

UTKAST

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen och vissa andra lagar

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I propositionen föreslås ändringar av socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen, mentalvårdslagen, lagen om missbrukarvård, lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården, lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner, lagen om stödande 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 rusmedelslagstiftningen reformeras enligt skrivningen i regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering. I propositionen upphävs annan reglering av mentalvårds- och missbrukartjänster än vård oberoende patientens vilja eller regleringen av statens sinnessjukhus i mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. I fortsättningen ska det föreskrivas om socialservice i socialvårdslagen och om hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen. Genom propositionen upphävs dessutom regleringen av vårdförordnande oberoende av missbrukarens vilja på grund av våldsamhet.

I propositionen förtydligas tillhandahållandet av mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänster som en del av primärvården, den specialiserade sjukvården och allmän socialservice vid enheter som tillhandahåller missbrukar- och beroendetjänster och som inriktad socialservice till de klienter som behöver dessa tjänster. 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.

Hälso- och sjukvårdens service inom mental- och missbrukarvården ska ordnas mångsidigt genom att säkerställa kontinuiteten och med hänsyn till skötsel av hälsan som helhet. Skyldigheten att ordna arbetshandledning utökas till att utöver mentalvårdstjänster gälla missbrukar- och beroendetjänster. 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 rusmedel eller annat beroende, psykisk ohälsa eller annan sjukdom eller skada. 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 dagcenterverksamhet som erbjuds som tjänst inom rusmedelsarbetet för personer som missbrukar rusmedel och tillfällig inkvartering i anslutning till den.

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

UTKAST

Lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2023.

UTKAST

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
MOTIVERING	5
1 Bakgrund och beredning	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Beredning.....	5
2 Nuläge och bedömning av nuläget.....	6
2.1 Gällande lagstiftning.....	6
2.1.1 De grundläggande fri- och rättigheterna	6
2.1.2 Internationella människorättskonventioner	7
2.1.3 Skyldighet att ordna mentalvårds- och missbrukartjänster:	10
2.1.4 Mentalvårds- och missbrukartjänster	11
2.1.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen	11
2.1.4.2 Socialvårdslag	14
2.1.4.3 Mentalvårdslagen och mentalvårdsförordningen	17
2.1.4.4 Lagen om missbrukarvård och förordningarna om missbrukarvård	18
2.1.4.5 Lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet	20
2.1.5 Regleringen av integrationen av tjänsterna	21
2.1.6 Tillgängligheten av och tillgången till tjänster.....	24
2.1.7 Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården	26
2.1.8 Lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner	26
2.1.9 Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre	27
2.1.10 Lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd....	27
2.1.11 Narkotikalagen	27
2.1.12 Civiltjänstlagen	27
2.1.13 Lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarmakten	28
2.1.14 Hälso- och sjukvård för fångar och häktade.....	28
2.1.15 Behandling av klient- och patientuppgifter inom social- och hälsovården.....	29
2.2 Befolkningens mentala hälsa, användning av berusningsmedel och funktionella beroenden	30
2.3 Utbudet av mental- och missbrukarvårdstjänster	35
2.3.1 Grundläggande mentalvårdstjänster.....	35
2.3.2 Specialiserad psykiatrisk sjukvård	37
2.3.3 Missbrukartjänster.....	38
2.3.4 Psykosocialt stöd vid plötsliga chockerande situationer	41
2.4 Patient- och klientupplevelser	41
2.5 Personal	42
2.6 Kostnader	43
2.7 Klientavgifter	44
2.8 Konsekvenserna av Covid-19-epidemin	45
2.9 Utveckling av mentalvård och alkohol- och drogarbete samt framtidsutsikter.....	47
2.10 Bedömning av servicesystemet	54
2.11 Bedömning av lagstiftningen	58

UTKAST

3 Målsättning	63
4 Förslagen och deras konsekvenser.....	65
4.1 De viktigaste förslagen.....	65
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	67
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser	67
4.2.1.1 Konsekvenser för välfärdsområdenas kostnader	67
4.2.1.2 Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning.....	79
4.2.1.3 Konsekvenser för samhällsekonomin.....	79
4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna	80
4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser.....	84
4.2.3.1 Konsekvenser för medborgarnas ställning och verksamheten i medborgarsamhället	84
4.2.3.2 Konsekvenser för klienter och patienter.....	85
4.2.3.3 Konsekvenser för olika befolkningsgrupper	86
4.2.3.4 Konsekvenser för likabehandling och jämställdhet	88
4.2.3.5 Konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna och mänskliga rättigheterna	88
4.2.3.6 Konsekvenser för barn	89
4.2.3.7 Konsekvenser för sysselsättningen och arbetslivet	90
4.2.3.8 Konsekvenser för säkerheten	91
5 Alternativa handlingsvägar	91
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser.....	91
5.2 Utländsk lagstiftning och andra förfaranden som tillämpas utomlands	93
5.2.1 Mentalvårds- och missbrukartjänster	93
5.2.2 Tvångsvård på grund av våldsamt beteende	100

UTKAST

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 fastställs: 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. Även mödrar och familjer med missbruksproblem ska 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 rådgivningsbyråttjänster och andra förebyggande tjänster. Utvecklingen av mentalvårdstjänsternas tillgänglighet och kvalitet har konstaterats utgöra en viktig del av strukturen av social- och hälsotjänsterna.

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 framhölls 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.

UTKAST

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 (SHM 2019:2).

Under statsminister Sanna Marins regeringsperiod har beredningen av översynen av mentalvårds- och missbrukartjänster fortsatt som tjänstemannaberedning vid social- och hälsovårdsministeriet sedan sommaren 2021 med beaktande av den tidigare beredningen. I lagberedningen har samarbete utförts med justitieministeriet, 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.

Utkast till regeringens proposition var på remiss... (*täydenty myöhemmin*).

Utlåtandena och de övriga beredningsunderlagen finns tillgänglig i den offentliga tjänsten på <https://stm.fi/hankkeet> med koden STM105:00/2021.

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

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%20hoidon%20saatavuuden%20ja%20yhten%C3%A4isten%20hoidon.pdf. Läst 19.3.2022.

³ Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:2: Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>. Läst 19.3.2022.

UTKAST

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-

UTKAST

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 egenskap 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. Förbjudna diskrimineringsgrunder omfattar personers hälsostatus, och till exempel diskriminering på grund av en psykisk störning är förbjuden. 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 tillgodoseendet 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.

UTKAST

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 könsensitiva hälsovårdstjänster för personer med funktionsnedsättning, inklusive hälsorelaterad rehabilitering. Artikeln 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

UTKAST

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 organisationen 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 organisationen 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

UTKAST

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 rusmedelsarbetet. Välfärdsområdenas uppgift är främst att stödja kommunerna inom området i genomförandet och utvecklingen av det förebyggande rusmedelsarbetet och har också eget ansvar för det förebyggande rusmedelsarbetets 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 landskapsregering, 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. Mentalvårds- och missbrukartjänster 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 och miljö- och hälsoskydd som kommunen ordnar 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

UTKAST

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 utlåtanen som krävs för hänvisning till psykoterapi, som ingår i de mentalvårdstjänster som studerandehälsovården tillhandahåller. Studerandehälsovården utgör en del av studerandevården enligt lagen om 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.

UTKAST

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 drogärbete. 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 skäligen 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

UTKAST

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 utkast avseende ärendet var på remiss i slutet av år 2021⁴. Enligt utkastet 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. Avsikten är att regeringens proposition överlämnas till riksdagen under våren 2022.

På grund av strukturreformen av social- och hälsovårdstjänsterna kommer tekniska ändringar att göras i hälso- och sjukvårdslagen, och till exempel hänvisningarna till kommunernas tjänster ändras till hänvisningar till välfärdsområdenas och vid behov till HUS-sammanslutningens tjänster. Regeringens proposition om dessa ändringar behandlas för närvarande av riksdagen (RP 56/2021 rd).

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

⁴ Ändring av hälso- och sjukvårdslagen (vårdgaranti),
<https://valtioneuvosto.fi/hanke?tunnus=STM074:00/2019>. Läst 21.3.2022.

UTKAST

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 missbrukare erbjuds socialvårdens allmänna service 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

UTKAST

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 tillhandahållet 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 prehospitala akutsjukvården, hälso- och sjukvårdens jour, räddningstjänsten, 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.

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. 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

UTKAST

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.

På grund av strukturreformen av social- och hälsovårdsservicen görs flera tekniska ändringar i de ovan nämnda bestämmelserna i socialvårdslagen. Till exempel i paragraferna om tjänsterna ändras hänvisningarna till kommunernas service till hänvisningar till välfärdsområdenas service. (RP 56/2021 rd). Riksdagen behandlar också regeringens proposition om ändring av socialvårdslagen och lagen om äldreomsorg samt vissa andra lagar i syfte att reformera socialvårdslagens helhet bestående av hemservice och boendetjänster (RP 231/2021 rd). Det föreslås att regleringen av boendetjänster ändras så att det föreskrivs separat om respektive form av boendeservice som i dag ingår i samma paragraf. Boendetjänsterna skulle utgöras 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 skulle motsvara nuvarande intensifierat stödboende på det stora hela. För att främja mångsidiga boende- och servicehelheter föreslås att lagen kompletteras med bestämmelser som möjliggör ordnande av 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.

Även staten ordnar mentalvårdstjänster, och i 6 § i mentalvårdslagen föreskrivs om vård på statens sinnessjukhus. Om statens sinnessjukhus föreskrivs särskilt i lagen om statens

UTKAST

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 framställning 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

UTKAST

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.

UTKAST

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 penningspel i samarbete med allmännyttiga sammanslutningar. Syftet med lagen är att främja jämställdhet i koppling till hälsa och välbefinnande, trygga förutsättningarna för förebyggande rusmedelsarbete och stöda framförallt kommunernas och regionernas arbete för att utveckla det förebyggande rusmedelsarbetet.

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

UTKAST

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 rusmedelsarbetet 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 rusmedelsarbetet.

I och med social- och hälsovårdsreformen svarar både kommunerna och välfärdsområdena för det förebyggande rusmedelsarbetet, 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 rusmedelsarbetet och har också eget ansvar för det förebyggande rusmedelsarbetets uppgifter i social- och hälsovårdstjänsterna. Om dessa uppgifter föreskrivs närmare i regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av lagstiftningen om social- och hälsovården och räddningsväsendet samt av vissa andra lagar med anledning av lagstiftningen om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet (RP 56/2021 rd), med de motsvarar redan kommunernas nuvarande uppgifter.

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

UTKAST

av socialvård är uppenbart. Hälso- och sjukvårdslagens 53 a § ålägger en skyldighet att även i samband med en bedömning av behovet av icke-brådskande 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 brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren.

I 33 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om samarbetskyldigheten 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 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 samarbetskyldighet 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 stödtjänster 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

UTKAST

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 rusmedelsarbete 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.

UTKAST

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 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 clientsäkerheten 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 §.

UTKAST

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 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 jämnt, 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.

Eftersom välfärdsområdena framöver ansvarar för tjänsternas tillgänglighet, tillgång och sammanföring, upphävs 10 § i hälso- och sjukvårdslagen, medan 45 § om sammanföring av den specialiserade sjukvårdens tjänster i hälso- och sjukvårdslagen ändras. 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. (RP 56/2021 rd)

Även regleringen enligt socialvårdslagen ändras. I 33 § 2 mom. i socialvårdslagen föreskrivs framöver att välfärdsområdets allmänna socialservice ska tillhandahållas så att den lämpar sig för alla klienter. 33 a § 4 mom. om sammanslagning av tjänster i socialvårdslagen kompletteras med ett omnämmande av att det också i 9 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om sammanslagning av tjänster till större helheter. (RP 56/2021 rd).

UTKAST

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. 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 slutna vård och rehabilitering som ges som slutna vård samt partiellt uppehälle i anslutning till dem får avgifter dock tas ut. Även undersökning och vård som en poliklinik ger en person under 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 uppehälle 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 missbrukarrehabilitering 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 missbrukarrehabilitering 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 missbrukarrehabiliteringen 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 missbrukarrehabilitering 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).

UTKAST

Enligt gällande lagstiftning kan rehabiliteringspenning förutom för tiden för rehabilitering på grund av rusmedelsberoende även för rehabilitering på grund av andra beroendestörningar, 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 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 tillgodoseende 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 rusmedelsarbetet 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.

UTKAST

2.1.13 Lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarmakten

Lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarmakten (332/2019) tillämpas på sådan behandling av personuppgifter som utförs av Försvarmakten och för Försvarmaktens 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 försvarmakten (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 Försvarmakten 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 uppbygget, vid uppbygget 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 fängelserna 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 som 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) iaktas 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

UTKAST

mentalvårdslagen och lagen om smittsamma sjukdomar⁵. 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 drogärbete) i hälso- och sjukvårdslagen. Utöver de nämnda bestämmelserna finns det vissa bestämmelser om hälso- 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 registrerade 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

⁵ RP 264/2004 rd, s. 43.

UTKAST

(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 förbundna 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 betydelsen av psykiska störningar som en utmaning för folkhälsan ökat. Nästan hälften av befolkningen lider av någon form av psykiska störningar någon gång i livet⁶. 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

⁶ Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 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.

UTKAST

medför uppenbarligen utmaningar för människor i arbetsför ålder, samtidigt som det blir mer och mer tillåtet att lyfta fram psykiska problem.⁷ 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 2019⁸. 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.⁹ 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 sjukdagpenning på grund av psykiska störningar, och sjukdagpenningar ersattes mest på grund av psykiska störningar¹⁰.

Allvarliga psykiska och missbruksrelaterade 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.¹¹ 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 missbruksproblem. Självmordsdödligheten hos dessa missbrukarklienter är särskilt förknippad med psykiska störningar.¹²

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

⁷ Pirkola, Sami. Yleistyvätkö mielenterveyshäiriöt vaiko vain niiden aiheuttama haitta? Suomen Lääkärilehti 5/2021, s. 239.

⁸ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päätösten tueksi 1/2021: Tiedosta arviointiin: tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Suomessa 2019. Kansallinen seuranta-arvio. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-630-5>. Läst 28.2.2022.

⁹ Statistik över pensionstagarna i Finland 2020. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021090345139>. Läst 4.3.2022.

¹⁰ Fpa:s statistik över sjukdagpenningar 2020. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021092246902>. Läst 4.3.2022.

¹¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2019. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-404-2>. Läst 28.2.2022.

¹² 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 på <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.20>. Läst 28.2.2022.

UTKAST

depression. Cirka hälften av patienterna inom den psykiatriska specialiserade vården beräknas lida av depression.¹³

Livtidsprevalensen för psykossjukdomar i Finland ligger på cirka 3,5 procent. Den vanligaste psykotiska sjukdomen är schizofreni, som drabbar cirka en procent av finländarna.¹⁴ 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.¹⁵ Ångestsyndrom förekommer ofta tillsammans med andra psykiatriska, somatiska och missbruksrelaterade störningar. Cirka 20–40 procent av dem som lider av ångestsyndrom har haft samtidiga missbruksproblem under sin livstid. Ångestsyndrom är vanligt hos primärvårdens patienter och är ofta förknippade med ett stort anlitande av sjukvårdsservice. Självmordstankar och självmordstänkande 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 missbruksproblem 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.¹⁶

Det är vanligt att störningarna fortsätter in i vuxenåldern. I genomsnitt bryter hälften av livslånga psykiska störningar ut före medelåldern och tre av fyra före 25 års ålder.¹⁷ 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,

¹³ 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 www.kaypahoito.fi. Läst 4.3.2022.

¹⁴ Suvisaari J et al. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Suomen Lääkärilehti 2.3.2012/2012 vsk 67 s. 677–683. Tillgänglig på <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/psykoosien-esiintyvyys-ja-alueellinen-vaihtelu-suomessa/>. Läst 4.3.2022.

¹⁵ 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. Läst 4.3.2022.

¹⁶ Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim 2016.

¹⁷ Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Fröjd S. Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? Suomen Lääkärilehti 26–32/2015: s. 1908–1912.

UTKAST

stor alkoholkonsumtion och experimentering med droger. Barn och ungdomar som är placerade utanför hemmet har mer psykiska problem än genomsnittet.¹⁸

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 symtomen blivit utan service.¹⁹

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.²⁰ 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. berusningsdrinkande. Alkoholanvändning och rökning står fortfarande för en betydande del av skillnaderna i dödlighet mellan inkomstkategorierna.

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.²¹

Även enkäten Hälsa i skolan²² ger information om användning av berusningsmedel. Bland skolbarn har berusningsdrinkandet minskat under hela skolhalsundersökningsperioden sedan

¹⁸ Heino T, Forsell M ym. Lastensuojelun, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian yhteiset asiakkaat – yhteinen vastuu. Päätösten tueksi 50/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-198-0>. Läst 4.3.2022.

¹⁹ 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.

²⁰ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 4/2021. Alkoholi-, tupakka-, huumausaine- ja rahapelitilanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0>. Läst 4.3.2022.

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

²² 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.

UTKAST

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 yrkesskoleeleverna 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, arbetsförmåga 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.²³

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.²⁴ Enligt ESPAD-elevundersökningen ansåg 23 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna sitt digitala spelande vara överdrivet eller problematiskt år 2019²⁵.

Alkohol- och narkotikamissbruk samt regelbunden rökning är vanligare bland män än kvinnor. Alkohol-, narkotika- och tobaksrelaterad dödlighet är också vanligare bland män. Skadliga missbruks- 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 penningspel hos totalt sju procent av eleverna i klass åtta och nio. Detta var vanligare bland pojkar (9 %) än flickor (5 %). 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 missbruksstörningar.²⁶

²³ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpöri 4/2021. Alkoholi-, tupakka-, huumaussaine- ja rahapelitilanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0>. Läst 4.3.2022.

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

²⁵ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 40/2019. Nuorten päihneiden käyttö ja rahapelaaminen - ESPAD-tutkimus 2019. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019110737026>. Läst 4.3.2022.

²⁶ Jokimies J –Liskola J –Haravuori H –Päihneiden käyttöön liittyy nuorilla itsetuhoisuuden riski. Suomen Lääkärilehti 2022; 1–2:39–42.

UTKAST

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 hälsocentral²⁷.

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 missbrukstjänster 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 2019.²⁸ 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.

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.²⁹ Ungdomsmottagningarna, mentalvårdsarbetet för unga och arbetsgrupperna för mentalvårds- samt arbetsgrupperna för alkohol- och drogarbetet varierar. 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.

²⁷ Programmet Framtidens social- och hälsocentral, <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>. Läst 10.3.2022.

²⁸ Institutet för hälsa och välfärd, Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi.

²⁹ 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. 2020. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-547-6>. Läst 4.3.2022.

UTKAST

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 verksamhetsstödjande 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 svnen på uppfostrings- och familjerådgivningens uppgifter har blivit mycket otydlig och mångtydig. Den grundläggande uppgiften för rådgivningen i uppfostrings- och familjefrågor kan inte klargöras 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 ansvara 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.

I och med programmet för utveckling av barn- och familjetjänster dvs. LAPE³⁰ har kommunerna inrättat familjecentraler för att bemöta barns och familjers sektorsövergripande intresserade 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.

³⁰ 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.

UTKAST

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 slutna vård 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 2019.³¹

Enligt en färsk utredning är antalet sjukhusplatser på psykiatriska avdelningar otillräckligt i förhållande till behovet³². 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.³³

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.

³¹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 44/2021. Psykiatrin erikoissairaanhoito 2020. Tillgänglig på

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143510/TR44_Psykiatrin_erikoissairaanhoito_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 4.3.2022.

³² Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2022. Selvitys psykiatristen sairaalapaikkojen määrästä. Tillgänglig på

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143920/URN_ISBN_978-952-343-820-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 4.3.2022.

³³ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi.

UTKAST

Antalet besök inom ungdomspsykiatri bland 13–17-åringar var 1 215 000 år 2020 och 1 151 000 år 2019.³⁴

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.³⁵ Antalet remisser har ökat under de senaste åren liksom behovet av akut vård.

Ungdomspsykiatriens 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 2021³⁶. Enligt tillsynsmyndigheternas observationer har tillgödsendandet 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, eftersom tillhandahållandet av dem varierar mellan kommunerna.³⁷ När det gäller funktionellt missbruk ingår behandling av spelproblem vanligtvis i missbrukartjänster.

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

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

³⁶ Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Anvisning Dnr V/6085/2022 24.2.2022. Ordnande och tillhandahållande av mentalvårds- och missbrukartjänster för barn och unga som är kunder inom barnskyddet. Tillgänglig på https://www.valvira.fi/documents/14444/236772/Lastensuojelun_asiakkaana_lasten_mielenterveys_ ja_paihdepalvelut.pdf/180bfead-58bc-ada6-590f-ddf8e7dd28eb?t=1645798691962. Läst 8.3.2022.

³⁷ Työpöytä 4/2021: Katariina Warpenius (toimi.): Alkoholi-, tupakka-, huume- ja rahapelitilanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-622-0>. Läst 16.3.2022.

UTKAST

Samarbetet med andra tjänster i behandlingen av penningsspelproblem är omfattande.³⁸ Tjänster som tillhandahålls för beroende av digitala spel eller skadligt digitalt spelande har också delvis integrerats i missbrukartjänsterna.

Socialvårdens missbrukartjänster ger hjälp som socialservice som stöder nykterhet eller minskar skador på grund av missbruk. Stödbehov relaterade till missbruk 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 kopplat till 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 missbruk. En central rehabiliteringsform inom socialvården som hjälper missbrukare är social rehabilitering, som 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. I dag är missbrukarvården på sjukhus ungefär dubbelt så stor jämfört med i missbrukarvårdens anläggningar med beaktande av både antalet patienter och behandlingsperioder. 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 lågtröskel, såsom hälsorådgivning för narkotikaanvändare som kan anlitas anonymt. Ofta produceras dessa som samordnade, gemensamma tjänster, som kombinerar både social- och hälsovårdstjänster. 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 vardagen³⁹.

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 bägge, vilket profilerar innehållet i och utbudet av de tjänster som tillhandahålls.

³⁸ Tutkimuksesta tiiviisti 23/2021: Rahapeliongelman hoidon saatavuus Suomessa – kuntakyselyn tuloksia. Heiskanen Maria, Kesänen Minna ja Tenkanen Oona. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-655-8>. Läst 21.3.2022.

³⁹ Symppis, <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/paihdepalvelut/paivatoiminta/symppikset/>. Läst 15.3.2022.

UTKAST

A-kliniker och andra basenheter, såsom ungdomsstationer eller ungdomspolikliniker, tillhandahåller särskilda missbrukartjänster som öppna tjänster. Kortvarig institutionsvård inom särskilda tjänster tillhandahålls av till exempel avgiftningsenheter. Långvarig institutionsvård ges av missbrukarvårds- och rehabiliteringsenheter. År 2019 anlätade mindre än 40 000 klienter öppen missbrukarvård och cirka 11 000 klienter institutionsvård och -rehabilitering. 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. Den ökade belastningen av den psykiatriska vården, trots att förekomsten av psykiska sjukdomar inte förändrats, kan delvis förklaras av detta.

Den vanligaste anledningen till hänvisning till eller ansökan om missbrukarvård och -rehabilitering på institution är samtidiga missbruks- och beroendeproblem när öppenvård inte hjälper eller är lämplig. Enligt en färsk utredning tillhandahöll minst 45 enheter missbrukarvård och rehabilitering på institution i Finland år 2021. Det fanns fler privata än offentliga enheter i denna grupp. Enheterna var i allmänhet med i genomsnitt 12 vårdplatser. Vården tillhandahölls främst med betalningsförbindelse av social- och hälsovården eller också stod patienterna själva för vården. 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.⁴⁰

Det fanns närmare 4 800 patienter som fick opioidsubstitutionsbehandling år 2019. Substitutionsbehandling gavs oftast inom särskilda missbrukartjänster och därutöver vid hälsovårdscentraler, specialiserade sjukvårdsenheter och fänghållsvård. 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.⁴¹

Inom missbrukarvården är vårdperioderna för närvarande korta på alla typer av institutioner. Vid missbrukarvård på sjukhus är den genomsnittliga vårdperioden fem dagar, medan avgiftningsbehandlingen i specialiserade tjänster kan vara ännu kortare. Fyra av fem vårdperioder på missbrukarvårdens institutioner varar i högst två veckor. Det behövs dock fortfarande långvarig institutionsvård och samarbete inom social- och hälsovården vid svåra missbruksproblem. På sistone har fokus legat på öppenvård samt på att stärka hälso- och sjukvårdens roll i bemötandet av missbruk. Denna förändring har varit relaterad till utvecklingsverksamhet på många områden och förändringar inom social- och hälsovårdssystemet.

⁴⁰ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpöytä 12/2021. Laitosmuotoisen päihdehoidon ja -kuntoutuksen saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-848-4>. Läst 4.3.2022.

⁴¹ Partanen A, Alho H, Kuussaari K ym. Opioidikorvaushoidossa olevien määrä jatkanut kasvuaan 2019. Suomen Lääkärelehti 2022 (painossa)

UTKAST

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 Psykisk Hälsa Finland 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 vid första insatsen 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. 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.⁴²

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. Responsen var huvudsakligen 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

⁴² Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja muistioita 2019:46. Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. Tillgänglig på https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161634/R_46_19_Psykososiaalisen_tuen_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 4.3.2022.

UTKAST

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 svftar 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 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.⁴³ År 2021 fanns det 146 läkare som hade beviljats specialkompetens inom berusningsmedelsrelaterat 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

⁴³ Rellman J. Erikoslääkärien 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.

UTKAST

2021 kommer bristen på socialarbetare att öka ytterligare och det kommer att finnas cirka 2 700 personer i offentliga tjänster fram till år 2030.⁴⁴

Inom mentalvårds- och missbrukartjänster är andelen yrkesöverskridande teamarbete och teamarbete 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

Enligt statistik från Institutet för hälsa och välfärd var de totala social- och hälsovårdsutgifterna 20,1 miljarder euro år 2019. År 2020 var de totala kostnaderna något lägre, 19,3 miljarder euro.

Kostnaderna för mentalvården inom primärvården år 2019 var 207 miljoner euro och kostnadsprognosen för år 2020 var 219 miljoner euro. Dessa kostnader inkluderar endast öppenvård.

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. Prognosen för de totala kostnaderna för år 2020 var 914 miljoner euro. Kostnadsprognosen för slutenvård var 463 miljoner euro och för öppenvård och dagvård 445 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.

Inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna är andelen aktörer inom den privata och tredje sektorn hög. 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 5,0 miljoner dagar (34 procent) ersattes på grund av psykiska störningar.⁴⁵ Nästan hälften (49 procent) av invalidpensionsutgifterna år

⁴⁴ Kuntien työvoimaennuste. Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. Keva/Aula Research Oy 16.2.2021. Tillgänglig på https://www.keva.fi/contentassets/9034ce5888f14123996a6b41b9c315ea/kevan_kuntien_tyovoimaennuste_2030_esitys_180221.pdf. Läst 17.3.2022.

⁴⁵ Fpa:s sjukförsäkringsstatistik 2020, <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/334684>. Läst 8.3.2022.

UTKAST

2020 berodde på psykiska skäl. Totalt betalades 1,2 miljarder euro i pensioner för psykiska störningar och beteendestörningar.⁴⁶

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. En del av kostnaderna måste uppskattas genom att granska en mängd olika informationskällor, såsom tillhandahållande och användning av tjänster, sjukförsäkringsersättningar, privata försäkringar, förmåner och många andra uppgifter. Bristen på kostnadsinformation gör det svårt att planera, hantera och utvärdera tjänsterna. Finansieringen av social- och hälsovårdstjänster förnväs i och med social- och hälsovårdsreformen, när ansvaret för ordnandet överförs till välfärdsområdena år 2023.

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 sjukvården (RP 164/2014 rd, s. 102). 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 anlitar 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 Kommuninfo⁴⁷ från år 2018 var att klargöra sambandet mellan de olika typerna av utkomststöd och klientavgifter och att påminna dem om

⁴⁶ Totala pensionsutgifter (FOS). Tillgänglig på <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/kokonaiselakemenot/>. Läst 8.3.2022.

⁴⁷ Kommuninfo 10/2018: Klientavgifter för social- och hälsovård och handikappförmåner vid utkomststöd. Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig på https://stm.fi/documents/1271139/6195033/Verkkoon_Kuntainfo_10_toimeentulotuki_ja_asiaksmaksut.pdf/427c67d2-d9d0-466a-85ff-

UTKAST

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.

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 låtnader 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 fördröida. År 2021, precis som föregående år, tog MIELI 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 %) fler än år 2020.⁴⁸

De direkta och indirekta effekterna av epidemin har varit störst för dem som redan är utsatta eller har nedsatt funktionsförmåga av olika anledningar.⁴⁹ 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

40888f07e066/Verkkoon_Kuntainfo_10_toimeentulotuki_ja_asiakasmaksut.pdf?t=1527847232000.

Läst 10.3.2022.

⁴⁸ Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen,

<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/ajankohtaista/koronan-vaikutukset-yhteiskuntaan-ja-palveluihin>, Viitattu 8.3.2022.

⁴⁹ Raportti 03/2021. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-649-7>. Läst 8.3.2022.

UTKAST

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.⁵⁰ Behovet av barnskydd har förblivit dolt och å andra sidan har de akuta placeringarna av barn ökat. Polisen har haft fler larmuppdrag i hemmen. Dessutom har den särskilda omsorg som barn placerade utanför hemmet behöver, såsom talterapi, stödundervisning och kontakt med anhöriga, minskat. Särskilt 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.⁵¹ 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.⁵² Dödsfallen bland unga missbrukare har ökat.

Covid-19-epidemin har avsevärt ökat behovet av sociala tjänster och förmåner.⁵³ 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

⁵⁰ Koronaepidemian 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.

⁵¹ Terhi Aalto-Setälä – Jaana Suvisaari – Kaija Appelqvist-Schmidlechner – Olli Kiviruu. Pandemia ja nuorten mielenterveys – Kouluterveyskysely 2021. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-738-8>. Läst 8.3.2022.

⁵² Raportti 03/2021. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-649-7>. Läst 8.3.2022.

⁵³ Koronaepidemian 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.

UTKAST

och den 30 november 2021 15,7 procent (835 personer).⁵⁴ Antalet personer som väntat på behandling inom ungdoms- och barnpsykiatri i mer än 180 dagar ökade också från 32 personer (2,9 %) i slutet av år 2019 till 96 personer (6,7 %) 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.⁵⁵ 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 primärvården i enlighet med 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 2020–2030⁵⁶ banar 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 missbruksproblem. Universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt och kompetenscentren för de mest krävande tjänsterna för barn och unga samordnar tillgången till evidensbaserad vård och sprider evidensbaserade

⁵⁴ Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa, <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoitoonpaasy-erikoissairaanhoidossa>. Läst 8.3.2022.

⁵⁵ Koronaepidemian 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.

⁵⁶ 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.

UTKAST

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 svsselsättande 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 missbruksstörningarna som påverkar användningen av primärvården.

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 missbruksproblem. 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.

Rusmedels- och beroendestrategin gäller till år 2030⁵⁷. 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 arbete. Strategin utgår från tryggheten av de grundläggande och mänskliga rättigheterna, identifieringen av likheter mellan missbruk och beroende och främjandet av jämställdhet och likabehandling. 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 statsrådsnivå. 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 penningsspelberoende och behandlingen av mindre allvarliga nackdelar till följd av dessa aktiviteter.

⁵⁷ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2021:17: Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9891-9>. Läst 8.3.2022.

UTKAST

Finlands första nationella barnstrategi offentliggjordes den 23 februari 2021⁵⁸. Barnstrategin skapar ett barn- och familjevänligt Finland som respekterar barnets rättigheter. Strategin bygger på kunskap om barns, ungas och familiers ställning samt Finlands skyldigheter avseende grundläggande 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 genomförandeplan⁵⁹ som säkerställer barns och ungas välbefinnande och stärker deras rättigheter kompletterar riktlinjerna i barnstrategin.

Programmet Framtidens social- och hälsocentral⁶⁰ utgör en del av social- och hälsovårdsreformen. Programmet och dess mål är sammanlänkade med den nationella och regionala beredningen av strukturreformen inom social- och hälsovården. Programmet genomförs i projekthelhet i enlighet med de framtida välfärdsområdena åren 2020–2023. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för den strategiska ledningen av programmet och övervakar projekten. Institutet 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 föregripande arbete. Programmet siktar på att säkerställa tjänsternas kvalitet och effektivitet och att stärka tjänsternas sektorsövergripande och interoperatibla karaktär. Målet är också att dämpa kostnadsökningen.

De nya storskaliga social- och hälsocentralerna inom välfärdsområdena blir centraler för närservice 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

⁵⁸ Statsrådets publikationer 2021:9: Den nationella barnstrategin. Kommittébetänkande. Den parlamentariska kommittén för den nationella barnstrategin. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-777-5>. Läst 19.3.2022.

⁵⁹ Statsrådets publikationer 2021:82: Planen för genomförandet av den nationella barnstrategin.

Statsrådets principbeslut. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-868-0>. Läst 19.3.2022.

⁶⁰ Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2021:29. Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023: Program och projekthandbok. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5655-1>. Läst 8.3.2022.

UTKAST

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 familjeservice. Utvecklingsarbetet är en fortsättning på programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (LAPE) som genomfördes åren 2016–2019⁶¹. 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 utveckling 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 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.

⁶¹ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja muistioita 2016:29. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3813-7>. Läst 8.3.2022.

UTKAST

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 2019⁶². De nationella enhetliga grunderna för brådskande vård för vuxna⁶³ och de nationella enhetliga grunderna för brådskande vård för barn⁶⁴ publicerades år 2020, och när det gäller psykisk hälsa uppdaterades de i tjänsten Hoidonperusteet.fi⁶⁵. 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 missbruksproblem på forskningsrön, och aktörerna på den specialiserade nivån och vid behov 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

⁶² Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:22: Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>. Läst 2.3.2022.

⁶³ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 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.

⁶⁴ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 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.

⁶⁵ Hoidonperusteet.fi – Näthjälpbibliotek för grunderna i akutsjukvård, <https://hoidonperusteet.fi/consent>. Läst 8.3.2022.

UTKAST

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 missbruksproblem.

I sin rekommendation om psykoterapier och andra psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder för behandling av psykisk hälsa och missbruk (2018) konstaterar rådet att psykoterapi och psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder som befunnits vara effektiva vid psykisk hälsa och missbrukssjukdomar 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 uppmanar 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.

UTKAST

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 missbruksproblem som vägledning att användas inom studerandehälsovården⁶⁶ samt metoder för att identifiera, stöda, studera och behandla psykiska problem och störningar hos barn och unga i skolåldern som ett verktyg och vägledning tjänsterna inom primärvården⁶⁷. 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)⁶⁸.

Utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster för hemlösa är ett projekt med statsunderstöd som inlemts 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 mest bostadslösa år 2018 och organisationer arbetar med bostadslöshet har bidragit till att delta i samarbetsprogrammet. De 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 projekten 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 hrvsvårdar. Utvecklingen av social- och hälsovården för att förebygga bostadslöshet är delvis relaterad till det pågående programmet Framtidens Social- och hälsocentral.⁶⁹

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 servicesystemet, till exempel inom följande områden: tjänster, servicesystem, penningsspel, behandlingsmetoder, förebyggande av spelskador som en del av det förebyggande missbrukararbetet och kompetensutveckling. Utvecklingsarbetet bedrivs i nära samarbete med

⁶⁶ 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 på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-722-0>.

⁶⁷ 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: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-547-6>. Läst 4.3.2022.

⁶⁸ 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.

⁶⁹ Utveckling av social- och hälsovårdstjänster med syftet att minska bostadslösheten, <https://stm.fi/asunnottomuutta-vahentavien-sote-palvelujen-kehittaminen>. Läst 16.3.2022.

UTKAST

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.⁷⁰ 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 kostnadseffektiv användning 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 teamarbete 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.⁷¹

2.10 Bedömning av servicesystemet

Även om statistiken inte visar en ökning av förekomsten av psykisk ohälsa och missbruksproblem 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 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

⁷⁰ Målen beskrivs närmare i Finlands program för hållbar tillväxt. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-840-6>. Läst 16.3.2022.

⁷¹ THL: Utveckling av tjänster, <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus/toimintamalleja-ja-menetelmia-tyon-tueksi>. Läst 7.3.2022.

UTKAST

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 missbruksproblem 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.⁷² 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-kliniktjänster, 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 tjänster 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

⁷² Tilastoraportti 15/2021: Terveysthuollon menot ja rahoitus 2019. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142578/Tr15_21.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Läst 12.3.2022.

UTKAST

anslutning till dem. Enligt en utredning av invånarna i Uleåborgs stad⁷³ 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 otvdliga 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 oklar och varierande praxis är prestationsdata relaterade till missbrukar- och mentalvårdsarbetet delvis tvetydiga och föremål för tolkning och ger därmed ingen tillförlitlig bild av behovet eller produktionen av tjänster.

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 mentalvårds- och missbrukspatienter. 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 sjukvården⁷⁴. Enligt

⁷³ Leskelä R-L ym. Paljon sosiaali- ja terveystalveluja käyttävat asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 2013;68: s. 3163–3169.

⁷⁴ Tillsyns- och tillståndsverket för social- och hälsovården (Valvira). Anvisning Dnr V/6085/2022 24.2.2022. Ordnannde och tillhandahållande av mentalvårds- och missbrukartjänster för barn och unga som är kunder inom barnskyddet. Tillgänglig på

UTKAST

tillsynsmyndigheterna förefaller även ordnandet av vård och rehabilitering för barn och unga på grund 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 justiekanslern har identifierat problem med barn och unga i behov av psykiatrisk vård när det gäller barnskyddsklienter⁷⁵. 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 slutna 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 välfärd⁷⁶ 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. 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 och 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 samhällsliga 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.

I dagsläget har ingen part haft ett övergripande ansvar för att samordna social- och hälsovårdstjänsterna, inklusive mentalvårds- och missbrukartjänster. Social- och

https://www.valvira.fi/documents/14444/236772/Lastensuojelun_asiakkaana_lasten_mielenterveys_ja_paihdepalvelut.pdf/180bfead-58bc-ada6-590f-ddf8e7dd28eb?t=1645798691962. Läst 8.3.2022.

⁷⁵ OKV/657/1/20189, 24.4.2019.

⁷⁶ Työpaperi 12/2021: Laitosmuotoisen päihdehoidon ja -kuntoutuksen saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-848-4>. Läst 4.3.2022.

UTKAST

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. Detta skapar nya möjligheter i synnerhet för socialvården, som saknar en motsvarande graderad struktur som primärvården och den specialiserade sjukvården har. Detta är 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 skraddarsyddas 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 mentalvårds- 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.

UTKAST

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 missbrukarvården⁷⁷. 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. Missbruksproblem 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.

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

⁷⁷ RP 246/1984 rd, s. 3.

UTKAST

föreskrifter. Socialvårdslagen reglerar mentalvårdsarbete samt alkohol- och drogarbete avsevärt mindre rigoröst än annan socialservice som nämns i lagen. I praktiken föreskriver dessa författningar mer om serviceenheter 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 verksamhetsenheter vars klienter i mindre grad omfattas av allmänna social- och hälsovårdstjänster. I slutrapporten om planen för mentalvårds- och missbruksarbete 2009–2015⁷⁸ 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 missbruksrelaterade 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 traditionellt 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 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.

⁷⁸ 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.

UTKAST

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 (se 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) 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 detta kunna bidra till att minska stigmatiseringen relaterad till dessa tjänster.

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

UTKAST

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 drogärbete finns en särskild bestämmelse om förebyggande alkohol- och drogärbete i lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet. Därför har behovet av reglering av förebyggande alkohol- och drogärbete 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 drogärbetet. 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 (se 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 fänghålsvården 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

UTKAST

sjukvård. Därför bör socialvårdens samt hälso- och sjukvårdens roller 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- 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.

Begreppet missbrukarvård används i lagen om missbrukarvård. Integrationen av missbrukartjänster i den övriga social- och hälsovården skulle också stärkas semantiskt om den inte betecknades som separat ”vård” skild från övrig social- och hälsovård, utan snarare som mentalvårds- eller missbrukartjänster eller arbete som ingår i servicesystemet. I annan lagstiftning, där begreppet missbrukarvård används, vore det viktigt att klargöra om det 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 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 projekt⁷⁹. 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 slopa möjligheten till tvångsvård på 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 behovsenligheten 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

⁷⁹ Ks. Tahdosta riippumattoman lääkityksen oikeussuojakeinoja koskevan sääntelyn täsmentäminen, <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM005:00/2021>. Viitattu 11.3.2022; Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisen seurantarayhmä, <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM081:00/2021>. Viitattu 11.3.2022.

UTKAST

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 samhällsinriktat sociala arbetet eller av annan socialservice samt om dagcenterverksamhet som erbjuds som tjänst inom alkohol- och drogarbetet och tillfällig inkvartering i samband med det ska man säkerställa att de klienter som är svårast att nå får tillgång till och omfattas av tjänsterna. 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. Behovsvenlig vård främjas genom att förbättra samordnandet av primärvården och den specialiserade sjukvården samt den somatiska vården. Syftet är att förbättra mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänster 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 mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänsterna. Syftet med förtydligandet är att förbättra den service som ges både inom socialvården och inom hälso- och sjukvården och stärka samordnandet av tjänsterna och skapandet av fungerande tjänstehelheter som motsvarar kundernas behov. Det är meningen att i propositionen tydligare 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 rusmedel och beroenden. 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, 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 förtydligas i propositionen socialvårdens och hälso- och sjukvårdens roller och uppgifter när psykosocialt stöd ges. När det gäller dessa tjänster är målet att samtidigt stärka en tydlig arbetsfördelning mellan socialvården och hälso- och sjukvården samt det samarbete som verksamheten kräver och förbättra samhällelig jämlikhet för tjänsterna, 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 rusmedel samt beroenden till en del av den övriga social- och hälsovården samt minska den stämpling som är förknippad med användning av tjänsterna.

UTKAST

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 på det sätt som bäst tryggar kundens intresse tillämpas bestämmelser enligt socialvårdslagen för att tillhandahålla socialvård och bestämmelser enligt hälso- och sjukvårdslagen för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster. 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 rusmedel och rusmedelsstörningar 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 och på så sätt utökar den inte heller välfärdsområdets organiseringsansvar. Målet med tillägget är att man bättre än tidigare inom socialvården och hälso- och sjukvårdstjänster ska identifiera behovet av stöd eller vård också till följd av annat beroendebeteende.

Ändringar föreslås i lagstiftningen om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården både i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen. Det föreslås att hälso- och sjukvården tillhandahåller psykosocialt stöd som en del av den brådskande vården tillsammans med socialjourens psykosociala stöd. I akuta situationer ansvarar socialjouren för ledningen av det psykosociala stödet i initialskedet.

I fråga om det psykosociala stödet som ges i akuta situationer föreslås att det i socialvårdslagen ska klarläggas vad som avses med det nämnda stödet för socialvården och på motsvarande sätt i hälso- och sjukvårdslagen när det gäller hälso- och sjukvård. 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

UTKAST

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 bestämmelser om genomförandet av mentalvårdsarbete samt om alkohol- och drogarbete och beroendearbete inom socialvården ska finnas i 4 kap. i socialvårdslagen som gäller tillhandahållande av socialvård. I 3 kap. i socialvårdslagen ska det inte längre särskilt föreskrivas om mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete utan mera konkret om den service, som välfärdsområdet ska ha för att svara mot stödbehovet. När det gäller genomförandet av både mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete och beroendearbete föreslås bestämmelser att det ska omfatta socialservice enligt 3 kap. antingen i form av allmän social service eller i form av service som riktar sig speciellt till användare av rusmedel och som svarar mot stödbehov till följd av beroendebeteende eller försämrad psykisk funktionsförmåga. Samtidigt ska det preciseras vilken socialservice som också ska erbjudas som service som är särskilt riktad mot dessa stödbehov. Dessutom ska ställningen för personer som behöver särskilt stöd förbättras genom att precisera detaljerna i anslutning till den egna kontaktpersonens uppgift.

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 dem som behöver stöd föreslås det att det till socialvårdslagen som ny form av socialservice fogas dagcenterverksamhet som tillhandahålls som service inom alkohol- och drogarbetet till personer som missbrukar rusmedel och i anslutning till den service som omfattar tillfällig inkvartering för att servicen ska vara så lättillgänglig som möjligt. Servicen ska omfatta stöd för funktioner i vardagen och social handledning. Servicen ska ordnas även för rusmedelspåverkade 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 samhällsinriktat socialt arbetet eller annan service.

I bestämmelserna om mentalvårds-, missbrukar- och beroendetjänster i hälso- och sjukvårdslagen föreslås ändringar. De undersöknings-, vård- och rehabiliteringstjänster som dessa tjänster 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 behovsenliga 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. När det gäller mentalvårdstjänster inom hälso- och sjukvården föreslås bestämmelser om att tjänster ska tillhandahållas som 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 avgiftning och avvänjning till följd av användning av rusmedel.

Det föreslås att skyldigheten för arbetsgivaren att ordna fungerande arbetshandledning i den gällande mentalvårdslagen ska utökas så den utöver mentalvårdstjänster omfattar missbrukar-

UTKAST

och beroendetjänster 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

Vissa av de ändringar som föreslås i propositionen leder på kort sikt till ökade kostnader. På längre sikt kan en förbättrad service också förväntas ha 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 7a § i socialvårdslagen skulle förenhetliga praxis för samhällsinriktat socialt arbetet. Enligt paragrafen är samhällsinriktat socialt arbete en uppgift åtskild från gällande 15 § i socialvårdslagen. Dessutom bör 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. 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 den bristfälliga kunskapsbasen genomfördes en enkät riktad till 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.

UTKAST

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 kan ordnas utifrån mycket olika modeller och i samarbete med olika aktörer. Läget, förhållandena och behoven varierar avsevärt mellan regionerna.

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 ordna eller samordna verksamheten. Kostnaderna för verksamheten kan inte direkt uppskattas utifrån antalet klienter eller antalet möten, eftersom arbetet har en annan karaktär än konventionellt mottagningsarbete. Uppsökande arbete bör snarare ses som ett sätt att nå ut till dem som behöver stöd för tjänster och som skulle dra nytta av (andra) tjänster samt hänvisa dem vidare. Syftet med uppsökande arbete är att hitta personer i svåra situationer, till exempel personer missbruksproblem och/eller psykiska problem, som inte själva söker sig till tjänster trots att de skulle ha nytta av dem. Även bostadslösa personer kan få nytta av både samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete. Det är emellertid svårt att bedöma hur många som skulle gynnas och det möjliga 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 som en funktionell helhet med det övriga servicesystemet. Till exempel kostar obehandlade missbruksrelaterade och mentala 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 missbruk och psykiska problem samt boendeproblem ofta. Alla bostadslösa har dock inte missbruksrelaterade eller psykiska problem. Av de bostadslösa som övernattat på skyddshärbärgen i Helsingfors lider 80–90 procent av psykiska störningar (psykos hos över 10 procent) och 80 procent av berusningsmedelsberoende. Somatiska sjukdomar är också anmärkningsvärt vanliga och förblir obehandlade⁸⁰. Å andra sidan kan personer som lider av missbruk eller mentala 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 nytta av verksamheten.

På grund av bristfälliga data baserar sig uppskattningen av kostnaderna för samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete på sakkunnigbedömning av de nuvarande resurserna för samhällsinriktat socialt arbete i hela landet. Vid beräkningen har man som exempel använt lönekostnaden för en sociolog, som är ungefär 43 000 euro per årsverke⁸¹. Till följd av förslaget om uppsökande arbete och baserat på sakkunnigbedömning kan en ökning med 1–3 socionomers årsverken läggas till för varje välfärdsområde och Helsingfors stad. Baserat på sakkunnigbedömning väntas välfärdsområdenas kostnader öka med två årsverken, vilket motsvarar en kostnadsökning på cirka 1,9 miljoner euro jämfört med det nuvarande läget⁸². Även socialarbetarresurser kan tilldelas samhällsinriktat socialt arbete och uppsökande arbete, varigenom den faktiska lönekostnaden skulle vara något högre. Eftersom arbetsituationen för

⁸⁰ Stenius-Ayoade A. Housing, health and service use of the homeless in Helsinki, Finland. Helsingin yliopisto DSHHealth Doctoral Thesis Series 2019. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5178-0>. Läst 16.3.2022.

⁸¹ Statistikcentralen Lönekostnadsdata 2020. Kostnadsuppskattningen tar hänsyn till arbetsgivarens lönebikostnader och semesterersättning.

⁸² En ökning med en socionoms årsverke skulle öka kostnaderna med cirka 900 000 euro och en ökning med tre socionomers årsverken skulle öka kostnaderna med cirka 2,8 miljoner euro.

UTKAST

socialarbetare är ganska svår för närvarande, har lönekostnaden för en socionom använts i beräkningen.

Dagcenter och tillfälligt inkvartering som service inom rusmedelsarbete

Det är möjligt att uppskatta kostnaderna för dagcenterverksamhet som service inom rusmedelsarbetet och tillhörande tillfälligt inkvartering i föreslagna 24 § i socialvårdslagen bland annat genom kostnaderna för härbärgen för missbrukare i kommunerna. Även här är utmaningarna med kunskapsbasen dock stora. Största delen av klienterna på härbärgen är bostadslösa och har allvarliga missbruksproblem. 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 2020.⁸³ Statistiken över bostadslöshet ger inte en tillräcklig bild av behovet av härbärgen, 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 tjänsterna. Servicestrukturen hos regionens social- och hälsovård och andra kommunala grundläggande tjänster, till exempel otillräcklig implementering av bostadsmodellen, påverkar också behovet av härbärgen. Klienter på härbärgen kan till exempel bo i stödbostäder som förutsätter nykterhet och som på grund av berusningstillstånd inte kan använda sin bostad. För dem vore en annan typ av stödboendelse vara en bättre lösning.

Härbärgen finns främst i stora städer. En betydande del av denna verksamhet bedrivs i dag av olika organisationer, dels som tjänster som kommunen köper och dels med hjälp av olika organisationsbidrag. Stora städer har också enstaka egna härbärgen.

När det gäller härbärgen är data bristfälliga, och därför har sakkunnigbedömning använts i kostnads kalkylerna. Information om klientvolymen finns från 13 välfärdsområden, som omfattar 67 procent av landets befolkning. Antalet kunder på härbärgen i dessa områden var 1 982 år 2018. De andra välfärdsområdenas andel av landets befolkning är 33 procent, och sett till befolkningsandel skulle det innebära 970 klienter på härbärgen i dessa områden. Utifrån dessa antaganden skulle det i Finland ha funnits totalt 2 952 klienter på härbärgen år 2018. Baserat på en sakkunnigbedömning kan det antas att det finns sju boendedagar per klient i genomsnitt. Enligt dessa antaganden skulle antalet boendedagar ha varit totalt 65 057 2018 år 2018. I kostnads kalkylen används en kostnad på 99 euro per klient och dygn, och den baserar sig på de sex största kommunernas rapportering om kostnaderna för tillfälliga boendetjänster. År 2018 var de totala kostnaderna för härbärgen totalt 6,4 miljoner euro år 2018 på basis av den ovan nämnda skalningen. De ekonomiska konsekvenserna av förslaget utgår från att regionerna stärker sitt serviceutbud i enlighet med regionala behov så att antalet klienter på härbärgen ökar med cirka 15 procent. Till följd av denna ökning skulle kostnaderna för hela landet öka med cirka en miljon euro⁸⁴.

Enligt förslaget ska välfärdsområdena tillhandahålla dagcenterverksamhet för problemmissbrukare i kombination med ovan nämnda tillfälliga boendetjänster enligt regionala behov. Det innebär åtminstone omstrukturering och organisering av befintliga serviceenheter, men i många områden också införande av en helt ny serviceform. Omstruktureringen och

⁸³ Selvitys 2/2021. Bostadslösa 2020. ARA Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet. Tillgänglig på file:///C:/Users/03050713/Downloads/Asunnottomat2020_ARA-selvitys-2-2021_p1902.pdf. Läst 8.3.2022.

⁸⁴ En ökning med 10 procent skulle öka kostnaderna med cirka 600 000 euro och en ökning på 20 procent med cirka 1,9 miljoner euro.

UTKAST

kapacitetsökningen kan på kort sikt leda till extra kostnader. 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.

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 eftersträvansvärt att antalet klienter samt användningen och behovet av tjänster minskar.

Det finns ingen heltäckande information om dagcenterverksamheten 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 dagcenterverksamhet 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 klientvolymen 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.

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

Med hjälp av enhetskostnadsdata från de sex största kommunerna (20 euro per besök) kan de nuvarande kostnaderna för dagcenterverksamheten uppskattas till cirka 4,8 miljoner euro i hela landet. Det uppskattas att reformen leder till att antalet klienter ökar med cirka 15 procent när servicen blir mer heltäckande. De estimerade kostnaderna på nationell nivå är cirka 700 000 euro⁸⁵.

Utifrån ovan nämnda grunder skulle kostnaderna för den dagcenterverksamhet och de tillhörande tillfälliga inkvarteringstjänster som ordnas som service inom rusmedelsarbetet och som föreslås i 24 § socialvårdslagen uppgå till cirka 1,7 miljoner euro.

⁸⁵ Om antalet kunder ökar med endast 10 procent uppgår kostnaderna till cirka 500 000 euro.

UTKAST

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 sjukvårdsdistrikten⁸⁶. Reformen inför inte nya serviceformer utan ökar användningen av olika öppenvårdstjänster och utvidgar användningen av vissa modeller 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. 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. Särskilt vid mycket allvarliga psykiska störningar och neuropsykiatriska besvär kan olika behandlingsformer anses vara användbara, men det finns ingen statistik över deras tillgänglighet och användning i Finland. Personer som inte har någon aktuell vårdkontakt kan också ha nytta av mångdimensionell vård. Enligt studien Psykoosit Suomessa⁸⁷ saknar knappt en femtedel av de som lider av schizofreni en aktuell psykiatrisk vårdkontakt men nästan 80 procent av dem som har paranoida 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 Finland⁸⁸. Paranoida symptom är mycket sällsyntare. Således finns det uppskattningsvis 9 000–10 000 personer med dylika psykoser utanför 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 kunder⁸⁹. Avgiftning och rehabilitering i hemmet kan betraktas som exempel på mobilt alkohol- och drog arbete. Enligt uppgifter från de sex största kommunerna ordnades sådana tjänster i Helsingfors, Esbo och Tammerfors. År 2019 omfattade tjänsten totalt 431 personer.

⁸⁶ Hannula, Katariina. Tehostetun avohoidon kehittäminen VSSHP psykiatrian toimialueen psykoosien vastuualueella – Toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon järjestämiseksi. Opinnäytetyö (YAMK) Mielenterveys- ja päihdetyö 2020. Tillgänglig på https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/352980/HANNULA_KATA-RIINA_OPINN%C3%84YTETY%C3%96.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Läst 8.3.2022.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ Schizofreni: God medicinsk praxis-rekommendation. 2020. Tillgänglig på <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>). Läst 8.3.2022.

⁸⁹ Information för Uleåborg saknas.

UTKAST

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 öppenvård⁹⁰. Således motsvarar de mobila och hembaserade missbrukartjänsterna uppskattningsvis 7,3 procent av klienterna inom missbrukarvårdens specialiserade öppenvård.

Förslaget möjliggör en ökning av antalet klienter med högst 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 kunna ökas 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.

En utbyggnad av riksomfattande mobila och hembaserade mentalvårdstjänster kostar uppskattningsvis 8,6 miljoner euro⁹¹. Kostnaden för att utvidga de hembaserade missbrukartjänsterna till att omfatta hela landet är cirka 700 000 euro⁹². Som kostnadsinformation har den genomsnittliga kostnaden per person i de sex största kommunerna använts⁹³. Kostnaderna per välfärdsområde har uppskattats med hjälp av den regionala fördelningen av patienter inom den psykiatriska öppenvården i stället för befolkningsandelar⁹⁴.

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

⁹⁰ Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2020. Tillgänglig på https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142647/URN_ISBN_978-952-343-618-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Läst 9.3.2022.

⁹¹ Om antalet patienter ökar med 15 procent är kostnaderna uppskattningsvis 6,5 miljoner euro. På motsvarande sätt innebär en ökning av antalet patienter med 10 procent kostnader på cirka 4,3 miljoner euro

⁹² Om antalet patienter ökar med 15 procent blir de totala kostnaderna cirka 530 000 euro. Om antalet patienter ökar med 10 procent blir kostnaderna cirka 350 000 euro.

⁹³ 1 544,77 euro/patient.

⁹⁴ 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 psykiatrisk öppenvård används också för att uppskatta kostnaderna för alkohol- och drogarbetet per välfärdsområde, eftersom behovet av tjänster antas vara fördelat på ett liknande sätt.

UTKAST

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.

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 ordna ett gemensamt patientmöte, där förutom patienten en anställd (en psykiatrisk sjuksköterska) från både nuvarande och framtida vårdenheten deltar.

År 2019 fanns det totalt cirka 39 500 patienter inom psykiatrisk sjukhusvård⁹⁵. 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 de allvarligaste psykiska störningarna, ökar signifikant risken för återfall och även dödligheten. Enligt kvalitetsregistret för vård av psykos har 42 procent av 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 vuxenpsykiatriens del kostar ett kortbesök 102 euro och ett normalbesök 170 euro⁹⁶. 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 2,8 miljoner euro, förutsatt att hälften av besöken är korta besök och hälften är normala besök⁹⁷.

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

⁹⁵ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos / Sotkanet.

⁹⁶ Työpaperi 21/2020. Terveiden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-493-6>. Läst 8.3.2022.

⁹⁷ Om man antar att alla patienter väljer ett normalt besök (60 min) ökar kostnaderna med 3,4 miljoner euro jämfört med 2 miljoner euro om de väljer ett kort besök (30 min).

UTKAST

många patienter inom ungdomspsykiatri saknar nödvändiga tjänster och att kontinuitet i vården inte uppnås.

I och med de ändringar som föreslås i propositionen kan resurserna riktas bättre till övergången från ungdoms- till vuxenpsykiatri, och dessutom kan ytterligare ett besök garanteras upp till 40 procent av patienterna, baserat på sakkunnigbedömning. Detta skulle innebära 11 313 patienter i hela landet år 2019. Vid kostnadsuppskattningen antas att 50 procent av patienterna väljer ett kort besök (30 minuter) och resten ett normalt besök (60 minuter). Priset på ett kort besök är 81 euro och priset på ett normalt besök 209 euro⁹⁸. Kostnaderna ökar med 1,6 miljoner euro på nationell nivå enligt ovan nämnda antaganden och enhetspriser⁹⁹.

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 inte endast på vårdkedjors effektivitet och det regionala samarbetet utan också på hur brådskande 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. Det kommer även senare att minska kostnaderna för hälso- och sjukvården samt samhället.

Utvidgning av arbetshandledning till missbruks- och beroendevård

I dag är arbetsrådgivning lagstadgad inom mentalvården men inte i missbrukarvården ens när det gäller tjänster som tillhandahålls av hälso- och sjukvården. I denna proposition föreslås att skyldigheten att tillhandahålla arbetshandledning utvidgas till att även omfatta aktörer som tillhandahåller tjänster relaterade till missbruk och beroende.

Om två timmar arbetshandledning ordas månatligen¹⁰⁰ för hela verksamhetsenheten uppgår utbildningskostnaderna till 5 000 euro om året per verksamhetsenhet¹⁰¹. 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.

Kostnader för varje välfärdsområde kan uppskattas med hjälp av verksamhetsenheternas 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

⁹⁸ Työpapperi 21/2020. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig på <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-493-6>. Läst 8.3.2022.

⁹⁹ Om alla patienter väljer ett normalt besök (60 min) ökar kostnaderna med 2,3 miljoner euro och om alla väljer ett kort besök (30 min) så ökar de med 900 000 euro.

¹⁰⁰ Totalt 10 gånger per år med hänsyn till den två månader långa sommarpausen.

¹⁰¹ Timkostnaden för handledare uppskattas vara 250 euro.

UTKAST

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 verksamhetsenheter.

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 möjligheter till arbetshandledning som stöder användningen av dem. Den utvidgning av arbetshandledningen inom missbrukarvården 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. Det gäller att notera att syftet med reformen är att förbättra tjänsterna och därigenom ge hälsorelaterade fördelar och förbättra människors sociala välbefinnande. Dessutom kommer den förbättrade integrationen av tjänsterna att leda till kostnadsbesparingar och ett effektivare servicesystem på medellång sikt.

Totalt uppskattas kostnaderna för välfärdsområdena bli 18 miljoner euro med de antaganden som beskrivs ovan. Tabell 1 nedan beskriver hur kostnaderna fördelas mellan tjänsterna.

Tabell 1: Sammanfattande tabell över kostnader per verksamhetsform

Verksamhet		Kostnad (miljoner euro)
Samhällsinriktat socialt arbete		1,9
Dagcenterverksamhet och tillfälligt inkvartering	Dagcenterverksamhet	0,7
	Tillfälligt inkvartering (härbärgen)	1,0
Arbetshandledning		0,7
Mångdimensionell vård	Mobilt alkohol- och drogarbete	0,7
	Mobil psykiatrisk öppenvård	8,6
Vårds kontinuitet	Övergång från institutionsvård till öppenvård	2,8
	Övergång från ungdomspsykiatri till tjänster för vuxna	1,6

UTKAST

Totalt	18,0
--------	------

Kostnaderna för förslaget granskas även per välfärdsområde i tabell 2. Det är svårt att estimerade kostnaderna per välfärdsområde. Det finns en stor regional variation i ordnandet av tjänsterna, och kunskapsunderlaget för många tjänster är ofullständigt och därmed riktgivande.

UTKAST

Tabell 2: Sammanfattande tabell över kostnader per välfärdsområde och verksamhetsform

Välfärdsområde	Samhälls- inriktat socialt arbete / euro	Dagcenterverksamhet och tillfälligt in kvartering		Arbetshand- ledning / euro	Mångdimensionell vård		Vårdens kontinuitet	
		Tillfälligt in kvartering (härbärgen) / euroa	Dagcenter- verksamhet / euro		Mobil psykiatrisk öppenvård / euro	Mobilt alkohol- och drog arbete / euro	Från sjukhus till öppenvård / euro	Från ungdoms- psykiatri till tjänster för vuxna
Södra Karelen	86 000	14 000	10 000	21 000	119 000	10 000	82 000	48 000
Södra Österbotten	86 000	11 000	15 000	58 000	282 000	23 000	97 000	47 000
Södra Savolax	86 000	7 000	10 000	28 000	185 000	15 000	75 000	46 000
Helsingfors	86 000	37 000	334 000	78 000	1 510 000	123 000	254 000	150 000
Östra Nyland	86 000	1 000	8 000	11 000	128 000	10 000	33 000	31 000
Kajanaland	86 000	4 000	6 000	9 000	70 000	6 000	84 000	36 000
Egentliga Tavastland	86 000	10 000	13 000	25 000	234 000	19 000	86 000	65 000
Mellersta								
Östenbotten	86 000	4 000	5 000	13 000	159 000	13 000	46 000	29 000
Mellersta Finland	86 000	29 000	21 000	31 000	492 000	40 000	100 000	76 000
Mellersta Nyland	86 000	6 000	16 000	2 000	299 000	24 000	94 000	72 000

UTKAST

Kymenedalen	86 000	17 000	13 000	34 000	246 000	20 000	155 000	58 000
Lapland	86 000	10 000	14 000	40 000	421 000	34 000	83 000	84 000
Västra Nyland	86 000	112 000	37 000	35 000	597 000	49 000	212 000	133 000
Birkaland	86 000	182 000	39 000	53 000	716 000	58 000	269 000	94 000
Österbotten	86 000	10 000	14 000	18 000	183 000	15 000	72 000	37 000
Norra Karelen	86 000	9 000	13 000	13 000	209 000	17 000	101 000	34 000
Norra Österbotten	86 000	232 000	33 000	67 000	523 000	43 000	215 000	111 000
Norra Savolax	86 000	28 000	20 000	20 000	495 000	40 000	156 000	107 000
Päijänne-Tavastland	86 000	17 000	16 000	21 000	288 000	23 000	98 000	49 000
Satakunta	86 000	16 000	17 000	29 000	296 000	24 000	115 000	91 000
Vanda och Kervo	86 000	129 000	22 000	18 000	383 000	31 000	123 000	63 000
Egentliga Finland	86 000	82 000	40 000	71 000	769 000	63 000	215 000	180 000
Totalt	1 892 000	967 000	716 000	695 000	8 604 000	700 000	2 765 000	1 641 000

UTKAST

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 tjänster 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.

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 missbruksrelaterade problem är höga, särskilt för obehandlade problem. Kostnaderna för psykiska problem ur den offentliga ekonomins perspektiv har bedömts i en rapport¹⁰² 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. OECD¹⁰³ uppskattar att kostnaderna via sociala förmåner och arbetsmarknaden kan vara hela 8,5 miljarder euro per år.

I projektet SamSinne¹⁰⁴ uppskattades perioder med sjukdagpenning på grund av psykiska störningar sänka bruttonationalprodukten med 0,28–0,4 procent beroende på om 50 eller 72

¹⁰² Julkisen sektorin tuottavuus. Raportti 19.8.2020. Valtiovarainministeriö. Tillgänglig på https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/4c236ff2-332a-49b7-87ca-b11e81121313/c1099e86-1022-4437-aa65-125357f6eb6c/MUISTIO_20200826092441.pdf. Läst 9.3.2022.

¹⁰³ OECD: Health 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.

¹⁰⁴ Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 89/2017. Fungerande modeller för mental- och missbrukarvården. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3>. Läst 8.3.2022.

UTKAST

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 missbruksrelaterade och psykiska problem, särskilt för de mest utsatta. På grund av de tillgängliga resurserna kommer reformen inte att kunna lösa problemen med psykisk hälsa och missbruk på ett heltäckande sätt, och därför är konsekvenserna för samhällsekonomin lita. Konsekvenserna för välbefinnande, arbetsförmåga och sysselsättning kan inte heller kvantifieras. Trots det kan reformerna anses medföra små men positiva konsekvenser för integration och arbetsmarknadsdeltagande.

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 samhällsinriktat socialt arbete, dagcenterverksamhet och tillfälligt inkvartering som en form av drog- och alkoholarbete i enlighet med socialvårdslagen samt precisering av sociala rehabiliteringstjänster. 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. 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.

Förslagen tydliggör social- och hälsovårdens uppgifter och stöder tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster tillsammans eller på annat sätt samtidigt enligt klienternas behov. Till följd av detta bör social- och hälsovårdsmyndigheterna öka, förbättra och samordna sitt ömsesidiga samarbete. De tydligare rutinerna mellan socialvård samt hälso- och sjukvård förtydligar också nedsättningen och avlyftandet av klientavgifter eller beviljandet av kompletterade utkomststöd som välfärdsområdena ansvarar för. Även ersättandet av rehabiliteringsplaner enligt lagen om missbrukarvård med klientplaner inom socialvården minskar antalet separata planer och minskar 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 förtydliga 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. 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

UTKAST

samordna arbetet till en helhet som möter klienternas behov och stärker deras rätt att få den vård och service som de behöver.

Förslagen stärker främjandet av välfärden och hälsan i välfärdsområdena och kommunerna, särskilt i utvecklingen av förhållanden som främjar psykisk hälsa, och genom att samhällsinriktat socialt arbetets roll 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 samhällsinriktat socialt arbetets roll 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 dagcenterverksamheten 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 arbetet 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 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 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. Åläggandet 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 kräver också 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

UTKAST

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, överförs 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, och förändringen harmoniserar tjänster och servicehelheter. Med hänsyn till innehållet i tjänsterna kvarstår de 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 besök av 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 vårdrekommendationer för psykiska störningar och missbruksproblem 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

UTKAST

vårdgarantin inom primärvården gäller det också tillgång till mental- och missbrukarvård på samma sätt som andra hälsoproblem och gör det svårare att ge vård vid rätt tidpunkt.

Psykosocialt stöd vid akuta situationer ska ordnas i samarbete med socialjouren. Förtydligandet av socialjourens initiala ledningsansvar föranleder 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 utveckla sina operativa processer på grund av till exempel administrativa beslut eller behörighet. Framöver hanteras frågor som rör missbrukarvård och -rehabilitering tydligare i områdena enligt hälso- och sjukvårdens bestämmelser och förvaltningsbeslut enligt socialvårdslagen fattas om missbrukartjänster med anknytning till socialvården. Förtydligandet och harmoniseringen av verksamheten kommer också att påverka andra myndigheter positivt, såsom handläggningen av Folkpensionsanstaltens grundläggande utkomststöd.

De föreslagna ändringarna av tillgången till vård och tjänster, interoperabilitet, säkerställande av kontinuiteten i vården och de föreslagna bestämmelserna som rör kontaktpersoner är relevanta ur Brottsförhållningsmyndighetens perspektiv. Brottsförhållningsmyndigheten 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 brottsförhållningsklienter 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 också ett visst stöd för brottsförhållningsmyndigheternas arbete med att förbereda fångar och samhällsforhållningsklienter för ett icke-kriminellt liv i samarbete med servicenätverk. Förslagen bidrar också delvis till rekommendationerna av en arbetsgrupp vid justitieministeriet år 2020 för att samordna samarbetet mellan Brottsförhållningsmyndigheten och andra myndigheter¹⁰⁵.

Förslagen påverkar inte tillsynsmyndigheternas uppgifter. Regleringen av tvångsvård finns kvar i mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård. 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.

¹⁰⁵ Oikeusministeriön julkaisuja, Mietintöjä ja lausuntoja 2021:3. Taustalla rikos, edessä muutos. Suositukset viranomaisten saumattomalle yhteistyölle rikostaustaisten yhteiskuntaan kiinnittymisessä. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-844-8>. Läst 15.3.2022.

UTKAST

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 psykiska störningar betraktas som en likvärdig del av hälsorelaterade problem och störningar främjar det sökande av hjälp, identifiering av hjälpbehov och holistisk vård för alla medborgare.

Lokaliseringen och stärkandet av samhällsinriktat socialt arbetets och det uppsökande arbetets 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 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 socialvårdsklienters 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 förvärra 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 förändringsskyldighet. 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 dagcenter och tjänster för tillfälligt inkvartering 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 vid alla tider på dygnet.

Bestämmelsen om välfärdsområdenas skyldighet att ordna dagcenterverksamhet 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 penningspelsintäkter. Omvandlingen av verksamheten som tidigare kompletterat socialvårdens verksamhet till en serviceuppgift enligt socialvårdslagen som välfärdsområdena

UTKAST

ansvarar för innebär att organisationsaktörer inte längre kan tillhandahålla tjänsterna på samma sätt som tidigare. Förändringen innebär att dessa organisationers verksamhet preciseras så att tjänsteproduktionen kan fortsätta i en inköpsservicerelationen med välfärdsområdet (i den mån det inte omfattar innehåll som anses vara en offentlig förvaltningsuppgift, t.ex. bedömning av servicebehov) eller alternativt inriktning av verksamheten till icke-lagstadgad verksamhet. Förändringen påverkar därför inte aktörernas verksamhetsförutsättningar utan förtydligar uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan den offentliga sektorn och dessa aktörer.

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. Ändringarna 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 dagcenterverksamheten för missbrukarklienter och de relaterade tjänsterna för tillfälligt inkvartering 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 missbruksrelaterade störningar och andra sjukdomar som att identifiera och behandla eventuella psykiska eller missbruksrelaterade problem hos personer som vårdas på grund av andra sjukdomar.

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 vård och nödvändig service även efter att speciallagstiftningen upphävs. 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

UTKAST

eller klient med psykiska eller missbruksrelaterade 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 ska organiseras gemensamt eller samtidigt, beroende på vad som är lämpligt. 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 införs på nationell nivå. 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. Preciseringen förbättrar 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 missbruksrelaterade 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.

Studier¹⁰⁶ visar att missbruk och psykiska störningar, somatisk ohälsa, hemlöshet, överskuldssättning, inlärningssvårigheter, låg utbildningsnivå och låg anställningsbarhet samt behovet av social- och hälsovård präglar Brottsförklaringsmyndighetens klienter, fångar och samhällspåföljds klienter. Omfattande samarbete mellan servicesystemet och

¹⁰⁶ Till exempel Rikosseuraamuslaitoksen julkaisu 1/2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveystyökyky ja hoidontarve. Perustuloraportti. Matti Joukamaa ja työryhmä. Tillgänglig på https://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-riisenjulkaisusarja/6AqMACEr8/RISE_1_2010_Rikosseuraamusasiakkaiden_terveys_tyokyky_ja_hoidontarve.pdf. Läst 17.3.2022.

UTKAST

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 fängelsetiden samt stöd för ett icke-kriminellt liv.

Förslaget om dagcenter och tillfälligt inkvartering som tjänster inom alkohol- och drogarbetet missbruksstjänst ökar möjligheten och rätten för bostadslösa och andra särskilt utsatta personer att få relevant service dygnet runt utan trösklar. Den lagstadgade rätten till tjänster gäller också berusade personer, vilket de facto förbättrar tillgången till hjälp för de mest utsatta. Genom ändringen kan servicesystemet nå även de personer som på grund av sina akuta missbruksproblem ofta är utestängda från den social- och hälsovård som 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 inkvartering.

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 samarbetspraxis 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 dagcenterverksamhet.

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 2017¹⁰⁷ konstateras att många personer som påträffats på gator har en plats på en boendenhet 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.

¹⁰⁷ Sosiaalinen raportointi. Etsivä lähityö. Helsinki 30.5.2017. Tillgänglig på <https://www.hel.fi/static/sote/sosrap/raportit/etsiva-lahityo.pdf>. Läst 15.3.2022.

UTKAST

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 dagcenterverksamheten 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 förutom kvinnor är till exempel ungdomar, invandrare och personer som hör olika sexuella minoriteter och könsminoriteter. Deras särskilda servicebehov kan beaktas bättre i de föreslagna tjänsterna. 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 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.

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 arbetet och dagcenterverksamhet och tillhörande tjänster för tillfälligt inkvartering som missbrukartjänster. De sist nämnda tjänsterna bidrar i synnerhet till att bemöta behoven hos missbrukare. Valförordningen 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.

UTKAST

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 avsevärt 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. Den öppna vården inom primärvården, särskilt för barn i skolåldern, är i dag organiserad på mycket olika sätt. 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.

Vårdens kontinuitet vid byte av vårdplats fungerar ofta väl för barn. 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 det samhällsinriktat socialt arbetets roll 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 tillvarar 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.

UTKAST

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. Propositionen berör inte ordnande av skol- och studerandehälsovård och påverkar 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 utveckla dem även under kommande regeringsperioder.

Propositionen betonar rätten för barnfamiljer att få socialtjänster som är väsentliga för barnets hälsa och utveckling, såsom hemtjänster samt rådgivning i uppfostrings- och familje frågor. Barnfamiljer har redan haft rätt till dessa tjänster enligt gällande lagstiftning, men tillgången har varierat. Om konkret hjälp och stöd för familjer inte erbjuds i tillräcklig grad som ett led i arbetet för att stärka barns och ungas psykiska hälsa kommer de otillräckliga hjälp- och stödåtgärderna att öka behovet av vård samt tyngre och dyrare socialtjänster och minska deras effektivitet. Som anordnare av tjänster har välfärdsområdena dock bättre förutsättningar än kommunerna att trygga de tjänster samt tillräckligheten och kompetensen hos den personal som krävs för dem samt att samordna tjänsterna i enlighet med barns, ungas och familjers behov.

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 arbetsförmåga. 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, närvårdare med 1,5 och socionomer 44 årsverken. Samtidigt är det känt att det redan finns svårigheter att rekrytera arbetskraft i dessa yrkesgrupper. Därmed kan tillgången till arbetskraft bli en flaskhals vid genomförandet av reformen.

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

UTKAST

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. Dessutom säkerställer fungerande social-, mentalvårds- och missbrukartjänster 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, 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 också 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 andra 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

UTKAST

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 ignorerades 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 intensivifiera 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 enligt samma principer och riktlinjer utifrån det centrala målet 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.

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 inriktade 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.

UTKAST

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 samarbetskyldigheten 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 avgiftningsvård, 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-stepsprogrammet. Kommunerna ansvarar också för rättsprocesser och andra 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 mentalvårdstjänster 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

UTKAST

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

UTKAST

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 (se också nedan). 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.

UTKAST

I Norge ansvarar regionerna för den specialiserade sjukvården om vilken föreskrivs i lagen om specialiserad sjukvård (spesialishelsetjensteloven). 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 (tverrfaglig 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 baserar sig sju ministeriers gemensamma strategi för psykisk hälsa, ”Mestre Hele Livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)”, som omfattar alla områden för psykisk hälsa från förebyggande av problem till vård och alla åldersgrupper.

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 ”gyllene 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.

UTKAST

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 drogsarbetet 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, dvs. största delen av invånarna i Danmark. 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 poliklinik tjänster, 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

UTKAST

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 vård av depressions- eller ångeststörningar och omfattar samtalshjälp som ges av olika psykologer och andra utbildade terapeuter, såsom kognitiv psykoterapi och annan samtalshjälp. 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 de 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 avgiftning i lindriga fall och även substitutionsvård, om personen inte har andra servicebehov. Denna vård är avgiftsfri. Allmänläkare assisteras ofta av en sjukskötare eller missbrukarbetare, 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 organisatörsteamens 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.

UTKAST

En central metod i styrningen av serviceproduktionen är anvisningar på nationell nivå som de som beställer och producerar tjänster har förbundit sig att iakttä 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 upphandlinga 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 naloxonprogram 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 ut på att minska stigmatisering på grund av mentala problem och satsa mer på öppen vård 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

UTKAST

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 misshandling, 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.

UTKAST