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs från och med den 1 januari 2023 i huvudsak om den social- och hälsovård för vilken välfärdsområdena ansvarar. Främjande av välbefinnande och hälsa förblir delvis också kommunernas uppgift. Välfärdsområdet ska enligt 7 § 1 mom. och kommunen enligt 6 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård främja invånarnas hälsa och välfärd. Kommunen bär det primära ansvaret för främjandet av hälsa och välfärd till den del denna uppgift är knuten till andra uppgifter som enligt lag ska skötas av kommunen. Det föreslås att det i framtiden ska bestämmas om kommunens skyldighet att i samarbete med välfärdsområdet utveckla befolkningens levnadsförhållanden i syfte att förebygga uppkomsten av psykiska störningar och stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan i 7 § i socialvårdslagen och i 20 § i lagen om hälso- och sjukvård.

2 §. *Ledning och tillsyn.* Enligt 1 mom. i gällande paragraf ska den allmänna planeringen och ledningen av mentalvårdsarbetet samt tillsynen över det skötas av social- och hälsovårdsmi-
nisteriet, om inte något annat bestäms genom lag. I fortsättningen bestäms inte endast om
mentalvårdsarbetet utan mera allmänt om social- och hälsovårdsarbetet i 21 § i lagen om ord-
nande av social- och hälsovård. Det föreslås att bestämmelsen om saken i mentalvårdslagen
stryks.

Paragrafens 2 mom., sådant det lyder i ändringen av mentalvårdslagen som träder i kraft från
ingången av 2023, föreslås innehålla en informativ hänvisning om att välfärdsområdenas upp-
gifter i fråga om tillsynen över verksamheten föreskrivs i 6 kap. i lagen om ordnande av social-
och hälsovård. Det föreslås att momentet stryks som onödigt.

Paragrafens 3 mom., sådant det lyder i ändringen av mentalvårdslagen som träder i kraft från
ingången av 2023, föreslås bli ett nytt 1 mom.

Paragrafens 4 mom., sådant det lyder i ändringen av mentalvårdslagen som träder i kraft från
ingången av 2023, föreslås bli ett nytt 2 mom. Det föreslås även att momentet ändras så att
hänvisningarna till 2 och 3 mom. stryks med anledning av att 2 mom. stryks och det tidigare 3
mom. blir 1 mom.

Paragrafens 5 och 6 mom., sådana de lyder i ändringen av mentalvårdslagen som träder i kraft
från ingången av 2023, ska som sådana bli nya 3 och 4 mom.

Enligt paragrafens 7 mom., sådant det lyder i ändringen av mentalvårdslagen som träder i kraft
från ingången av 2023, är Institutet för hälsa och välfärd sakkunnigt ämbetsverk för mental-
vårdsarbetet. En bestämmelse om detta finns också i 1 § 1 mom. 1 punkten i statsrådets förord-
ning om Institutet för hälsa och välfärd, enligt vilket Institutet för hälsa och välfärd utöver vad
som bestäms i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008), har till uppgift att vara sak-
kunnigmyndighet i frågor som har samband med socialvård, specialomsorger om utvecklings-
störda, folkhälsoarbete, specialiserad sjukvård, mentalvårdsarbete, smittsamma sjukdomar,
miljö- och hälsoskydd och genteknik och andra frågor i anslutning till institutets ansvarsområde.
Det föreslås att bestämmelsen om saken i mentalvårdslagen stryks.

3 §. *Ordnande av vård oberoende av patientens vilja.* Det föreslås att paragrafen, sådan den
lyder i ändringen av mentalvårdslagen som träder i kraft från ingången av 2023, ändras vad
gäller rubriken och 1 mom. Paragrafens rubrik ska enligt förslaget ändras att motsvara det fak-
tum att det i lagen i fortsättningen endast föreskrivs om ordnande av vård oberoende av patien-
tens vilja. Det föreslås att bestämmelserna om andra mentalvårdstjänster än vård oberoende av
patientens vilja i fortsättningen ska finnas i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Det föreslås att hänvisningarna till primärhälsovården och socialvården i paragrafens 1 mom.
ska strykas. Vård oberoende av patientens vilja är specialiserad sjukvård, om vilken det före-
skrivs i hälso- och sjukvårdslagen.

4 §. *Principerna för mentalvårdstjänsterna.* Paragrafen föreslås bli upphävd. I paragrafens 1
mom., sådant det lyder från ingången av 2023 i lagen om ändring av mentalvårdslagen, före-
skrivs om välfärdsområdets skyldighet att tillhandahålla mentalvårdstjänster som till innehåll
och omfattning motsvarar behovet i välfärdsområdet. I fortsättningen föreskrivs på mera allmän
nivå om detta i 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, i vars 1 mom. föreskrivs att
välfärdsområdet ska planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, om-
fattning och kvalitet svarar mot kundernas behov.

Enligt 2 mom. i gällande paragraf ska mentalvårdstjänsterna i första hand ordnas i form av öppen vård och så att människor uppmuntras att själva söka vård och att klara sig på egen hand. Att öppen vård ska prioriteras bestäms också i 24 § 2 mom., som behandlar sjukvård, i lagen om sjuk- och hälsovård, enligt vilket vården ska genomföras i form av öppen vård när detta är möjligt med beaktande av patientsäkerheten. I socialvårdslagen bestäms om detta i 33 § 2 mom. att utgångspunkten när servicen tillhandahålls ska vara att den kan uppsökas på eget initiativ i ett tillräckligt tidigt skede. I 4 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs också att välfärdsområdet ska sörja för tillgång och tillgänglighet när det gäller de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av dess organiseringsansvar.

Enligt 3 mom. i gällande paragraf förutsätter tillhandahållandet av mentalvårdstjänster ett fungerande arbetshandledningssystem. Det föreslås att det i fortsättningen ska finnas en bestämmelse om detta i 78 c § i lagen om sjuk- och hälsovård.

5 §. Samordning av mentalvårdstjänsterna. Paragrafen föreslås bli upphävd. I paragrafens 1 mom., sådant det lyder i ändringen av mentalvårdslagen som träder i kraft från ingången av 2023, hänvisas till 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I den föreskrivs om välfärdsområdets skyldighet att samordna social- och hälsovårdstjänsterna.

Enligt paragrafens 2 mom., sådant det lyder i ändringen av mentalvårdslagen som träder i kraft från ingången av 2023, ska det för personer med mentalsjukdomar eller andra mentala störningar utöver tillräcklig vård och service ordnas möjlighet till stöd- och serviceboende i samband med behövlig medicinsk eller social rehabilitering, så som särskilt föreskrivs. Om boendeservice och social rehabilitering inom socialvården föreskrivs i socialvårdslagen, vilket täcker ovan nämnda bestämmelser.

6 a §. Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer. Paragrafen är ny. Det föreslås att opioidberoende patienter vid statens sinnessjukhus ska kunna ges avgiftning eller substitutionsbehandling med opioidläkemedel. Enligt 3 § 2 mom. i narkotikalagen (373/2008) definieras opioidläkemedel som narkotika. Enligt det utfärdas genom förordning av statsrådet närmare bestämmelser om vilka ämnen, preparat och växter som anses som narkotika enligt 1 mom. 5 punkten. I statsrådets förordning om ämnen, preparat och växter som anses som narkotika (543/2008) föreskrivs bland annat om vilka opioidläkemedel som ska anses som narkotika. På statens sinnessjukhus ska det finnas en ansvarig läkare som är förtrogen med att ge sådan vård och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler. I gällande lagstiftning har det inte föreskrivits på lagnivå om dessa förutsättningar utan i social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel, som utfärdats med stöd av 28 § i lagen om missbrukarvård, samt i 22 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Det föreslås att det i framtiden ska föreskrivas på lagnivå om den grundläggande förutsättningen för den ansvariga läkaren och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler. I paragrafen föreskrivs inte om behörighetsvillkor utan enligt förarbetena för gällande förordning anses som tillräcklig förtrogenhet för den ansvariga läkaren till exempel specialbehörighet i beroendemedicin eller tillräcklig förtrogenhet med beroendemedicin och för annan personal tidigare förvärvat behövliga teoretiska och praktiska kunskaper. De lokaler som används för vården bör vara trygga för personalen och patienten med beaktande av att det i lokalerna förvaras opioidläkemedel som anses som narkotika. I lokalerna ska finnas trygga förvaringsplatser för opioidläkemedel.

Med anledning av de ändringar som i denna proposition föreslås i lagen om missbrukarvård och i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs i fortsättningen om bemyndigande att utfärda förordning,

som nu finns i lagen om missbrukarvård, i 28 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Statens sinnessjukhus hör dock inte till tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen. Därför föreskrivs i mentalvårdslagen, som också innehåller andra bestämmelser om den vård som ges vid statens sinnessjukhus, att närmare bestämmelser om förutsättningarna för att tillhandahålla och genomföra avgiftning vid och substitutionsbehandling av opioidberoende får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

7.5 Lag om ändring av lagen om missbrukarvård

1 §. Målsättningar. I gällande paragraf föreskrivs om målsättningarna för missbrukarvården. Eftersom det föreslås att det i fortsättningen ska föreskrivas om annan vård än sådan som är oberoende av patientens vilja i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen i stället för i lagen om missbrukarvård föreslås att paragrafen upphävs.

3 §. Vård oberoende av missbrukarens vilja på grund av användning av berusningsmedel. I gällande paragraf föreskrivs om ansvaret för ordnandet av missbrukarvården. I den gällande lagen är paragrafens rubrik *anordnande av missbrukarvård*. Eftersom det föreslås att det i fortsättningen ska föreskrivas om annan vård än sådan som är oberoende av missbrukarens vilja i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen i stället för i lagen om missbrukarvård föreslås det att paragrafens rubrik ändras i formen *vård oberoende av missbrukarens vilja på grund av användning av berusningsmedel*.

Enligt 1 mom. i gällande paragraf ska kommunen sörja för att vården av missbrukare ordnas så att den till sin innebörd och sin omfattning motsvarar behovet i kommunen. Det föreslås att paragrafens 1 mom. ändras så att det i framtiden är välfärdsområdet som inom sitt område ska sköta om att den vård oberoende av missbrukarens vilja som avses i denna lag och tillhandahålls som en del av primärvården och den specialiserade sjukvården. I fråga om bestämmelserna om primärvården och den specialiserade sjukvården hänvisas till hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 2 mom. i gällande paragraf ankommer det inom socialvården på socialnämnden och inom hälsovården på hälsovårdsnämnden att anordna och utveckla service och åtgärder inom missbrukarvården. Ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården överförs den 1 januari 2023 på välfärdsområdena och därför föreslås det att momentet stryks som onödigt.

4 §. Förhållande till andra lagar. De lagar som det hänvisas till i gällande paragraf upphävs efter 31.12.2022 på grund av vårdreformen. Det föreslås att det i framtiden i paragrafen ska hänvisas till lagen om ordnande av social- och hälsovård samt lagen om välfärdsområdenas finansiering, som tillämpas på missbrukarvård som välfärdsområdet ordnar.

5 §. Påverkande av levnadsförhållanden och levnadssätt. Paragrafen föreslås bli upphävd. I 1 mom. i gällande paragraf föreskrivs om kommunens skyldigheter när det gäller att förebygga missbruk av berusningsmedel. Om samma frågor föreskrivs också i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet. Om välfärdsområdenas och kommunernas skyldighet att främja sina invånares hälsa och välfärd föreskrivs i framtiden också i 6 och 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

I 2 mom. i gällande paragraf föreskrivs om socialnämndens och hälsovårdsnämndens uppgifter när det gäller missbrukarvård. Då ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården den 1 januari 2023 överförs från kommunerna till välfärdsområdena behövs inte denna bestämmelse längre.

6 §. Utvecklande av servicen. Paragrafen föreslås bli upphävd. Enligt 1 mom. i gällande paragraf ska servicen inom missbrukarvården ordnas genom att den allmänna servicen inom social- och hälsovården utvecklas samt genom särskild, för missbrukarvården avsedd service. Om missbrukarvård inom socialvården föreskrivs i socialvårdslagen och om missbrukarvård inom hälso- och sjukvården i lagen om hälso- och sjukvård. I 33 § 2 mom. i socialvårdslagen föreskrivs att den allmänna kommunala socialservicen ska tillhandahållas så att den lämpar sig för alla klienter och att den som behöver hjälp och stöd vid behov ska hänvisas till särskild service. Det föreslås att det i 24 § 1 mom. i socialvårdslagen, som ska ändras, föreskrivs att den socialservice som avses i 14 § och som ingår i missbruks- och beroendearbetet ska omfatta allmän socialservice eller service som riktar sig speciellt till personer som använder berusningsmedel eller har beroendestörningar. Enligt förslaget ska det föreskrivas om särskild service riktad till rusmedels- och beroendearbetet i den nya 24 a §. Om missbrukar- och beroendevård inom hälso- och sjukvården föreskrivs i 28 § i hälso- och sjukvårdslagen, som föreslås ändras.

Enligt 2 mom. i gällande paragraf ska den allmänna servicen inom social- och hälsovården utvecklas så att inom ramen för denna service missbrukare av rusmedel kan vårdas i tillräcklig mån samt den som behöver hjälp och stöd efter behov kan anvisas service som är avsedd särskilt för missbrukarvården. I framtiden föreskrivs om detta på en mera allmän nivå i 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, i vars 1 mom. föreskrivs att välfärdsområdet ska planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov.

Enligt 3 mom. i gällande paragraf ska servicen i första hand ordnas genom åtgärder inom den öppna vården så att den är lätt åtkomlig, smidig och mångsidig. Att öppen vård ska prioriteras bestäms också i lagen om sjuk- och hälsovård, i 24 § 2 mom., som behandlar sjukvård, enligt vilket vården ska genomföras i form av öppen vård när detta är möjligt med beaktande av patientsäkerheten. I socialvårdslagen bestäms om detta i 33 § 2 mom. att utgångspunkten när servicen tillhandahålls ska vara att den kan uppsökas på eget initiativ i ett tillräckligt tidigt skede. I 4 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs också att välfärdsområdet ska sörja för tillgång och tillgänglighet när det gäller de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av dess organiseringsansvar. Om tillgången till service och dess tillgänglighet föreskrivs också i 33 § i socialvårdslagen och i 10 § i lagen om hälso- och sjukvård.

7 §. Vårdbehov. Paragrafen föreslås bli upphävd. Enligt gällande paragraf ska service inom missbrukarvården tillhandahållas den som har problem som har samband med bruk av berusningsmedel samt hans familj och andra honom närstående personer. Service ska ges med hänsyn till missbrukarens, hans familjs och andra honom närstående personers behov av hjälp, stöd och vård. I 11 § 10 punkten i socialvårdslagen bestäms att socialservice ska ordnas för att stödja anhöriga och närstående till personer som behöver stöd. Dessutom finns i 43 § i socialvårdslagen en bestämmelse om kartläggning av närståendätverket och om att de anhöriga och närståendes eventuella stödbehov vid behov ska utredas i samband med kartläggningen. Särskilt när det gäller missbruks- och beroendearbete har missbrukares anhöriga och närstående beaktats i 24 § 2 mom. 2 punkten i socialvårdslagen. Det föreslås att bestämmelserna preciseras och i fortsättningen föreskrivs i 24 § 2 mom. i socialvårdslagen. För hälso- och sjukvårdens del föreskrivs i 70 § i hälso- och sjukvårdslagen att barnen ska beaktas i service som är riktad till vuxna. Enligt propositionen ska det i 28 § i lagen om hälso- och sjukvård föreskrivas om att missbrukar- och beroendevård ska ges utgående från behovet av stöd, vård och rehabilitering hos personen, personens familj och andra närstående.

8 §. Centrala principer. Paragrafen föreslås bli upphävd. Enligt 1 mom. i gällande paragraf ska servicen inom missbrukarvården ordnas så att det är möjligt för en klient att anlita den på eget initiativ och så att klienten ges stöd i att reda sig på egen hand. Vården ska vara av konfidentiell

karaktär. I verksamheten ska i första hand beaktas missbrukarens och honom närstående personers bästa.

Det föreslås att det i framtiden ska föreskrivas om annan service inom missbrukarvården än sådan som är oberoende av missbrukarens vilja, i fråga om socialvården i socialvårdslagen och i fråga om hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 4 § 1 mom. 2 punkten i socialvårdslagen ska vid bedömningen av det som ligger i klientens intresse hänsyn tas till hur olika tillvägagångssätt och lösningar bäst tryggar stärkandet av klientens förmåga att klara sig självständigt och agera på eget initiativ samt nära och fortlöpande människorelationer. I 33 § 2 mom. socialvårdslagen föreskrivs att utgångspunkten när servicen tillhandahålls ska vara att den kan uppsökas på eget initiativ i ett tillräckligt tidigt skede.

Vårdens konfidentialitet omfattar utom datasekretess också att gott bemötande, hörande och svar på behov. Både inom socialvården och hälso- och sjukvården baserar sig frågan om uppgifters konfidentialitet på dataskyddsbestämmelserna. I 4 kap. i lagen om patientens ställning och rättigheter finns bestämmelser om journalhandlingar och annat material som hänför sig till vård och behandling och om sekretessbelagda uppgifter i dessa handlingar. För socialvården finns motsvarande dataskyddsbestämmelser i 3 kap. i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. Dessutom tillämpas på behandlingen av klientuppgifter inom social- och hälsovården flera andra bestämmelser, såsom Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (*allmänna dataskyddsförordningen*) och lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (784/2021).

Inom social- och hälsovården är utgångspunkten för verksamheten alltid klientens fördel. Denna fråga är mer allmänt förknippad med rätten att få god socialvård eller god hälso- och sjukvård. I 3 § i lagen om patientens ställning och rättigheter finns bestämmelser om patientens rätt till god hälso- och sjukvård och gott bemötande. För socialvårdens del föreskrivs om klientens fördel i 4 § 2 mom. i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, enligt vilket klientens önskemål, åsikt, fördel och individuella behov samt modersmål och kulturella bakgrund ska beaktas när socialvård ges. Om beaktande av klientens fördel föreskrivs också i 4 § i socialvårdslagen.

Enligt 2 mom. i gällande paragraf ska när service tillhandahålls missbrukaren vid behov även ges hjälp med att lösa sina problem i fråga om utkomst, boende och arbete. Det föreslås att det i fortsättningen ska bestämmas om saken i 16 § 2 mom. i lagen om missbrukarvård när det gäller missbrukarvård som ges oberoende av patientens vilja. Det föreslås att bestämmelserna om saken ska upphävas i lagen om missbrukarvård när det gäller annan vård än sådan som ges oberoende av patientens vilja. Enligt 41 § 1 mom. i socialvårdslagen ska för att bedöma servicebehovet, fatta beslut och tillhandahålla socialvård den myndighet inom socialvården som ansvarar för åtgärden se till att tillräcklig sakkunskap och kompetens med hänsyn till en persons individuella behov finns att tillgå. Om bedömningen av personens behov och uppfyllandet av dem kräver service eller stödåtgärder av socialväsendet eller övriga myndigheter, ska dessa på begäran av den arbetstagare som ansvarar för åtgärden delta i bedömningen av personens servicebehov och i utarbetandet av en klientplan. Enligt 41 § 2 mom. i socialvårdslagen tillhandahålls socialvården i samarbete med olika aktörer så att socialvården och vid behov de övriga förvaltningssektorernas service bildar en helhet som tillgodoser klientens intresse. Arbetstagaren ska enligt behov kontakta olika samarbetspartner och sakkunniga samt vid behov personens anhöriga och andra närstående enligt vad som närmare föreskrivs i socialvårdslagen. I 30 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att den som tillhandahåller tjänster inom hälso- och sjukvården är skyldig att vid behov hänvisa en person till någon annan aktör som tillhandahåller tjänster i

samarbete med dessa aktörer. Om samarbete mellan socialvården och hälso- och sjukvården föreskrivs i 32 § i hälso- och sjukvårdslagen och i 29 a § i socialvårdslagen.

9 §. *Samarbete.* Paragrafen föreslås bli upphävd. Enligt gällande paragraf ska inom missbrukarvården verksamma myndigheter och samfund samarbeta med varandra. Särskild uppmärksamhet skall ägnas det inbördes samarbetet mellan missbrukarvården å ena sidan och den övriga social- och hälsovården, nykterhetsverksamheten, bostadsmyndigheterna, Arbetskraftsmyndigheterna, skolväsendet, ungdomsverksamheten och polisen å den andra. I socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om samarbete, såsom beskrivits ovan i motiveringarna till 8 § i lagen om missbrukarvård. Det föreslås att bestämmelserna i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen ska anses vara tillräckliga.

10 §. *Förutsättningar för vårdförordnande.* I gällande paragraf föreskrivs om förutsättningar för att en missbrukare ska kunna förordnas till vård oberoende av sin vilja. En person kan oberoende av sin vilja förordnas till vård, om det har visat sig omöjligt att ordna vård och omsorg för personen genom sådan service som bygger på frivillighet, eller om den har visat sig otillräcklig. Dessutom är förutsättningen antingen att personen, om användningen av berusningsmedel inte avbryts och behövlig vård ges, till följd av sjukdom eller skada som han lider av eller genom sitt missbruk omedelbart håller på att ådra sig, är i omedelbar livsfara eller håller på att ådra sig sådan allvarlig skada i fråga om sin hälsa som kräver brådskanie vård (hälsorisk), eller att personen till följd av sitt missbruk genom sin våldsamhet allvarligt äventyrar en familjemedlems eller annan persons hälsa, säkerhet eller psykiska utveckling (våldsamhet). Våldsamhetsgrunden tillämpas enligt paragrafens 2 mom. inte på personer under 18 år, om det inte finns en särskild anledning till det.

Förordnande till vård på grund av våldsamhet med stöd av lagen om missbrukarvård har inte i Finland i praktiken tillämpats under senare år.¹⁴⁴ Bestämmelsen uppfyller inte till alla delar kraven på att begränsning av grundläggande rättigheter ska föreskrivas genom lag samt vara exakta och exakt avgränsade. I praktiken finns inte verksamhetsenheter som är godkända av regionförvaltningsverket (18 §) och där vården kunde ges. Om förutsättningarna för vård oberoende av patientens vilja enligt mentalvårdslagen uppfylls, vilket är fallet i vissa situationer, ges vården oberoende av personens vilja i en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Vård oberoende av missbrukarens vilja i fem dygn (12 §) är en så kort vårdperiod att det i största delen av fallen inte är möjligt att uppnå långsiktiga resultat. En längre tids vård (högst 30 dygn) kan ges på grund av våldsamhet genom förvaltningsdomstolens beslut om en kort vårdperiod visat sig vara otillräcklig (13 §). Beslut om längre tids vård förutsätter således domstolsbehandling samt fortsatt våldsamhet som grund, vilka inte nödvändigtvis mera föreligger om situationen lugnat sig tillfälligt.

Med dessa motiveringar föreslås att grunden för förordnande till vård oberoende av missbrukarens vilja på grund av våldsamhet upphävs i paragrafen. Det kommer fortfarande att vara möjligt att ge ett vårdförordnande på grund av hälsorisk.

12 §. *Kortvarig vård på grund av våldsamhet och underställande av beslut.* Det föreslås att paragrafen upphävs på de grunder som anges för 10 §.

13 §. *Vård på grund av våldsamhet.* Det föreslås att paragrafen upphävs på de grunder som anges för 10 §.

¹⁴⁴ Promemoria om enkätresultat (SHM/2017/2015).

14 §. Hörande av part. Det föreslås att paragrafens 2 mom. ändras så att bestämmelserna om utredning av vårdbehov upphävs, eftersom bestämmelserna gäller våldsamhet som grund (10 och 12–13 §), vilka det föreslås att ska upphävas. Samtidigt föreslås att rubriken ändras så att den motsvarar det återstående innehållet i paragrafen.

15 §. Verkställande av beslut. I 1 mom. i gällande paragraf föreskrivs att beslut om vård ska verkställas omedelbart trots att underställning skett eller ändring sökts. Eftersom underställningsskyldigheten gäller endast beslut som fattats med våldsamhet som grund, vilka föreslås bli upphävida enligt de grunder som fastställs i motiveringarna till 10 §, föreslås att även regleringen om underställning stryks ur detta moment.

I 2 mom. i gällande paragraf föreskrivs att om beslut om vård under en tid av högst fem dygn inte kunnat verkställas inom ett dygn, och beslut om vård under högst 30 dygn inte kunnat verkställas inom fem dygn från det beslutet fattades, ska beslutet förfalla. Det föreslås att hänvisningarna till 12 och 13 § som ska upphävas stryks i paragrafens 2 mom.

16 §. Ordnande av vård. I 3 mom. i gällande paragraf föreskrivs att socialnämnden skal ge i 8 § nämnt stöd samt annat behövt stöd även efter det att vården oberoende av missbrukarens vilja har upphört. Då ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården övergår från kommunerna till välfärdsområdena den 1 januari 2023 är hänvisningen till socialnämnden inte längre motiverad. Det föreslås att momentet ändras så att i det föreskrivs om missbrukarvård oberoende av missbrukarens vilja enligt 8 § 3 mom., vilket det föreslås att ska upphävas. När service tillhandahålls ska klienten vid behov ges hjälp med att lösa sina problem i fråga om utkomst, boende och arbete. Klienten ska ges behövt stöd även efter det att vården oberoende av missbrukarens vilja har upphört.

17 §. Avslutande av vård. Vård som ges oberoende av personens vilja ska avslutas så snart vårdbehov inte längre föreligger. Det föreslås att hänvisningarna till 12 och 13 § som ska upphävas stryks i paragrafens 1 mom.

18 §. Godkännande av verksamhetsenheter. Det föreslås att möjligheten att fastställa vård oberoende av patientens vilja med våldsamhet som grund upphävs på de grunder som konstateras ovan i 10 § och att välfärdsområdet i fortsättningen ska ordna vård oberoende av patientens vilja på grund av missbruk som en del av primärhälsovården och den specialiserade sjukvården (3 §), om vilket det föreskrivs i lagen om hälso- och sjukvård. Bestämmelsen om godkännande av verksamhetsenheter ska enligt förslaget upphävas som onödig.

20 §. Sökande av ändring hos förvaltningsdomstolen. Det föreslås att hänvisningen i 1 mom. till 12 §, som ska upphävas, stryks, och att 2 mom. enligt samma grund stryks helt.

21 §. Sökande av ändring hos högsta förvaltningsdomstolen. Det föreslås att bestämmelsen om beslut i underställningsärende i 1 mom. stryks på grund av att 12 § 2 mom. upphävs. Dessutom föreslås i momentet en teknisk ändring vad gäller laghänvisningen. Förvaltningsprocesslagen (586/1996) har upphävts genom lagen om rättegång i förvaltningsärenden (808/2019).

Enligt 107 § i lagen om rättegång i förvaltningsärenden får ett beslut som en regional förvaltningsdomstol har fattat i ett förvaltningsprocessuellt ärende överklagas genom besvär hos högsta förvaltningsdomstolen, om högsta förvaltningsdomstolen beviljar besvärstillstånd. I fråga om anförande av besvär över andra förvaltningsdomstolars beslut gäller vad som föreskrivs särskilt. Besvärstillstånd ska beviljas, om det med avseende på lagens tillämpning i andra liknande fall eller för en enhetlig rättspraxis är viktigt att ärendet avgörs av högsta förvaltningsdomstolen, det finns särskilda skäl för högsta förvaltningsdomstolen att avgöra ärendet på grund

av att det i ärendet skett ett uppenbart fel, eller det finns något annat vägande skäl för att bevilja besvärstillstånd.

22 §. Avbrytande av verkställighet. Det föreslås att bestämmelsen om beslut om underställning i paragrafen stryks på grund av att 12 § 2 mom. upphävs.

23 §. Brådiskande handläggning. Det föreslås att bestämmelsen om beslut om underställning i paragrafen stryks på grund av att 12 § 2 mom. upphävs.

28 §. Närmare bestämmelser. Det föreslås att i paragrafens 2 mom. stryks bemyndigandet att genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet föreskriva om de förutsättningar under vilka vård betraktas som sådan i 50 kap. 7 § strafflagen avsedd vård som har godkänts av social- och hälsovårdsministeriet samt bemyndigandet att genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet föreskriva om ordnandet och genomförandet av medicinsk vård för narkotikaberoende personer. Av dessa föreslås en bestämmelse om förstnämnda bemyndigande att utfärda förordning i framtiden ska intas i 78 b § i hälso- och sjukvårdslagen. Genom det senare bemyndigandet har utfärdats en förordning av social- och hälsovårdsministeriet om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel. Det föreslås att det i framtiden ska föreskrivas i 28 a § i hälso- och sjukvårdslagen om detta bemyndigande att utfärda förordning, i 16 a § i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och i 6 a § i mentalvårdslagen. Dessutom har ifrågavarande förordning utfärdats med stöd av 22 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, som inte föreslås ändras i denna proposition.

7.6 Lag om ändring av 2 och 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner

2 §. Lagens tillämpningsområde. De ärenden som föreskrivs i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner ska enligt självstyrelselagen för Åland (1144/1991) hänföras till rikets lagstiftningsbehörighet och således tillämpas de direkt i landskapet Åland. Enligt den upphävda självstyrelselagen för Åland (670/1951) hörde lagstiftningen om socialvården både till landskapets och rikets behörighet. Lagstiftningsmakten som gäller missbrukarvård, med undantag för administrativt ingripande i personlig frihet, överfördes genom den gällande självstyrelselagen för Åland i sin helhet från riket till landskapet den 1 januari 1993. Till den del lagstiftningsmakten om missbrukarvård för närvarande ankommer på landskapet, tillämpas i landskapet emellertid med stöd av 71 § i den gällande självstyrelselagen för Åland lagen om missbrukarvård (41/1986) sådan som den lyder sedan den 31 december 1992. På Åland kan man således besluta om att ordna missbrukar- eller beroenderehabilitering med stöd av lagen om missbrukarvård (sådan den lyder sedan den 21 december 1992) även efter att de lagändringar som föreslås i den aktuella regeringspropositionen träder i kraft.

I denna proposition föreslås att hänvisningarna om rehabilitering som ges med stöd av lagen om missbrukarvård i 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner stryks. För att de personer på Åland som får familjerehabilitering eller individuell rehabilitering vid en inrättning till följd av missbruk av alkohol och övriga rusmedel eller beroenden med stöd av lagen om missbrukarvård emellertid fortfarande ska få rehabiliteringspenning med stöd av 18 § såsom för närvarande, föreslås det att det till lagens 2 § om tillämpningsområdet läggs till ett nytt 4 mom. Enligt det föreslagna momentet, ska vad som i 18 § 1 mom. 5 punkten och 4 mom. föreskrivs om rätten till rehabiliteringspenning för tiden för rehabilitering som getts med stöd av socialvårdslagen eller hälso- och sjukvårdslagen, på motsvarande sätt även gälla rätten till rehabiliteringspenning för tiden för rehabilitering som landskapet Åland eller en kommun i landskapet Åland gett med stöd av lagen om missbrukarvård.

Syftet med den föreslagna bestämmelsen är inte att ändra det rehabiliteringsfält som med stöd av den nuvarande 18 § berättigar till rehabiliteringspenning på Åland.

18 §. Rehabiliteringspenning för lagstadgad rehabilitering. Det föreslås att paragrafens 1 mom. 5 punkten och 4 mom. ändras så att de motsvarar de ändringar som föreslås i lagen om missbrukarvård samt i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen. Familjerehabilitering eller individuell rehabilitering vid inrättning ges inte längre med stöd av lagen om missbrukarvård utan med stöd av socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller familjerehabilitering eller individuell rehabilitering vid inrättning i anslutning till missbruk av alkohol och övriga rusmedel eller beroenden, vilken ges med stöd av lagen om missbrukarvård föreslås att bestämmelsens ordalydelse ändras så att rehabiliteringspenning vad gäller individuell rehabilitering vid inrättning kan beviljas i form av alkohol- och drogarbete och beroendearbete med stöd av socialvårdslagen eller i form av missbrukar- och beroendevård med stöd av hälso- och sjukvårdslagen.. Syftet med ändringsförslaget är inte att till övriga delar ändra tillämpningsområdet för bestämmelsen i jämförelse med gällande bestämmelse.

Det föreslås att det i socialvårdslagen och lagen om hälso- och sjukvård utöver missbruk av berusningsmedel och andra substansrelaterade störningar även läggs till annat beroendebeteende. Folkpensionsanstalten har redan tidigare tillämpat paragrafen även på rehabilitering på grund av annat beroende än missbruk av alkohol och droger och således medför den aktuella ändringen inte någon ändring i beviljandet av rehabiliteringspenning.

7.7 Lag om ändring av 2 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre

2 §. Tillämpningsområde och förhållande till annan lagstiftning. Det föreslås att punkterna 7 och 8 i paragrafens 2 mom., således de punkter som gäller mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård, upphävs som onödiga. Samtidigt föreslås att numreringen av punkterna 9 – 12 i gällande moment ändras så att den motsvarar den nya ordningsföljden i förteckningen. I momentet uppräknas de lagar inom social- och hälsovården som särskilt kompletterar lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. Trots att det i fortsättningen inte uttryckligen hänvisas till mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, hör de tjänster om vilka föreskrivs i mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård dock fortfarande till servicesystemet för den äldre befolkningen.

7.8 Lag om ändring av 1 § i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd

1 §. Lagens tillämpningsområde. Det föreslås att hänvisningen till mentalvårdslagen i paragrafens 2 mom. ändras till en hänvisning till socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen.

7.9 Lag om ändring av 4 § i narkotikalagen

4 §. Övriga lagar. Det föreslås att till paragrafens 2 mom. fogas hänvisningar till socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen. Det finns behov av att hålla kvar hänvisningen till lagen om missbrukarvård eftersom det är möjligt att ge vård oberoende av patientens vilka också på grund av användning av narkotika om förutsättningarna för ett vårdförordnande uppfylls.

7.10 Lag om ändring av lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar

16 a §. *Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med opioidläkemedel.* Paragrafen är ny. Vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar får opioidberoende patienter som avgiftning och substitutionsbehandling ges opioidläkemedel. Opioidläkemedel är klassificerade som narkotika enligt 3 § 2 mom. i narkotikalagen (373/2008). Enligt det utfärdas närmare bestämmelser om vilka ämnen, preparat och växter som anses som narkotika enligt 1 mom. 5 punkten genom förordning av statsrådet. I statsrådets förordning om ämnen, preparat och växter som anses som narkotika (543/2008) föreskrivs bland annat om vilka opioidläkemedel som anses som narkotika. Då opioidberoende patienter som avgiftning och substitutionsbehandling ges opioidläkemedel vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska det finnas en ansvarig läkare som är förtrogen med att ge sådan behandling och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler. I gällande lagstiftning föreskrivs inte på lagnivå om dessa förutsättningar utan i Social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel, som utfärdats med stöd av 28 § i lagen om missbrukarvård och 22 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Det föreslås att det i framtiden ska föreskrivas på lagnivå om den grundläggande förutsättningen för den ansvariga läkaren och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler. I paragrafen föreskrivs inte om behörighetsvillkor utan enligt förarbetena för gällande förordning anses som tillräcklig förtrogenhet för den ansvariga läkaren till exempel specialbehörighet i beroendemedicin eller tillräcklig förtrogenhet med beroendemedicin och för annan personal tidigare förvärvade behövliga teoretiska och praktiska kunskaper. De lokaler som används för vården bör vara trygga för personalen och patienten med beaktande av att det i lokalerna förvaras opioidläkemedel som anses som narkotika. I lokalerna ska finnas trygga förvaringsplatser för opioidläkemedel.

Med anledning av de ändringar som i denna proposition föreslås i lagen om missbrukarvård och i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs i fortsättningen om bemyndigande att utfärda förordning, som nu finns i lagen om missbrukarvård, i 28 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar hör dock inte till tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen. Därför föreslås att det i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, när det gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, ska föreskrivas att närmare bestämmelser om förutsättningarna för att tillhandahålla och genomföra avgiftning vid och substitutionsbehandling av opioidberoende får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

7.11 Lag om ändring av 93 § i civiltjänstlagen

93 §. *Utomstående informationskällor.* Det föreslås att till paragrafens 1 mom. 4 punkten fogas hänvisningar till socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen. Ändringarna hänför sig till den ändring av lagen om missbrukarvård som föreslås i propositionen. Dessutom stryks formuleringen om mentalvårdsbyråer såsom föråldrad. Formuleringen ”andra som utför ”mentalvårdsarbete” ändras till ”andra som tillhandahåller mentalvårdstjänster”. Ändringarna är till sin natur tekniska.

7.12 Lag om ändring av 35 § i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten

35 §. *Rätt att få hälsouppgifter.* Det föreslås att till paragrafens 1 mom. 3 punkten fogas hänvisningar till socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen. Ändringarna hänför sig till den ändring av lagen om missbrukarvård som föreslås i propositionen. Dessutom stryks formuleringen om mentalvårdsbyråer såsom föråldrad. Formuleringen ”andra som utför mentalvårdsarbete”

ändras till ”andra som tillhandahåller mentalvårdstjänster”. Ändringarna är till sin natur tekniska.

7.13 Lagen om ändring av 4 och 5 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

4 §. Avgiftsfri socialservice. Till den service som är avgiftsfri enligt den gällande socialvårdslagen och som uppräknas i paragrafens 1 punkt läggs den service som i denna proposition föreslås att ska fogas till 24 b § i socialvårdslagen: dagcenterservice som särskild service inom drog- och alkoholarbete. Det är fråga om socialservice som ordnas i sista hand för personer som är i en ond cirkel av missbruk, bostadslösa eller annars i en utsatt ställning i syfte att trygga deras grundläggande behov och minska skador, och som kan utnyttjas också anonymt. Servicen måste vara avgiftsfri för att den i praktiken ska kunna fungera som en plats där de som är i behov av stöd, trots att deras ekonomiska situation eventuellt är svag, kan få skydd och möjlighet att få måltider, tvätta sig, delta i verksamhet dagtid eller vila. Också möjligheten att vid behov få servicen anonymt utan att uppge personuppgifter, talar för att servicen ska definieras som avgiftsfri socialservice. Denna service ordnas nu på olika sätt, men redan nu är motsvarande tjänster i princip avgiftsfria. Förslaget motsvarar således nuläget.

Om välfärdsområdet i samma lokaler tillhandahåller annan verksamhet som stöder ovan avsedd eller uppehälle, såsom ordnad lunch, kan välfärdsområdet om det så önskar ta ut en avgift för den kompletterande servicen. Eventuella avgiftsbelagda tjänster som tillhandahålls vid sidan om servicen får dock inte vara något hinder för att den service som avses i 24 b § i socialvårdslagen är avgiftsfri.

I 7 punkten i paragrafen bestäms nu att poliklinisk missbrukarvård ska vara avgiftsfri socialservice. Vid den tid då lagen om klientavgifter stiftades hörde enligt den socialvårdslag (710/1982) som var i kraft 1992 till socialvården vissa vårduppgifter som en del av rusmedelsarbetet. Denna punkt har inte uppdaterats trots att bestämmelserna om service inom socialvården och hälso- och sjukvården ändrats på många sätt under årens lopp. I denna proposition är utgångspunkten, liksom i den socialvårdslag och hälso- och sjukvårdslag som redan är i kraft, att hälso- och sjukvårdslagen ska följas då vård ges, oberoende av hur servicen är organiserad administrativt. I denna proposition föreslås också att termen missbrukarvård ska slopas. Missbrukarvård ges i fortsättningen antingen i form av alkohol- och drogarbete och beroendearbete enligt socialvårdslagen eller i form av missbrukar- och beroendevård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Poliklinisk missbrukarvård som enligt bestämmelsen nu är avgiftsfri betyder alltså i fortsättningen inom socialvården särskild service inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet enligt 24 a § som ges i form av öppenvårdstjänster. Det föreslås således att punkt 7 i paragrafen ändras så att den motsvarar det som ovan konstaterats. Vilken service som i praktiken är avgiftsfri för klienterna beror i praktiken på vilka tjänster välfärdsområdet ordnar som service som riktar sig särskilt till rusmedelsanvändare eller beroendebeteende. Nu består specialservicen inom missbrukarvården inom socialvården i huvudsak av tjänster inom socialarbete, socialhandledning, social rehabilitering och boende.

Om det vid sidan av den avgiftsfria servicen tillhandahålls annan verksamhet för klienterna, såsom måltider, kan välfärdsområdet om det så önskar ta ut en avgift för den övriga servicen. Om avgiftsfri poliklinisk missbrukarvård som avses i gällande bestämmelse föreskrivs i fortsättningen då det är fråga om hälso- och sjukvård i den nya punkt 9 i 5 §.

5 §. Avgiftsfria hälso- och sjukvårdstjänster. Det föreslås att en ny punkt 9 fogas till paragrafen. I den föreskrivs att tjänster enligt 28 § i hälso- och sjukvårdslagen ska vara avgiftsfria då de tillhandahålls i form av öppenvård vid verksamhetsenheter och service för missbrukar- och be-

roendevård. Bestämmelsen ansluter sig till den föreslagna ändringen av 4 § 7 punkten och säkerställer att klienten liksom hittills får öppenvård avgiftsfritt i samband med tjänster vid rusmedelsanvändning och beroende. Ändringen förenhetligar regional verksamhetspraxis också när det gäller klientavgiftspraxis och stärker för sin del att klienterna är i jämlik ställning och bemöts jämlikt i servicesystemet.

Med anledning av den ovan nämnda nya 9 punkten föreslås även tekniska ändringar i paragrafens 7 och 8 punkt. I paragrafens 7 punkt ska ordet samt strykas. Därtill ska hänvisningarna till de upphävda lagarna i punkten uppdateras med gällande lagar. Lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (1026/1981) har upphävts genom lagen om lantbruksföretagares olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar (873/2015), trafikförsäkringslagen (279/1959) har upphävts genom trafikförsäkringslagen (460/2016) och patientskadlagen (585/1986) har upphävts genom patientförsäkringslagen (948/2019). Det föreslås att punkten i slutet av paragrafens 8 punkt ändras till kommatecken och att det i slutet läggs till ordet samt.

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

Propositionen innehåller bemyndiganden som gäller bestämmelser på lägre nivå. Bemyndigandena hänför sig till 28 § 2 mom. i lagen om missbrukarvård och om dem ska det i fortsättningen föreskrivas i hälso- och sjukvårdslagen och delvis också i mentalvårdslagen och i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Bemyndigandet i lagen om missbrukarvård att genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet bestämma om de förutsättningar under vilka vård kan betraktas som sådan i 50 kap. 7 § strafflagen avsedd vård som har godkänts av social- och hälsovårdsministeriet ska i fortsättningen anges i 78 b § i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelser om målet för vården som beskrivs i den gällande förordningen ska i fortsättningen anges på lagnivå. Enligt den gällande förordningen kan vården ges vid en A-klinik, en ungdomsklinik, en rehabiliteringsanstalt, ett socialsjukhus eller en motsvarande specialvårdsenhet inom missbrukarvården samt vid en sådan verksamhetsenhet som avses i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och socialvårdslagen. Enligt socialvårdslagen (710/1982) som var i kraft då förordningen utfärdades hade socialvården vissa vårduppgifter som en del av missbrukarvården. I denna proposition iakttas social- och hälsovårdslagen när vård ges oberoende av det sätt på vilket servicen administrativt är organiserad. Därför ska det i förordningen på annat sätt än tidigare anges de verksamhetsenheter där vård kan ges. Vård ska kunna ges vid verksamhetsenheter som tillhandahåller missbrukar- och roendevård eller inom den specialiserade sjukvård som välfärdsområdet ordnat för att uppfylla sitt organiseringsansvar enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Det är således fråga om tjänster som omfattas av den offentliga hälso- och sjukvården och som den offentliga hälso- och sjukvården enligt bestämmelserna i 9 § i lagen om välfärdsområden får producera själv i samarbete med andra välfärdsområden eller i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal upphandla dem av andra tjänsteproducenter.

Utkastet till en ny social- och hälsovårdsministeriets förordning om verksamhetsenheter som ger vård till personer som misstänks för narkotikabrott och personer som gjort sig skyldiga till narkotikabrott finns nedan som bilaga till denna proposition.

Bemyndigandet i lagen om missbrukarvård att genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärda bestämmelser om ordnandet och genomförandet av medicinsk vård för narkotikaberoende personer ska i fortsättningen anges i 28 a § i hälso- och sjukvårdslagen, 6 a § i mentalvårdslagen och i 16 a § i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. I denna proposition finns en närmare beskrivning av förslagen som gäller dem i de avsnitt som beskriver ändringarna i lagarna i fråga. Den gällande social- och hälsovårdsministeriets förordning om

avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel förblir i kraft. För tydlighetens skull ska det genom en övergångsbestämmelse i lagen om ändring av lagen om missbrukarvård anges att den förblir i kraft.

I de bemyndiganden att utfärda förordning som nämns ovan ska social- och hälsovårdsministeriet precis som nu bemyndigas att utfärda förordning. I nämnda ärenden är det fråga om hälso- och sjukvårdsrelaterade faktorer som gäller genomförandet av vården och hör till social- och hälsovårdsministeriets verksamhetsområde och som inte har sådan samhällelig betydelse att de ska behandlas på statsrådets allmänna sammanträde.

I mentalvårdsförordningen ska övriga bestämmelser än de som gäller vård oberoende av patientens vilja upphävas till följd av de föreslagna lagändringarna i denna proposition. Övriga bestämmelser än dem som gäller vård oberoende av patientens vilja ska antingen strykas som onödiga eller flyttas någon annanstans.

Det föreslås att 1 § i mentalvårdsförordningen ska upphävas. I fortsättningen ska det föreskrivas om den arbetshandledning som avses där endast på lagnivå i hälso- och sjukvårdslagen i den 78 c § som föreslås i denna proposition.

Det föreslås att 6 b § i mentalvårdsförordningen ska upphävas, eftersom bestämmelsen i den om att säkerställa överföringen av all information som är nödvändig med tanke på den fortsatta vården delvis ingår i den föreslagna skyldigheten att trygga kontinuiteten för vården i 27 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen enligt denna proposition och delvis i den skyldighet enligt 12 § i lagen om patientens ställning och rättigheter att anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient samt i rätten enligt 13 § att utan hinder av sekretessbestämmelserna lämna uppgifter som behövs för ordnande av undersökning och vård av patienten till någon annan verksamhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Det föreslås att 6 c § i mentalvårdsförordningen ska upphävas, eftersom bestämmelserna i den omfattas av den föreslagna skyldigheten enligt 27 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen i denna proposition att trygga patienter som får mentalvårdstjänster den helhet av hälso- och sjukvård som de behöver. I 32 § i hälso- och sjukvårdslagen finns dessutom bestämmelser om samarbete mellan socialvården och hälso- och sjukvården.

Det föreslås att 6 d § i mentalvårdsförordningen ska upphävas. Organiseringen av social- och hälsovården överförs från kommunerna till välfärdsområdena den 1 januari 2023. Det ska föreskrivas om välfärdsområdenas skyldighet att samordna mentalvårdstjänsterna på sitt område i de föreslagna 27 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och 25 § 4 mom. i socialvårdslagen enligt denna proposition. Dessutom föreskrivs det om välfärdsområdenas skyldighet att samordna de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Bestämmelser om regionförvaltningsverkens skyldighet att ordna samarbetsmöten enligt paragrafen i mentalvårdsförordningen ska i fortsättningen finnas i de föreslagna 27 § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och 25 § 5 mom. i socialvårdslagen enligt denna proposition.

Utkastet till statsrådets förordning om upphävande av vissa bestämmelser i mentalvårdsförordningen finns som bilaga till denna proposition.

Även i förordningen om missbrukarvård ska övriga bestämmelser än dem som gäller vård oberoende av missbrukarens vilja upphävas till följd av de föreslagna lagändringarna i denna proposition. Övriga bestämmelser än dem som gäller vård oberoende av missbrukarens vilja ska antingen strykas som onödiga eller flyttas någon annanstans.

Det föreslås att 1 § i förordningen om missbrukarvård ska upphävas. De bestämmelser om anordnande av service som finns där ska i fortsättningen finnas i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen. Från början av 2023 överförs skyldigheten att ordna missbrukartjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården från kommunerna till välfärdsområdena.

Bestämmelserna i 2 kap. i förordningen om missbrukarvård gäller statens verksamhetsenheter för missbrukarvård och omfattar 3–7 och 9 §, där det föreskrivs om statens verksamhetsenheter för missbrukarvård och deras reglemente, tjänster, behörighetsvillkor för tjänsterna, besättande av tjänsterna och om direktionen. Staten har en gång i tiden haft en verksamhetsenhet för missbrukarvård med namnet Träskända socialsjukhus. Verksamhetsenheten övergick dock 1994 från statens ägo till A-klinikstiftelsen. Sälunda har staten på 2000-talet inte haft en enda verksamhetsenhet för missbrukarvård. Följaktligen ska paragraferna som gäller dem upphävas som onödiga.

I 11 § i förordningen om missbrukarvård föreskrivs det om en särskild anledning enligt 10 § 2 mom. i lagen om missbrukarvård när det gäller vårdförordnande oberoende av missbrukarens vilja på grunda våldsamhet. Eftersom det i denna proposition föreslås att 10 § 2 mom. i lagen om missbrukarvård ska upphävas som onödigt, kan också 11 § i förordningen om missbrukarvård upphävas.

Utkastet till statsrådets förordning om upphävande av vissa bestämmelser i förordningen om missbrukarvård finns som bilaga till denna proposition.

I 14 § i statsrådets förordning om grunderna för brådslande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden hänvisas det till 9 § i lagen om missbrukarvård som föreslås bli upphävd genom denna proposition. Hänvisningen kan strykas. Inom jourverksamheten iakttas bestämmelserna om samarbete i hälso- och sjukvårdslagen och bestämmelserna kan anses vara tillräckliga utan att en särskild hänvisning till hälso- och sjukvårdslagen fogas till förordningen.

I 2 § i statsrådets förordning om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner föreskrivs det om förutsättningar för godkännande av en rehabiliteringsinrättning för missbrukarvård. Termerna missbrukarvård, rehabiliteringsinrättning för missbrukarvård och rehabiliteringstjänster inom missbrukarvården i paragrafen ska ändras på motsvarande sätt som de föreslagna ändringarna i 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner enligt denna förordning. I fortsättningen är det fråga om rehabilitering som ges i form av alkohol- och drogarbete och beroendearbete med stöd av socialvårdslagen eller i form av missbrukar- och beroendevård med stöd av hälso- och sjukvårdslagen.

9 Ikraftträdande

Det föreslås att lagarna i regel träder i kraft den 1 januari 2023. Den nya 7 a § om samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete, de föreslagna ändringarna i 15 § om socialt arbete och den nya 24 b § om dagcenterservice som särskild service inom alkohol- och drogarbete i socialvårdslagen samt den nya 78 c § om arbetshandledning, sådan den lyder med inkludering av en utökad arbetshandledning till missbrukar- och beroendevård, i hälso- och sjukvårdslagen,

föreslås dock träda i kraft först den 1 juli 2023. Den temporär ändringen av hälso- och sjukvårdslagen om arbetshandledning inom mentalvården föreslås träda i kraft den 1 januari 2023 och gälla fram till den 30 juni 2023.

Till den del bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 juli 2023 är det behövligt att reservera tid för välfärdsområdena att genomföra ny åtgärder eller åtgärder som kompletterar den tidigare verksamheten, såsom rekrytering av behövliga nya arbetstagare.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel har utfärdats med stöd av 28 § 2 mom. i lagen om missbrukarvård och 22 § 2 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. För tydlighetens skull föreslås att det i övergångsbestämmelsen i lagen om ändring av lagen om missbrukarvård ska anges att social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel förblir i kraft även till den del den utfärdats med stöd av 28 § 2 mom. i den gällande lagen om missbrukarvård.

10 Verkställighet och uppföljning

Välfärdsområdena ansvarar för verkställigheten av de ändringar som föreslås i propositionen.

Välfärdsområdena ska följa upp de mentalvårds- och missbrukartjänster som de ordnar som en del av uppföljningen av den övriga social- och hälsovården. Enligt 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet inom sitt område följa befolkningens hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kundernas tjänster, kostnaderna för vården och produktiviteten i vården. Denna information ska välfärdsområdet använda i informationsledningen av den social- och hälsovård som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar som stöd för styrningen, ledningen och beslutsfattandet i fråga om verksamheten, produktionen och ekonomin. Information ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. Välfärdsområdet ska på grundval av den informationen årligen utarbeta en redogörelse för social- och hälsovården i välfärdsområdet och för välfärdsområdets ekonomiska läge.

Enligt 30 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård utarbetar Institutet för hälsa och välfärd årligen en expertbedömning av social- och hälsovården i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. För utarbetandet av expertbedömningarna ska Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken årligen vart för sig utifrån de uppgifter som erhållits i samband med tillsynen över social- och hälsovården upprätta en redogörelse för jämlikheten i social- och hälsovården i välfärdsområdena.

11 Förhållande till andra propositioner

11.1 Samband med andra propositioner

Propositionen hänför sig till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av lagen om utkomststöd och till lagar som har samband med den (RP 127/2022 rd), som lämnades till riksdagen den 8 september 2022. Den överlappande regleringen i propositionerna gäller 14 § 1 mom. i socialvårdslagen.

Propositionen hänför sig dessutom till regeringens proposition med förslag till lag om tillsyn över social- och hälsovården och om ändring av vissa lagar som har samband med den. Den överlappande regleringen i propositionerna gäller 2 § i mentalvårdslagen som föreslås bli upphävd genom lagen om tillsyn över social- och hälsovården från och med den 1 januari 2024. I denna regeringsproposition föreslås en ändring av paragrafen i fråga så att ändringarna träder i kraft den 1 januari 2023.

11.2 Förhållande till budgetpropositionen

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2023 och avses bli behandlad i samband med den. För propositionen har det reserverats finansiering i planen för den offentliga ekonomin. De ändringar som föreslås i propositionen ökar välfärdsområdenas kostnader med 16,25 miljoner 2023 och från och med 2024 med 18 miljoner euro per år. De mindre kostnaderna 2023 beror på att en del av ändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2023. Största delen av förslagen avses träda i kraft genast från början av 2023. De nya kostnader som riktas till välfärdsområdet specificeras närmare i avsnitt 4.2.1.1. Konsekvenser för välfärdsområdenas kostnader. Statens finansieringsandel för välfärdsområdena ökas med de kostnader som de föreslagna ändringarna orsakar välfärdsområdena, det vill säga 16,25 miljoner euro 2023 och 18 miljoner euro från och med 2024.

12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

12.1 Rätt till social trygghet

Propositionen har ett speciellt nära samband med 19 § 1 och 3 mom. i Finlands grundlag. I 1 mom. tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Omsorg enligt bestämmelsen avser bland annat social och hälsovård. I 3 mom. föreskrivs det om en skyldighet för det allmänna att enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. 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). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvård förutsätter i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/I). Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 17/2021 rd, s.18, GrUU 65/2014 rd, s. 4/II).

Grundlagsutskottet har betonat att även om bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del 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 trygga tillgången till tjänster (se GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 45–46, och GrUU 54/2014 rd. S. 2/I). 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 som gäller närmare bestämmelser genom lag ger lagstiftaren större frihet att reglera rättigheter och visar att det exakta innehållet i en grundläggande fri- eller rättighet kan bestämmas först utifrån hela komplexet av stadganden om grundläggande fri- och rättigheter och vanlig lagstiftning (GrUB 25/1994 rd, s. 6).

Skyldigheten i 19 § 3 mom. i grundlagen att främja befolkningens hälsa avser å ena sidan social- och hälsovårdens preventiva verksamhet och å andra sidan utvecklandet av förhållandena i samhället inom det allmänna olika verksamhetssektorer 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, inverkar indirekt på tillgången till och sättet att ordna tjänster (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).

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt.

I propositionen föreslås i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen dels mera exakta bestämmelser, dels bestämmelser som utökar det nuvarande organiseringsansvaret i samband med ordnande av mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänster och tillgången till tjänster. Genom att i socialvårdslagen föreskriva om en skyldighet för välfärdsområdet att ordna uppsökande arbete som minskar marginalisering som en del av det sociala arbetet för samhällsnätverk eller annan socialservice ska man säkerställa att de kunder som är svårast att nå får tillgång till och omfattas av tjänsterna. I socialvårdslagen ska det också föreskrivas om dagcenterservice som ordnas som service inom alkohol- och drogarbetet, och som bidrar till att trygga de grundläggande behoven för personer som missbrukar berusningsmedel och att de hänvisas till behövliga social- och hälsovårdstjänster. De preciseringar som gjorts i 42 § i socialvårdslagen att uppgiften som egen kontaktpersonen för en person som behöver särskilt stöd ska skötas som tjänsteförhållande eller skyldigheten för en annan arbetstagare som ansvarar för social service att träffa personen personligen på det sätt som närmare ska anges i klientplanen tillräckligt ofta syftar till att stärka ställningen och rättigheterna för en klient som behöver särskilt stöd att få den hjälp och service som personen behöver.

I fråga om hälso- och sjukvård är syftet med förslaget som gäller mångsidig vård att minska fördröjningar när det gäller att få vård och att problemen förlängs eller försvåras eller det uppstår behov av jourvård. Behovsenlig vård ska främjas genom att förbättra samordnandet av primärvården och den specialiserade sjukvården samt den somatiska vården. Dessutom trygga kontinuiteten i vården av patientens när patienten överförs från en tjänst till en annan, till exempel från sjukhuset hem eller till boendeservice eller från tjänster för ungdomar till tjänster för vuxna.

De ändringar som genom propositionen föreslås i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen gäller personer i alla åldrar. Välfärden i synnerhet för barn stöder förslag som gäller att tillhandahålla också personens familj och närstående tjänster utgående från behovet av vård, hjälp och stöd. Dessutom ska det i de föreslagna paragraferna om mentalvårdsarbete samt alkohol- och drogarbete och beroendearbete i socialvårdslagen hänvisas till den befintliga 13 § i socialvårdslagen, där det föreskrivs om ett barn och dess familjs rätt att utan dröjsmål få socialservice som är nödvändig med tanke på barnets hälsa eller utveckling. Rätten gäller service inom mentalvårdsarbete, alkohol- och drogarbete och beroendearbete på samma sätt som också annan socialservice.

12.2 Jämlikhet

I 6 § i grundlagen ingår både ett krav på juridisk likabehandling och idén om faktisk jämlikhet (GrUB 25/1994 rd, s. 8). Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Bestämmelsen omfattar ett förbud mot godtycke och ett krav på enahanda bemötande i likadana fall (RP 309/1993 rd, s. 46/I). Bestämmelsen om jämlikhet riktas också till lagstiftaren. Människor eller grupper av människor kan genom lag inte godtyckligt ges en gynnsammare eller ogynnsammare ställning än andra. Bestämmelsen om jämlikhet förutsätter dock inte att alla människor ska bemötas likadant i alla avseenden, om inte de förhållanden som inverkar på ärendet är likadana. Jämlikhetssynpunkter har betydelse både då man beviljar medborgarna förmåner och rättigheter

enligt lag och då man ålägger dem vissa skyldigheter. Å andra sidan är det 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 GrUB 31/2014 rd, s. 3/I). Grundlagsutskottets etablerade ståndpunkt är att jämlikhetsprincipen inte sätter 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 respektive särbehandling kan motiveras på ett acceptabelt sätt med hänsyn till de grundläggande fri- och rättigheterna (bland annat GrUU 46/2006 rd, s. 2, GrUU 16/2006 rd, s. 2). Utskottet har i olika sammanhang från bestämmelserna om jämlikhet i grundlagen härlett ett krav att särbehandlingen inte får vara godtycklig och skillnaderna oskäligen (GrUU 11/2012 rd, s. 2, GrUU 37/2010 rd, s. 3).

Den allmänna bestämmelsen om jämlikhet i 6 § 1 mom. i grundlagen kompletteras av diskrimineringsförbudet i 2 mom. Enligt det får ingen 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. De grunder för särbehandling som är förtecknade i bestämmelsen kan betraktas som kärnan i diskrimineringsförbudet. Förteckningen avses inte vara uttömmande, utan särbehandling är också förbjuden på grund av andra orsaker som hänför sig till personen. Jämlikhet och förbud mot diskriminering anges också i flera konventioner om mänskliga rättigheter.

Förslagen om mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänster i propositionen gäller alla de klientgrupper som behöver tjänsterna i fråga. Jämfört med många andra bidragande orsaker till behov av socialvård och hälso- och sjukvård har behovet av stöd och vård till följd av psykisk ohälsa, berusningsmedel och beroende redan tidigare ansetts vara en grupp inom lagstiftningen där det krävs speciallagstiftning jämfört med regleringen av stöd och vård till följd av andra hälsoproblem. Till denna del kan situationen inte anses ha förändrats.

I propositionen finns också ett förslag om dagcenterservice som är riktad till en mera avgränsad grupp. Denna socialservice ska också ordnas för berusade. Servicen riktar sig till de mest utsatta personerna, till exempel bostadslösa eller personer som bor i dåliga förhållanden eller befinner sig i en missbruksspiral, för att trygga de grundläggande behoven och minska olägenheter. Syftet med servicen är att minska missbruk av berusningsmedel och sociala och hälsomässiga olägenheter som hänför sig till det samt främja funktionsförmågan för missbrukare av berusningsmedel, säkerheten för dem och styra dem till ändamålsenliga social- och hälsovårdstjänster. Genom servicen tryggas den direkta omsorgen och identifieras personer i behov av särskilt stöd. Servicen riktar sig till alla som behöver sådan service. Bestämmelser om servicen kan inte bedömas vara i konflikt med kravet på jämlikhet i grundlagen.

Det föreslås att 42 § i socialvårdslagen ändras så att den egna kontaktpersonen för ett barn som behöver särskilt stöd och för andra personer som behöver särskilt stöd eller en person som utför klientarbete tillsammans med kontaktpersonen i fortsättningen ska sköta uppgiften som tjänsteförhållande. Den egna kontaktpersonens övergripande och kundorienterade ansvar för klientarbetet kräver om det utförs på ett ändamålsenligt sätt befogenhet att agera så att till exempel beslutsfattandet inte behöver avskiljas från arbetsprocessen för att skötas av andra. Precis som det beskrivits närmare i specialmotiveringen till paragrafen framhävs detta vid arbete med klienter som behöver särskilt stöd och då har den egna kontaktpersonen en mera central betydelse än vanligt i tillgodoseendet av rättsskyddet för klienten och tillhandahållandet av service enligt klientens servicebehov.

Det föreslås också att 42 § i socialvårdslagen ska ändras så att skyldigheten för den egna kontaktpersonen eller en annan arbetstagare som ansvarar för klientens socialservice att träffa klienten personligen tillräckligt ofta på det sätt som antecknas närmare i klientplanen ska utökas så att den också gäller andra personer som behöver särskilt stöd. Precis som det närmare beskrivs i specialmotiveringen till paragrafen är personliga möten som genomförs tillräckligt ofta på det sätt som klienten önskar speciellt viktiga och betydelsefulla för personer som behöver särskilt stöd och som redan i princip har svårt att ansöka om och få service.

Syftet med en precisering av rättigheterna i anknytning till personer som behöver särskilt stöd är att trygga tillgodoseendet av rättsskyddet för de mest utsatta klienterna. Det är på så sätt fråga om främjande av faktisk jämlikhet och inte att placera dem i en bättre ställning än övriga klienter inom socialvården. Av samma orsak ska den egna kontaktpersonen för ett barn som behöver särskilt stöd och för andra personer som behöver särskilt stöd och den arbetstagare som utför klientarbete tillsammans med kontaktpersonen enligt 42 § 2 mom. i den gällande socialvårdslagen vara en sådan socialarbetare som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården, medan den egna kontaktpersonen för andra klienter också kan vara en annan yrkesutbildad person som avses i 3 § i den lagen. Bestämmelsen i fråga har kommit till med grundlagsutskottets medverkan (GrUU 36/2014 rd). På de grunder som konstaterats ovan är de ändringar som nu föreslås inte i konflikt med kravet på jämlikhet i grundlagen.

12.3 Velfärdsområdenas självstyrelse och statens skyldighet att se till de grundläggande fri- och rättigheterna

Enligt 121 § 2 mom. i grundlagen ska bestämmelser om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. Enligt 4 mom. ska genom lag också bestämmas om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner. Av betydelse för skyldigheten som åläggs velfärdsområdena att ordna lagstadgade tjänster är 22 § i grundlagen, enligt vilken det allmänna ska se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Det allmänna avser här staten, kommunerna och förvaltningsområden med självstyre och som är större än kommunerna, det vill säga i fortsättningen centralt velfärdsområdena. Velfärdsområdena har ålagts en skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare och i vissa fall för personer som vistas i kommunen och för andra personer. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses.

Det allmännas skyldighet att tillgodose innebär för staten en skyldighet att anvisa tillräcklig statlig finansiering för att tillhandahålla 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 (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).

De föreslagna ändringarna i denna proposition föreslås träda i kraft så att bestämmelserna inte hinner gälla kommuner till andra delar än den föreslagna 7 b § i socialvårdslagen och den föreslagna 20 § i hälso- och sjukvårdslagen som gäller främjande av psykisk hälsa och förebyggande alkohol- och drogarbete. I dem är det fråga om skyldigheter som redan nu hör till kommunerna

och förblir hos kommunerna. De övriga ändringarna som föreslås i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen är förpliktande för välfärdsområdena. En omfattande behandling av inrättandet av välfärdsområden och överföringen av uppgifter som gäller ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet till välfärdsområdena har gjorts i grundlagsutskottets utlåtande RP 241/2020 rd – GrUU 17/2021 rd. Välfärdsområdena ska när de ordnar tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården iakttä lagen om ordnande av social- och hälsovård, lagen om välfärdsområden och bestämmelser i andra lagar som gäller ordnande av social- och hälsovårdstjänster. Grundlagsutskottet konstaterade i samband med behandlingen av reformen av ordnandet av social- och hälsovården att det är möjligt att den finansiering som staten anvisar välfärdsområdena så småningom avviker från de faktiska kostnaderna för ordnandet av tjänsterna, särskilt i områden med hög kostnadsnivå. Enligt utskottet är de bestämmelser i 10 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering om beaktande av faktiska kostnader och bestämmelserna i 11 § om välfärdsområdenas tilläggsfinansiering relevanta i detta avseende. (GrUU 17/2021 rd, s. 24)

En ny finansieringsmodell och grundlagsutskottets praxis kräver en noggrann bedömning av propositionens ekonomiska och andra konsekvenser. På det sätt som närmare beskrivs i avsnitt 4.2 i propositionen har man försökt göra en genomgripande bedömning av propositionens konsekvenser för välfärdsområdena utgående från det tillgängliga informationsunderlaget. Den utvidgade organiseringskyldigheten omfattar förslagen om uppsökande arbete som en del av det sociala arbetet för samhällsnätverk och annan service samt dagcenter som service inom alkohol- och drogarbetet i socialvårdslagen och förslagen om säkerställande av mångsidighet och kontinuitet för vården och att utöka arbetshandledningen till missbrukar- och beroendetjänster i hälso- och sjukvårdslagen. Ersättning för de kostnader som utökningen av dem medför ska i sin helhet betalas till välfärdsområdena med statsmedel.

12.4 Utövning av offentlig makt

Enligt 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter endast genom lag eller med stöd av lag anföras andra än myndigheter, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning.

I den gällande socialvårdslagen anges det att den egna kontaktpersonen för ett barn som behöver särskilt stöd och för andra personer som behöver särskilt stöd och den arbetstagare som utför klientarbete tillsammans med kontaktpersonen ska vara en sådan socialarbetare som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. I propositionen föreslås att det till denna bestämmelse fogas en skyldighet att uppgiften som socialarbetare ska skötas i tjänsteförhållande. Den egna kontaktpersonen har en central betydelse när det gäller tillhandahållande av service som tillgodoser rättssäkerheten och servicebehovet för barn eller personer som behöver särskilt stöd. I fråga om dessa klienter betonas situationer med utövning av offentlig makt, såsom ordnande av service utgående från en bedömning av servicebehovet, upprättande av klientplan och det beslutsfattande som arbetet kräver och därför ska uppgiften vara en myndighetsuppgift. Tillägget är förenligt med bestämmelserna i 12 § 1 och 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt dem får välfärdsområdet inte från en privat tjänsteproducent skaffa tjänster som är förenade med utövande av offentlig makt, om inte något annat föreskrivs särskilt genom lag och inte heller individ- och familjeinriktat socialt arbete som avses i 15 § eller socialjour som avses i 29 § i socialvårdslagen.

12.5 Utfärda förordningar

Bestämmelser om utfärdande av förordningar och delegering av lagstiftningsbehörighet finns i 80 § i grundlagen. Enligt 1 mom. kan Republikens president, statsrådet och ministerierna utfärda förordningar med stöd av ett bemyndigande i grundlagen eller i någon annan lag. Genom lag ska dock utfärdas bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter samt om frågor som enligt grundlagen i övrigt hör till området för lag.

Propositionen omfattar förslag till bemyndiganden i lag för social- och hälsovårdsministeriet att utfärda förordningar om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med opioidläkemedel och om vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet vid narkotikabrott. Genom social- och hälsovårdsministeriets förordning ska det utfärdas närmare bestämmelser om de opioidläkemedel som ska få användas för avgiftning och substitutionsbehandling. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får dessutom utfärdas närmare bestämmelser om förutsättningarna för och genomförandet av avgiftning vid och substitutionsbehandling av opioidberoende. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det också utfärdas närmare bestämmelser om de verksamhetsenheter som får tillhandahålla i 50 kap. 7 § i strafflagen avsedd vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet samt om förutsättningarna för och genomförandet av vården.

De föreslagna bemyndigandena att utfärda förordning är på det sätt som grundlagen kräver klart avgränsade och genom förordningarna föreslås inte heller bestämmelser om omständigheter som ska anges i lag. Således kan de föreslagna bemyndigandena inte anses stå i strid med 80 § i grundlagen.

På de grunder som anges ovan kan lagförslagen behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

Kläm

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

1.

Lag

om ändring av socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut

upphävs i socialvårdslagen (1301/2014) 2 § 2 mom.,

ändras 3 § 3 punkten, 11 § 8 punkten, 14 och 15 §, det inledande stycket i 17 § 1 mom., 24 och 25 §, 29 a § 2–4 mom., 42 § 2–4 mom. och 44 § 1 mom. 1 punkten, av dem 14 § sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 512/2016, 635/2021, 589/2022, 783/2022 och 790/2022, 24 och 25 § sådana de lyder delvis ändrade i lag 589/2022, 29 a § 2 och 3 mom. sådana de lyder i lag 1517/2016 och 4 mom. sådant det lyder i lag 589/2022 och 42 § 2 mom. sådant det lyder i lag 1347/2016, samt

fogas till lagen nya 2 a §, 7 a, 7 b, 24 a, 24 b, 25 a och 29 b § samt till 42 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 1347/2016 ett nytt 5 mom. som följer:

2 a §

Socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service

Inom den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillgodoser eller när klienten annars behöver service inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården ska det tillämpas bestämmelserna i denna lag om att tillhandahålla socialservice enligt stödbehoven och hälso- och sjukvårdslagens (1326/2010) bestämmelser om att tillhandahålla hälso- och sjukvård enligt det medicinska behovet.

Om både socialvårdens och hälso- och sjukvårdens service omfattar verksamhetsformer som lämpar sig för båda sektorerna, ska den service väljas som bäst tryggar klientens intressen.

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

3) *person och klient som behöver särskilt stöd* en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälsovårdstjänster på grund av kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende, samtidigt behov av flera stöd eller på grund av någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med hög ålder så som föreskrivs i 3 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), nedan *äldreomsorgslagen*,

7 a §

Samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete

Invånarna i välfärdsområdet ska ha tillgång till samhällsinriktat socialt arbete. Samhällsinriktat socialt arbete tillhandahålls speciellt för att trygga social integration och välfärd samt goda befolkningsrelationer i samhället. Samhällsinriktat socialt arbete inom välfärdsområdet genomförs i samarbete med områdets innevånare, kommuner, organisationer och församlingar.

Som en del av det samhällsinriktat socialt arbete eller annan socialservice ska det ordnas uppsökande arbete som minskar marginalisering.

7 b §

Främjande av psykisk hälsa och förebyggande rusmedelsarbete

Välfärdsområdet och kommunala myndigheter ska i samarbete utveckla befolkningens levnadsförhållanden i syfte att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och förebygga uppkomsten av psykiska störningar.

Bestämmelser om välfärdsområdets och kommunens uppgifter när förebyggande rusmedelsarbete ordnas finns i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015).

Bestämmelser om välfärdsområdets och kommunens ansvar att främja invånarnas hälsa och välfärd finns dessutom i fråga om kommunen i 6 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) och i fråga om välfärdsområdets i 7 § i den lagen.

3 kap

Socialservice

11 §

Stödbehov

Socialservice ska ordnas

8) för stödbehov på grund av missbruk av berusningsmedel, annat beroendebeteende, psykisk ohälsa eller annan sjukdom, skada eller åldrande,

14 §

Socialservice som möter stödbehoven

Som socialservice som hör till välfärdsområdets organiseringsansvar ska följande ordnas med det innehåll och i den omfattning som föreskrivs i denna eller i någon annan lag:

- 1) socialt arbete,
- 2) social handledning,
- 3) social rehabilitering,
- 4) familjearbete,
- 5) hemservice för barnfamiljer,
- 6) stödtjänster,
- 7) hemvård,
- 8) tillfälligt boende,

- 9) stödboende,
- 10) gemenskapsboende,
- 11) serviceboende med heldygnsomsorg,
- 12) service på en institution,
- 13) service som stöder rörligheten,
- 14) alkohol- och drogarbete och beroendearbete,
- 15) särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete,
- 16) dagcenterservice som särskild service inom alkohol- och drogarbete;
- 17) mentalvårdsarbete,
- 18) service inom mentalvårdsarbete,
- 19) rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor,
- 20) övervakning av umgänge mellan barn och förälder,
- 21) ledighet för personer som vårdar en anhörig eller närstående,
- 22) elevhälsans kuratorstjänster,

Välfärdsområdet kan dessutom ordna annan än i 1 mom. avsedd socialservice som tillgodoser de behov som avses i 11 §.

Som socialservice som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar ska det även sörjas för specialomsorger om utvecklingsstörda, service och stöd på grund av funktionsnedsättning, tillhandahållande av utkomststöd till en person som vistas i välfärdsområdet, beviljande av social kredit till välfärdsområdets invånare, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, ordnande av stöd för närståendevård, ordnande av familjevård, vårdnad om barn och unga personer, barnskydd, adoptionsrådgivning, medling i familjefrågor, uppgifter i samband med att beslut om vårdnad av barn och umgängerätt fastställs och avgörs och ordnande av åtgärder i samband med medling vid verkställighet av besluten, ordnande av de sakkunnigtjänster som hör till medling i domstol i ett ärende som gäller vårdnad om barn och umgängerätt samt uppgifter i samband med utredande och fastställande av faderskap och moderskap, enligt vad som dessutom föreskrivs särskilt om dessa serviceformer i:

- 1) lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987),
- 2) lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977),
- 3) lagen om utkomststöd,
- 4) lagen om social kreditgivning (1133/2002),
- 5) lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (189/2001),
- 6) lagen om stöd för närståendevård (937/2005),
- 7) barnskyddslagen (417/2007),
- 8) adoptionslagen (22/2012),
- 9) äktenskapslagen (234/1929),
- 10) lagen angående vårdnad om barn och umgängerätt (361/1983),
- 11) föräldraskapslagen (775/2022),
- 12) lagen om underhåll för barn (704/1975),
- 13) lagen om verkställighet av beslut beträffande vårdnad om barn och umgängerätt (619/1996),
- 14) familjevårdslagen (263/2015).

15 §

Socialt arbete

Med socialt arbete avses individ- och familjeinriktat klient- och sakkunnigarbete där det skapas en helhet av socialt stöd och service som möter individens eller familjens behov, där helheten samordnas med stöd som erbjuds av andra aktörer samt där genomförandet och effekten av helheten styrs och följs upp. Socialt arbete är arbete som stödjer förändring och som

syftar till att tillsammans med individen, familjen och deras gemenskap lindra svårigheter i en livssituation, stärka individens och familjens egna handlingsmöjligheter, öka deras delaktighet och främja gemenskapens sociala integration.

17 §

Social rehabilitering

Med social rehabilitering avses intensifierat och målinriktat stöd med hjälp av socialt arbete och social handledning för att förbättra eller upprätthålla socialt funktionsförmåga och livskompetens, förebygga och minska marginalisering och främja delaktighet. Social rehabilitering omfattar enligt personens individuella behov

24 §

Alkohol- och drogarbete och beroendearbete

Alkohol- och drogarbete och beroendearbete inom socialvården avser socialservice och annan individ- och gemenskapsinriktad verksamhet som välfärdsområdet tillhandahåller och som syftar till att minska och avlägsna med berusningsmedel och beroendebeteende förknippade faktorer som äventyrar välfärd och säkerhet, svara mot stödbehov till följd av missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende och stöda drogfrihet och frigörelse från beroendebeteende.

Alkohol- och drogarbete och beroendearbete inom socialvården omfattar utöver rådgivning och handledning den socialservice som avses i 14 § antingen i form av allmän socialservice eller i form av särskild service inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet.

En gravid person har rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som stöder drogfrihet.

Service ska ges utgående från behovet av hjälp och stöd hos personen, personens familj eller andra närstående. Bestämmelser om ett barns rätt att få nödvändig socialservice finns i 13 §.

Alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet inom socialvården ska planeras och genomföras så att det utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande rusmedelsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna.

24 a §

Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete

Med särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete avses inriktad service för stödbehov till följd av missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende. Som sådan ska ordnas åtminstone socialt arbete, social handledning, social rehabilitering och boendeservice. Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete ska vid behov ordnas i form av öppenvårdstjänster eller service på institution.

Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete kompletterar annan socialservice enligt 14 § som stödjer drogfrihet eller behövs på grund av missbruk av berusningsmedel. Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete ska samordnas med missbrukar- och beroendevården enligt 2 a §.

24 b §

Dagcenter som särskild service inom alkohol- och drogarbete

Välfärdsområdet ska för personer som missbrukar berusningsmedel ordna dagcenterservice, där det utöver att svara mot grundläggande behov erbjuds social handledning. Servicen ska ordnas även för berusade och den ska kunna utnyttjas anonymt.

25 §

Mentalvårdsarbete

Mentalvårdsarbete inom socialvården avser 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 social service som avses i 14 § antingen i form av allmän social service 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 skyddar och äventyrar den psykiska hälsan för individen eller familjen och samordnande av psykosocialt stöd för individen och gemenskapen.

Vid tillhandahållande och utveckling av service ska hänsyn tas till familjens och andra närståendes behov av hjälp och stöd. Bestämmelser om ett barns rätt att få nödvändig socialservice finns i 13 §.

Mentalvårdsarbetet inom socialvården ska planeras och genomföras så att det utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande mentalvårdsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna.

Regionförvaltningsverket ska årligen ordna regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvårdsarbetet och mentalvården för barn och unga.

25 a §

Service inom mentalvårdsarbete

Service inom socialvårdens mentalvårdsarbete avser i synnerhet service som riktar sig till stödbehov till följd av försämrade psykisk funktionsförmåga. Som sådan ska det åtminstone ordnas boendeservice och i samband med den social handledning, socialt arbete och social rehabilitering.

Service inom socialvårdens mentalvårdsarbete kompletterar annan service enligt 14 § som behövs för att stödja individens psykiska hälsa.

29 a §

Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården

Vården av klienter som behöver mentalvårds- eller missbrukar- och beroendetjänster och servicens kontinuitet ska tryggas som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren.

Socialjouren tillhandahåller tillsammans med hälso- och sjukvården psykosocialt stöd i akuta situationer. Socialjouren ansvarar för att leda och samordna det första skedet av psykosocialt stöd i akuta situationer.

Socialjouren i ett område har i samarbete med den central för prehospital akutsjukvård som avses i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen till uppgift att

1) samordna de lokala och regionala larmanvisningar för socialväsendet som ges till Nödcentralsverket och därvid beakta larmanvisningarna för hälso- och sjukvårdsväsendet,

2) medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och samarbetsområdenas centraler för prehospital akutsjukvård så att planerna bildar en nationell helhet.

29 b §

Psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer

Med psykosocialt stöd inom socialvården i akuta traumatiska situationer avses omedelbart stöd som ges i form av socialt arbete och social handledning till en individ, familj eller gemenskap samt samordning av stödet.

Psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer tillhandahålls vid socialjouren och som en del av socialvårdens övriga verksamhet.

Bestämmelser om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården i fråga om att ge psykosocialt stöd i akuta situationer finns i 29 a §. Bestämmelser om psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården i akuta och traumatiska situationer finns i 50 b § i hälso- och sjukvårdslagen.

42 §

Egen kontaktperson

Den egna kontaktpersonen ska vara en sådan yrkesutbildad person som avses i 3 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. Den egna kontaktpersonen kan i stället för den yrkesutbildade person som avses i nämnda paragraf vara en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i 2 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, om det är motiverat med hänsyn till klientens samlade service.

Den egna kontaktpersonen för ett barn som behöver särskilt stöd och för andra personer som behöver särskilt stöd och den arbetstagare som utför klientarbete tillsammans med kontaktpersonen ska vara en sådan socialarbetare som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården och uppgiften ska skötas i tjänsteförhållande.

Den person som är egen kontaktperson har i uppgift att i enlighet med klientens behov och intresse främja genomförandet bestämmelserna i 38 § 2 och 3 mom. samt vid behov utföra andra uppgifter som föreskrivs i denna lag.

När socialvård som gäller barn som behöver särskilt stöd eller personer som behöver annat särskilt stöd tillhandahålls ska den egna kontaktpersonen eller en annan arbetstagare som ansvarar för klientens socialservice träffa klienten personligen tillräckligt ofta på det sätt som antecknas närmare i klientplanen.

44 §

Utredning av situationen för en person i klientens vård

Vård- och stödbehovet för ett barn eller en annan person i klientens vård ska utredas om klienten

1) får service inom alkohol- och drogarbete eller mentalvårdsarbete eller annan service inom social- och hälsovård under vilken, eller innan behövlig vård fås, klientens förmåga att fullgöra ta hand om vården eller fostran bedöms vara försvagad,

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 7 a, 15 och 24 b § träder dock i kraft först den 1 juli 2023.

2.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 1 § 1 mom., 3 § 2 punkten, 8 a, 20, 27 och 28 §, 50 § 1 mom., 50 a § 4 och 5 mom. samt 70 § 2 mom., av dem 1 § 1 mom. och 3 § 2 punkten sådana de lyder i lag 581/2022, 8 a § sådana de lyder i lag 1303/2014, 27 och 28 § sådana de lyder delvis ändrade i lagarna 1303/2014 och 581/2022 samt 50 § 1 mom. och 50 a § 4 och 5 mom. sådana de lyder i lag 1516/2016, samt

fogas till lagen en ny 20 §, i stället för den 20 § som upphävts genom lag 981/2012 samt till lagen nya 28 a, 50 b, 78 b och 78 c § som följer:

1 §

Tillämpningsområde

Denna lag tillämpas på tillhandahållandet av och innehållet i den hälso- och sjukvård som välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) samt lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) är skyldiga att ordna, om inte något annat föreskrivs i någon annan lag. Hälso- och sjukvård omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. Bestämmelserna i 20 § i denna lag tillämpas dessutom på främjandet av psykisk hälsa och det förebyggande rusmedelsarbetet i kommunerna och 21 § på det miljö- och hälsoskydd som kommunen ordnar.

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

2) *primärvård* uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering och företagshälsovård som välfärdsområdet ordnar samt jourverksamhet, öppen sjukvård, hemsjukvård, hemsjukhusvård och sjukhusvård, mentalvård och missbrukar- och beroendevård som

väl-färdsområdet ordnar, till den del de inte ordnas inom den specialiserade sjukvården; primär-vård kan också benämnas folkhälsoarbete,

8 a §

Socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service

Inom den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillgodoser eller när patienten annars behöver service inom såväl hälso- och sjukvården som socialvården ska bestämmelserna i denna lag om att tillhandahålla hälso- och sjukvård enligt det medicinska behovet och bestämmelser enligt socialvårdslagen om att tillhandahålla socialservice enligt stöd-behoven tillämpas.

Om både hälso- och sjukvårdsservicen och socialservicen omfattar verksamhetsformer som lämpar sig för båda sektorerna, ska den service väljas som bäst tryggar klientens intressen.

20 §

Främjande av psykisk hälsa och förebyggande rusmedelsarbete

Väl-färdsområdet och kommunala myndigheter ska i samarbete utveckla befolkningens lev-nadsförhållanden i syfte att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och förebygga uppkomsten av psykiska störningar.

Bestämmelser om väl-färdsområdets och kommunens uppgifter när förebyggande rusmedels-arbete ordnas finns i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015).

Bestämmelser om väl-färdsområdets och kommunens ansvar att främja invånarnas hälsa och välfärd finns dessutom i fråga om kommunen i 6 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och i fråga om väl-färdsområdets i 7 § den lagen.

27 §

Mentalvård

Mentalvård enligt denna lag omfattar

1) handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen, familjen och andra närstående och samordning av det,

2) förebyggande, undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i form av mångsidiga tjänster i samband med psykiska störningar.

Patienter som får mentalvård ska tryggas den helhet av hälso- och sjukvård som de behöver. Mentalvården ska också genomföras genom samarbete mellan primärvården och den speciali-serade sjukvården. När en patient överförs från en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvår-den till en annan eller till institutions- eller boendeservice inom socialvården ska kontinuiteten för den vård som behövs tryggas.

Mentalvården ska planeras och genomföras så att den utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande mentalvårdsarbetet i väl-färdsområdet och i kommunerna.

Regionförvaltningsverken ska årligen ordna regionala samarbetsmöten för att utveckla arbets-fördelningen inom mentalvården och socialvårdens mentalvårdsarbete för barn och unga.

28 §

Missbrukar- och beroendevård

Missbrukar- och beroendevård enligt denna lag omfattar

1) handledning och rådgivning som ingår i hälso- och sjukvårdstjänsterna och som gäller de faktorer som främjar eller utgör hinder för ett drog- och beroendefritt liv och de faktorer i samband med användningen av berusningsmedel och beroenden som äventyrar hälsan och säkerheten, och

2) förebyggande, undersökning, vård och rehabilitering i form av mångsidig service i samband med substansrelaterade störningar och andra beroendestörningar.

Vården ska ges utgående från behovet av stöd, vård och rehabilitering hos personen, personens familj eller andra närstående.

Patienter som får missbrukar- och beroendevård ska tryggas den helhet av hälso- och sjukvård som de behöver. Missbrukar- och beroendevård ska också genomföras genom samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. När en patient överförs från en vårdgivande enhet till en annan eller till institutions- eller boendeservice inom socialvården ska kontinuiteten för den vård som behövs tryggas.

Missbrukar- och beroendevården ska planeras och genomföras så att det utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande rusmedelsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna.

28 a §

Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med opioidläkemedel

Opioidberoende patienter kan som avgiftning eller substitutionsbehandling ges opioidläkemedel. Vården kan ges vid en sådan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, där det finns en ansvarig läkare som är förtrogen med sådan vård och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler.

Genom social- och hälsovårdsministeriets förordning föreskrivs om de opioidläkemedel som får användas för avgiftning och substitutionsbehandling enligt 1 mom. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får dessutom utfärdas närmare bestämmelser om förutsättningarna för att ge och genomföra avgiftning vid och substitutionsbehandling av opioidberoende.

50 §

Brådskande vård

Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Med brådskande vård avses också ett omedelbart behov av avvänjning till följd av användning av berusningsmedel.

50 a §

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren

Hälso- och sjukvården tillhandahåller tillsammans med socialjouren psykosocialt stöd i akuta situationer. Socialjouren ansvarar för att leda och samordna det första skedet av psykosocialt stöd i akuta situationer.

Vården av patienter som behöver mentalvårds- eller missbrukar- och beroendetjänster och servicens kontinuitet ska tryggas som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren.

50 b §

Psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer

Med psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården i akuta traumatiska situationer avses omedelbart stöd som ges i form av akut krisarbete till en individ, familj eller gemenskap samt samordning av stödet.

Psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer tillhandahålls som krisjour och som en del av hälso- och sjukvårdens övriga verksamhet.

Bestämmelser om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren och i fråga om att ge psykosocialt stöd i akuta situationer finns i 50 a §. Bestämmelser om psykosocialt stöd inom socialvården i akuta och traumatiska situationer finns i 29 b § i socialvårdslagen.

8 kap

Särskilda bestämmelser

70 §

Beaktande av barn i servicen som riktar sig till vuxna

Barnets behov av vård och stöd ska utredas och barnet garanteras tillräcklig vård och tillräckligt stöd då barnets förälder, vårdnadshavare eller någon annan som svarar för barnets vård och fostran får missbrukar- och beroendevård eller mentalvård eller andra social- och hälsovårdstjänster och hans eller hennes förmåga att under denna tid svara för barnets vård och fostran anses försvagad.

78 b §

Vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet vid narkotikabrott

Med vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet enligt 50 kap. 7 § i strafflagen (39/1889) avses vård som syftar till att få den som misstänks för användning av narkotika eller för ett annat narkotikabrott som hänför sig till det att sluta använda narkotika eller förebygga och behandla de hälsomässiga eller sociala olägenheter som användningen av narkotika orsakar den misstänkte. Vården ska ges vid en verksamhetsenhet som passar för ändamålet.

Den verksamhetsenhet som ger den vård som avses i 1 mom. kan med patientens skriftliga samtycke lämna ut uppgifter om vården av patienten till en förundersökningsmyndighet, åklagare eller domstol.

Närmare bestämmelser om i vilka verksamhetsenheter den vård som avses i 1 mom. kan ges får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

78 c §

Arbetshandledning

Välfärdsområdet ska ordna fungerande arbetshandledning för personal som arbetar vid sådana enheter inom mentalvård som avses i 27 § eller inom missbrukar- och beroendevård som avses i 28 §.

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 78 c § träder dock i kraft först den 1 juli 2023.

3.

Lag

om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut

Fogas temporärt till hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) en ny 78 c § som följer:

78 c §

Arbetshandledning

Välfärdsområdet ska ordna fungerande arbetshandledning för personal som arbetar vid sådana enheter inom mentalvård som avses i 27 §.

Denna lag träder i kraft den 20 och är i kraft fram till den 30 juni 2023.

4.

Lag

om ändring av mentalvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i mentalvårdslagen (1116/1990) 1, 4 och 5 §, av dem 4 § sådan den lyder delvis
ändrad i lag 583/2022 och 5 § sådan den lyder i lag 583/2022,
ändras 2 § och rubriken för 3 § och 3 § 1 mom., sådana de lyder i lag 583/2022, samt
fogas till lagen en ny 6 a § som följer:

2 §

Ledning och tillsyn

Regionförvaltningsverket övervakar lagenligheten i den hälso- och sjukvård som ordnas och tillhandahålls av statens sinnessjukhus.

I sin tillsyn ska regionförvaltningsverket särskilt övervaka användningen av de begränsningar av självbestämmanderätten som avses i 4 a kap.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården leder underställd social- och hälsovårdsministeriet regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid ledningen av och tillsynen över statens sinnessjukhus. Dessutom leder och övervakar Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården statens sinnessjukhus i synnerhet när det är fråga om

- 1) principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden,
- 2) ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområden eller hela landet,
- 3) ärenden som har samband med övervakningsärenden som behandlas vid Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och som gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, samt
- 4) ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla.

Bestämmelser om den närmare arbetsfördelningen mellan Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken vid ledningen och tillsynen kan utfärdas genom förordning av statsrådet.

3 §

Ordnande av vård oberoende av patientens vilja

Välfärdsområdet ska inom sitt område sköta om att vård oberoende av patientens vilja enligt denna lag tillhandahålls som en del av den specialiserade sjukvården. Bestämmelser om den specialiserade sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

6 a §

Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer

Vid statens sinnessjukhus kan opioidberoende patienter ges avgiftning eller substitutionsbehandling med opioidläkemedel. På statens sinnessjukhus ska det finnas en ansvarig läkare som är förtrogen med att ge sådan vård och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får utfärdas närmare bestämmelser om förutsättningarna för att tillhandahålla och genomföra avgiftning vid och substitutionsbehandling av opioidberoende vid statens sinnessjukhus.

Denna lag träder i kraft den 20 .

5.

Lag

om ändring av lagen om missbrukarvård

I enlighet med riksdagens beslut

upphävs i lagen om missbrukarvård (41/1986) 1 och 5–9 §, 10 § 1 mom. 2 punkten och 2 mom., 12 och 13 § samt 14 § 2 mom. och 18 §, av dem 8 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 814/2000 och 12 § sådan den lyder i lagarna 814/2000 och 1308/2014 samt 13 § och 18 § sådana de lyder i lag 1542/2009, samt

ändras 3 och 4 §, rubriken för 14 §, 15 §, 16 § 3 mom., 17 § 1 mom., 20 §, 21 § 1 mom., 22 och 23 § samt 28 § 2 mom., av dem 4 § sådan den lyder i lag 1721/2009, 20 § och 21 § 1 mom. sådana de lyder i lag 1542/2009 samt 28 § 2 mom. sådant det lyder lag 280/2002, som följer:

3 §

Vård oberoende av missbrukarens vilja på grund av användning av berusningsmedel

Välfärdsområdet ska inom sitt område sköta om att den vård oberoende av missbrukarens vilja som avses i denna lag tillhandahålls som en del av primärvården och den specialiserade sjukvården. Bestämmelser om primärvården och den specialiserade sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

4 §

Förhållande till andra lagar

På verksamhet som välfärdsområdet ordnar med stöd av denna lag tillämpas lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) och lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021).

14 §

Hörande av part

15 §

Verkställande av beslut

Ett beslut om vård som avses i detta kapitel ska verkställas omedelbart trots ändringssökande. Har i 11 § nämnt beslut om vård under en tid av högst fem dygn ej kunnat verkställas inom ett dygn från det beslutet fattades, ska beslutet förfalla.

16 §

Ordnanande av vård

När service tillhandahålls ska klienten vid behov få ges hjälp med att lösa sina problem i fråga om utkomst, boende och arbete. Klienten ska ges behövligt stöd även efter det att den vård som avses i detta kapitel har upphört.

17 §

Avslutande av vård

Vård som lämnas oberoende av missbrukarens vilja ska avslutas så snart i 10 och 11 § angivet vårdbehov ej längre föreligger.

20 §

Sökande av ändring hos förvaltningsdomstolen

I ett beslut genom vilket någon förordnats till vård oberoende av sin vilja i enlighet med 11 § får ändring sökas genom besvär hos förvaltningsdomstolen inom 14 dagar från delfåendet av beslutet.

21 §

Sökande av ändring hos högsta förvaltningsdomstolen

Bestämmelser om sökande av ändring i förvaltningsdomstolens beslut genom vilket någon förordnats till vård oberoende av sin vilja finns i lagen om rättegång i förvaltningsärenden (808/2019).

22 §

Avbrytande av verkställighet

Då ändring har sökts, kan besvärsmyndigheten förbjuda att beslutet verkställs eller bestämma att verkställigheten ska avbrytas.

23 §

Brådiskande handläggning

I denna lag nämnda ärenden som gäller sökande av ändring i beslut om vård av någon oberoende av hans vilja ska handläggas i brådiskande ordning.

28 §

Närmare bestämmelser

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet fastställs formulären för de blanketter som ska användas för sådana beslut som avses i denna lag.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel (33/2008) förblir i kraft även till den del den utfärdats med stöd av 28 § 2 mom. som ändras genom denna lag.

6.

Lag

om ändring av 2 och 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) 18 § 1 mom. 5 punkten och 18 § 4 mom., av dem 18 § 4 mom. sådant det lyder i lag 930/2011, samt
fogas till 2 §, sådan den lyder delvis ändrat i lag 561/2022, ett nytt 4 mom. som följer:

2 §

Lagens tillämpningsområde

Vad som i 18 § 1 mom. 5 punkten och i 18 § 4 mom. föreskrivs om rätten till rehabiliteringspenning för tiden för rehabilitering som getts med stöd av socialvårdslagen (1301/2014) eller hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), gäller på motsvarande sätt rätten till rehabiliteringspenning för tiden för rehabilitering som landskapet Åland eller en kommun i landskapet Åland gett med stöd av lagen om missbrukarvård (41/1986).

18 §

Rehabiliteringspenning för lagstadgad rehabilitering

Rätt till rehabiliteringspenning uppkommer om rehabiliteringen behövs för att klienten ska kunna hålla sig kvar i arbetslivet, återvända till arbetslivet eller komma ut i arbetslivet och under förutsättning att rehabiliteringen ges med stöd av någon av följande lagar eller bestämmelser:

5) i fråga om familjerehabilitering barnskyddslagen (417/2007) eller lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977) eller i fråga om familjerehabilitering som hänför sig till berusningsmedel eller beroenden socialvårdslagen eller hälso- och sjukvårdslagen.

För individuell rehabilitering vid inrättning som tillhandahållits i form av alkohol- och drog- arbete och beroendearbete med stöd av socialvårdslagen eller i form av missbrukar- och beroendevård med stöd av hälso- och sjukvårdslagen kan rehabiliteringspenning beviljas under de förutsättningar som anges nedan. Rehabiliteringspenning beviljas under förutsättning att rehabiliteringen baserar sig på en klientplan som upprättats på grundval av socialvårdslagen eller på en rehabiliteringsplan som upprättats på grundval av hälso- och sjukvårdslagen och av vilken det ska framgå hur man med hjälp av rehabiliteringen försöker påverka de problem med arbets- eller förvärvsförmågan som berusningsmedel eller beroenden förorsakat så att rehabiliteringen främjar den försäkrades möjligheter att komma ut i arbetslivet, att hålla sig kvar i arbetslivet eller återvända till arbetslivet. Beslut om rehabiliteringspenning som ska betalas för tiden för individuell rehabilitering som avses i detta moment fattas för högst 75 vardagar åt gången. Ett nytt beslut förutsätter alltid en ny klientplan eller rehabiliteringsplan. En förutsättning för be-

viljande av rehabiliteringspenning är dessutom att rehabiliteringen genomförs i en av Folkpensionsanstalten godkänd rehabiliteringsinrättning. En rehabiliteringsinrättning som tillhandahåller sådana rehabiliteringstjänster som avses i detta moment ska ha ett i 4 § i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990) avsett tillstånd att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller ett i 7 § i lagen om privat socialservice (922/2011) avsett tillstånd att tillhandahålla socialservice dygnet runt. Rehabiliteringsinrättningen ska dessutom ha lokaler och anordningar som är lämpliga för sådan rehabilitering som avses i detta moment samt en sådan personal som verksamheten kräver. Genom förordning av statsrådet får närmare bestämmelser utfärdas om de förutsättningar som ska vara uppfyllda för att en rehabiliteringsinrättning ska kunna godkännas som en rehabiliteringsinrättning enligt detta moment.

Denna lag träder i kraft den 20 .

7.

Lag

om ändring av 2 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) 2 § 2 mom., sådant det lyder i lag 267/2015, som följer:

2 §

Tillämpningsområde och förhållande till annan lagstiftning

På de frågor som avses i 1 mom. tillämpas denna lag utöver det som föreskrivs om dem i

- 1) socialvårdslagen (1301/2014),
- 2) hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010),
- 3) lagen om stöd för närståendevård (937/2005),
- 4) familjevårdslagen (263/2015),
- 5) lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987),
- 6) lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977),
- 7) lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000),
- 8) lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992),
- 9) lagen om privat socialservice (922/2011),
- 10) lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990).

Denna lag träder i kraft den 20 .

8.

Lag

om ändring av 1 § i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd (1379/2010) 1 § 2 mom. som följer:

1 §

Lagens tillämpningsområde

Vid statens skolhem tillhandahålls uppfostran och vård samt grundläggande utbildning och annan undervisning i anslutning till den för barn och unga personer som med stöd av barnskyddslagen (417/2007) är placerade i vård utom hemmet eller i eftervård och som inte på ett ändamålsenligt sätt kan uppfostras och vårdas vid någon annan barnskyddsenhet och inte heller på grund av sjukdom behöver vård som ges någon annanstans. Vid statens skolhem kan också tillhandahållas sådana mentalvårdstjänster som avses i socialvårdslagen (1301/2014) eller i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Denna lag träder i kraft den 20 .

9.

Lag

om ändring av 4 § i narkotikalagen

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i narkotikalagen (373/2008) 4 § 2 mom., sådant det lyder i lag 524/2015, som följer:

4 §

Övriga lagar

Bestämmelser om förebyggande av användning av narkotika finns i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015). Bestämmelser om socialservice som riktar sig till användare av narkotika finns i socialvårdslagen (1301/2014) och om hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och i lagen om missbrukarvård (41/1986).

Denna lag träder i kraft den 20 .

10.

Lag

om ändring av lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar

I enlighet med riksdagens beslut

fogas till lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015) en ny 16 a § som följer:

16 a §

Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med opioidläkemedel

Inom de hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och i dess lokaler får opioidberoende patienter som avgiftning och substitutionsbehandling ges opioidläkemedel. Vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska det finnas en ansvarig läkare som är förtrogen med att ge sådan behandling och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får utfärdas närmare bestämmelser om förutsättningarna för att tillhandahålla och genomföra avgiftning vid och substitutionsbehandling av opioidberoende vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

11.

Lag

om ändring av 93 § i civiltjänstlagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i civiltjänstlagen (1446/2007) 93 § 1 mom. 4 punkten, sådan den lyder i lag 940/2013,
som följer:

93 §

Utomstående informationskällor

Civiltjänstcentralen har rätt att trots sekretessbestämmelserna för civiltjänstregistret få uppgifter för utförandet av dess i lag bestämda uppgifter enligt följande:

4) av hälsovårdscentraler, sjukhus eller andra som tillhandahåller mentalvårdstjänster uppgifter om sådana i mentalvårdslagen (1116/1990), socialvårdslagen (1301/2014) eller i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) avsedda mentalvårdstjänster som givits en civiltjänstgörare, om uppgifterna är av betydelse med tanke på tjänstedugligheten eller ordnandet av tjänstgöringen,

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

12.

Lag

om ändring av 35 § i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten (332/2019) 35 § 1 mom. 3 punkten som följer:

35 §

Rätt att få hälsouppgifter

Utöver vad som föreskrivs någon annanstans i lag, har den personuppgiftsansvarige samt en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som vid en hälsokontroll som föregår uppbådet, vid uppbådet eller under tjänstgöringen granskar hälsotillståndet hos en värnpliktig eller den som har sökt till frivillig militärtjänst för kvinnor, fullgör tjänstgöring eller har fullgjort tjänstgöring, rätt att trots sekretessbestämmelserna få nödvändiga uppgifter enligt följande för fastställande av tjänsteduglighet, upprätthållande av säkerheten under tjänstgöringen samt ordnande av undersökning och vård av patienten:

3) av hälsovårdscentraler, sjukhus eller andra som tillhandahåller mentalvårdstjänster uppgifter om sådana i mentalvårdslagen (1116/1990), socialvårdslagen (1301/2014) eller i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) avsedda mentalvårdstjänster som givits en värnpliktig och den som har sökt till frivillig militärtjänst för kvinnor.

Denna lag träder i kraft den 20 .

13.

Lag

om ändring av 4 och 5 § 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 och 7 punkten samt 5 § 7 och 8 punkten, av dem 4 § 1 punkten sådan den lyder i lag 791/2022, 5 § 7 punkten sådan den lyder i lag 468/2015 och 5 § 8 punkten sådan den lyder i lag 367/1996, samt *fogas* till 5 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 367/1996, 654/2010, 1329/2010, 468/2015 och 1201/2020, en ny 9 punkt 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, dagcenter 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),

7) öppenvårdstjänster som speciellt är riktade till användare av berusningsmedel eller beroendebeteende enligt 24 a § i socialvårdslagen med undantag för boendeservice,

5 §

Avgiftsfria hälso- och sjukvårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälso- och sjukvårdstjänster:

7) hjälpmedel i medicinsk rehabilitering enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen samt utprovning, behövt förnyande och underhåll av sådana, utom när behovet av hjälpmedel beror på en skada eller yrkessjukdom som ersätts enligt lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar (459/2015), lagen om lantbruksföretagares olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar (873/2015), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/1948), trafikförsäkringslagen (460/2016), patientförsäkringslagen (948/2019) eller någon tidigare lag som motsvarar dessa,

8) av läkare ordinerad transport av en inskriven patient med sjuktransportfordon från en bäddplats vid en hälsovårdscentral eller ett sjukhus till en annan vårdinrättning eller till hemvård, samt

9) vård enligt 28 § i hälso- och sjukvårdslagen då den ges i form av öppenvård vid enheter inom missbrukar- och beroendevården.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 29 september 2022

Statsminister

Sanna Marin

Familje- och omsorgsminister Aki Lindén

1.

Lag

om ändring av socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
 upphävs i socialvårdslagen (1301/2014) 2 § 2 mom.,
 ändras 3 § 3 punkten, 11 § 8 punkten, 14 och 15 §, det inledande stycket i 17 § 1 mom., 24
 och 25 §, 29 a § 2–4 mom., 42 § 2–4 mom. och 44 § 1 mom. 1 punkten, av dem 14 § sådan den
 lyder delvis ändrad i lagarna 512/2016, 635/2021, 589/2022, 783/2022 och 790/2022, 24 och
 25 § sådana de lyder delvis ändrade i lag 589/2022, 29 a § 2 och 3 mom. sådana de lyder i lag
 1517/2016 och 4 mom. sådant det lyder i lag 589/2022 och 42 § 2 mom. sådant det lyder i lag
 1347/2016, samt
 fogas till lagen nya 2 a §, 7 a, 7 b, 24 a, 24 b, 25 a och 29 b § samt till 42 § sådan den lyder
 delvis ändrad i lag 1347/2016 ett nytt 5 mom. som följer:

Gällande lydelse

2 §

Tillämpningsområde

Föreslagen lydelse

2 §

Tillämpningsområde

Inom socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service eller när klienten annars behöver service inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården ska de bestämmelser om socialvården och hälso- och sjukvården tillämpas som i enlighet med klientens intresse bäst tryggar servicen enligt stödbehoven och hälso- och sjukvården enligt det medicinska behovet.

 (upphävs, se 2 a § i propositionen)

2 a §

Socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service

Inom den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillgodoser eller när klienten annars behöver service inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården ska det tillämpas bestämmelserna i denna lag om att tillhandahålla socialservice enligt stödbehoven och hälso- och sjukvårds-

Gällande lydelse

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

3) *person och klient som behöver särskilt stöd* en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälso-tjänster på grund av kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, missbruk av berusningsmedel, samtidigt behov av flera stöd eller på grund av någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med hög ålder så som föreskrivs i 3 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), nedan *äldreomsorgslagen*,

Föreslagen lydelse

agens (1326/2010) bestämmelser om att tillhandahålla hälso- och sjukvård enligt det medicinska behovet.

Om både socialvårdens och hälso- och sjukvårdens service omfattar verksamhetsformer som lämpar sig för båda sektorerna, ska den service väljas som bäst tryggar klientens intressen.

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

3) *person och klient som behöver särskilt stöd* en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och *hälsovårdstjänster* på grund av kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, missbruk av berusningsmedel *eller annat beroendebeteende*, samtidigt behov av flera stöd eller på grund av någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med hög ålder så som föreskrivs i 3 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), nedan *äldreomsorgslagen*,

7 a §

Samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete

Invånarna i välfärdsområdet ska ha tillgång till samhällsinriktat socialt arbete. Samhällsinriktat socialt arbete tillhandahålls speciellt för att trygga social integration och välfärd samt goda befolkningsrelationer i samhället. Samhällsinriktat socialt arbete inom välfärdsområdet genomförs i samarbete med områdets innevånare, kommuner, organisationer och församlingar.

Som en del av samhällsinriktat socialt arbete eller annan socialservice ska det ordnas uppsökande arbete som minskar marginalisering.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

7 b §

Främjande av psykisk hälsa och förebyggande rusmedelsarbete

Välfrädsområdet och kommunala myndigheter ska i samarbete utveckla befolkningens levnadsförhållanden i syfte att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och förebygga uppkomsten av psykiska störningar.

Bestämmelser om välfrädsområdets och kommunens uppgifter när förebyggande rusmedelsarbete ordnas finns i lagen om organisation av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015).

Bestämmelser om välfrädsområdets och kommunens ansvar att främja invånarnas hälsa och välfärd finns dessutom i fråga om kommunen i 6 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) och i fråga om välfrädsområdets i 7 § i den lagen.

3 kap

Socialservice

11 §

Stödbehov

Socialservice ska ordnas

8) för stödbehov på grund av missbruk av berusningsmedel, psykisk ohälsa, annan sjukdom, skada eller åldrande,

14 §

Socialservice som möter stödbehoven

Som socialservice som hör till välfrädsområdets organiseringsansvar ska följande ordnas med det innehåll och i den omfattning som föreskrivs i denna eller i någon annan lag:

- 1) socialt arbete,
- 2) social handledning,
- 3) social rehabilitering,
- 4) familjearbete,

3 kap

Socialservice

11 §

Stödbehov

Socialservice ska ordnas

8) för stödbehov på grund av missbruk av berusningsmedel, annat beroendebeteende, psykisk ohälsa eller annan sjukdom, skada eller åldrande,

14 §

Socialservice som möter stödbehoven

Som socialservice som hör till välfrädsområdets organiseringsansvar ska följande ordnas med det innehåll och i den omfattning som föreskrivs i denna eller i någon annan lag:

- 1) socialt arbete,
- 2) social handledning,
- 3) social rehabilitering,
- 4) familjearbete,

Gällande lydelse

- 5) hemservice för barnfamiljer,
- 6) stödtjänster,
- 7) hemvård,
- 8) tillfälligt boende,
- 9) stödboende,
- 10) gemenskapsboende,
- 11) serviceboende med heldygnsomsorg,
- 12) service på en institution,
- 13) service som stöder rörligheten,
- 14) alkohol- och drogarbete,
- 15) mentalvårdsarbete,
- 16) rådgivning i uppfostrings- och familje-frågor,
- 17) övervakning av umgänge mellan barn och förälder,
- 18) ledighet för personer som vårdar en an-hörig eller närstående,
- 19) elevhälsans kuratorstjänster.

Välfärdsområdet kan dessutom ordna annan än i 1 mom. avsedd socialservice som tillgo-doser de behov som avses i 11 §.

Som socialservice som hör till välfärdsom-rådets organiseringsansvar ska det även sörjas för specialomsorger om utvecklingsstörda, service och stöd på grund av funktionsnedsätt-ning, tillhandahållande av utkomststöd till en person som vistas i välfärdsområdet, bevil-jande av social kredit till välfärdsområdets in-vånare, arbetsverksamhet i rehabiliterings-syfte, *service i anslutning till missbrukarvård*, ordnande av stöd för närståendevård, ord-nande av familjevård, vårdnad om barn och unga personer, barnskydd, adoptionsrådgiv-nig, medling i familjefrågor, uppgifter i sam-band med att beslut om vårdnad om barn och umgängesrätt fastställs och avgörs och ord-nande av åtgärder i samband med medling vid verkställighet av besluten, ordnande av de sakkunnigtjänster som hör till medling i dom-stol i ett ärende som gäller vårdnad om barn och umgängesrätt samt uppgifter i samband med utredande och fastställande av faderskap och moderskap, enligt vad som dessutom fö-reskrivs särskilt om dessa serviceformer i:

Föreslagen lydelse

- 5) hemservice för barnfamiljer,
- 6) stödtjänster,
- 7) hemvård,
- 8) tillfälligt boende,
- 9) stödboende,
- 10) gemenskapsboende,
- 11) serviceboende med heldygnsomsorg,
- 12) service på en institution,
- 13) service som stöder rörligheten,
- 14) alkohol- och drogarbete *och beroende-arbete*,
- 15) *särskild service inom alkohol- och drog-arbete och beroendearbete*,
- 16) *dagcenterservice som särskild service inom alkohol- och drogarbete*;
- 17) mentalvårdsarbete,
- 18) *service inom mentalvårdsarbete*,
- 19) rådgivning i uppfostrings- och familje-frågor,
- 20) övervakning av umgänge mellan barn och förälder,
- 21) ledighet för personer som vårdar en an-hörig eller närstående,
- 22) elevhälsans kuratorstjänster,

Välfärdsområdet kan dessutom ordna annan än i 1 mom. avsedd socialservice som tillgo-doser de behov som avses i 11 §.

Som socialservice som omfattas av väl-färdsområdets organiseringsansvar ska det även sörjas för specialomsorger om utveckl-ingsstörda, service och stöd på grund av funkt-ionsnedsättning, tillhandahållande av ut-komststöd till en person som vistas i välfärds-området, beviljande av social kredit till väl-färdsområdets invånare, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, ordnande av stöd för när-ståendevård, ordnande av familjevård, vård-nad om barn och unga personer, barnskydd, adoptionsrådgivning, medling i familje-frågor, uppgifter i samband med att beslut om vård-nad av barn och umgängesrätt fastställs och avgörs och ordnande av åtgärder i samband med medling vid verkställighet av besluten, ordnande av de sakkunnigtjänster som hör till medling i domstol i ett ärende som gäller vård-nad om barn och umgängesrätt samt uppgifter i samband med utredande och fastställande av faderskap och moderskap, enligt vad som dessutom föreskrivs särskilt om dessa service-former i:

Gällande lydelse

- 1) lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987),
- 2) lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977),
- 3) lagen om utkomststöd,
- 4) lagen om social kreditgivning (1133/2002),
- 5) lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (189/2001),
- 6) *lagen om missbrukarvård* (41/1986),
- 7) *mentalvårdslagen* (1116/1990),
- 8) lagen om stöd för närståendevård (937/2005),
- 9) barnskyddslagen (417/2007),
- 10) adoptionslagen (22/2012),
- 11) äktenskapslagen (234/1929),
- 12) lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt (361/1983),
- 13) föräldraskapslagen (775/2022),
- 14) lagen om underhåll för barn (704/1975),
- 15) lagen om verkställighet av beslut beträffande vårdnad om barn och umgängesrätt (619/1996),
- 16 (upphävt)
- 17) familjevårdslagen (263/2015).

15 §

Socialt arbete

Med socialt arbete avses klient- och sakkunnigarbete där det skapas en helhet av socialt stöd och service som möter individens, familjens *eller gemenskapens* behov, där helheten samordnas med stöd som erbjuds av andra aktörer samt där genomförandet och effekten av helheten styrs och följs upp. Socialt arbete är arbete som stödjer förändring och som syftar till att tillsammans med individen, familjen och gemenskapen lindra svårigheter i en livssituation, stärka individens och familjens egna handlingsmöjligheter, öka deras delaktighet och främja gemenskapens sociala integration.

17 §

Social rehabilitering

Föreslagen lydelse

- 1) lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987),
- 2) lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977),
- 3) lagen om utkomststöd,
- 4) lagen om social kreditgivning (1133/2002),
- 5) lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (189/2001),
- 6) lagen om stöd för närståendevård (937/2005),
- 7) barnskyddslagen (417/2007),
- 8) adoptionslagen (22/2012),
- 9) äktenskapslagen (234/1929),
- 10) lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt (361/1983),
- 11) föräldraskapslagen (775/2022),
- 12) lagen om underhåll för barn (704/1975),
- 13) lagen om verkställighet av beslut beträffande vårdnad om barn och umgängesrätt (619/1996),
- 14) familjevårdslagen (263/2015).

15 §

Socialt arbete

Med socialt arbete avses *individ- och familjeinriktat* klient- och sakkunnigarbete där det skapas en helhet av socialt stöd och service som möter individens *eller* familjens behov, där helheten samordnas med stöd som erbjuds av andra aktörer samt där genomförandet och effekten av helheten styrs och följs upp. Socialt arbete är arbete som stödjer förändring och som syftar till att tillsammans med individen, familjen och *deras gemenskap* lindra svårigheter i en livssituation, stärka individens och familjens egna handlingsmöjligheter, öka deras delaktighet och främja gemenskapens sociala integration.

17 §

Social rehabilitering

Gällande lydelse

Med social rehabilitering avses intensifierat stöd med hjälp av socialt arbete och social handledning för att stärka den sociala funktionsförmågan, förhindra marginalisering och främja delaktighet. Social rehabilitering omfattar

24 §

Alkohol- och drogarbete

Syftet med alkohol- och drogarbete är att minska och avlägsna alkohol- och drogrelaterade faktorer som äventyrar välfärd och säkerhet samt stödja alkohol- och drogfrihet.

Socialvårdens alkohol- och drogarbete enligt denna lag omfattar

- 1) handledning och rådgivning,
- 2) socialvårdens särskilda service som riktar sig till missbrukare av berusningsmedel, deras anhöriga och andra närstående,
- 3) övrig socialservice enligt 14 § som stöder alkohol- och drogfrihet eller som behövs på grund av missbruk av berusningsmedel.

En gravid person har rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som stöder *alkohol- och drogfrihet*.

Det alkohol- och drogarbete som utförs inom socialvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med det övriga alkohol- och drogarbetet och mentalvårdsarbetet i välfärdsområdet. *Bestämmelser om välfärdsområdets ansvar för att samordna social- och hälsovårdstjänsterna till helheter finns i 10 § i lagen om*

Föreslagen lydelse

Med social rehabilitering avses intensifierat *och målinriktat* stöd med hjälp av socialt arbete och social handledning för att *förbättra eller upprätthålla social funktionsförmåga och livskompetens, förebygga och minska* marginalisering och främja delaktighet. Social rehabilitering omfattar *enligt personens individuella behov*

24 §

Alkohol- och drogarbete och beroendearbete

Alkohol- och drogarbete och beroendearbete inom socialvården avser socialservice och annan individ- och gemenskapsinriktad verksamhet som välfärdsområdet tillhandahåller och som syftar till att minska och avlägsna med berusningsmedel och beroendebeteende förknippade faktorer som äventyrar välfärd och säkerhet, svara mot stödbehov till följd av missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende och stöda drogfrihet och frigörelse från beroendebeteende.

Alkohol- och drogarbete och beroendearbete inom socialvården omfattar utöver rådgivning och handledning den socialservice som avses i 14 § antingen i form av allmän socialservice eller i form av särskild service inom alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet.

En gravid person har rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som stöder drogfrihet.

Service ska ges utgående från behovet av hjälp och stöd hos personen, personens familj eller andra närstående. Bestämmelser om ett barns rätt att få nödvändig socialservice finns i 13 §.

Alkohol- och drogarbetet och beroendearbetet inom socialvården ska planeras och genomföras så att det utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande rusmedelsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna.

Gällande lydelse

*ordnande av social- och hälsovård
(612/2021).*

Föreslagen lydelse

24 a §

Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete

Med särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete avses inriktad service för stödbehov till följd av missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende. Som sådan ska ordnas åtminstone socialt arbete, social handledning, social rehabilitering och boendeservice. Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete ska vid behov ordnas i form av öppenvårdstjänster eller service på institution.

Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete kompletterar annan socialservice enligt 14 § som stödjer drogfrihet eller behövs på grund av missbruk av berusningsmedel. Särskild service inom alkohol- och drogarbete och beroendearbete ska samordnas med missbrukar- och beroendevården enligt 2 a §.

24 b §

Dagcenter som särskild service inom alkohol- och drogarbete

Välfärdsområdet ska för personer som missbrukar berusningsmedel ordna dagcenterservice, där det utöver att svara mot grundläggande behov erbjuds social handledning. Servicen ska ordnas även för berusade och den ska kunna utnyttjas anonymt.

25 §

Mentalvårdsarbete

Syftet med mentalvårdsarbete är att stärka de faktorer som skyddar individens och gemenskapens psykiska hälsa samt avlägsna och minska faktorer som äventyrar den psykiska hälsan.

25 §

Mentalvårdsarbete

Mentalvårdsarbete inom socialvården avser 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

Gällande lydelse

Mentalvårdsarbete enligt denna lag omfattar

1) handledning och rådgivning inom socialservicen i fråga om de faktorer som skyddar och äventyrar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen,

2) samordning av det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer,

3) socialvårdens mentalvårdstjänster, med vilka avses socialservice enligt 14 § som stödjer individens psykiska hälsa.

Det mentalvårdsarbete som utförs inom socialvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med den övriga socialvården och hälso- och sjukvården. Bestämmelser om välfärdsområdets ansvar för att samordna social- och hälsovårdstjänsterna till helheter finns i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Föreslagen lydelse

äventyrar den psykiska hälsan och svara mot stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga.

Mentalvårdsarbete inom socialvården omfattar utöver rådgivning och handledning sådan social service som avses i 14 § antingen i form av allmän social service eller som service som svarar mot stödbehov särskilt till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga. Mentalvårdsarbetet omfattar dessutom behövligt psykosocialt stöd som hänför sig till faktorer som skyddar och äventyrar den psykiska hälsan för individen eller familjen och samordnande av psykosocialt stöd för individen och gemenskapen.

Vid tillhandahållande och utveckling av service ska hänsyn tas till familjens och andra närståendes behov av hjälp och stöd. Bestämmelser om ett barns rätt att få nödvändig socialservice finns i 13 §.

Mentalvårdsarbetet inom socialvården ska planeras och genomföras så att det utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande mentalvårdsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna.

Regionförvaltningsverket ska årligen ordna regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvårdsarbetet och mentalvården för barn och unga.

25 a §

Service inom mentalvårdsarbete

Service inom socialvårdens mentalvårdsarbete avser i synnerhet service som riktar sig 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.

Service inom socialvårdens mentalvårdsarbete kompletterar annan service enligt 14 § som behövs för att stödja individens psykiska hälsa.

Gällande lydelse

29 a §

Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården

Socialjouren deltar vid behov i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer.

För att trygga den fortsatta vården ska det som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren ordnas jour för mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete.

Socialjouren i ett område har i samarbete med den central för prehospital akutsjukvård som avses i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen till uppgift att

1) samordna de lokala och regionala larmanvisningar för socialväsendet som ges till Nödcentralsverket och därvid beakta larmanvisningarna för hälso- och sjukvårdsväsendet,

2) medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och samarbetsområdenas centraler för prehospital akutsjukvård så att planerna bildar en nationell helhet.

Föreslagen lydelse

29 a §

Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården

Vården av klienter som behöver mentalvårds- eller missbrukar- och beroendetjänster och servicens kontinuitet ska tryggas som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren.

Socialjouren tillhandahåller tillsammans med hälso- och sjukvården psykosocialt stöd i akuta situationer. Socialjouren ansvarar för att leda och samordna det första skedet av psykosocialt stöd i akuta situationer.

Socialjouren i ett område har i samarbete med den central för prehospital akutsjukvård som avses i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen till uppgift att

1) samordna de lokala och regionala larmanvisningar för socialväsendet som ges till Nödcentralsverket och därvid beakta larmanvisningarna för hälso- och sjukvårdsväsendet,

2) medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och samarbetsområdenas centraler för prehospital akutsjukvård så att planerna bildar en nationell helhet.

29 b §

Psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer

Med psykosocialt stöd inom socialvården i akuta traumatiska situationer avses omedelbart stöd som ges i form av socialt arbete och social handledning till en individ, familj eller gemenskap samt samordning av stödet.

Psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer tillhandahålls vid socialjouren och som en del av socialvårdens övriga verksamhet.

Bestämmelser om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården i fråga om att ge psykosocialt stöd i akuta situationer

Gällande lydelse

42 §

Egen kontaktperson

Den egna kontaktpersonen ska vara en sådan yrkesutbildad person som avses i 3 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. Den egna kontaktpersonen kan i stället för den yrkesutbildade person som avses i nämnda paragraf vara en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i 2 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, om det är motiverat med hänsyn till klientens samlade service. Den egna kontaktpersonen för ett barn som behöver särskilt stöd och för andra personer som behöver särskilt stöd och den arbetstagare som utför klientarbete tillsammans med kontaktpersonen ska vara en sådan socialarbetare som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården.

Den person som är egen kontaktperson har i uppgift att i enlighet med klientens behov och intresse främja genomförandet av 38 § 2 och 3 mom. samt vid behov utföra andra uppgifter som föreskrivs i denna lag.

När socialvård som gäller barn som behöver särskilt stöd tillhandahålls ska barnets egen kontaktperson eller en annan arbetstagare som ansvarar för barnets socialservice träffa barnet personligen tillräckligt ofta på det sätt som antecknas närmare i klientplanen.

44 §

Utredning av situationen för en person i klientens vård

Vård- och stödbehovet för ett barn eller en annan person i klientens vård ska utredas om klienten

Föreslagen lydelse

finns i 29 a §. Bestämmelser om psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården i akuta och traumatiska situationer finns i 50 b § i hälso- och sjukvårdslagen.

42 §

Egen kontaktperson

Den egna kontaktpersonen ska vara en sådan yrkesutbildad person som avses i 3 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. Den egna kontaktpersonen kan i stället för den yrkesutbildade person som avses i nämnda paragraf vara en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i 2 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, om det är motiverat med hänsyn till klientens samlade service.

Den egna kontaktpersonen för ett barn som behöver särskilt stöd och för andra personer som behöver särskilt stöd och den arbetstagare som utför klientarbete tillsammans med kontaktpersonen ska vara en sådan socialarbetare som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården och uppgiften ska skötas i tjänsteförhållande.

Den person som är egen kontaktperson har i uppgift att i enlighet med klientens behov och intresse främja genomförandet *bestämmelserna i 38 § 2 och 3 mom.* samt vid behov utföra andra uppgifter som föreskrivs i denna lag.

När socialvård som gäller barn som behöver särskilt stöd *eller personer* som behöver *annat* särskilt stöd tillhandahålls ska den egna kontaktpersonen eller en annan arbetstagare som ansvarar för *klientens* socialservice träffa *klienten* personligen tillräckligt ofta på det sätt som antecknas närmare i klientplanen.

44 §

Utredning av situationen för en person i klientens vård

Vård- och stödbehovet för ett barn eller en annan person i klientens vård ska utredas om klienten

Gällande lydelse

1) får missbrukarvård eller mentalvård eller annan socialvård och hälso- och sjukvård under vilken, eller innan behövlig vård fås, klientens förmåga att fullgott ta hand om vården eller fostran bedöms vara försvagad,

Föreslagen lydelse

1) får service inom alkohol- och drogarbete eller mentalvårdsarbete eller annan service inom social- och hälsovård under vilken, eller innan behövlig vård fås, klientens förmåga att fullgott ta hand om vården eller fostran bedöms vara försvagad,

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 7 a, 15 och 24 b § träder dock i kraft först den 1 juli 2023.

2.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 1 § 1 mom., 3 § 2 punkten, 8 a, 20, 27 och 28 §, 50 § 1 mom., 50 a § 4 och 5 mom. samt 70 § 2 mom., av dem 1 § 1 mom. och 3 § 2 punkten sådana de lyder i lag 581/2022, 8 a § sådan den lyder i lag 1303/2014, 27 och 28 § sådana de lyder delvis ändrade i lagarna 1303/2014 och 581/2022 samt 50 § 1 mom. och 50 a § 4 och 5 mom. sådana de lyder i lag 1516/2016, samt

fogas till lagen en ny 20 §, i stället för den 20 § som upphävts genom lag 981/2012 samt till lagen nya 28 a, 50 b, 78 b och 78 c § som följer:

Gällande lydelse

1 §

Tillämpningsområde

Denna lag tillämpas på tillhandahållandet av och innehållet i den hälso- och sjukvård som välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) samt lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) är skyldiga att ordna, om inte något annat föreskrivs i någon annan lag. Hälso- och sjukvård omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. Lagens 21 § tillämpas på

Föreslagen lydelse

1 §

Tillämpningsområde

Denna lag tillämpas på tillhandahållandet av och innehållet i den hälso- och sjukvård som välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) samt lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) är skyldiga att ordna, om inte något annat föreskrivs i någon annan lag. Hälso- och sjukvård omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. *Bestämmelserna i 20 § i denna*

Gällande lydelse

miljö- och hälsoskydd som kommunen ordnar.

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

2) *primärvård* uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering och företagshälsovård som välfärdsområdet ordnar samt jourverksamhet, öppen sjukvård, hemsjukvård, hemsjukhusvård och sjukhusvård, mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete som välfärdsområdet ordnar, till den del de inte ordnas inom *socialvården* eller den specialiserade sjukvården; primärvård kan också benämnas folkhälsoarbete,

8 a §

Socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service

Inom socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service eller när patienten annars behöver service inom såväl hälso- och sjukvården som socialvården ska de bestämmelser om hälso- och sjukvården och socialvården tillämpas som i enlighet med patientens intresse bäst tryggar den service som möter stödbehoven och vården enligt det medicinska behovet.

Föreslagen lydelse

lag tillämpas dessutom på främjandet av psykisk hälsa och det förebyggande rusmedelsarbetet i kommunerna och 21 § på det miljö- och hälsoskydd som kommunen ordnar.

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

2) *primärvård* uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering och företagshälsovård som välfärdsområdet ordnar samt jourverksamhet, öppen sjukvård, hemsjukvård, hemsjukhusvård och sjukhusvård, *mentalvård och missbrukar- och beroendevård* som välfärdsområdet ordnar, till den del de inte ordnas inom den specialiserade sjukvården; primärvård kan också benämnas folkhälsoarbete,

8 a §

Socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service

Inom *den service som socialvården och hälso- och sjukvården gemensamt tillgodoser* eller när patienten annars behöver service inom såväl hälso- och sjukvården som socialvården ska *bestämmelserna i denna lag om att tillhandahålla hälso- och sjukvård enligt det medicinska behovet och bestämmelser enligt socialvårdslagen om att tillhandahålla socialservice enligt stödbehoven tillämpas.*

Om både hälso- och sjukvårdsservicen och socialservicen omfattar verksamhetsformer som lämpar sig för båda sektorerna, ska den service väljas som bäst tryggar klientens intressen.

20 §

Främjande av psykisk hälsa och förebyggande rusmedelsarbete

Gällande lydelse

27 §

Mentalvårdsarbete

Ett välfärdsområde ska ordna sådant mentalvårdsarbete som behövs för att främja dess invånares hälsa och välfärd och som syftar till att stärka de faktorer som skyddar den individuella och kollektiva psykiska hälsan och till att minska och avlägsna faktorer som hotar den psykiska hälsan.

Mentalvårdsarbete enligt denna lag omfattar
1) handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen,

2) verksamhet för att samordna det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer,

3) mentalvårdstjänster, med vilket avses undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med psykiska störningar.

Föreslagen lydelse

Välfärdsområdet och kommunala myndigheter ska i samarbete utveckla befolkningens levnadsförhållanden i syfte att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan och förebygga uppkomsten av psykiska störningar.

Bestämmelser om välfärdsområdets och kommunens uppgifter när förebyggande rusmedelsarbete ordnas finns i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015).

Bestämmelser om välfärdsområdets och kommunens ansvar att främja invånarnas hälsa och välfärd finns dessutom i fråga om kommunen i 6 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och i fråga om välfärdsområdets i 7 § den lagen.

27 §

Mentalvård

Mentalvård enligt denna lag omfattar

1) handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen, familjen och andra närstående och samordning av det,

(se 6 kap. 50 b § i propositionen)

2) förebyggande, undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i form av mångsidiga tjänster i samband med psykiska störningar.

Patienter som får mentalvård ska tryggas den helhet av hälso- och sjukvård som de behöver. Mentalvården ska också genomföras genom samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. När en patient överförs från en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården till en annan eller till

Gällande lydelse

Det mentalvårdsarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med välfärdsområdets social- och hälsovård. Bestämmelser om välfärdsområdets ansvar för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter finns i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Bestämmelser om mentalvårdsarbete finns också i mentalvårdslagen (1116/1990) och socialvårdslagen.

28 §

Alkohol- och drogarbete

Ett välfärdsområde ska ordna sådan service inom alkohol- och drogarbetet som behövs för att främja dess invånares hälsa och välbefinnande och som syftar till att stärka de faktorer som främjar alkohol- och drogfrihet hos individen och i samhället och till att minska eller avlägsna sådana faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten.

Alkohol- och drogarbete enligt denna lag omfattar

1) handledning och rådgivning som ingår i hälso- och sjukvårdstjänsterna och som gäller de faktorer som främjar eller utgör hinder för ett nyktert eller drogfritt liv och de faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten, och

2) undersökning, vård och rehabilitering i samband med alkohol- och drogrelaterade sjukdomar.

Föreslagen lydelse

institutions- eller boendeservice inom socialvården ska kontinuiteten för den vård som behövs tryggas.

Mentalvården ska planeras och genomföras så att den utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande mentalvårdsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna.

Regionförvaltningsverken ska årligen ordna regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvården och socialvårdens mentalvårdsarbete för barn och unga.

28 §

Missbrukar- och beroendevård

Missbrukar- och beroendevård enligt denna lag omfattar

1) handledning och rådgivning som ingår i hälso- och sjukvårdstjänsterna och som gäller de faktorer som främjar eller utgör hinder för ett drog- och beroendefritt liv och de faktorer i samband med användningen av berusningsmedel och beroenden som äventyrar hälsan och säkerheten, och

2) förebyggande, undersökning, vård och rehabilitering i form av mångsidig service i samband med substansrelaterade störningar och andra beroendestörningar.

Vården ska ges utgående från behovet av stöd, vård och rehabilitering hos personen, personens familj eller andra närstående.

Patienter som får missbrukar- och beroendevård ska tryggas den helhet av hälso- och

Gällande lydelse

Det alkohol- och drogarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med det övriga alkohol- och drogarbetet och mentalvårdsarbetet i välfärdsområdet. *Bestämmelser om välfärdsområdets ansvar för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter finns i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.*

Bestämmelser om alkohol- och drogarbete finns också i lagen om missbrukarvård (41/1986) och socialvårdslagen.

Föreslagen lydelse

sjukvård som de behöver. Missbrukar- och beroendevård ska också genomföras genom samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. När en patient överförs från en vårdgivande enhet till en annan eller till institutions- eller boendeservice inom socialvården ska kontinuiteten för den vård som behövs tryggas.

Missbrukar- och beroendevården ska planeras och genomföras så att det utgör en fungerande helhet med annan social- och hälsovård samt med det förebyggande rusmedelsarbetet i välfärdsområdet och i kommunerna.

28 a §

Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med opioidläkemedel

Opioidberoende patienter kan som avgiftning eller substitutionsbehandling ges opioidläkemedel. Vården kan ges vid en sådan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, där det finns en ansvarig läkare som är förtrogen med sådan vård och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler.

Genom social- och hälsovårdsministeriets förordning föreskrivs om de opioidläkemedel som får användas för avgiftning och substitutionsbehandling enligt 1 mom. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får dessutom utfärdas närmare bestämmelser om förutsättningarna för att ge och genomföra avgiftning vid och substitutionsbehandling av opioidberoende.

50 §

Brådskanie vård

50 §

Brådskanie vård

Gällande lydelse

Brådszkande sjukvård, inbegripet brådszkande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådszkande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

50 a §

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren

Inom socialjouren ska patienten vid behov ges den brådszkande och nödvändiga hjälp som avses i 29 § i socialvårdslagen och socialjouren vid behov medverka i psykosocialt stöd som ges i brådszkande situationer.

För att trygga den fortsatta vården som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren ska det ordnas en jour för mental- och missbrukarvård.

Föreslagen lydelse

Brådszkande sjukvård, inbegripet brådszkande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådszkande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. *Med brådszkande vård avses också ett omedelbart behov av avvänjning till följd av användning av berusningsmedel.*

50 a §

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren

Hälso- och sjukvården tillhandahåller tillsammans med socialjouren psykosocialt stöd i akuta situationer. Socialjouren ansvarar för att leda och samordna det första skedet av psykosocialt stöd i akuta situationer.

Vården av patienter som behöver mentalvårds- eller missbrukar- och beroendetjänster och servicens kontinuitet ska tryggas som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren.

50 b §

Psykosocialt stöd i akuta och traumatiska situationer

Med psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården i akuta traumatiska situationer avses omedelbart stöd som ges i form av akut krisarbete till en individ, familj eller gemenskap samt samordning av stödet.

Psykosocialt stöd i akuta traumatiska situationer tillhandahålls som krisjour och som en del av hälso- och sjukvårdens övriga verksamhet.

Bestämmelser om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren och i fråga om att ge psykosocialt stöd i akuta situationer finns i 50 a §. Bestämmelser om psykosocialt

Gällande lydelse

8 kap

Särskilda bestämmelser

70 §

Beaktande av barn i servicen som riktar sig till vuxna

Barnets behov av vård och stöd ska utredas och barnet garanteras tillräcklig vård och tillräckligt stöd då barnets förälder, vårdnadshavare eller någon annan som svarar för barnets vård och fostran får missbrukarvård, mentalvård eller andra social- och hälsovårdstjänster och hans eller hennes förmåga att under denna tid svara för barnets vård och fostran anses försvagad.

Föreslagen lydelse

stöd inom socialvården i akuta och traumatiska situationer finns i 29 b § i socialvårdslagen.

8 kap

Särskilda bestämmelser

70 §

Beaktande av barn i servicen som riktar sig till vuxna

Barnets behov av vård och stöd ska utredas och barnet garanteras tillräcklig vård och tillräckligt stöd då barnets förälder, vårdnadshavare eller någon annan som svarar för barnets vård och fostran får *missbrukar- och beroendevård eller mentalvård* eller andra social- och hälsovårdstjänster och hans eller hennes förmåga att under denna tid svara för barnets vård och fostran anses försvagad.

78 b §

Vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet vid narkotikabrott

Med vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet enligt 50 kap. 7 § i strafflagen (39/1889) avses vård som syftar till att få den som misstänks för användning av narkotika eller för ett annat narkotikabrott som hänför sig till det att sluta använda narkotika eller förebygga och behandla de hälsomässiga eller sociala olägenheter som användningen av narkotika orsakar den misstänkte. Vården ska ges vid en verksamhetsenhet som passar för ändamålet.

Den verksamhetsenhet som ger den vård som avses i 1 mom. kan med patientens skriftliga samtycke lämna ut uppgifter om vården av patienten till en förundersökningsmyndighet, åklagare eller domstol.

Närmare bestämmelser om i vilka verksamhetsenheter den vård som avses i 1 mom. kan ges får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

78 c §

Arbetshandledning

Välfärdsområdet ska ordna fungerande arbetshandledning för personal som arbetar vid sådana enheter inom mentalvård som avses i 27 § eller inom missbrukar- och beroendevård som avses 28 §.

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 78 c § träder dock i kraft först den 1 juli 2023.

4.

Lag

om ändring av mentalvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut upphävs i mentalvårdslagen (1116/1990) 1, 4 och 5 §, av dem 4 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 583/2022 och 5 § sådan den lyder i lag 583/2022, ändras 2 § och rubriken för 3 § och 3 § 1 mom., sådana de lyder i lag 583/2022, samt fogas till lagen en ny 6 a § som följer:

Gällande lydelse

1 §

Mentalvårdsarbete

Med mentalvårdsarbete avses främjande av individens psykiska välbefinnande och hans handlingsförmåga och personlighetsutveckling samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar.

Mentalvårdsarbetet omfattar social- och hälsovårdstjänster för personer som på medicinska grunder har konstaterats lida av mentalsjukdomar eller andra mentala störningar (mentalvårdstjänster).

Till mentalvårdsarbetet hör också åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av

Föreslagen lydelse

(upphävs)

Gällande lydelse

mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

2 §

Ledning och tillsyn

Den allmänna planeringen och ledningen av mentalvårdsarbetet samt tillsynen över det ska skötas av social- och hälsovårdsministeriet, om inte något annat föreskrivs genom lag.

Bestämmelser om tillsynen över välfärdsområdenas verksamhet enligt denna lag finns i 6 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021).

Regionförvaltningsverket övervakar lagenligheten i den hälso- och sjukvård som ordnas och tillhandahålls av statens sinnessjukhus.

Regionförvaltningsverket ska vid den tillsyn som avses i 2 och 3 mom. särskilt övervaka användningen av de begränsningar av självbestämmanderätten som avses i 4 a kap.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården leder underställd social- och hälsovårdsministeriet regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid ledningen av och tillsynen över statens sinnessjukhus. Dessutom leder och övervakar Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården statens sinnessjukhus i synnerhet när det är fråga om

1) principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden,

2) ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområden eller hela landet,

3) ärenden som har samband med övervakningsärenden som behandlas vid Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och som gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, samt

4) ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla.

Bestämmelser om den närmare arbetsfördelningen mellan Tillstånds- och tillsynsverket

Föreslagen lydelse

2 §

Ledning och tillsyn

Regionförvaltningsverket övervakar lagenligheten i den hälso- och sjukvård som ordnas och tillhandahålls av statens sinnessjukhus.

I sin tillsyn ska regionförvaltningsverket särskilt övervaka användningen av de begränsningar av självbestämmanderätten som avses i 4 a kap.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården leder underställd social- och hälsovårdsministeriet regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid ledningen av och tillsynen över statens sinnessjukhus. Dessutom leder och övervakar Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården statens sinnessjukhus i synnerhet när det är fråga om

1) principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden,

2) ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområden eller hela landet,

3) ärenden som har samband med övervakningsärenden som behandlas vid Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och som gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, samt

4) ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla.

Bestämmelser om den närmare arbetsfördelningen mellan Tillstånds- och tillsynsverket

Gällande lydelse

för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken vid ledningen och tillsynen får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Sakkunnigt ämbetsverk för mentalvårdsarbetet är Institutet för hälsa och välfärd.

3 §

Tillhandahållande av mentalvårdstjänster

Välfärdsområdet ska inom sitt område sköta om att de mentalvårdstjänster som avses i denna lag tillhandahålls som en del av primärvården och den specialiserade sjukvården samt som en del av socialvården. Bestämmelser om primärvården och den specialiserade sjukvården finns i i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och bestämmelser om socialvården finns i socialvårdslagen (1301/2014).

4 §

Principerna för mentalvårdstjänsterna

Välfärdsområdet ska se till att det tillhandahålls mentalvårdstjänster som till innehåll och omfattning motsvarar behovet i välfärdsområdet.

Mentalvårdstjänsterna skall i första hand ordnas i form av öppen vård och så att människor uppmuntras att själva söka vård och att klara sig på egen hand.

Tillhandahållandet av mentalvårdstjänster förutsätter ett fungerande arbetshandlingssystem.

5 §

Samordning av mentalvårdstjänsterna

Bestämmelser om välfärdsområdets skyldighet att samordna social- och hälsovårdstjänsterna finns i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

För personer med mentalsjukdomar eller andra mentala störningar ska det, utöver tillräcklig vård och service, ordnas möjlighet till

Föreslagen lydelse

för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken vid ledningen och tillsynen kan utfärdas genom förordning av statsrådet.

3 §

Ordnande av vård oberoende av patientens vilja

Välfärdsområdet ska inom sitt område sköta om att *vård oberoende av patientens vilja enligt denna lag tillhandahålls* som en del av *den specialiserade sjukvården*. Bestämmelser om *den specialiserade sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)*.

(upphävs)

(upphävs)

Gällande lydelse

stöd- och serviceboende i samband med behövlig medicinsk eller social rehabilitering, så som särskilt föreskrivs.

Föreslagen lydelse

6 a §

Avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer

Vid statens sinnessjukhus kan opioidberoende patienter ges avgiftning eller substitutionsbehandling med opioidläkemedel. På statens sinnessjukhus ska det finnas en ansvarig läkare som är förtrogen med att ge sådan vård och annan personal som verksamheten kräver samt lämpliga lokaler. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får utfärdas närmare bestämmelser om förutsättningarna för att tillhandahålla och genomföra avgiftning vid och substitutionsbehandling av opioidberoende vid statens sinnessjukhus.

Denna lag träder i kraft den 20 .

5.

Lag

om ändring av lagen om missbrukarvård

I enlighet med riksdagens beslut

upphävs i lagen om missbrukarvård (41/1986) 1 och 5–9 §, 10 § 1 mom. 2 punkten och 2 mom., 12 och 13 § samt 14 § 2 mom. och 18 §, av dem 8 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 814/2000 och 12 § sådan den lyder i lagarna 814/2000 och 1308/2014 samt 13 § och 18 § sådana de lyder i lag 1542/2009, samt

ändras 3 och 4 §, rubriken för 14 §, 15 §, 16 § 3 mom., 17 § 1 mom., 20 §, 21 § 1 mom., 22 och 23 § samt 28 § 2 mom., av dem 4 § sådan den lyder i lag 1721/2009, 20 § och 21 § 1 mom. sådana de lyder i lag 1542/2009 samt 28 § 2 mom. sådant det lyder lag 280/2002, som följer:

Gällande lydelse

1 §

Målsättningar

Föreslagen lydelse

(upphävs)

Gällande lydelse

Missbrukarvården har som mål att förebygga och minska missbruket av rusmedel ävensom därmed förknippade sociala olägenheter och men för hälsan samt att främja missbrukarens och honom närstående personers funktionsförmåga och säkerhet.

3 §

Anordnande av missbrukarvård

Kommunen skall sörja för att vården av missbrukare ordnas så att den till sin innebörd och sin omfattning motsvarar behovet i kommunen.

Att anordna och utveckla service och åtgärder inom missbrukarvården ankommer inom socialvården på socialnämnden och inom hälsovården på hälsovårdsnämnden.

4 §

Förhållande till andra lagar

På verksamhet som kommunen ordnar med stöd av denna lag tillämpas lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) och lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009), om inte något annat bestäms genom lag.

5 §

Påverkande av levnadsförhållanden och levnadssätt

Socialnämnden och andra kommunala myndigheter bör förebygga uppkomsten av sådana förhållanden och levnadssätt som allmänt ökar missbruket av alkohol och övriga rusmedel.

Socialnämnden och hälsovårdsnämnden skall följa missbruket av rusmedel i kommunen och förmedla kunskap om faktorer som

Föreslagen lydelse

3 §

Vård oberoende av missbrukarens vilja på grund av användning av berusningsmedel

Välfärdsområdet ska inom sitt område sköta om att den vård oberoende av missbrukarens vilja som avses i denna lag tillhandahålls som en del av primärvården och den specialiserade sjukvården. Bestämmelser om primärvården och den specialiserade sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).
(upphävs)

4 §

Förhållande till andra lagar

På verksamhet som välfärdsområdet ordnar med stöd av denna lag tillämpas lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) och lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021).

(upphävs)

Gällande lydelse

har samband med uppkomsten och förebyggandet av missbruk samt möjligheterna att ge vård vid missbruk, och lämna sakkunnighjälp till övriga myndigheter ävensom kommunens invånare och i kommunen verksamma samfund.

Föreslagen lydelse

6 §

(upphävs)

Utvecklande av servicen

Servicen inom missbrukarvården skall ordnas genom att den allmänna servicen inom social- och hälsovården utvecklas samt genom särskild, för missbrukarvården avsedd service.

Den allmänna servicen inom social- och hälsovården skall utvecklas så att inom ramen för denna service missbrukare av rusmedel kan vårdas i tillräcklig mån samt den som behöver hjälp och stöd efter behov kan anvisas service som är avsedd särskilt för missbrukarvården.

Servicen skall i första hand ordnas genom åtgärder inom den öppna vården så att den är lätt åtkomlig, smidig och mångsidig.

7 §

(upphävs)

Vårdbehov

Service inom missbrukarvården skall tillhandahållas den som har problem som har samband med bruk av rusmedel samt hans familj och andra honom närstående personer. Service skall ges med hänsyn till missbrukarens, hans familjs och andra honom närstående personers behov av hjälp, stöd och vård.

8 §

(upphävs)

Centrala principer

Servicen inom missbrukarvården skall ordnas så att det är möjligt för en klient att anlita den på eget initiativ och så att klienten ges stöd i att reda sig på egen hand. Vården skall vara av konfidentiell karaktär. I verksamheten skall i första hand beaktas missbrukarens och honom närstående personers bästa.

Gällande lydelse

När service tillhandahålls skall missbrukaren vid behov även ges hjälp med att lösa sina problem i fråga om utkomst, boende och arbete.

9 §

Samarbete

Inom missbrukarvården verksamma myndigheter och samfund skall samarbeta med varandra. Särskild uppmärksamhet skall ägnas det inbördes samarbetet mellan missbrukarvården å ena sidan och den övriga social- och hälsovården, nykterhetsverksamheten, bostadsmyndigheterna, Arbetskraftsmyndigheterna, skolväsendet, ungdomsverksamheten och polisen å den andra.

10 §

Förutsättningar för vårdförordnande

En missbrukare kan oberoende av sin vilja förordnas till vård, om det har visat sig omöjligt att ordna vård och omsorg för honom genom sådan service som bygger på frivillighet, eller om den har visat sig otillräcklig, förutsatt att han,

1) om bruket av rusmedel inte avbryts och behövlig vård ges, till följd av sjukdom eller skada som han lider av eller genom sitt bruk av rusmedel omedelbart håller på att ådra sig, är i omedelbar livsfara eller håller på att ådra sig sådan allvarlig skada i fråga om sin hälsa som kräver brådskande vård (hälsorisk), eller

2) till följd av sitt bruk av rusmedel genom sin våldsamhet allvarligt äventyrar en familjemedlems eller annan persons hälsa, säkerhet eller psykiska utveckling (våldsamhet).

Vad som stadgas i 1 mom. 2 punkten tillämpas inte på den som är under 18 år, om inte särskild anledning därtill föreligger.

12 §

Kortvarig vård på grund av våldsamhet och underställande av beslut

Föreslagen lydelse

(upphävs)

10 §

Förutsättningar för vårdförordnande

En missbrukare kan oberoende av sin vilja förordnas till vård, om det har visat sig omöjligt att ordna vård och omsorg för honom genom sådan service som bygger på frivillighet, eller om den har visat sig otillräcklig, förutsatt att han,

1) om bruket av rusmedel inte avbryts och behövlig vård ges, till följd av sjukdom eller skada som han lider av eller genom sitt bruk av rusmedel omedelbart håller på att ådra sig, är i omedelbar livsfara eller håller på att ådra sig sådan allvarlig skada i fråga om sin hälsa som kräver brådskande vård (hälsorisk), eller
(upphävs)

(upphävs)

(upphävs)

Gällande lydelse

Den tjänsteinnehavare som har yrkesmässig behörighet som socialarbetare och som av det organ som ansvarar för kommunens socialvård förordnats att sköta uppgiften har rätt att enligt de grunder som fastställts av organet och enligt dess allmänna anvisningar förordna att en missbrukare oberoende av sin vilja på grund av våldsamhet ska tas in för vård under högst fem dygn för avbrytande av bruket av rusmedel och att besluta om därtill anslutna andra åtgärder samt att i dessa fall själv eller genom ombud föra organets talan.

Ett beslut genom vilket någon oberoende av sin vilja har förordnats till vård skall omedelbart underställas förvaltningsdomstolen för fastställelse.

13 §

Vård på grund av våldsamhet

Förvaltningsdomstolen kan på framställning av socialnämnden besluta att en person på grund av våldsamhet ska förordnas till vård oberoende av sin vilja under högst 30 dygn, då den i 12 § angivna vårdtiden har visat sig vara otillräcklig.

14 §

Hörande av part och utredning av vårdbehov

Innan beslut som avses i detta kapitel fattas skall part beredas tillfälle att bli hörd på det sätt som bestäms i 34 § förvaltningslagen (434/2003).

Innan beslut fattas på grund av en persons våldsamhet skall erforderlig utredning inhämtas beträffande de omständigheter som utgör grund för beslutet samt i mån av möjlighet beträffande hans levnadsförhållanden och tidigare rehabiliteringsåtgärder. Innan någon förordnas till vård enligt 13 § skall dessutom läkarutlåtande över hans hälsotillstånd inhämtas.

15 §

Verkställande av beslut

Föreslagen lydelse

(upphävs)

14 §

Hörande av part

Innan beslut som avses i detta kapitel fattas skall part beredas tillfälle att bli hörd på det sätt som bestäms i 34 § förvaltningslagen (434/2003).

(upphävs)

15 §

Verkställande av beslut

Gällande lydelse

Beslut om vård som avses i detta kapitel skall verkställas omedelbart trots att underställning skett eller ändring sökts.

Har i 11 eller 12 § nämnt beslut om vård under en tid av högst fem dygn ej kunnat verkställas inom ett dygn, *och på motsvarande sätt i 13 § nämnt beslut om vård under en tid av högst 30 dygn ej kunnat verkställas inom fem dygn* från det beslutet fattades, skall beslutet förfalla.

16 §

Ordnande av vård

Socialnämnden skall ge i 8 § nämnt stöd samt annat behövligt stöd även efter det att den vård som avses i detta kapitel har upphört.

17 §

Avslutande av vård

Vård som lämnas oberoende av missbrukarens vilja skall avslutas så snart i 10–13 §§ angivet vårdbehov ej längre föreligger.

18 §

Godkännande av verksamhetsenheter

De verksamhetsenheter där vård kan ges godkänns av regionförvaltningsverket.

20 §

Sökande av ändring hos förvaltningsdomstolen

I ett beslut genom vilket någon förordnats till vård oberoende av sin vilja i enlighet med 11 eller 12 § får ändring sökas genom besvär hos förvaltningsdomstolen inom 14 dagar från delfåendet av beslutet.

Föreslagen lydelse

Ett beslut om vård som avses i detta kapitel ska verkställas omedelbart trots ändringssökande.

Har i 11 § nämnt beslut om vård under en tid av högst fem dygn ej kunnat verkställas inom ett dygn från det beslutet fattades, *ska* beslutet förfalla.

16 §

Ordnande av vård

När service tillhandahålls ska klienten vid behov få ges hjälp med att lösa sina problem i fråga om utkomst, boende och arbete. Klienten ska ges behövligt stöd även efter det att den vård som avses i detta kapitel har upphört.

17 §

Avslutande av vård

Vård som lämnas oberoende av missbrukarens vilja ska avslutas så snart i 10 och 11 § angivet vårdbehov ej längre föreligger.

(upphävs)

20 §

Sökande av ändring hos förvaltningsdomstolen

I ett beslut genom vilket någon förordnats till vård oberoende av sin vilja i enlighet med 11 § får ändring sökas genom besvär hos förvaltningsdomstolen inom 14 dagar från delfåendet av beslutet.

Gällande lydelse

I beslut som med stöd av 12 § 3 mom. ska underställas förvaltningsdomstolen för fastställelse får ändring inte sökas genom besvär.

21 §

Sökande av ändring hos högsta förvaltningsdomstolen

I förvaltningsdomstolens beslut i ett besvärs- eller underställningsärende varigenom någon förordnats till vård oberoende av sin vilja får ändring sökas genom besvär hos högsta förvaltningsdomstolen på det sätt som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen (586/1996).

22 §

Avbrytande av verkställighet

Då underställning har skett eller ändring har sökts, kan underställnings- eller besvärsmyndigheten förbjuda verkställighet av beslutet eller förordna att den skall avbrytas.

23 §

Brådskanie handläggning

I denna lag nämnda ärenden som gäller *underställning av beslut eller* sökande av ändring i beslut om vård av någon oberoende av hans vilja skall handläggas i brådskanie ordning.

28 §

Närmare bestämmelser

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet fastställs formulären för de blanketter som skall användas för sådana beslut som avses i denna lag. *Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan även bestämmas om de förutsättningar under vilka*

Föreslagen lydelse

(upphävs)

21 §

Sökande av ändring hos högsta förvaltningsdomstolen

Bestämmelser om sökande av ändring i förvaltningsdomstolens beslut genom vilket någon förordnats till vård oberoende av sin vilja finns i lagen om rättegång i förvaltningsärenden (808/2019).

22 §

Avbrytande av verkställighet

Då ändring har sökts, kan besvärsmyndigheten förbjuda att beslutet verkställs eller *bestämma att verkställigheten ska avbrytas.*

23 §

Brådskanie handläggning

I denna lag nämnda ärenden som gäller sökande av ändring i beslut om vård av någon oberoende av hans vilja *ska* handläggas i brådskanie ordning.

28 §

Närmare bestämmelser

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet fastställs formulären för de blanketter som *ska* användas för sådana beslut som avses i denna lag.

Gällande lydelse

vård betraktas som sådan i 50 kap. 7 § strafflagen (39/1889) avsedd vård som har godkänts av social- och hälsovårdsministeriet. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan vidare utfärdas bestämmelser om ordnandet och genomförandet av medicinsk vård för narkotikaberoende personer.

Föreslagen lydelse

*Denna lag träder i kraft den 20 .
Social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel (33/2008) förblir i kraft även till den del den utfärdats med stöd av 28 § 2 mom. som ändras genom denna lag.*

6.

Lag

om ändring av 2 och 18 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) 18 § 1 mom. 5 punkten och 18 § 4 mom., av dem 18 § 4 mom. sådant det lyder i lag 930/2011, samt
fogas till 2 §, sådan den lyder delvis ändrat i lag 561/2022, ett nytt 4 mom. som följer:

Gällande lydelse

2 §

Lagens tillämpningsområde

Föreslagen lydelse

2 §

Lagens tillämpningsområde

Vad som i 18 § 1 mom. 5 punkten och i 18 § 4 mom. föreskrivs om rätten till rehabiliteringspenning för tiden för rehabilitering som getts med stöd av socialvårdslagen (1301/2014) eller hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), gäller på motsvarande sätt rät-

Gällande lydelse

18 §

Rehabiliteringspenning för lagstadgad rehabilitering

Rätt till rehabiliteringspenning uppkommer om rehabiliteringen behövs för att klienten ska kunna hålla sig kvar i arbetslivet, återvända till arbetslivet eller komma ut i arbetslivet och under förutsättning att rehabiliteringen ges med stöd av någon av följande lagar eller bestämmelser:

5) i fråga om familjerehabilitering barnskyddslagen (417/2007), lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977) eller lagen om missbrukarvård (41/1986).

För tiden för individuell rehabilitering vid inrättning som ges med stöd av lagen om missbrukarvård beviljas rehabiliteringspenning under förutsättning att rehabiliteringen baserar sig på en vårdplan som upprättats på grundval av socialvårdslagen (710/1982) eller på en rehabiliteringsplan som upprättats på grundval av lagen om missbrukarvård och av vilken det ska framgå hur man med hjälp av missbrukarrehabiliteringen försöker påverka de problem med arbets- eller förvärvsförmågan som missbruksproblemet förorsakat så att rehabiliteringen främjar den försäkrades möjligheter att komma ut i arbetslivet, att hålla sig kvar i arbetslivet eller återvända till arbetslivet. Beslut om rehabiliteringspenning som betalas för tiden för individuell rehabilitering enligt lagen om missbrukarvård fattas för högst 75 vardagar åt gången. Ett nytt beslut förutsätter alltid en ny vårdplan eller rehabiliteringsplan. En förutsättning för beviljande av rehabiliteringspenning är dessutom att rehabiliteringen genomförs i en av Folk-

Föreslagen lydelse

ten till rehabiliteringspenning för tiden för rehabilitering som landskapet Åland eller en kommun i landskapet Åland gett med stöd av lagen om missbrukarvård (41/1986).

18 §

Rehabiliteringspenning för lagstadgad rehabilitering

Rätt till rehabiliteringspenning uppkommer om rehabiliteringen behövs för att klienten ska kunna hålla sig kvar i arbetslivet, återvända till arbetslivet eller komma ut i arbetslivet och under förutsättning att rehabiliteringen ges med stöd av någon av följande lagar eller bestämmelser:

5) i fråga om familjerehabilitering barnskyddslagen (417/2007) *eller* lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977) *eller i fråga om familjerehabilitering som hänför sig till berusningsmedel eller beroenden socialvårdslagen eller hälso- och sjukvårdslagen.*

För individuell rehabilitering vid inrättning som tillhandahållits i form av alkohol- och drogarbete och beroendearbete med stöd av socialvårdslagen eller i form av missbrukar- och beroendevård med stöd av hälso- och sjukvårdslagen kan rehabiliteringspenning beviljas under de förutsättningar som anges nedan. Rehabiliteringspenning beviljas under förutsättning att rehabiliteringen baserar sig på en klientplan som upprättats på grundval av socialvårdslagen eller på en rehabiliteringsplan som upprättats på grundval av hälso- och sjukvårdslagen och av vilken det ska framgå hur man med hjälp av rehabiliteringen försöker påverka de problem med arbets- eller förvärvsförmågan som berusningsmedel eller beroenden förorsakat så att rehabiliteringen främjar den försäkrades möjligheter att komma ut i arbetslivet, att hålla sig kvar i arbetslivet eller återvända till arbetslivet. Beslut om rehabiliteringspenning som ska betalas för tiden för individuell rehabilitering som avses i detta moment fattas för högst 75 vardagar åt gången. Ett nytt beslut förutsätter

Gällande lydelse

pensionsanstalten godkänd rehabiliteringsinrättning *för missbrukarvård*. En rehabiliteringsinrättning som tillhandahåller rehabiliteringstjänster inom missbrukarvården ska ha ett i 4 § i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990) avsett tillstånd att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller ett i 7 § i lagen om privat socialservice (922/2011) avsett tillstånd att tillhandahålla socialservice dygnet runt. Rehabiliteringsinrättningen ska dessutom ha lokaler och anordningar som är lämpliga för missbrukarrehabilitering samt en sådan personal som verksamheten kräver. Genom förordning av statsrådet får närmare bestämmelser utfärdas om de förutsättningar som ska vara uppfyllda för att en rehabiliteringsinrättning *för missbrukarvård* ska kunna godkännas som en rehabiliteringsinrättning enligt detta moment.

Föreslagen lydelse

alltid en ny *klientplan* eller rehabiliteringsplan. En förutsättning för beviljande av rehabiliteringspenning är dessutom att rehabiliteringen genomförs i en av Folkpensionsanstalten godkänd rehabiliteringsinrättning. En rehabiliteringsinrättning som tillhandahåller *sådana rehabiliteringstjänster som avses i detta moment* ska ha ett i 4 § i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990) avsett tillstånd att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller ett i 7 § i lagen om privat socialservice (922/2011) avsett tillstånd att tillhandahålla socialservice dygnet runt. Rehabiliteringsinrättningen ska dessutom ha lokaler och anordningar som är lämpliga för *sådan rehabilitering som avses i detta moment* samt en sådan personal som verksamheten kräver. Genom förordning av statsrådet får närmare bestämmelser utfärdas om de förutsättningar som ska vara uppfyllda för att en rehabiliteringsinrättning ska kunna godkännas som en rehabiliteringsinrättning enligt detta moment.

Denna lag träder i kraft den 20 .

7.

Lag

om ändring av 2 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre

I enlighet med riksdagens beslut *ändras* i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) 2 § 2 mom., sådant det lyder i lag 267/2015, som följer:

Gällande lydelse

2 §

Tillämpningsområde och samband med annan lagstiftning

Föreslagen lydelse

2 §

Tillämpningsområde och förhållande till annan lagstiftning

Gällande lydelse

På de frågor som avses i 1 mom. tillämpas denna lag utöver det som föreskrivs om dem i

- 1) socialvårdslagen (1301/2014),
- 2) hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010),
- 3) lagen om stöd för närståendevård (937/2005),
- 4) familjevårdslagen (263/2015),
- 5) lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987),
- 6) lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977),
- 7) lagen om missbrukarvård (41/1986),
- 8) mentalvårdslagen (1116/1990),
- 9) lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000),
- 10) lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992),
- 11) lagen om privat socialservice (922/2011),
- 12) lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990).

Föreslagen lydelse

På de frågor som avses i 1 mom. tillämpas denna lag utöver det som föreskrivs om dem i

- 1) socialvårdslagen (1301/2014),
- 2) hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010),
- 3) lagen om stöd för närståendevård (937/2005),
- 4) familjevårdslagen (263/2015),
- 5) lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987),
- 6) lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977),
- 7) lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000),
- 8) lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992),
- 9) lagen om privat socialservice (922/2011),
- 10) lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990).

Denna lag träder i kraft den 20 .

8.

Lag

om ändring av 1 § i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd (1379/2010) 1 § 2 mom. som följer:

Gällande lydelse

1 §

Lagens tillämpningsområde

Föreslagen lydelse

1 §

Lagens tillämpningsområde

—————
Vid statens skolhem tillhandahålls uppfost-
ran och vård samt grundläggande utbildning

—————
Vid statens skolhem tillhandahålls uppfost-
ran och vård samt grundläggande utbildning

Gällande lydelse

och annan undervisning i anslutning till den för barn och unga personer som med stöd av barnskyddslagen (417/2007) är placerade i vård utom hemmet eller i eftervård och som inte på ett ändamålsenligt sätt kan uppfostras och vårdas vid någon annan barnskyddsenhet och inte heller på grund av sjukdom behöver vård som ges någon annanstans. Vid statens skolhem kan också tillhandahållas sådana mentalvårdstjänster som avses i mentalvårdslagen (1116/1990), med undantag för vård oberoende av patientens vilja.

Föreslagen lydelse

och annan undervisning i anslutning till den för barn och unga personer som med stöd av barnskyddslagen (417/2007) är placerade i vård utom hemmet eller i eftervård och som inte på ett ändamålsenligt sätt kan uppfostras och vårdas vid någon annan barnskyddsenhet och inte heller på grund av sjukdom behöver vård som ges någon annanstans. Vid statens skolhem kan också tillhandahållas sådana mentalvårdstjänster som avses i *socialvårdslagen (1301/2014) eller i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)*.

Denna lag träder i kraft den 20 .

9.

Lag

om ändring av 4 § i narkotikalagen

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i narkotikalagen (373/2008) 4 § 2 mom., sådant det lyder i lag 524/2015, som följer:

Gällande lydelse

4 §

Övriga lagar

Bestämmelser om förebyggande av narkotikamissbruk och vård av narkotikamissbrukare finns i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015) och i lagen om missbrukarvård (41/1986).

Föreslagen lydelse

4 §

Övriga lagar

Bestämmelser om förebyggande av användning av narkotika finns i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015). *Bestämmelser om socialservice som riktar sig till användare av narkotika finns i socialvårdslagen (1301/2014) och om hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och i lagen om missbrukarvård (41/1986).*

Denna lag träder i kraft den 20 .

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

10.

Lag

om ändring av lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar

I enlighet med riksdagens beslut
fogas till lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015) en ny 16 a § som
följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

16 a §

*Avgiftning och substitutionsbehandling av
opioidberoende personer med opioidläkeme-
del*

*Inom de hälso- och sjukvårdstjänster som
ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för
fångar och i dess lokaler får opioidberoende
patienter som avgiftning och substitutionsbe-
handling ges opioidläkemedel. Vid Enheten
för hälso- och sjukvård för fångar ska det fin-
nas en ansvarig läkare som är förtrogen med
att ge sådan behandling och annan personal
som verksamheten kräver samt lämpliga loka-
ler. Genom förordning av social- och hälso-
vårdsministeriet får utfärdas närmare be-
stämmelser om förutsättningarna för att till-
handahålla och genomföra avgiftning vid och
substitutionsbehandling av opioidberoende
vid Enheten för hälso- och sjukvård för
fångar.*

Denna lag träder i kraft den 20 .

11.

Lag

om ändring av 93 § i civiltjänstlagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i civiltjänstlagen (1446/2007) 93 § 1 mom. 4 punkten, sådan den lyder i lag 940/2013,
som följer:

Gällande lydelse

93 §

Utomstående informationskällor

Civiltjänstcentralen har rätt att trots sekretessbestämmelserna för civiltjänstregistret få uppgifter för utförandet av dess i lag bestämda uppgifter enligt följande:

4) av hälsovårdscentraler, *mentalvårdsbyråer*, sjukhus eller andra som utför mentalvårdsarbete uppgifter om sådana i mentalvårdslagen (1116/1990) avsedda mentalvårdstjänster som givits en civiltjänstgörare, om uppgifterna är av betydelse med tanke på tjänstedugligheten eller ordnandet av tjänstgöringen,

Föreslagen lydelse

93 §

Utomstående informationskällor

Civiltjänstcentralen har rätt att trots sekretessbestämmelserna för civiltjänstregistret få uppgifter för utförandet av dess i lag bestämda uppgifter enligt följande:

4) av hälsovårdscentraler, sjukhus eller andra som *tillhandahåller mentalvårdstjänster* uppgifter om sådana i mentalvårdslagen (1116/1990), *socialvårdslagen (1301/2014)* eller i *hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)* avsedda mentalvårdstjänster som givits en civiltjänstgörare, om uppgifterna är av betydelse med tanke på tjänstedugligheten eller ordnandet av tjänstgöringen,

Denna lag träder i kraft den 20 .

12.

Lag

om ändring av 35 § i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten (332/2019) 35 § 1 mom. 3 punkten som följer:

Gällande lydelse

35 §

Rätt att få hälsouppgifter

Utöver vad som föreskrivs någon annanstans i lag, har den personuppgiftsansvarige samt en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som vid en hälsokontroll som föregår uppbådet, vid uppbådet eller under tjänstgöringen granskar hälsotillståndet hos en värnpliktig eller den som har sökt till frivillig militärtjänst för kvinnor, fullgör tjänstgöring eller har fullgjort tjänstgöring, rätt att trots sekretessbestämmelserna få nödvändiga uppgifter enligt följande för fastställande av tjänsteduglighet, upprätthållande av säkerheten under tjänstgöringen samt ordnande av undersökning och vård av patienten:

3) av hälsovårdscentraler, *mentalvårdsbyråer*, sjukhus och andra som utför mentalvårdsarbete uppgifter om sådana i mentalvårdslagen (1116/1990) avsedda mentalvårdstjänster som givits en värnpliktig och den som har sökt till frivillig militärtjänst för kvinnor,

Föreslagen lydelse

35 §

Rätt att få hälsouppgifter

Utöver vad som föreskrivs någon annanstans i lag, har den personuppgiftsansvarige samt en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som vid en hälsokontroll som föregår uppbådet, vid uppbådet eller under tjänstgöringen granskar hälsotillståndet hos en värnpliktig eller den som har sökt till frivillig militärtjänst för kvinnor, fullgör tjänstgöring eller har fullgjort tjänstgöring, rätt att trots sekretessbestämmelserna få nödvändiga uppgifter enligt följande för fastställande av tjänsteduglighet, upprätthållande av säkerheten under tjänstgöringen samt ordnande av undersökning och vård av patienten:

3) av hälsovårdscentraler, sjukhus eller andra som *tillhandahåller mentalvårdstjänster* uppgifter om sådana i mentalvårdslagen (1116/1990), *socialvårdslagen (1301/2014) eller i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)* avsedda mentalvårdstjänster som givits en värnpliktig och den som har sökt till frivillig militärtjänst för kvinnor.

Denna lag träder i kraft den 20 .

13.

Lag

om ändring av 4 och 5 § 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 och 7 punkten samt 5 § 7 och 8 punkten, av dem 4 § 1 punkten sådan den lyder i lag 791/2022, 5 § 7 punkten sådan den lyder i lag 468/2015 och 5 § 8 punkten sådan den lyder i lag 367/1996, samt

fogas till 5 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 367/1996, 654/2010, 1329/2010, 468/2015 och 1201/2020, en ny 9 punkt 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, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor enligt momentets 16 punkt, övervakning av umgänge mellan barn och förälder enligt momentets 17 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),

7) poliklinisk missbrukarvård,

5 §

Avgiftsfria hälsovårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälsovårdstjänster:

7) hjälpmedel i medicinsk rehabilitering enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen samt utprovning, behövligt förnyande och underhåll av sådana, utom när behovet av hjälpmedel beror på en skada eller yrkessjukdom som ersätts enligt lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar (459/2015), lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (1026/1981), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/1948), trafikförsäkringslagen

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, *dagcenter 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),

7) *öppenvårdstjänster som speciellt är riktade till användare av berusningsmedel eller beroendebeteende enligt 24 a § i socialvårdslagen med undantag för boendeservice,*

5 §

Avgiftsfria hälso- och sjukvårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälso- och sjukvårdstjänster:

7) hjälpmedel i medicinsk rehabilitering enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen samt utprovning, behövligt förnyande och underhåll av sådana, utom när behovet av hjälpmedel beror på en skada eller yrkessjukdom som ersätts enligt lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar (459/2015), *lagen om lantbruksföretagares olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar (873/2015)*, lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/1948), trafikför-

Gällande lydelse

(279/1959), patientskadelagen (585/1986) eller någon tidigare lag som motsvarar dessa, och

8) av läkare ordinerad transport av en inskriven patient med sjuktransportfordon från en bäddplats vid en hälsovårdscentral eller ett sjukhus till en annan vårdinrättning eller till hemvård.

Föreslagen lydelse

säkringslagen (460/2016), patientförsäkringslagen (948/2019) eller någon tidigare lag som motsvarar dessa,

8) av läkare ordinerad transport av en inskriven patient med sjuktransportfordon från en bäddplats vid en hälsovårdscentral eller ett sjukhus till en annan vårdinrättning eller till hemvård, samt

9) vård enligt 28 § i hälso- och sjukvårdslagen då den ges i form av öppenvård vid enheter inom missbrukar- och beroendevården.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Statsrådets förordning

om upphävande av vissa bestämmelser i mentalvårdsförordningen

I enlighet med statsrådets beslut föreskrivs:

1 §

Genom denna förordning upphävs i mentalvårdsförordningen (1247/1990) 1, 6 b, 6 c och 6 d §, av dem 1 och 6 d § sådana de lyder i förordning 1646/2009 samt 6 b och 6 c § sådana de lyder i förordning 1282/2000.

2 §

Denna förordning träder i kraft den 20 .

Statsrådets förordning

om upphävande av vissa bestämmelser i förordningen om missbrukarvård

I enlighet med statsrådets beslut föreskrivs:

1 §

Genom denna förordning upphävs i förordningen om missbrukarvård (653/1986) 1, 3–7, 9 och 11 §, av dem 4 och 9 § sådana de lyder i förordning 427/1991 samt 5 och 6 § sådana de lyder delvis ändrade och 7 § sådan den lyder i förordning 77/1988.

2 §

Denna förordning träder i kraft den 20 .

Social- och hälsovårdsministeriets förordning

om verksamhetsenheter som ger vård till personer som misstänks för narkotikabrott och personer som gjort sig skyldiga till narkotikabrott

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets beslut
föreskrivs med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 78 b § 3 mom., sådant det lyder i lag / :

1 §

Tillämpningsområde

I denna förordning föreskrivs det om de verksamhetsenheter som kan tillhandahålla i 50 kap. 7 § i strafflagen (39/1889) avsedd vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet.

2 §

Vårdgivande verksamhetsenheter

Vård ska ges vid verksamhetsenheter som tillhandahåller missbrukar- och beroendevård eller inom den specialiserade sjukvård som välfärdsområdet ordnat för att uppfylla sitt organiseringsansvar enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). Bestämmelser om sätten att producera tjänster finns i 9 § i lagen om välfärdsområden (611/2021).

3 §

Ikraftträdande

Denna förordning träder i kraft den 20 .

Genom denna förordning upphävs social- och hälsovårdsministeriets förordning om godkänd vård vid narkotikabrott (290/2002).