Regeringens proposition till riksdagen med förslag till ändringar i lagstiftningen om social- och hälsovård för att införa en terapigaranti för barn och unga

Propositionens huvudsakliga innehåll

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen, lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården samt statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden ändras.

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

I propositionen föreslås att det till hälso- och sjukvårdslagen och lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande fogas en bestämmelse om att korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling ska inledas inom primärvården inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Det föreslås även att det som service inom mentalvårdsarbete ska ordnas psykosocialt stöd för barn och unga inom socialvården, där ovannämnda psykosociala metoder används i tillämpliga delar i serviceuppgifterna inom socialvården. Ett beslut om service inom mentalvårdsarbete ska verkställas inom en månad från det att ärendet inletts. Dessutom föreslås att det till 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården fogas ett omnämnande om att servicen är avgiftsfri.

I propositionen föreslås även att statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden ändras. I samarbetsavtalet ska det bestämmas om ibruktagande och användning av psykosociala metoder för barn och unga så att metoderna bildar en helhet som samordnar verksamheten inom social- och hälsovården.

Genom att föreskriva om en maximitid inom vilken en psykosocial intervention som omfattas av lagstiftningen ska inledas när det gäller barn och unga strävar man efter att garantera mentalvård och stöd för psykisk hälsa i rätt tid samt att stärka barns och ungas rätt till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver. Regeringens proposition är en del av genomförandet av den nationella servicereform som beretts av social- och hälso-vårdsministeriet.

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

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

—————

INNEHÅLL

[Propositionens huvudsakliga innehåll 1](#_Toc166048506)

[MOTIVERING 4](#_Toc166048507)

[1 Bakgrund och beredning 4](#_Toc166048508)

[1.1 Bakgrund 4](#_Toc166048509)

[1.2 Beredning 5](#_Toc166048510)

[2 Nuläge och bedömning av nuläget 6](#_Toc166048511)

[2.1 Barns och ungas välbefinnande och psykiska hälsa 6](#_Toc166048512)

[2.2 Barns och ungas rätt till psykisk hälsa som en grundläggande och mänsklig rättighet 10](#_Toc166048513)

[2.3 ingen översättning 14](#_Toc166048514)

[2.4 ingen översättning 14](#_Toc166048515)

[2.5 ingen översättning 14](#_Toc166048516)

[2.6 ingen översättning 14](#_Toc166048517)

[2.7 ingen översättning 14](#_Toc166048518)

[3 Målsättning 14](#_Toc166048519)

[4 Förslagen och deras konsekvenser 15](#_Toc166048520)

[4.1 De viktigaste förslagen 15](#_Toc166048521)

[4.1.1 Åldersgruppen i den föreslagna lagstiftningen 16](#_Toc166048522)

[4.1.2 Psykosociala metoder som omfattas av garantin och ibruktagande av dem 18](#_Toc166048523)

[4.1.3 Genomförande av garantin i primärvården 19](#_Toc166048524)

[4.1.4 Genomförande av garantin i socialvården 20](#_Toc166048525)

[4.1.5 Uppföljning av genomförandet av garantin 20](#_Toc166048526)

[4.2 De huvudsakliga konsekvenserna 21](#_Toc166048527)

[4.2.1 Ekonomiska konsekvenser 21](#_Toc166048528)

[4.2.1.1 Konsekvenser för välfärdsområdenas och statens kostnader 22](#_Toc166048529)

[4.2.1.2 Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning 30](#_Toc166048530)

[4.2.1.3 Konsekvenser för företagen 30](#_Toc166048531)

[4.2.1.4 Konsekvenser för nationalekonomin 31](#_Toc166048532)

[4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna 31](#_Toc166048533)

[4.2.2.1 Nationella konsekvenser 31](#_Toc166048534)

[4.2.2.2 Konsekvenser för välfärdsområdena 32](#_Toc166048535)

[4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser för människor 35](#_Toc166048536)

[4.2.3.1 Konsekvenser för de grundläggande och mänskliga rättigheterna 35](#_Toc166048537)

[4.2.3.2 Konsekvenser för barn och unga 36](#_Toc166048538)

[4.2.3.3 Konsekvenser för jämlikheten 41](#_Toc166048539)

[4.2.4 Konsekvenser för sysselsättningen och arbetslivet 44](#_Toc166048540)

[4.2.5 Konsekvenser för säkerheten 44](#_Toc166048541)

[4.2.6 Sammanfattning av de viktigaste konsekvenserna 45](#_Toc166048542)

[5 Alternativa handlingsvägar 46](#_Toc166048543)

[5.1 Alternativen och deras konsekvenser 46](#_Toc166048544)

[5.1.1 Vårdgaranti för lindriga och medelsvåra störningar 46](#_Toc166048545)

[5.1.2 Garanti på förebyggande nivå 47](#_Toc166048546)

[5.1.3 Garanti som träder i kraft stegvis 47](#_Toc166048547)

[5.1.4 Förbättring av tillgången till psykosociala metoder som utvecklingsarbete 48](#_Toc166048548)

[5.1.5 Lagtekniska alternativ för genomförande 49](#_Toc166048549)

[5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet 51](#_Toc166048550)

[5.2.1 Norden 51](#_Toc166048551)

[5.2.2 Storbritannien 52](#_Toc166048552)

[6 Remissvar 53](#_Toc166048553)

[6.1 Rådet för bedömning av lagstiftningen 53](#_Toc166048554)

[7 Specialmotivering 53](#_Toc166048555)

[7.1 Hälso- och sjukvårdslagen 53](#_Toc166048556)

[7.2 Socialvårdslagen 58](#_Toc166048557)

[7.3 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande 64](#_Toc166048558)

[7.4 Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården 64](#_Toc166048559)

[8 Bestämmelser på lägre nivå än lag 65](#_Toc166048560)

[9 Ikraftträdande 66](#_Toc166048561)

[10 Verkställighet och uppföljning 67](#_Toc166048562)

[11 Förhållande till andra propositioner 67](#_Toc166048563)

[11.1 Samband med andra propositioner 67](#_Toc166048564)

[11.2 Förhållande till budgetpropositionen 68](#_Toc166048565)

[12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning 68](#_Toc166048566)

[Lagförslag 74](#_Toc166048567)

[om ändring av av 53 och 55 § i hälso- och sjukvårdslagen 74](#_Toc166048568)

[om ändring av av 25 a och 45 § i socialvårdslagen 75](#_Toc166048569)

[om ändring av 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande 75](#_Toc166048570)

[om ändring av 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården 76](#_Toc166048571)

[Valitse kohde. 78](#_Toc166048572)

[Parallelltexter 78](#_Toc166048573)

[om ändring av 53 och 55 § i hälso- och sjukvårdslagen 78](#_Toc166048574)

[om ändring av 25 a och 45 § i socialvårdslagen 79](#_Toc166048575)

[om ändring av 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande 80](#_Toc166048576)

[om ändring av 4 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården 81](#_Toc166048577)

[Förordningsutkast 83](#_Toc166048578)

[om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden 83](#_Toc166048579)

MOTIVERING

1. Bakgrund och beredning
	1. Bakgrund

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

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

I regeringsprogrammet framförs att mentalvårdstjänsterna på basnivå ska utvecklas genom att ta i bruk en stegvis vårdmodell. Detta förutsätter att välfärdsområdena har vårdformer på olika nivåer som lämpar sig för olika åldersgrupper. Tillgången på mentalvårdstjänster inom välfärdsområdena stöds även genom att effektivisera användningen av tjänstehelheten Psykporten i regionerna.

Genom denna regeringsproposition med förslag till lagar om ändring av hälso- och sjukvårds-lagen (1326/2010), socialvårdslagen (1301/2014), lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019), lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) samt statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden (309/2023) verkställs skrivningen i regeringsprogrammet om att ”barns och ungas lika tillgång till korttidspsykoterapi eller annan effektiv psykosocial behandling på basnivå tryggas genom lagstiftning (en terapigaranti för barn och unga enligt regeringens modell)”. Propositionen är en del av den ovan beskrivna helhet som skrivits in i regeringsprogrammet i syfte att stärka barns och ungas psykiska hälsa.

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

Även om ordet terapi är förknippat med många problem används begreppet terapigaranti för barn och unga i denna regeringsproposition för att beskriva den författningshelhet som före-slås. Detta eftersom begreppet har valts i regeringsprogrammet för att beskriva denna åtgärdshelhet. När innehållet i den föreslagna regleringen beskrivs används begreppen psykosocial metod och intervention, med vilka avses psykosociala behandlingsmetoder samt psykosociala arbetsmetoder inom socialvården och utförandet av dem. Närmare information om begreppen finns i den promemoria VN/576/2023[[1]](#footnote-1) som social- och hälsovårdsministeriet berett åt riksdagen.

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

Samtidigt med medborgarinitiativet behandlade riksdagen även regeringens proposition om att få vård inom primärvården (RP 74/2022). I samband med behandlingen av den ansåg social- och hälsovårdsutskottet att den modell som föreslogs i regeringens proposition, där tidsfristerna för att få vård avsågs gälla vården av alla sjukdomar på samma sätt, är motiverad och primär. Som problem i genomförandet av terapigarantin enligt medborgarinitiativet identifierades även att det inte finns tillräckligt med utbildad personal till primärvården för att säkerställa tillgången på psykoterapi. I utskottets sakkunnighöranden uppmärksammades även det att egentlig psykoterapi måste särskiljas begreppsmässigt i helheten från annan psykosocial vård och interventioner. Inte på långt när alla som lider av problem med den psykiska hälsan behöver psykoterapi.

I samband med behandlingen av ovan nämnda propositioner identifierades även bristerna och dröjsmålen i mentalvården av barn och unga inom primärvården. Social- och hälsovårdsutskottet betonade att åtgärderna för att säkerställa tillgången på psykosociala vårdformer och psykoterapi ska fortsätta genom målmedveten och långsiktig utveckling.

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

* 1. Beredning

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

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

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

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

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

Remissbehandling om utlåtande om regeringens proposition hölls 8.5.–18.6.2024. Begäran om utlåtande publicerades på webbplatsen Utlåtande.fi. Beredningshandlingarna rörande regeringens proposition finns i den offentliga tjänsten med projektnummer https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM083:00/2023.

1. Nuläge och bedömning av nuläget
	1. Barns och ungas välbefinnande och psykiska hälsa

I lagstiftningen som gäller terapigarantin för barn och unga har åldersgruppen fastställts vara barn och unga under 23 år. Den förvaltningsområdesspecifika lagstiftningen i Finland innehåller flera olika definitioner på ungdom. Enligt ungdomslagen (1285/2016) avses med unga personer de som inte har fyllt 29 år. I socialvårdslagstiftningen anses en person vara ung om han eller hon är under 25 år enligt socialvårdslagen och under 23 år enligt barnskyddslagen (417/2007). I regleringen om att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga enligt hälso- och sjukvårdslagen definieras personer under 23 år som unga.

Brokigheten i definitionerna beskriver hur svårt det är att säga exakt när ungdomen som livsfas börjar och slutar. Man kan dock säga att ungdomen är livsfasen mellan barndomen och vuxenheten. Den börjar i pubertetsåldern och infaller utvecklingsmässigt ungefär i åldrarna 12–22.

I Finland finns det cirka 1,3 miljoner barn och unga under 23 år, av vilka merparten mår bra. Barn och unga är dock inte en homogen grupp. Grunden till barnets välbefinnande byggs upp redan under graviditetstiden, och levnadsförhållandena i barndomsfamiljen inverkar på många sätt på barns och ungas utveckling och framtidsutsikter. Barns och ungas välbefinnande stöds särskilt av tillräcklig omsorg och trygghetskänsla i familjen, en god tidig interaktion och föräldrarnas välbefinnande och ekonomiska säkerhet. En förälders utmaningar med orken påverkar även barnets välbefinnande.

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

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

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

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

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

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

*Barns och ungas psykiska störningar*

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

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

Psykiska störningar blir vanligare då man övergår från barndomen till ungdomen och de förekommer som mest hos unga vuxna. I ungdomen ökar i synnerhet ångeststörningar och affektiva störningar samt incidensen och prevalensen av missbruksproblem. Ångeststörningar och affektiva störningar är 2–3 gånger vanligare hos unga än hos barn. Hos unga och unga vuxna är de vanligaste störningarna (och deras uppskattade prevalens på årsnivå) depressionstillstånd (5–10 %), ångeststörningar (10-15 %), beteendestörningar (5–10 %), missbruksproblem (5–10 %) samt ätstörningar (5 %). Hos unga är det vanligt (5 %) med neuropsykiatriska symtom (särskilt adhd). Enligt THL:s registeruppgifter förekom adhd-diagnoser hos så mycket som 8,9 procent av pojkarna och 2,8 procent av flickorna i åldrarna 7–12 i Finland år 2022[[2]](#footnote-2).

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

I längdsnittsstudier som fortsätter från barndomen till vuxen ålder har det konstaterats en stark koppling mellan beteendeproblem i barndomen och många hälsoproblem, psykisk störningar, självmordsdödlighet, brottslighet och marginalisering[[3]](#footnote-3). Enligt materialet om barn i lågstadieåldern i enkäten Hälsa i skolan fanns det en koppling mellan asocialt beteende och inlärningssvårigheter och utmaningar med välbefinnandet, mobbning och att bli mobbad[[4]](#footnote-4). I materialet om finländska gymnasiestuderande påvisades betydelsen av depressionssymtom i ungdomen som en negativ prognos för den psykiska hälsan i vuxen ålder[[5]](#footnote-5). Barns och ungas problem med den psykiska hälsan är även förenat med annat skadligt hälsobeteende, såsom för lite sömn, för lite motion, hög användning av digitala apparater, samt hos ungdomar även användning av tobak, snus eller andra nikotinprodukter, riklig alkoholkonsumtion och försök med droger.

Svåra störningar föregås av lindrigare störningar och symtom, som ofta inte har identifierats och vårdats. Psykiska störningar som konstateras i barndomen och ungdomen är vanligtvis långvariga och fortsätter ofta upp i vuxen ålder. I fråga om psykiska störningar som vuxna har under sina liv har det bedömts att cirka hälften av dem bryter ut redan före mitten av ungdomen och tre av fyra före 25 års ålder[[6]](#footnote-6).

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

*Det har blivit vanligare med psykiska symtom*

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

Av barnen i rådgivningsåldern har uppskattningsvis cirka 20 procent psykiska symtom, och cirka 10–30 procent av familjerna har behov av särskilt stöd[[7]](#footnote-7). I Hälsa i skolan -enkäter har det konstaterats vara vanligt att i synnerhet flickor själva rapporterar depressions- och ångestsymtom. Till exempel av de flickor i låg- och högstadieåldern och på andra stadiet som deltog i enkäten Hälsa i skolan 2023 rapporterade en tredjedel betydande ångest och en tredjedel depressionssymtom som varat i minst två veckor. Nästan hälften av flickorna i ungdomsåldern rapporterade social ångest[[8]](#footnote-8). I hälso- och välfärdsundersökningen av högskolestuderande (KOTT) 2021 konstaterades motsvarande utveckling som i enkäten Hälsa i skolan. Var tredje högskolestuderande konstaterades lida av ångest- och depressionssymtom; av kvinnorna uppgav så mycket som 40 procent detta[[9]](#footnote-9).

Coronapandemin och de tillhörande begränsningsåtgärderna prövade välbefinnandet och den psykiska hälsan för invånare i alla åldrar. I en omfattande internationell meta-analys bedömdes det att prevalensen för kliniskt betydande depressions- och ångestsymtom hos barn och unga hade fördubblats under pandemin[[10]](#footnote-10). Samma observation gjordes i fråga om finländska unga. Under pandemin på våren 2021 uppgav en tredjedel av de flickor som besvarade enkäten Hälsa i skolan att de upplevt medelsvår eller svår ångest samt depressionssymtom som varat i minst två veckor. I enkäten Hälsa i skolan på våren 2023 var depressions- och ångestsymtom hos flickor fortsättningsvis lika vanliga. Bland flickorna i 8–9:e årskursen uppgav till och med fler än tidigare att de hade ångestsymtom. Sammanlagt nästan tre av fyra flickor (73 %) och en tredjedel av pojkarna (33 %) rapporterade minst ett symtom på psykisk ohälsa över sållningsgränsen. Resultaten visar att konsekvenserna av pandemitiden ännu fortsätter påverka de finländska barnens och ungdomarnas psykiska hälsa.

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

* 1. Barns och ungas rätt till psykisk hälsa som en grundläggande och mänsklig rättighet

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

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

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

När social- och hälsovårdstjänsterna för barn och unga regleras och ordnas ska uppmärksamhet fästas vid skyldigheterna enligt grundlagen. De grundläggande och mänskliga rättigheterna är rättigheter som gäller alla likvärdigt, och enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de tillgodoses. Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen, och ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Således är tryggande av jämlikhet också en central del av förverkligandet av de grundläggande och mänskliga rättigheterna i de tjänster som anknyter till psykisk hälsa. Det allmänna ska även, enligt 19 § i grundlagen, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa och stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Dessa skyldigheter enligt grundlagen ska även synas i myndigheternas lösningar och faktiska åtgärder rörande barns och ungas psykiska hälsa.

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

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

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

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

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

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

Enligt barnrättskommittén ska staterna säkerställa att det finns tillgång till tillräckligt med adekvat utbildad personal så att hälso- och sjukvårdstjänsterna kan erbjudas till alla barn. I sin allmänna kommentar lyfte kommittén upp att innebörden i artikel 24 är att konventionsstaterna har en strikt skyldighet att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvård samt andra relevanta tjänster, särskilt när det gäller missgynnade områden och befolkningar. Artikeln ställer krav på att det ska finnas ett heltäckande primärvårdssystem med fullgoda rättsliga ramar, och att man kontinuerligt är uppmärksam på de underliggande faktorer som påverkar barns hälsa. Konventionsstaterna bör identifiera och undanröja hinder för barns tillgång till hälso- och sjukvård.

WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå konstaterar att det finns allt fler belägg för att insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykiska störningar, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva.

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

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

Hänsyn ska även tas till FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016), vars syfte är att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning. Således ska även skyldigheterna enligt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning beaktas när den psykiska hälsan främjas hos barn och unga med funktionsnedsättning och deras vård ordnas.

Artikel 25.1 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning garanterar personer med funktionsnedsättning rätt att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning och säkerställer tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster för dem. Dessutom innehåller artikel 25 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning bestämmelser om rätten till hälsa. Således ska man även inom mentalvårdstjänsterna se till att tjänsterna är tillgängliga, att de genomförs utan någon form av diskriminering och att personer med funktionsnedsättning har tillgång till dem i enlighet med konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

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

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

Man kan dock konstatera att barns och ungas grundläggande och mänskliga rättigheter inte har tillgodosetts fullt ut i Finland i frågor som gäller psykisk hälsa, eftersom det har observerats många brister i ordnandet av mentalvården. Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter gav rekommendationer till Finland 2021[[11]](#footnote-11), där den framförde sin oro om vårdunderskottet i fråga om psykisk hälsa, den ojämna geografiska fördelningen av tjänster och att grupper som är i mer utsatt ställning än andra inte får jämlik vård och omsorg (artikel 12).

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter rekommenderade att rätten till hälsa ska utgöra grund för revideringen av mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård samt för genomförandet av den nationella strategin för psykisk hälsa och andra strategier med anknytning till området. Kommittén bad även Finland förbättra tillgången till mentalvård, särskilt öppenvård, inom de områden och på de platser som har för lite tjänster, såsom skolor och fängelser, effektivisera förebyggande tjänster och tjänster i tidigt skede samt förbättra tillgången på mentalvård till skäligt pris. Dessutom rekommenderade kommittén att i den nationella strategin för psykisk hälsa ska infogas åtgärder specifikt riktade till barn och unga, asylsökande och flyktingar, låginkomsthushåll samt frisläppta fångar genom vilka man ingriper i de hinder som dessa möter när de söker lämpliga tjänster. Det rekommenderades även att beredskapen för förebyggande socialvårdstjänster ökas.

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

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

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

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

* 1. ingen översättning
	2. ingen översättning
	3. ingen översättning
	4. ingen översättning
	5. ingen översättning
1. Målsättning

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

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

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

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

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

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

1. Förslagen och deras konsekvenser
	1. De viktigaste förslagen

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

I fråga om barn och unga under 23 år ska korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling inom primärvården inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan vård har konstaterats, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat. Den föreslagna lagstiftningen avses gälla både de social- och hälsovårdstjänster som välfärdsområdena och Helsingfors stad har organiseringsansvar för och studerandehälsovården för högskolestuderande som FPA har organiseringsansvar för.

Enligt förslaget ska en bestämmelse infogas i den gällande 25 a § i socialvårdslagen om service inom mentalvårdsarbete, enligt vilken psykosocialt stöd, där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som härletts ur psykoterapin används, ska ordnas för barn och unga under 23 år som en tjänst inom socialvårdens mentalvårdsarbete. Dessutom avses det fastställas att ett beslut om ovan nämnda tjänst ska genomföras inom en månad från att ärendet blev anhängigt. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

Det är viktigt att vård och stöd för psykisk hälsa finns tillgängligt med en tillräckligt låg tröskel. I fråga om den föreslagna lagstiftningen avses det därför inte krävas en medicinsk bedömning av barnets eller den unga personens vårdbehov eller diagnostisering av en psykisk störning i alla situationer, utan garantin avses även omfatta lindrigare symtom där det även räcker med att behovet av vård eller stöd har bedömts av någon annan yrkesperson inom social- eller hälsovården än en läkare. Korttidspsykoterapi ska alltid ges på grundval av en medicinsk bedömning.

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

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

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

Avsikten är inte att göra psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen till primära mentalvårdsformer för barn, unga eller familjer, utan behovet av vård och stöd ska alltid bedömas individuellt. Det föreslås inga ändringar i arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården eller hälso- och sjukvårdens interna arbetsfördelning vad gäller förebyggande eller vård av psykiska störningar hos barn och unga. I lagstiftningen föreslås heller inga ändringar vad gäller ordnandet av brådskande mentalvård.

* + 1. Åldersgruppen i den föreslagna lagstiftningen

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

Socialvårdslagen innehåller definitioner både på barn och ung person. Enligt 3 § i socialvårdslagen avses med barn den som är under 18 år och med ung person den som är 18–24 år. Enligt 6 § i barnskyddslagen (417/2007) som hör till socialvården är en ung person den som är 18–22 år. Definitioner på ung finns även i lagstiftningen för andra förvaltningsområden, såsom ungdomslagen (1285/2016), där man med ung person avser dem som är under 29 år. Social- och hälsovårdstjänsterna faller inte inom tillämpningsområdet för ungdomslagen.

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

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

Grundlagsutskottet (GrUU 41/2010) konstaterade att det finns godtagbara grunder för den åldersgräns som anges i 53 §. Utskottet ansåg att med hänsyn till barns och ungas psykiska utveckling är särskilt viktigt att så tidigt som möjligt få psykiatrisk vård och service. Enligt motiveringarna är ungas psykiska utveckling fortfarande i en känslig fas trots att de blir myndiga vid 18 års ålder. Det att man blir myndig, frigör sig från barndomshemmet, studerar, söker arbete eller går igenom andra ändringar kan göra det svårare att behålla kontrollen över livet och det kan även orsaka psykiska problem i den unga personens liv. Att få vård så tidigt som möjligt kan förebygga tillkomsten av allvarligare mentalsjukdomar. Enligt grundlagsutskottets ställningstagande var specialställningen för en viss åldersgrupp i lagstiftningen motiverad av dessa orsaker.

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

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

* + 1. Psykosociala metoder som omfattas av garantin och ibruktagande av dem

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

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

Med strukturerad och tidsbegränsad psykosocial intervention som baserar sig på psykoterap avses en metod enligt en fastställd struktur som utvecklats för vård av ett visst problem (till exempel beteendestörningar, depression eller ångest) och som har evidensbaserad effektivitet som baserar sig på vetenskaplig forskning. Interventioner baserar sig på vissa psykoterapeutiska referensramar, men är kortare än psykoterapi och avsedda för lindrigare symtom. Dessa psykosociala interventioner kan ges av sådana yrkespersoner inom social- och hälsovården som har fått utbildning i användningen av metoden i fråga.

En del av de psykosociala vårdmetoder som används inom hälso- och sjukvården lämpar sig även som arbetsmetoder inom socialvården. Sådana är till exempel metoder för att öka barns eller ungas motivation eller handleda i sociala eller dagliga färdigheter. Dessutom kan till exempel olika familje- och nätverksprogram innehålla delar som är avsedda för olika yrkesgrupper. För socialvårdens del är målet med de interventioner som omfattas av garantin att stärka de faktorer som skyddar barns, ungas och familjers psykiska hälsa samt att minska och undanröja faktorer som äventyrar den psykiska hälsan.

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

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

* + 1. Genomförande av garantin i primärvården

Förebyggande av psykiska störningar och icke-brådskande vård av lindriga och medelsvåra okomplicerade störningar som hör till primärvården avses omfattas av garantin (27 § i hälso- och sjukvårdslagen). I arbetsfördelningen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården ska man fortfarande handla i enlighet med grunderna för icke-brådskande vård[[12]](#footnote-12).

I enlighet med 51 a § 4 mom. i den gällande hälso- och sjukvårdslagen och 10 a § 4 mom. i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande om att få icke-brådskande vård ska vården efter den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen eller 10 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten. Genom den föreslagna lagstiftningen vill man skärpa bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om strukturerade psykosociala behandlingar och korttidspsykoterapier vad gäller barn och unga under 23 år. Enligt regeringens proposition ska det fastställas i hälso- och sjukvårdslagen och i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande att då ett behov av sådan vård har konstaterats ska vården inledas inom en tidsfrist på 28 dagar, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat.

Kontakt med en primärvårdsenhet och bedömning av vårdbehovet samt den första vårdhändelsen vid icke-brådskande sjukvård inom primärvården ska ordnas i enlighet med 51 § och 51 a § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen. För SHVS del ingår bestämmelse om detta i 10 och 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. Om ett barns eller en ung persons situation kräver en medicinsk bedömning konstateras behovet av vårdform som omfattas av garantin som en del av vårdplaneringen samtidigt som till exempel behovet av specialiserad sjukvård och primärvård bedöms som helhet (t.ex. psykosocial vård eller läkemedelsbehandling). Bedömningen görs av en läkare inom den offentliga primärvården.

Om det inte finns något behov av en medicinsk bedömning kan rådgivningen, stödet eller den symtomenliga vården konstateras av någon annan legitimerad yrkesperson inom hälso- och sjukvården. Ett barns, en ung persons och en familjs situation ska alltid bedömas noggrant och som helhet, eftersom stöd- och vårdbehoven kan tillgodoses genom många olika metoder och vårdformer.

Psykosocial behandling som omfattas av garantin kan vid behov inledas redan vid den första vårdhändelsen enligt 51 a § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen eller 10 § 1 mom. i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. Behovet kan även konstateras senare, till exempel om någon annan vårdform visat sig vara otillräcklig. Ett barns eller en ung persons eventuella behov av fortsatt vård eller stöd ska bedömas och vid behov säkerställas efter vården som genomför garantin i enlighet med 51 och 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen eller 10 och 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.

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

* + 1. Genomförande av garantin i socialvården

I socialvården ska man kunna genomföra förebyggande psykosociala interventioner som stöder den psykiska hälsan och omfattas av garantin, och som lämpar sig för socialvårdens tjänsteuppgifter och verksamhet på basnivå. Enligt förslaget ska interventioner som omfattas av garantin genomföras som basservice inom socialvården i tjänsteuppgifter för barnfamiljer och personer i arbetsför ålder.

Interventioner inom socialvården som omfattas av garantin avses vara en del av mentalvårdshelheten på basnivå. Med detta avses enligt 25 § i socialvårdslagen socialservice och annan individ- och gemenskapsinriktad verksamhet som syftar till att stärka de faktorer som skyddar ett barns/en ung persons psykiska hälsa, minska och avlägsna faktorer som äventyrar den psykiska hälsan och svara mot stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga. Syftet med psykosociala interventioner inom socialvården är att främja barnets, den ungas eller familjens funktionsförmåga, sociala välbefinnande, trygghet och delaktighet samt reda ut livssituationen och dess utmaningar.

Enligt förslaget ska en bestämmelse infogas i 25 a § i socialvårdslagen om service inom mentalvårdsarbete, enligt vilken psykosocialt stöd, där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som baserar sig på psykoterapi används, ska ordnas för barn och unga under 23 år som en riktad tjänst inom socialvårdens mentalvårdsarbete.

Enligt det gällande 45 § 2 mom. ska ett beslut om socialvård verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov. Den föreslagna ändringen i 45 § 2 mom. gäller den maximala tidsfristen för verkställande av ett beslut, som avses bli skärpt från tre månader till en månad vad gäller den nya föreslagna servicen. Den maximala tidsfristen för verkställande kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

Välfärdsområdet avses kunna besluta vilka anställda inom socialservicen som utför de riktade psykosociala interventionerna inom mentalvårdsarbetet som omfattas av garantin. Dessa anställda kan till exempel omfatta personal inom socialarbete, socialhandledning, familjearbete, uppfostrings- och familjerådgivning samt kuratorstjänster. I fråga om unga kan kompetensen och tjänsteproduktionen rörande psykosociala interventioner organiseras som en del av tjänstehelheten för personer i arbetsför ålder till exempel på ungdomsstationer eller Navigatorer. I serviceprocesserna ska man säkerställa att barn, unga och familjer utan dröjsmål får den socialservice som är nödvändig med avseende på deras hälsa och utveckling och att servicestigarna till hälso- och sjukvården är välplanerade och fungerande.

* + 1. Uppföljning av genomförandet av garantin

I 55 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om offentliggörande av uppgifter om tillgången till hälso- och sjukvård. Enligt förslaget ska välfärdsområdet publicera nyckeltal även i fråga om den föreslagna lagstiftningen, om hur de föreskrivna längsta väntetiderna har hållits.

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

När en psykosocial intervention enligt den föreslagna lagstiftningen utförs ska den anställda registrera innehållet i det arbete som hen utfört med en åtgärdskod. Klientuppgifterna och beslutsuppgifterna för en intervention som utförs inom socialvården ska enligt förslaget registreras i socialvårdens klientregister. En intervention som utförs inom hälso- och sjukvården registreras i patientregistret. Den rapportering som fås ur informationssystemet möjliggör en granskning av antalet patienter och klienter som omfattas av vård och intervention, frekvensen för genomförda besök, vård- och tjänsteperiodens varaktighet samt individuella terapisvar. För socialvårdens del kan utförandet av interventioner även följas upp med hjälp av beslutsuppgifterna.

* 1. De huvudsakliga konsekvenserna

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

På grundval av hörandena ansågs målen enligt regeringspropositionen kunna understödas. Utmaningar som bör beaktas även i konsekvensbedömningen lyftes dock fram framför allt av aktörer som svarar för organiseringen av tjänsterna. Till dessa hör tidsplanen för lagstiftningens ikraftträdande, välfärdsområdenas och SHVS ökade skyldigheter, utmaningar med personalrekrytering samt det belastade läget inom servicesystemet för barns, ungas och familjers social- och hälsovård.

Även tolknings- och ansvarsfrågor rörande genomförandet av lagstiftningen samt arbetsfördelningen mellan aktörerna ansågs delvis vara utmanande. Dessutom framfördes det att barns och ungas psykiska hälsa inte enbart ska anses vara en fråga som hör till social- och hälsovårdens ansvar. De konsekvenser som gäller dessa aspekter betraktas per konsekvensslag.

* + 1. Ekonomiska konsekvenser

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

* + - 1. Konsekvenser för välfärdsområdenas och statens kostnader

Psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen ska kunna utföras inom primärvården, elev- och studerandevården och socialvårdens tjänster på basnivå. Organiseringsansvaret för ovan nämnda tjänster ligger i huvudsak på välfärdsområdena. Dessutom ger SHVS en del av de psykosociala behandlingarna för 18–22-åringar inom högskolestuderandenas studerandehälsovård. Av de studerande som omfattas av SHVS tjänster är cirka 25 procent under 23 år och år 2023 var de 73 000. Högskolestuderande kan få primärvårdstjänster både av SHVS och av välfärdsområdet. För ordnandet av tjänster för fångar och personer inom mottagningssystemet svarar THL:s enhet för hälso- och sjukvård för fångar och flyktingförläggningarna.

*Bedömning av klientantal*

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

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

Korttidspsykoterapi och andra psykosociala metoder som ingår i den föreslagna lagstiftningen utgör således endast en del av mentalvårdstjänsterna på basnivå inom social- och hälsovården, och till dem hänvisas endast en del av de barn, unga och familjer som behöver vård och stöd. Avsikten är att de metoder som omfattas av garantin ska utnyttjas i enlighet med individuella behov, dvs. de ska inte tillämpas i situationer där det räcker med ett lättare stöd, och inte heller i för svåra situationer. De psykosociala metoder som omfattas av garantin avses även kunna ersätta andra behandlingar och icke-strukturerat psykosocialt stöd som redan används, dvs. enligt förslaget är det fråga om en ändring som gäller utveckling av yrkespersonernas arbetssätt, och som även kan intensifiera och effektivisera tidigare arbete med barn, unga och familjer som genomförts som informella samtal. I beräkningarna har det uppskattats hur stor del av det totala antalet som bedömts på grundval av incidensen som kommer att hänvisas till de psykosociala interventioner som omfattas av garantin.

De viktigaste störningarna som behandlas med de psykosociala metoder som omfattas av garantin, dvs. beteendestörningar, emotionella störningar och ångest hos barn samt depression och ångest hos unga, omfattar 70–90 procent av klienterna beroende på åldersgruppen. Utöver dessa finns det mer sällsynta störningar, för vilka det är svårt att exakt förutse hur antalet klienter och kostnaderna utvecklas, eftersom de i hög grad beror på utvecklingen och ibruktagandet av lämpliga psykosociala metoder. Det finns inte ännu strukturerade psykosociala metoder för alla störningar, eller det saknas ännu evidens om metodernas effektivitet. I beräkningarna har det uppskattats en liten ökning även i antalet som behöver vård på grund av mer sällsynta störningar och de årliga kostnaderna för detta, så att det ska finnas finansiering även för att utvidga dessa interventioner.

Utöver de nya vård- och stödbehov som framkommer finns det redan nu barn och unga inom social- och hälsovårdens servicesystem som behöver interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen. Det är svårt att uppskatta dessa klientantal, eftersom en del av dem har fått hjälp via andra vård- och stödformer och det tillhandahålls redan nu sådana psykosociala interventioner som enligt förslaget ska omfattas av garantin. Psykosociala metoder har tagits i bruk inom primärvården och elev- och studerandevården sedan 2020 som en del av genomförandet av strategin för psykisk hälsa med finansiering genom programmet Framtidens social- och hälsocentral och Finlands program för hållbar tillväxt. I februari 2024 sammanställdes information om projekten inom programmet Framtidens social- och hälsocentral beträffande hur många experter och handledare inom olika metoder som har utbildats inom dem. Det saknas fortfarande centralt sammanställd rapportering om de projekt som fått finansiering genom Finlands program för hållbar tillväxt. Med beaktande av det antal personer som tidigare utbildats kan man anta att den befintliga tillgången på psykosociala metoder åtminstone täcker det tidigare behovet.

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

|  |
| --- |
| **Utbildade metodexperter** |
| Barn 0–12 år | Totalt | Unga 13–18 år | Totalt | Vuxna 19–22 år | Totalt |
| Cool Kids | 412 | Cool Kids | 416 | Kognitiv korttidsterapi | 822 |
| De otroliga åren | 42 | IPC-N | 1548 | IPC | 64 |
| Övriga metoder | 195 | Övriga metoder | 342 | Övriga metoder | 33 |
| **Utbildade metodhandledare** |
| Barn 0–12 år | Totalt | Unga 13–18 år | Totalt | Vuxna 19–22 år | Totalt |
| Cool Kids   | 27 | Cool Kids | 23 | Kognitiv korttidsterapi | 50 |
| De otroliga åren | 0 | IPC-N | 67 | IPC | 29 |
| Övriga metoder | 10 | Övriga metoder | 5 | Övriga metoder | 30 |

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

*Beräkning av kostnader*

För beräkningen av kostnaderna behövs det utöver det årliga klientantalet även en uppskattning om enhetskostnaderna för psykosociala interventioner. I beräkningarna har man använt priserna på de vanligaste metoderna som välfärdsområdena hittills tagit i bruk som grund för prisuppskattningarna för interventionerna. Således baserar sig beräkningarna på priserna för de metoder som i respektive åldersgrupp utgör merparten (70–80 procent) av interventionerna på basnivå som omfattas av garantin. Beräkningarna är riktgivande exempel, eftersom helheten av metoder som tagits i bruk inte är enhetlig nationellt sett. Det bör även beaktas att helheten av psykosociala metoder utvecklas, och att de metoder som används i framtiden kan vara andra än de som beräkningarna baserar sig på.

Kostnaderna för metoderna varierar enligt genomförandesätt (individuell eller gruppform) och längd. Kostnadsutvecklingen påverkas även av vilka metoder välfärdsområdena och SHVS tar i bruk och i vilken omfattning. Det finns olika metoder till olika pris för förebyggande och behandling av samma störningar. Den valda beräkningsmetoden för de metoder som vanligtvis väljs ger dock en bra genomsnittlig uppskattning av hur mycket det kan kosta för välfärdsområdena att genomföra psykosociala metoder. Härnäst används ordet vård för att även beskriva användning av förebyggande metoder och stödmetoder.

*Barn 0–12 år*

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

Kostnader för servicen:

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

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

Kostnader för servicen:

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

Utöver ovan angivna störningar förekommer det även mer sällsynta störningar hos barn. Med beaktande av de metoder som är tillgängliga för vården av dessa och som omfattas av den föreslagna garantin bedöms klientantalet öka med fem procent. Om de genomsnittliga kostnaderna för interventioner för barn används som enhetskostnad uppgår kostnaderna för dem till uppskattningsvis 0,3 miljoner euro.

*Unga 13–18 år*

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

Kostnader för servicen:

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

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

Kostnader för servicen:

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

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

*Unga vuxna 19–22 år*

Kostnader för servicen:

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

* Av alla dessa (10 112) antas 10 procent hänvisas direkt till den specialiserade sjukvården och 75 procent till handledd egenvård (omfattas inte av garantin).
* Av resterande 15 procent (1 517) antas hälften bli hänvisade till nätterapi (omfattas inte av garantin) och hälften till korttidsinterventioner (758 klienter, genomsnittlig kostnad 694 euro/klient).
* Av dem som ursprungligen hänvisades till egenvård (7 584) antas en fjärdedel behöva nätterapi (omfattas inte av garantin) och en fjärdedel korttidsintervention (1 896 klienter, genomsnittlig kostnad 694 euro/klient).
* Av alla klienter inom primärvården (2 275 klienter, genomsnittlig kostnad 2 700 euro/klient) uppskattas en fjärdedel behöva korttidspsykoterapi.

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

*Upprätthållande av kunnandet om metoderna*

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

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

Enligt bedömningen behövs det totalt 900 000 euro per samarbetsområde för välfärdsområdenas utbildnings- och samordningsverksamhet som gäller barn, unga och unga vuxna. Av detta bedöms 650 000 euro behövas för närvaroutbildningar och samordning av utbildningen. För utbildning som sker på en digital utbildningsplattform är behovet uppskattat till 250 000 euro per samarbetsområde. Det totala beloppet i hela landet för fem samarbetsområden uppskattas till 4,5 miljoner euro. Kostnaderna kan stävjas genom effektivt samarbete och inbördes arbetsfördelning.

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

Kostnaderna som orsakas av närvaroutbildning och samordning av utbildningen har uppskattats på grundval av en kostnadsberäkning för Östra Finlands samarbetsområde. I kostnadsberäkningen för unga på 215 000 euro ingick förutom personalkostnader även andra kostnader.[[13]](#footnote-13) I Östra Finlands samarbetsområde har teamet vid kompetenscentret för ungas psykiska hälsa (NMOK) vid Kuopio universitetssjukhus (KYS) fungerat som aktör i fråga om utbildning och förankring av psykosociala metoder för unga, med 2 projektkoordinatorer på 100 procent arbetstid och en utvecklingsläkare på 20 procent som resurs. Om man antar att det behövs motsvarande resurser även för barn och unga vuxna är de totala kostnaderna för närvaroutbildning och samordning av utbildningen ovan nämnda 650 000 euro per samarbetsområde. Kostnaderna gäller ibruktagande och upprätthållande av de två vanligaste metoderna.

En del av den teoretiska utbildningen genomförs på den digitala utbildningsplattform som tagits fram inom programmet Framtidens social- och hälsocentral och inom Finlands program för hållbar tillväxt, och som kan användas avgiftsfritt under projektperioden till 2025. Därefter finansieras verksamheten eventuellt genom en avgift som tas ut av användarna. Det är svårt att förutse storleken på dessa avgifter, eftersom de bland annat beror på hur centraliserat dessa plattformar i fortsättningen upprätthålls. Här har man varit tvungen att göra en uppskattning om att kostnaden för den utbildning som sker via de digitala utbildningsplattformarna kommer att vara ovan nämnda 250 000 euro per samarbetsområde.

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

För välfärdsområdena uppkommer det dessutom frånvarokostnader för de anställda som deltar i utbildning. Längden på och sättet hur utbildningen i olika metoder ordnas (närvaro- eller webbutbildning) påverkar hur mycket en anställd måste vara frånvarande från arbetet. Om man antar att en anställd i genomsnitt är frånvarande från arbetet i två dagar och det genomsnittliga priset på en arbetstimme är 45 euro blir vikariekostnaderna 0,4 miljoner euro. De baserar sig på antagandet att det behövs cirka 4 000 anställda och 670 årsverken för att genomföra metoderna, och att man årligen måste utbilda 15 procent av det antal som behövs på grund av personalomsättning. Antalet årsverken har beräknats enligt den arbetstid som krävs för de metoder som utgör grunden för beräkningarna (till exempel Cool Kids 11 besök, antagande om arbetstiden totalt 22 timmar). Därav har man härlett antalet anställda genom att multiplicera detta med sex, dvs. med antagande om att de anställda som utför dessa interventioner i genomsnitt använder en sjättedel av sin arbetstid åt dessa metoder.

Tabell 2. Sammanfattning av kostnadsuppskattning

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

*Kostnader för informationssystem*

Välfärdsområdena och SHVS ska ha funktioner för uppföljning av garantin i samband med klient- och patientdatasystemen. Inom hälso- och sjukvården (inkl. SHVS) finns dessa funktioner redan, eftersom vårdgarantin och den tillhörande lagstadgade uppföljningsplikten har varit i kraft redan tidigare. I fråga om den föreslagna lagstiftningen måste kompletteringar göras i systemen för uppföljningen av maximitiderna. I socialvårdens klientdatasystem behövs ändringar i fråga om de åtgärdskoder som beskriver mentalvårdstjänster. Dessa åtgärder är en del av en mer omfattande förbättring av kunskapsbasen inom socialvården, som inte direkt anknyter till den föreslagna lagstiftningen.

*Kostnader för lokaler*

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

*THL:s och tillsynsmyndigheternas kostnader*

Uppföljningen av genomförandet av garantin avser delvis gälla motsvarande uppföljning och tillsyn av genomförandet av tidsfristerna som för vårdgarantin inom primärvården, och detta avses även gälla tjänsterna på basnivå inom socialvården. Välfärdsområdet ska med fyra månaders mellanrum i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal om hur de i 53 § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. THL tar fram nyckeltal på grundval av de uppgifter som det erhållit.

Regionförvaltningsverket ska årligen enligt den gällande 27 § i hälso- och sjukvårdslagen och 25 § i socialvårdslagen ordna regionala samarbetsmöten för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvårdsarbetet och mentalvården för barn och unga inom socialvården. Uppföljningen av den föreslagna lagstiftningen avses anknyta till denna regionförvaltningsverkens lagstadgade uppgift, eftersom mentalvårdsarbetet i fråga om barn och unga ska granskas som en helhet. Det kan leda till tilläggskostnader för tillsynsmyndigheterna om det finns brister i tillgången på de psykosociala interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen och detta till exempel leder till klagomål. Konsekvenserna för tillsynsmyndigheterna bedöms även i delen som gäller konsekvenser för myndigheter.

*Kostnader för hälso- och sjukvården för fångar och mottagningstjänsterna*

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

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

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

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

* + - 1. Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning

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

Förslaget bedöms ha en ringa inverkan på hälsovårdsavgiften av skattenatur som tas ut av yrkeshögskole- och universitetsstuderande, om hälsovårdsavgiften höjs i och med den föreslagna lagstiftningen. Högskolestuderande betalar terminsvis en hälsovårdsavgift för studerandehälsovården till Folkpensionsanstalten. Med dessa avgifter täcks 23 procent av den nationella finansieringsandelen för högskolestuderandenas studerandehälsovård. År 2024 omfattas 290 000 högskolestuderande av SHVS tjänster. Av den tilläggskostnad på 2,4 miljoner euro som förslaget medför för högskolestuderandes studerandehälsovård ska de studerande betala 0,6 miljoner euro år 2025. Detta innebär uppskattningsvis en ökning på 2,40 euro per termin för de studerande. Konsekvensen bedöms således vara liten.

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

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

* + - 1. Konsekvenser för företagen

I genomförandet av den föreslagna lagstiftningen kan de som ordnar social- och hälsovårdstjänster till exempel i fråga om korttidspsykoterapi skaffa tjänsterna som köptjänster eller med servicesedel av privata eller självständiga yrkesutövare. I bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna uppskattades antalet klienter inom korttidspsykoterapi till cirka 2 300, men det beror på välfärdsområdenas beslut hur stor del av dem som köps av företag och självständiga yrkesutövare. Dessutom ger SHVS en del av de psykosociala behandlingarna för 18–22-åringar inom högskolestuderandenas studerandehälsovård. SHVS andel av kostnaderna för unga vuxnas tjänster uppskattades till 2,4 miljoner euro. SHVS köper också en del av tjänsterna av privata serviceproducenter.

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

* + - 1. Konsekvenser för nationalekonomin

Kostnaderna som psykiska problem orsakar för nationalekonomin är betydande framför allt i fråga om kostnaderna som anknyter till arbetsoförmåga. Insjuknande i psykiska störningar sker typiskt under barndomen och ungdomen, och sjukdomen kan försämra utbildnings- och sysselsättningsmöjligheterna. Detta märks som stora indirekta kostnader för psykiska störningar. Enligt OECD är de direkta och indirekta mentalvårdskostnaderna i Finland bland de största inom OECD-länderna.[[14]](#footnote-14) Således kan man anta att förebyggande av psykiska störningar hos framför allt barn och unga och en stärkt tillgång till vård på lång sikt minskar såväl de direkta som de indirekta kostnaderna. Det att psykiska problem som börjar i barndomen fortsätter som en negativ spiral orsakar de allra största kostnaderna på grund av marginalisering.

Av dem som fått sjukhusvård som unga på grund av affektiva störningar är mindre än hälften i arbete efter 25 års ålder.[[15]](#footnote-15) Enligt WHO överskrider fördelarna med en utvidgning av mentalvårdens omfattning dess kostnader 2,3–3-falt om man enbart räknar den ekonomiska nyttan, och 3,3–5,7-falt om man även beaktar värdet av en förbättrad hälsa.[[16]](#footnote-16)

I ett projekt inom statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet bedömdes det att sjukdagpenningperioder som anknyter till psykiska störningar minskar bruttonationalprodukten med 0,3–0,4 procent i Finland. Om övergången till invalidpension eller sjukpension på grund av psykiska orsaker minskar med 10–15 procent, ökar bruttonationalprodukten med 0,3–0,5 procent. Slutsatsen av undersökningen var att genom att investera i främjande av psykisk hälsa och mentalvårdstjänster är det möjligt att avsevärt minska de indirekta kostnaderna.[[17]](#footnote-17) På grund av olika tjänste- och kostnadsstrukturer i olika länder kan uppskattningen av storleken på besparingarna ändå inte tillämpas som sådan på Finland.[[18]](#footnote-18)

* + 1. Konsekvenser för myndigheterna
			1. Nationella konsekvenser

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

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

Regeringsprogrammet innehåller åtgärder för att stärka den nationella styrningen i fråga om de metoder som tas i bruk. I enlighet med regeringsprogrammet ska det föreskrivas om principerna för vilka tjänster och metoder som ska ingå i den offentliga social- och hälsovårdens tjänsteutbud i syfte att främja verkningsfulla och jämlika tjänster. Dessutom utreds möjligheten att föreskriva om en nationell aktör som har behörighet att på ett bindande sätt fastställa vilka metoder och tjänster som ska eller inte ska ingå i tjänsteutbudet. Dessa åtgärder går dock vidare till praktiken först senare, varför genomförandet av den föreslagna lagstiftningen ska styras och stödas genom både nationella och regionala lösningar.

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

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

* + - 1. Konsekvenser för välfärdsområdena

När de psykosociala metoderna tas i bruk i regionerna är det väsentligt med noggrann förberedelse, högklassig utbildning och användningsstyrning, välfungerande ledarskap och ett långsiktigt stöd.[[19]](#footnote-19) Denna helhet ska planeras enligt den föreslagna lagstiftningen både på välfärdsområdesnivå och samarbetsområdesnivå. Den föreslagna lagstiftningens konsekvenser för myndigheterna i välfärdsområdet gäller centralt arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården, inom primärvården samt mellan primärvården och den specialiserade sjukvården.

*Val av psykosociala metoder och samordning av helheten*

Den föreslagna lagstiftningen har konsekvenser för upprättandet av välfärdsområdenas samarbetsavtal, som nu upprättas för första gången. På samarbetsavtalsnivå är praxis för samarbetet ännu ostrukturerat och det är även möjligt med motsättningar om välfärdsområdena och universitetssjukhusen inte hittar en gemensam ståndpunkt till exempel angående de psykosociala metoder som ska tas i bruk och som enligt förslaget ska avtalas i samarbetsavtalet. Det är även möjligt att interventionerna inte blir högklassiga utan en tillräcklig satsning på metodutbildning och -handledning, och därför inte ger välfärdsområdena några fördelar i fråga om vårdens och stödets effektivitet. I hörandena i anknytning till beredningen av regeringspropositionen framförde välfärdsområdena att valet av metoder som omfattas av garantin på samarbetsavtalsnivå ska göras genom dialog mellan de olika parterna, så att även de lokala särdragen och behoven beaktas.

I genomförandet av den föreslagna lagstiftningen ska aktörerna inom social- och hälsovården stärka och samordna sitt inbördes samarbete även i välfärdsområdets interna verksamhet. I välfärdsområdets social- och hälsovård ska man fastställa de tjänster och verksamhetsenheter vars personal utför interventioner som omfattas av garantin och planera hur samarbetet och arbetsfördelningen genomförs inom hälso- och sjukvården och mellan social- och hälsovården. Detta är nödvändigt för att kunna säkerställa en samordnad helhet, smidiga tjänstekedjor samt vårdens och stödets kontinuitet. Det har konstaterats att det finns betydande utmaningar i samarbetet mellan social- och hälsovården, och helheten av tjänster är splittrad. Detta kan även synas i genomförandet av den föreslagna lagstiftningen.

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

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

*Personalens kompetens och rekrytering*

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

Inom elev- och studerandevården har det konstaterats att utbildning i psykosociala metoder ökar erfarenheten av hur man kan hjälpa i mentalvårdsfrågor.[[20]](#footnote-20) Genom ibruktagande av metoderna kan man således stärka de anställdas arbetshälsa och engagemang i arbetet. Samtidigt kan ibruktagandet av metoderna även orsaka belastning för personalen. Därför bör välfärdsområdena genomföra ibruktagandet stegvis samtidigt som processen kontinuerligt utvärderas.[[21]](#footnote-21)

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

Den föreslagna lagstiftningen skapar även ett behov av att anställa mer personal i en situation där personalrekryteringen är utmanande. Situationen har i viss mån underlättats i och med välfärdsområdenas organiseringsansvar, men tillgången på personal varierar mellan regionerna och yrkesgrupperna.[[22]](#footnote-22) I den föreslagna lagstiftningen har man strävat efter att beakta att olika yrkesgrupper kan utnyttjas i så bred utsträckning som möjligt både inom socialvården och hälso- och sjukvården. I fråga om genomförandet av lagstiftningen ska välfärdsområdena vidta åtgärder för att stärka både förmågan att hålla kvar personal och sådana attraktionsfaktorer som stöder rekrytering av ny personal. I början av 2024 beviljade social- och hälsovårdsministeriet över 800 000 euro i statsunderstöd till välfärdsområdena för pilotprojekt med att förnya arbetsfördelningen för personalen inom social- och hälsovården samt för verksamhet som stöder arbetsförmågan. Inom programmet för ett gott arbete vidtar social- och hälsovårdsministeriet även andra åtgärder som kan bedömas stödja välfärdsområdena i genomförandet av den föreslagna lagstiftningen.

*Det administrativa arbetet*

Den föreslagna lagstiftningen kan i viss mån öka välfärdsområdenas administrativa arbetsuppgifter, om beslutsfattandet inom socialvården ökar vad gäller det psykosociala stöd för barn och unga som genomförs som service inom mentalvårdsarbetet. Det är känt att servicebeslut enligt 45 § i socialvårdslagen inte nödvändigtvis fattas inom elev- och studerandevårdens kuratorstjänster och inom uppfostrings- och familjerådgivningsverksamheten i alla välfärdsområden i nuläget.[[23]](#footnote-23) Den föreslagna nya regleringen medför för sin del ändringar i denna praxis. Det är ändå inte fråga om en ny lagstadgad skyldighet. Den föreslagna lagstiftningen medför att välfärdsområdena behöver följa upp tillgången på interventioner som omfattas av garantin och genomförandet av maximitiderna med avseende på genomförandet av åtgärdskoderna och servicebesluten. Utvecklingen av dessa processer förutsätter ledning av praxis som gäller dokumentation av klientarbete, personalutbildning och utveckling av informationshantering i välfärdsområdena. Åtgärdskoderna för evidensbaserade psykosociala metoder inom hälso- och sjukvården användes redan i slutet av 2023 av de flesta välfärdsområdena. THL har också fastställt åtgärdskoder för de psykosociala metoder som används inom socialvårdens service, och de kan tas i bruk 2025. Det finns dock fortfarande skillnader mellan enskilda yrkespersoner och organisationer i fråga om hur regelmässigt åtgärdskoderna används.

* + 1. Andra samhälleliga konsekvenser för människor
			1. Konsekvenser för de grundläggande och mänskliga rättigheterna

Regleringen av serviceutbudet inom vården av och stödet för psykisk hälsa har betydelse med avseende på de grundläggande fri- och rättigheterna. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa är nödvändig även med avseende på tillgodoseendet av barnets alla andra rättigheter. Enligt grundlagsutskottet (GrUU 30/2013 rd) kan man när tjänsternas tillräcklighet bedöms som utgångspunkt använda en sådan nivå på tjänsterna som skapar förutsättningar för var och en att verka som en fullvärdig medlem i samhället (RP 309/1993 rd, s. 71 och GrUU 36/2012 rd, s. 2/II).

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

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

I social- och hälsovården som en större helhet kan det förekomma konsekvenser förutom för dem som ingår i åldersgruppen som omfattas av den föreslagna lagstiftningen även indirekt för den övriga befolkningen. Trots att konsekvenserna av den föreslagna lagstiftningen är positiva för den åldersgrupp som omfattas av lagstiftningen, försätter den unga vuxna i viss mån i olika ställning sinsemellan. Vid samrådsmötena förde framför allt studerandeorganisationerna fram att en betydande del av de studerande inte omfattas av den föreslagna lagstiftningen, trots att det är mycket vanligt med psykiska problem bland studerande.[[24]](#footnote-24) I enlighet med förslaget har unga under 23 år rätt att snabbare få mentalvård och mentalvårdstjänster inom primärvården än de som är över 23 år när det gäller vissa behandlingar. Enligt förslaget ska lagstiftningen om tillgång till vård som gäller hela befolkningen tillämpas på mentalvård för personer över 23 år, och denna reglering gäller i första hand säkerställande av den första vårdhändelsen.

De ovan angivna skillnaderna i regleringen om tillgång till vård påverkar dock inte jämlikheten nämnvärt. Den gällande lagstiftningen garanterar redan i sin nuvarande form att även den första vårdhändelsen inom mentalvården ska ordnas inom 14 dygn och när det gäller andra tjänster inom icke-brådskande vård inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten. De väsentliga bristerna inom servicesystemet har i synnerhet gällt mentalvårdshelheten för minderåriga. De satsningar som föreslås angående tillgången till psykosociala metoder i tidigare åldersskeden samt maximitiden på en månad i fråga om de interventioner som omfattas av garantin kan även minska senare behov av vård och stöd som framträder i vuxen ålder. Således märks fördelarna med snabbare vård och stöd även senare i vuxenåldern.

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

* + - 1. Konsekvenser för barn och unga

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

I konsekvensbedömningen som gäller barn och unga utnyttjas WHO:s referensram om tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality). Enligt den allmänna kommentaren nr 15 av kommittén för barnets rättigheter ska staterna säkerställa att alla hälsovårdstjänster för barn uppfyller dessa kriterier. Referensramen kan tillämpas på bedömning av såväl hälso- och sjukvården som socialvården.

*Tillgång*

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

Den föreslagna lagstiftningen bemöter dessa identifierade brister och stärker tillgången på vård och stöd för barns och ungas ökade psykiska symtom. Genom förslaget kan man även bidra positivt till ett mer jämlikt nationellt servicesystem, eftersom strävan är att innehållet i det stöd som tillhandahålls ska förenhetligas både inom välfärdsområdena och samarbetsområdena samt nationellt.

Strukturerade och tidsbegränsade arbetsmetoder som härletts ur psykoterapin utgör endast en del av helheten mentalvårdsarbete inom social- och hälsovården. Ur synvinkeln barns och ungas inbördes jämlikhet ska det beaktas att det inte finns strukturerade, evidensbaserade psykosociala metoder för alla vård- och stödbehov när det gäller psykisk hälsa. Till exempel aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (adhd) kräver individuella och mångsidiga stöd- och vårdåtgärder som genomförs i vardagen. För neuropsykiatrisk träning har det inte ännu utvecklats några strukturerade arbetsmetoder med evidensbaserad effekt.[[25]](#footnote-25) Det stöd som barn och unga med funktionsnedsättning behöver är också typiskt varierande.

Den föreslagna lagstiftningen stärker tillgången på föräldraskapshandledning, som kan utnyttjas som en del av helheten med vård och stöd även i de ovan nämnda grupper som behöver ett mångsidigare stöd. När de psykosociala behandlingarna utvecklas kan man anta att helheten av behandlingar med evidensbaserad effekt kommer att utvidgas till olika diagnosgrupper och att detta ytterligare stärker en jämlik tillgång. Vårdgarantin på 14 dygn enligt den gällande hälso- och sjukvårdslagen, där stöd- och vårdåtgärderna ska vidtas i enlighet med vårdplanen inom en maximitid på 3 månader, gäller all vård som barngrupperna behöver.

Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering innehåller även andra åtgärder som stöder barns och ungas psykiska hälsa, såsom stärkande av chatt- och drop in -tjänster med låg tröskel samt effektivisering av användningen av de egenvårdsprogram och nätterapier som ingår i servicehelheten Psykporten, som för sin del förbättrar tillgången på vård och stöd. Utvecklingen av helheten av vård och stöd för barns och ungas psykiska hälsa bör ännu fortsättas och bedömas inom den större reformen av lagstiftningen som gäller social- och hälsovårdstjänster.

*Tillgänglighet*

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

Eftersom den föreslagna lagstiftningen avses gälla både förebyggande stöd och vård av psykiska störningar främjar den tillgängligheten. En läkarbedömning, som kan vara svår att få, för att få en psykosocial intervention som omfattas av garantin avses inte vara ett krav i alla situationer. Stöd ska kunna fås flexibelt till exempel med hänvisning av rådgivningsbyrån eller skol- och studerandehälsovården, genom elev- och studerandevårdens kurators- och psykologtjänster eller genom andra lågtröskeltjänster inom social- och hälsovården. Dessa utgör tjänster som barn, unga och familjer annars också utnyttjar, vilket även främjar den fysiska tillgängligheten. I dessa tjänster ska särskild uppmärksamhet fästas vid bemötande av barn och unga också i användningen av psykosociala metoder. Utifrån svaren upplever barn och unga att det är en väsentlig tillgänglighetshindrande faktor om stödbehovet måste motiveras för att man ska få stöd eller om den person som erbjuder hjälp inte har en tilltalande personlighet.

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

Det är dock möjligt att barn, unga eller föräldrar inte har färdigheter för det arbete som krävs för en psykosocial intervention till exempel på grund av bristande språkkunskaper, och är således i en svagare ställning än andra i fråga om stödets tillgänglighet och de fördelar som erhålls av vården och stödet. Barn och unga avses kunna utnyttja garantin till exempel via elev- och studerandevårdens tjänster. Därmed påverkas inte möjligheterna att få hjälp lika mycket av till exempel vårdnadshavarnas språkkunskaper, funktionsförmåga eller utmaningar i relationen mellan föräldern och barnet. Välfärdsområdet ska dock även säkerställa tillräckliga tolktjänster och vid behov omarbeta servicestigarna och interventionerna så att de passar alla barn, unga och familjer.

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

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

*Kvalitet*

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

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

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

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

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

I ibruktagandet av strukturerade metoder kan risker också identifieras. De interventioner som omfattas av garantin utförs enligt en viss struktur och ett visst innehåll, och de fokuserar på ett visst problem och symtom. Ett för snävt stöd kan ge barnen, ungdomarna eller familjerna en upplevelse av en intervention som genomförs schematiskt, där deras individuella servicebehov inte beaktas. Om den föreslagna strukturerade interventionen inte lämpar sig för barnet och barnet därför avbryter behandlingen, kan det leda till hopplöshet och missnöje med det stöd som erbjuds. Stödbehovet ska således granskas ur ett bredare helhetsperspektiv än en enskild psykosocial intervention. I Dinåsikt -enkäten som genomfördes som stöd för beredningen framhävdes framför allt föräldrarnas önskan om att familjernas situationer ska granskas som en helhet i stället för som individer.

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

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

*Godtagbarhet*

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

Den föreslagna lagstiftningen gäller tjänster på basnivå, och medför indirekta effekter på situationen för den specialiserade sjukvården, som barn och unga som lider av svåra psykiska störningar behöver. Den föreslagna lagstiftningen uppskattas ha positiva effekter för de grupper som är i utsatt ställning och för vilka det räcker med stödtjänster på basnivå. I genomförandet av lagstiftningen ska särskild uppmärksamhet dock fästas vid specialgruppernas och minoriteternas behov, så att jämlikheten tillgodoses. Tjänsteanordnaren har även en lagstadgad skyldighet till detta. Det bör dock identifieras att alla barn, unga och familjer inte gynnas jämlikt av de interventioner som omfattas av garantin, eftersom vård- och stödbehoven är mångsidiga.

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

Det är också möjligt att den föreslagna lagstiftningen leder social- och hälsovårdstjänsterna till att främst granska barns, ungas och familjers utmaningar i vardagen som psykiska problem och ogrundat medikalisera barns och ungas behov och situationer i anslutning till vardagen och utvecklingen samt den samhälleliga situationen. Detta kan i onödan ge barn och unga en identitet som präglas av sjukdom. Barns och ungas utveckling är förenad med många olika skeden och de ska inte i första hand betecknas som psykiska problem och familjers stödbehov ska bedömas som helhet. Risken för medikalisering har man försökt minska genom socialvårdens roll i genomförandet av de interventioner som omfattas av garantin.

Genom den föreslagna lagstiftningen kan man inte heller påverka de grundläggande problemen med barns och ungas psykiska hälsa, såsom utmaningar i anslutning till mobbning eller familjernas vardag. I svaren till enkäterna som genomfördes i samband med beredningen framhävdes behovet av att identifiera en bredare betydelse av barns, ungas och familjers vardag och välbefinnande, då målet är att stärka den psykiska hälsan. Det ansågs att en god psykisk hälsa i första hand byggs upp genom social gemenskap, familjens och vänners stöd, hobbyverksamhet, trygga vuxna i vardagen, högklassig småbarnspedagogik och utbildning, högklassigt ungdomsarbete samt genom organisationer och församlingar.

Konsekvenserna av den föreslagna lagstiftningen ska ses som en del av en större helhet, där lagstiftnings- och utvecklingsåtgärderna kompletterar varandra och påverkar förutsättningarna för genomförandet av den föreslagna lagstiftningen. För att kunna minska eventuella negativa konsekvenser ska man i välfärdsområdena även brett överväga andra åtgärder för att i samarbete med till exempel kommuner, organisationer och andra aktörer kunna stärka det övergripande arbetet för att främja barns, ungas och familjers välbefinnande och psykiska hälsa genom multiprofessionella åtgärder på flera nivåer.

*Efterhandsutvärdering av konsekvenser*

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

* + - 1. Konsekvenser för jämlikheten

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

I fråga om den föreslagna lagstiftningen bedöms det att de största utmaningarna rörande jämlikheten kommer fram även i kontexten av den föreslagna lagstiftningen. I fråga om välfärdsområdenas verksamhet finns det ingen heltäckande information om läget med de delfaktorer som anknyter till jämlikhet. Enligt den nationella utvärdering som gäller välfärdsområdenas första verksamhetsår har icke-diskriminering och tillgänglighet inte stått i centrum för områdenas utvecklingsarbete, och det förväntas att uppmärksamhet fästs vid detta under 2024 för att stärka jämlikheten.[[26]](#footnote-26)

*Jämställdhet mellan könen och sexuella minoriteter*

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

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

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

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

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

*Språkliga rättigheter*

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

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

Enligt resultaten av enkäten Hälsa i skolan kunde man inte observera några skillnader mellan elever i svenska skolor och elever i finska skolor när det gäller erfarenheter av medelsvår eller svår ångest. Social ångest var mer ovanligt i svenska skolor än i finska skolor. Elever i svenska skolor upplevde avsevärt mer sällan än elever i finska skolor att de hade fått hjälp av yrkespersoner inom elevvårdstjänsterna när de behövde det. Av resultaten kan man se att i svenska skolor hade barn och unga besökt yrkespersoner inom elev- och studerandevårdstjänsterna oftare än andra, men de ansåg dock att de fått stöd och hjälp för sitt välbefinnande mer sällan än andra. Orsakerna till dessa upplevelser bör utredas närmare framöver.[[27]](#footnote-27) I välfärdsområdena ska man säkerställa att metodutbildningarna riktas till anställda som arbetar på svenska, så att de språkliga rättigheterna kan tillgodoses i de praktiska tjänsterna.

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

För romerna anknyter problemen i social- och hälsovårdens praxis till både språkliga och vidare kulturella skillnader jämfört med största delen av befolkningen. Det har observerats betydande depressions- och ångestsymtom hos den romska befolkningen. Förekomsten av symtom är ungefär fyrfaldigt och hos kvinnor ungefär femfaldigt jämfört med hela befolkningen. Orsakerna till den psykiska ohälsan är ganska långt samma som för den övriga befolkningen, men romerna söker mer sällan hjälp hos social- och hälsovården. Frågor som anknyter till psykisk hälsa är känsliga inom den romska gemenskapen.[[28]](#footnote-28) Därför ska särskild uppmärksamhet i fråga om den föreslagna lagstiftningen fästas vid psykosociala interventioners språkliga tillgänglighet samt handledning och rådgivning om att söka vård och stöd, så att barn, unga och familjer inom den romska befolkningen har en jämlik möjlighet att få stöd även för psykiska problem.

Barn och unga som talar teckenspråk stöter också på problem i sin vardag vad gäller social- och hälsovårdstjänster samt tillgången till information. Framför allt i frågor som gäller psykisk hälsa garanterar service på teckenspråk ett mer högklassigt stöd i fråga om den föreslagna lagstiftningen, men det finns nästan inga personer med metodkompetens för psykosociala interventioner. Det finns även geografiska skillnader i hur tjänster på teckenspråk är tillgängliga.[[29]](#footnote-29) Även i fråga om den föreslagna lagstiftningen ska man inse att tolkning kan orsaka missförstånd och att de språkliga rättigheterna således inte tillgodoses fullt ut.

* + 1. Konsekvenser för sysselsättningen och arbetslivet

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

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

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

* + 1. Konsekvenser för säkerheten

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

* + 1. Sammanfattning av de viktigaste konsekvenserna

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

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

Tabell 3. Sammanfattning av de uppskatta ekonomiska konsekvenserna

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

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

Ur synvinkeln jämlikhet nationellt och i samarbetsområdena ska välfärdsområdena kunna avtala om de psykosociala metoder som omfattas av garantin och som tas i bruk. Det finns dock nästan inga erfarenheter av denna avtalsprocess och nivån på samarbetet, och det förekommer osäkerhetsfaktorer och eventuella motsättningar.

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

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

1. Alternativa handlingsvägar
	1. Alternativen och deras konsekvenser

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

* + 1. Vårdgaranti för lindriga och medelsvåra störningar

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

Styrkan med en modell som gäller störningsnivå är att den är tydligt avgränsad och garanterar barn och unga som lider av lindriga eller medelsvåra psykiska störningar en snabb tillgång till vård och minskar belastningen på den specialiserade sjukvården. En negativ följd kan vara att det i en situation med knapp tillgång på vård inte utförs tillräckligt med ändamålsenlig diagnostik, utan situationen bedöms oändamålsenligt som en lindrigare symtomnivå som således inte omfattas av garantin.

Incitamentet för att hänvisa till en läkares diagnostiska bedömning kan även onödigt belasta hälso- och sjukvårdsverksamheten om man strävar efter att tolka situationer på symtomnivå som psykiska störningar. Om garantin endast omfattar vård av störningar ska alla interventioner som omfattas av garantin genomföras inom hälso- och sjukvården. Stöd som ges inom socialvården skulle således inte omfattas av garantin, trots att det är en viktig kanal för stöd för barn, unga och familjer. Till exempel interventioner som genomförs av kuratorer inom elev- och studerandevården eller strukturerad handledning för föräldrar med små barn som lider av beteendesymtom som genomförs inom socialvården skulle inte omfattas av garantin. Under beredningen diskuterades det också om detta genomförandesätt ogrundat medikaliserar de utmaningar som är förknippade med barns och ungas uppväxt och utveckling. Således ansågs genomförandesättet inte vara motiverat.

* + 1. Garanti på förebyggande nivå

Terapigarantin för barn och unga skulle kunna genomföras genom att låta garantin endast omfatta förebyggande vård och stöd av psykiska störningar. Därigenom skulle modellen inte gälla tillstånd på störningsnivå och det skulle inte krävas att en läkare ställer en diagnos om en psykisk störning för att garantin ska kunna tillämpas. Förebyggande stöd för psykiska störningar skulle kunna tillhandahållas både inom socialvården och hälso- och sjukvården. I detta fall omfattar garantin inte korttidspsykoterapier, eftersom de inte hör till det förebyggande arbetet. Syftet med genomförandesättet skulle vara att se till att man får stöd i ett så tidigt skede som möjligt, då det ännu är fråga om förebyggande av störningar.

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

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

* + 1. Garanti som träder i kraft stegvis

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

Det kan även fastställas i lagstiftningen att korttidsinterventioner som baserar sig på psykoterapier och har visat sig vara effektiva tas i bruk i det första skedet från början av 2025, och att egentliga korttidspsykoterapier tas i bruk i det andra skedet, till exempel från början av 2027. Korttidspsykoterapierna införs i lagstiftningen senare, eftersom det råder en betydande brist på psykoterapeuter. Åtgärderna för att främja tillgången på psykoterapeuter som genomförs under regeringsperioden ger resultat först efter flera år. I en undersökning som baserade sig på materialet för 2018 och 2019 konstaterades det att i fråga om korta köptjänstpsykoterapier inom HUS-området inledde 20 procent av patienterna psykoterapi inom cirka en månad efter att remiss skrivits ut och hälften inom cirka tre månader från remissen. I undersökningen konstateras att det kan anses vara skäligt att få vård inom tre månader när det gäller korttidspsykoterapi.[[30]](#footnote-30)

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

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

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

Problemet med modellen med en särskilt lagstadgad nationell aktör är att användningen av de psykosociala metoderna styrs på ett sätt som avviker från den övriga social- och hälsovården. Lösningen har även samband med skrivningar i regeringsprogrammet, vars genomförande framskrider först senare under regeringsperioden. I regeringsprogrammet ingår en skrivning enligt vilken det ska föreskrivas om principerna för vilka tjänster och metoder som ska ingå i den offentliga social- och hälsovårdens tjänsteutbud i syfte att främja vilka metoder och tjänster som ska eller inte ska ingå i tjänsteutbudet. Denna skrivning kommer även att påverka genomförandet av den föreslagna lagstiftningen efter några år. I beredningen bedömdes det vara motiverat att även uppgifter och lösningar som gäller mentalvårdstjänster för barn och unga struktureras inom denna beredning.

* + 1. Förbättring av tillgången till psykosociala metoder som utvecklingsarbete

I stället för åtgärder i anknytning till lagstiftningen kan man fortsätta förbättra mentalvårdstjänsterna för barn och unga som en åtgärd för utveckling av servicesystemet genom att vidare stödja ibruktagandet av psykosociala metoder när programmet Framtidens social- och hälsocentral och Finlands program för hållbar tillväxt har upphört. På grundval av internationella erfarenheter behövs det ett kontinuum av åtgärder som sträcker sig minst över två regeringsperioder för attkomma från nuläget till det målsatta läget. Servicesystemet och de anställda som arbetar där behöver tid för att ta till sig nya metoder, och etablera och genomföra dem på ett effektivt sätt.

Det krävs inte alltid ändringar i lagstiftningen för att förbättra tjänster. Om målet är att förbättra mentalvårdstjänsterna på basnivå för barn och unga i större utsträckning kan ett alternativt genomförandesätt även vara en starkare reglering om skyldigheten att ordna i synnerhet mentalvårdstjänster som tillgodoser barns och ungas behov. I enlighet med regeringsprogrammet vill man stärka mentalvårdstjänsterna för barn och unga genom att säkerställa rättidig tillgång på basnivå till korttidspsykoterapi och andra psykosociala behandlingar som konstaterats vara effektiva. Ovan angivna åtgärder skulle således inte ha motsvarat regeringens vilja.

* + 1. Lagtekniska alternativ för genomförande

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

*Hälso- och sjukvårdslagen*

Under beredningen diskuterades det om en ändring behöver föreslås i 27 § om mentalvård i hälso- och sjukvårdslagen. Eftersom paragrafen gäller mentalvårdsprinciper för hela befolkningen ansågs det inte vara motiverat att utfärda bestämmelser om innehållet i mentalvården enbart för barn och unga. Korttidspsykoterapier och andra psykosociala behandlingar hör till serviceutbudet för hela befolkningen oavsett ålder. I fråga om barn och unga under 23 år är avsikten att föreslå specialbestämmelser enbart om maximitiden för att få vård, varför det ansågs motiverat att göra ändringar i 6 kap. om att få vård i hälso- och sjukvårdslagen.

*Socialvårdslagen*

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

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

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

*Definition av psykosociala interventioner*

Under beredningen diskuterades det hur de psykosociala interventioner som ingår i den föreslagna lagstiftningen ska definieras. I regeringsprogrammet avgränsas detta till ”korttidspsykoterapi eller annan effektiv psykosocial behandling”. Psykosociala behandlingar är en mycket omfattande helhet, i vilken ingår till exempel egenvård och icke-strukturerat stöd. Redan enligt den gällande lagstiftningen om en vårdgaranti ska man få ovan nämnda behandlingar inom en maximitid på 14 dygn. Effektiv psykosocial behandling ansågs inte heller vara en tillräckligt noga avgränsad formulering med avseende på tillämpningen av lagstiftningen. Av denna anledning kompletterades formuleringen med preciserande bestämningar om en strukturerad psykosocial behandling och en teoretisk bakgrund. I definitionen utnyttjades social- och hälsovårdsministeriets promemoria VN/576/2023 till riksdagen.[[31]](#footnote-31)

*Skyldigheter för ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus*

Under beredningen diskuterades behovet av att precisera centraliseringsförordningen. Enligt den gällande regleringen ska de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ha hand om utvärdering av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem (4 § 1 mom. 6 punkten). I beredningen konstaterades det att denna uppgift inte behöver ändras enkom för helheten av psykosociala metoder för barn och unga inom social- och hälsovården.

Universitetssjukhusens uppgift anknyter till samarbetet inom hälso- och sjukvården och stödjandet av kompetensen inom primärvården samt till upprätthållande av ett metodurval för psykosociala behandlingar som är regionalt enhetligt och jämlikt tillgängligt, och det är inte motiverat att anvisa uppgifter som hör till socialvården till hälso- och sjukvården och universitetssjukhusen. Av denna anledning ansågs det vara motiverat att avtala om det regionala ibruktagandet av de psykosociala metoder som omfattas av garantin i välfärdsområdenas samarbetsavtal, där det sedan tidigare avtalas om hälso- och sjukvårdens psykosociala metoder, och därför föreslås preciserande bestämmelser till statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden.

Under beredningen diskuterades också en komplettering av 4 § 6 punkten i centraliseringsförordningen så att utvärdering av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem ska genomföras i nationellt samarbete. Punkten kompletterades dock inte, eftersom samarbetet ansågs genomföras mellan de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus utan att förordningen ändras.

*En större reform av servicelagstiftningen*

I början av beredningen diskuterades det om regleringen av en terapigaranti för barn och unga borde ha gjorts som en del av den mer omfattande reformen av hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen och barnskyddslagstiftningen enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering. Då hade man kunnat bedöma servicesystemet för barn, unga och familjer och dess uppgifter som en helhet. På grund av tidsplanen var det nödvändigt att avstå från detta genomförandesätt.

* 1. Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

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

* + 1. Norden

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

*Sverige*

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

För barn och unga har man utvecklat verksamhet som strävar efter att bemöta lindriga och medelsvåra psykiska problem i ett tidigt skede. Åren 2017–2023 genomförde Socialstyrelsen och Skolverket ett nationellt program. Det centrala temat var tidiga och samordnade insatser[[32]](#footnote-32), där personalen i skolor, hälso- och sjukvården och socialservicen samarbetar planenligt och erbjuder tidigt stöd, där barnens och familjernas behov granskas som helhet. I detta utvecklingsarbete har bland annat ingått interventioner för att handleda föräldrar och tidigt stöd vid ångestsymtom och affektiva symtom. En del av regionerna och kommunerna har fastställt detta arbete inom skol- och studerandehälsovården, en del inom den övriga hälso- och sjukvården.[[33]](#footnote-33)

*Norge*

Norges storting har fastställt en verksamhetsplan för barns och ungas psykiska hälsa (Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse) för åren 2019–2024).[[34]](#footnote-34) Planen har utarbetats i ett omfattande förvaltningsövergripande samarbete mellan alla ministerier, och den innehåller både hälsofrämjande och förebyggande och terapeutiska åtgärder. I Norge har man dessutom redan tidigare utarbetat en mer omfattande nationell strategi för psykisk hälsa.[[35]](#footnote-35)

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

*Danmark*

I Danmark utarbetades 2022 en tioårsplan för stärkande av psykisk hälsa.[[36]](#footnote-36) Ett centralt mål i den är att förbättra mentalvårdstjänsterna med låg tröskel för barn och unga. I Danmark har man betonat en ökad användning av evidensbaserade metoder. Detta mål har främjats till exempel genom kvalitetsgrupper inom psykiatrin som har som mål att medverka till att evidensbaserade metoder sprids och att kvaliteten på vården förbättras. Dessutom utvecklas och sprids en verksamhetsmodell där interventioner som baserar sig på kognitiv beteendeterapi genomförs.[[37]](#footnote-37) Det har även konstaterats ett behov av att öka samarbetet mellan tjänsterna för barn och unga.

* + 1. Storbritannien

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

Många program och utredningar, såsom Future in Mind (2015), Five Year Forward View for Mental Health (2016), Transforming Children and Young People’s Mental Health provision green paper (2018) och NHS Long Term Plan (2019) har framhävt behovet av att öka tillgången till stöd för barns och ungas psykiska hälsa. I IAPT-programmet konstateras det att även yrkespersoner som fått en snävare utbildning, såsom skolgångsbiträden och hälsovårdare, har nått lika goda resultat med barn och unga genom att använda strukturerade interventioner som terapeuter med en längre utbildning. Det finns även osäkerhetsfaktorer i anknytning till undersökningarna.[[38]](#footnote-38)

Skolmiljön har identifierats som en central faktor i identifieringen av riskgrupper och i tillhandahållandet av tidiga interventioner. NHS och undervisningsväsendet har i samarbete tillsatt stödgrupper för psykisk hälsa (Mental Health Support Teams) som verkar i skolorna och som erbjuder evidensbaserade interventioner för lindriga eller medelsvåra psykiska störningar och stöder servicestigarna inom mentalvårdsarbetet. Till skolor och läroanstalter har man dessutom anställt personer med uppgift att stödja mentalvårdsarbetet som inkluderar hela skolgemenskapen och utföra psykosociala interventioner (Education mental health practitioner).[[39]](#footnote-39)

1. Remissvar

Kompletteras…

* 1. Rådet för bedömning av lagstiftningen

Kompletteras…

1. Specialmotivering
	1. Hälso- och sjukvårdslagen

**53 §.** *Specialbestämmelser om att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga.* Enligt förslaget ska den gällande rubriken ”att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga” ändras för att motsvara det ändrade innehållet i paragrafen och framhäva att barn och ungas tillgång till mentalvård skiljer sig från andra åldersgrupper. De gällande 1 och 2 mom. gäller barns och ungas tillgång till psykiatrisk specialiserad sjukvård och det föreslås att terminologin i dem preciseras och att de flyttas till 2 och 3 mom.

Specialbestämmelsen medför att i fråga om de psykosociala behandlingar som avses i 1 mom. tillämpas inte de gällande bestämmelserna i 51 a § 4 mom., som anger att när det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster inom icke-brådskande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten.

När det gäller barns och ungas möjlighet att få mentalvård iakttas dock fortfarande det som anges i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen om att få kontakt och bedöma vårdbehovet och hur brådskande det är samt vad som föreskrivs i 51 a § 1 och 2 mom. om att få icke-brådskande vård och ordna mottagningsbesök hos en läkare samt om den första vårdhändelsen. Innehållet i 51 § och 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen preciseras i specialmotiveringen i regeringspropositionen RP 74/2022 rd (s. 115–128).

Enligt det föreslagna nya 53 § 1 mom. ska korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling inom primärvården i fråga om barn och unga under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan vård har konstaterats, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat.

Med primärvård avses i enlighet med 3 § 2 punkten i hälso- och sjukvårdslagen uppföljning av barns och ungas hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, öppen sjukvård samt mentalvård till den del de inte ordnas inom den specialiserade sjukvården. En del av de strukturerade och tidsbegränsade psykosociala behandlingar som avses i 1 mom. enligt förslaget lämpar sig både för det förebyggande arbetet och för mentalvård. Således kan ovan nämnda psykosociala behandlingar användas förutom i den öppna sjukvården för barn och unga även i mån av möjlighet av mödra- och barnrådgivningsbyråer samt inom skol- och studerandehälsovården och studerandevårdens psykologtjänster.

Avsikten med förslaget är inte att ändra den förebyggande hälsovårdens uppgifter, utan den avses även i fortsättningen svara för arbetet med att främja och stärka psykisk hälsa. Rådgivningsbyråerna och skolhälsovården avses fortfarande ha en central uppgift i att identifiera de barn som behöver stöd. Även i fortsättningen avses skolhälsovården följa upp elevernas hälsotillstånd genom hälsoundersökningar och främja psykisk hälsa genom att ge hälsoråd och vägledning. Vad gäller de interventioner som omfattas av garantin ska man vid rådgivningsbyråerna och inom skolhälsovården sträva efter att, såsom tidigare, så tidigt som möjligt identifiera de barn, vars psykosociala utveckling väcker oro och som behöver stöd för att stärka sin psykiska hälsa. Ändringarna som gäller studerandehälsovården för högskolestuderande framställs nedan i samband med 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.

Med strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som baserar sig på psykoterapi avses en metod som utvecklats för att förebygga eller avhjälpa ett visst problem, till exempel beteendestörningar, depression eller ångest, och som har en evidensbaserad verkan som baserar sig på vetenskaplig forskning.[[40]](#footnote-40) Strukturerade och tidsbegränsade psykosociala behandlingar som baserar sig på psykoterapi baserar sig på vissa psykoterapeutiska referensramar, till exempel kognitiv psykoterapi. Dessa behandlingar är dock kortare än egentlig psykoterapi och avsedda för vård av lindrigare symtom. Dessa psykosociala behandlingar kan ges av sådana yrkespersoner inom social- eller hälsovården som har fått utbildning i användningen av metoden i fråga. De som ger dessa behandlingar har vanligtvis ingen egentlig specialutbildning inom psykiatri eller någon lång psykoterapeututbildning.

Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården konstaterar i sin rekommendation om psykosociala metoder att psykoterapier och psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder som befunnits effektiva ska omfattas av hälsovårdens tjänsteutbud som en del av den målinriktade behandlingen och rehabilitering av störningar i den psykiska hälsan eller missbruk i alla skeden av vården eller rehabiliteringen.[[41]](#footnote-41) Rekommendationen God medicinsk praxis fastställer även hälsovårdens tjänsteutbud.

Genom strukturerade och tidsbegränsade psykosociala behandlingar som baserar sig på psykoterapi kan man både förebygga egentliga psykiska störningar och vårda lindriga och medelsvåra psykiska störningar som hör till primärvården. Således kan psykosociala interventioner enligt den föreslagna lagstiftningen, som lämpar sig för förebyggande arbete med att stärka den psykiska hälsan hos barn, unga och familjer, även utföras inom den förebyggande hälsovården, dvs. på rådgivningsbyråer, inom skolhälsovården och studerandevårdens psykologtjänster.

Psykosociala interventioner som omfattas av de föreslagna bestämmelserna utnyttjar olika perspektiv, till exempel bearbetning av interaktioner eller tankemodeller som upprätthåller och underlättar symtom. I vården av depressionssymtom eller depression kan ett barn eller en ung person få hjälp med att identifiera sina resurser och de faktorer som har utlöst depressionen samt att lösa problem som påverkar relationerna mellan människor. I arbetet kan olika uppgifter utnyttjas och färdigheter för att lösa problem i människorelationer kan läras in. I vården av ångest används till exempel individ-, grupp- eller familjespecifika metoder som baserar sig på kognitiv beteendeterapi, där psykoedukation och övningar ingår.

Huvudprincipen i interventioner med syfte att utveckla föräldrafärdigheter är att lösa utmaningar med barnets beteende i första hand genom att öka den positiva interaktionen mellan barnet och föräldern och i andra hand genom att lära ut konstruktiva metoder att hantera problembeteende till föräldrarna. I arbetet utnyttjas kognitiva beteendeterapeutiska metoder samt principer för socialt lärande. I vägledningsinterventioner med föräldrar om föräldrafärdigheter övas olika färdigheter som strävar till ett positivt föräldraskap och ett positivare beteende hos barnet. Vägledning i föräldrafärdigheter genomförs vanligtvis som en vägledning per vecka antingen i föräldragrupper eller individuellt.[[42]](#footnote-42) I vägledningen i föräldrafärdigheter kan man även utnyttja arbete på webben och vägledning per telefon.[[43]](#footnote-43)

Innehållet i strukturerad, tidsbegränsad psykosocial behandling som baserar sig på psykoterapi, som omfattas av de föreslagna bestämmelserna, och sättet för dess utförande ska beskrivas noggrant, och responsen av den ska mätas under vården. Antalet besök för att genomföra vården avses variera mellan cirka 3 till 25 besök per intervention och störning beroende på barnets, den ungas eller familjens situation och behov.

Med korttidspsykoterapi avses psykoterapi som ges inom primärvården och som omfattar högst cirka 20–25 besök. Korttidspsykoterapi ges av en psykoterapeut som har fått en lång psykoterapeututbildning utöver en yrkesutbildning inom social- och hälsovården. Begreppsmässigt ska korttidspsykoterapi särskiljas från andra psykosociala samtalsbehandlingar. Hänvisning till korttidspsykoterapi ska basera sig på en läkares bedömning.

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

Det föreslagna 1 mom. avses inte heller gälla funktionella interventioner (till exempel ergoterapi), kreativa terapier (till exempel konstterapi), nätterapi eller andra digitalt stödda vårdformer som anses vara sådana att de är snabbt tillgängliga för klienten. Med nätterapi avses behandling som är avsedd för lindriga och medelsvåra psykiska störningar och som baserar sig på kognitivterapeutiska övningar och på att patienten arbetar på egen hand. Patienten stöds av en psykoterapeut som är specialiserad på störningen eller en yrkesperson inom hälso- och sjukvården som är utbildad för denna uppgift.

Garantin avses inte heller gälla sådana handlednings- och stödmetoder som till sin karaktär är förhållningssätt och arbetsmetoder eller referensramar för processuellt arbete, till exempel sådan handledning och träning som inte är formbundna och tidsbegränsade interventioner. Garantin avses inte heller omfatta psykosocial vård och rehabilitering som den specialiserade sjukvården ansvarar för.

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

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

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

De psykosociala behandlingar som ingår i den föreslagna lagstiftningen är inte avsedda att vara en hjälp för barns och ungas psykiska problem som används i första hand, och de ska inte heller ersätta annat stöd som barnet, den unga eller familjen behöver. Förebyggande intervention ska till exempel inte heller ersätta korttidspsykoterapi. En legitimerad yrkesperson inom hälso- och sjukvården ska alltid bedöma vårdbehovet individuellt. Vårdens kontinuitet ska även säkerställas efter att den psykosociala vård som omfattas av garantin har upphört. Ett eventuellt behov av fortsatt vård eller annat stöd ska bedömas och vid behov säkerställas efter en intervention som genomför garantin i enlighet med 51 och 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt förslaget ska vård som omfattas av garantin inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan vård har konstaterats, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat. Behovet av vård som omfattas av garantin avses kunna konstateras i samband med bedömningen av vårdbehovet enligt 51 §, den första vårdhändelsen enligt 51 a § 1 mom. eller under vårdprocessen om någon annan vårdform, till exempel handledd egenvård, visar sig vara otillräcklig. Den inledande tidpunkt från vilken väntetiden fastställs är enligt förslaget den vårdhändelse där en legitimerad yrkesperson inom hälso- och sjukvården konstaterar ett behov av psykosocial behandling som omfattas av garantin och registrerar detta i journalhandlingarna.

Grunder för överskridande av tidsfristen på 28 dygn kan till exempel vara situationer där det är motiverat att först vidta andra åtgärder. Medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kan även avse till exempel att det är motiverat att genomföra handledning för en förälder i grupp eller att en ungdom bedöms ha nytta av vård i gruppform på grund av de sociala kontakter som detta ger. Gruppmetoder ska dock inledas inom tidsfristen på 3 månader eller i enlighet med vård- eller rehabiliteringsplanen, såsom det föreskrivs i 51 a § 4 mom.

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

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

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

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

Principerna för ibruktagande och avtal om användning av de psykosociala metoder som ingår i den föreslagna lagstiftningen beskrivs i specialmotiveringen till den nya 2 a § i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden.

Det gällande 1 mom. överförs preciserat och utan ändring i innebörden till ett nytt 2 mom. Den första meningen i den avses bli preciserad i fråga om de begrepp som används så att man i stället för bedömning av vårdbehovet inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga reglerar om bedömning av vårdbehovet inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga under 23 år. Dessutom avses innehållet i momentet bli komprimerat i fråga om definitionen av remissens anländande.

I och med detta anger det föreslagna 2 mom. att bedömningen av vårdbehovet inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga under 23 år fortfarande ska inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialläkare eller särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar ska bedömningen och de behövliga undersökningarna fortfarande göras inom sex veckor från det att remissen anlände. Enligt förslaget ska formuleringen ”till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i välfärdsområdet” slopas för att komprimera det språkliga uttrycket.

Det gällande 2 mom. överförs preciserat till ett nytt 3 mom. så att till det fogas en hänvisning till barn och psykiatrisk specialiserad sjukvård. Därmed lyder det föreslagna 3 mom. så att psykiatrisk specialiserad sjukvård som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om barn och unga under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

**55 §.** *Offentliggörande av uppgifter.* Enligt förslaget fogas till 1 mom. en hänvisning om att välfärdsområdet månadsvis även ska offentliggöra hur de föreskrivna längsta väntetiderna har hållits i fråga om den föreslagna lagstiftningen samt en precisering av den psykiatriska specialiserade sjukvården av barn och unga som ska offentliggöras med fyra månaders mellanrum på grund av de föreslagna ändringar i momenten i 53 § enligt ovan.

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

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

* 1. Socialvårdslagen

**25 a §.** *Service inom mentalvårdsarbete.* Ett nytt 2 mom. föreslås bli fogat till paragrafen så att det gällande 2 mom. blir ett nytt 3 mom.

Enligt det gällande 25 a § 1 mom. avses med service inom socialvårdens mentalvårdsarbete service som riktar sig särskilt till stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga. Som sådan ska det åtminstone ordnas boendeservice och i samband med den social handledning, socialt arbete och social rehabilitering. Enligt det föreslagna nya 2 mom. ska dessutom för barn och unga under 23 år som service inom socialvårdens mentalvårdsarbete ordnas psykosocialt stöd, där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som härletts ur psykoterapin används.

Med en psykosocial arbetsmetod inom socialvården avses psykosocialt stöd till en klient inom socialvården som ges som förebyggande arbete eller för att stärka den psykiska hälsan. De metoder som avses för detta kan delvis vara desamma som arbetsmetoderna inom den förebyggande hälsovården, om vilka det avses ingå bestämmelser i 53 § 1 mom. I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets promemoria till riksdagen är det fråga om sådant psykosocialt stöd till en klient inom socialvården som inte är vård av psykiska symtom eller störningar, utan som stöder kunskaper och färdigheter som stärker det psykosociala välbefinnandet. Vården kan också kompletteras med en intervention inom socialvården, till exempel ett familje- eller nätverksbaserat program[[44]](#footnote-44). Av de metoder som valts enbart för användning inom socialvården förutsätts samma nivå av evidensbaserad effektivitet som av de metoder som valts för användning inom hälso- och sjukvården enligt 4 § i centraliseringsförordningen.

Enligt 11 § i socialvårdslagen ska socialservice ordnas bland annat för att stödja en balanserad utveckling och välfärd hos barn samt för stödbehov på grund av psykisk ohälsa. Med mentalvårdsarbete inom socialvården (25 §) avses verksamhet som syftar till att stärka de faktorer som skyddar individens och gemenskapens psykiska hälsa, minska och avlägsna faktorer som äventyrar den psykiska hälsan och svara mot stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga.

Med en strukturerad och tidsbegränsad psykosocial arbetsmetod som baserar sig på psykoterapitekniker avses enligt den föreslagna bestämmelsen en psykosocial arbetsmetod som lämpar sig för arbete med barn, unga eller familjer inom socialvården, och som exempelvis gäller trots- eller beteendesymtom, affektiva eller depressiva symtom hos barn. Den föreslagna lagstiftningen avses inte gälla sådana handlednings- och stödmetoder som till sin karaktär är förhållningssätt och arbetsmetoder eller referensramar för processuellt arbete, till exempel sådan handledning och träning som inte är strukturerade och tidsbegränsade interventioner.

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

Sådana psykosociala arbetsmetoder som enligt förslaget är avsedda att användas i servicen inom mentalvårdsarbetet för barn och unga under 23 år baserar sig till exempel på bearbetning av interaktioner eller tankemodeller som upprätthåller och underlättar symtom. I affektiva situationer kan ett barn eller en ung person få hjälp med att identifiera sina resurser och lösa problem som påverkar relationerna mellan människor. I arbetet kan även olika uppgifter utnyttjas. Psykosociala interventioner kan till exempel vara arbete som sker individuellt, grupp- eller familjevis, och som innehåller psykoedukation och övningar. Psykoedukation avser informationsdelning om psykisk hälsa och faktorer som påverkar den psykiska hälsan, och därigenom kan man även främja en mer omfattande hälsa och välfärd.

Huvudprincipen i interventioner med syfte att utveckla föräldrafärdigheter är att lösa utmaningar med barnets beteende i första hand genom att öka den positiva interaktionen mellan barnet och föräldern och i andra hand genom att lära ut konstruktiva metoder att hantera problembeteende till föräldrarna. I arbetet utnyttjas kognitiva beteendeterapeutiska metoder och principer för socialt lärande. I vägledningsinterventioner med föräldrar om föräldrafärdigheter inlärs och övas olika färdigheter som strävar till ett positivt föräldraskap och ett positivare beteende hos barnet. Vägledning i föräldrafärdigheter genomförs vanligtvis som en vägledning per vecka antingen i föräldragrupper eller individuellt[[45]](#footnote-45). I vägledningen i föräldrafärdigheter kan man även utnyttja arbete på webben och vägledning per telefon[[46]](#footnote-46).

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

Välfärdsområdet avses kunna besluta vilka anställda inom socialservicen som utför interventionerna med inriktning på mentalvården som omfattas av garantin. Dessa anställda kan till exempel omfatta personal inom socialarbete, socialhandledning, familjearbete, uppfostrings- och familjerådgivning samt kuratorstjänster eller så kan separat personal anställas för detta med beaktande av välfärdsområdets servicestrategi. I fråga om unga personer kan tjänsterna organiseras inom tjänsterna för personer i arbetsför ålder. Service inom mentalvårdsarbete kan exempelvis ges vid Navigatorer och ungdomsstationer. I serviceprocesserna ska man säkerställa att barn och unga utan dröjsmål får den service som är nödvändig med avseende på deras hälsa och utveckling.

I tillämpningen av den föreslagna bestämmelsen är det mycket viktigt att beakta att barnet, den unga eller dennes familj kan få det stöd som behövs även från den övriga socialservicen som avses i 14 §, till exempel hemservice för barnfamiljer, familjearbete eller socialt arbete. I bedömningen av servicebehovet ska bestämmelserna i 36 § i socialvårdslagen iakttas. Vid bedömningen ska klientens självbestämmanderätt respekteras och hans eller hennes önskemål, åsikter och individuella behov beaktas. Särskild vikt ska läggas vid respekten för självbestämmanderätten för barn, unga personer, personer med funktionsnedsättning och personer som behöver särskilt stöd. En yrkesperson inom socialvården ska kunna kontakta olika samarbetspartner och sakkunniga samt vid behov personens närstående i enlighet med 41 § i socialvårdslagen.

För bedömningen av servicebehovet svarar en ändamålsenlig yrkesutbildad person inom socialvården enligt 3 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården. Bedömningen ska göras i den omfattning som klientens livssituation kräver. Enligt förslaget ska även en kurator inom studerandevården kunna bedöma servicebehovet och vid behov bevilja socialservice. I fråga om ovan nämnda uppgifter ska lagstiftningen om behörigheten för en yrkesperson inom socialvården och dennes tjänsteförhållande beaktas.

Om det konstateras att socialvårdens åtgärder, till exempel service inom mentalvårdsarbete, inte räcker till för att möta ett barns, en ung persons eller en familjs behov ska den yrkesutbildade person inom socialvården som ansvarar för bedömningen av klientens servicebehov, den egna kontaktpersonen eller en annan arbetstagare som ansvarar för klientens service med klientens samtycke kontakta exempelvis hälso- och sjukvården i enlighet med 40 § i socialvårdslagen. Bestämmelser om utlämnande av uppgifter utan klientens tillstånd eller samtycke ingår i lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023).

Även i fråga om service inom mentalvårdsarbete som omfattas av garantin ska socialservicen genomföras enligt 33 § i socialvårdslagen så att den lämpar sig för alla klienter och så att den kan uppsökas på eget initiativ i ett tillräckligt tidigt skede. Socialservice ska om möjligt ordnas i anslutning till de olika förvaltningsområdenas basservice, om arrangemanget främjar samordningen av servicen och ordnandet av service av god kvalitet. Service inom mentalvårdsarbete för barn och unga under 23 år föreslås således kunna ges till exempel på grundval av en bedömning av en kurator inom studerandevården eller när en förälder söker hjälp av socialservicen för barnfamiljer.

Servicen inom mentalvårdsarbetet ska inte ersätta annat stöd som barnet, den unga eller familjen behöver, och dessa ska inte heller ses som en förstahandslösning om ett barn eller ung person till exempel har problem i anslutning till skolgången eller hanteringen av vardagslivet. Dessutom ska man säkerställa att barnet eller den unga personen får den hälso- och sjukvård som denne behöver.

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

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

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

Principerna för ibruktagande och avtal om användning av de psykosociala metoder som ingår i den föreslagna lagstiftningen beskrivs i specialmotiveringen till den nya 2 a § i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden.

Enligt förslaget förblir det nya 4 mom. oförändrat till sitt innehåll. Enligt det kompletterar servicen inom socialvårdens mentalvårdsarbete annan socialservice enligt 14 § som behövs för att stödja individens psykiska hälsa.

**45 §.** *Beslutsfattande och verkställighet som gäller socialvården.* Enligt förslaget ska det gällande 2 mom. i paragrafen preciseras till den del som verkställandet av beslut gäller psykosocialt stöd som ges som service inom mentalvårdsarbete för barn och unga under 23 år. Dessutom föreslås uttrycket inom 3 månader bli ändrat så att det överensstämmer med det sätt att uttrycka tiden som annars används i socialvårdslagen.

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

Enligt förslaget ska momentet ändras så att ett i 25 a § 2 mom. avsett beslut om service inom mentalvårdsarbete för barn och unga under 23 år ska dock verkställas senast en månad från det att ärendet inletts och övriga beslut senast tre månader från det att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

Enligt 34 § i socialvårdslagen inleds ett socialvårdsärende på ansökan eller när en anställd hos välfärdsområdets socialvård annars i sitt arbete har fått kännedom om en person som eventuellt behöver socialservice. Med stöd av 19 § i förvaltningslagen kan en klient inom socialvården göra sin ansökan om service anhängig skriftligen eller muntligen. Barn, unga eller barnets vårdnadshavare kan kontakta socialvården till exempel per telefon.

Enligt 15 § i lagen om elev- och studerandevård ska en studerande ges möjlighet till ett personligt samtal med elevhälsans kurator senast den sjunde arbetsdagen vid läroanstalten efter det att den studerande har begärt detta. I brådskande fall ska möjlighet till ett samtal ges samma eller nästa arbetsdag. Således kan ett socialvårdsärende även inledas när ett barn eller en ung person söker sig till tjänsterna inom elev- och studerandevården och eleven eller studeranden får ett möte med kuratorn inom elev- eller studerandevården inom ovan nämnda tidsfrister. Inom socialvården kan ett ärende inledas även efter bedömningen av servicebehovet under klientprocessen.

Socialvårdslagen styr verksamheten så att klienterna ska ha möjlighet att själva bedöma vilken service som är lämplig. Man ska handla i enlighet med klientens bästa även i de situationer där klienten enligt den anställdas bedömning inte har sökt den service som är mest lämplig i situationen. Ett barn, en ung person eller en familj är inte nödvändigtvis medveten om till exempel socialvårdens service inom mentalvårdsarbete. Klienten ska informeras om vad denne har rätt till enligt lagen.

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

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

Utifrån barnets, den unga personens och familjens individuella situation ska det bedömas när den erhållna informationen är tillräcklig för att fatta beslut om service inom mentalvårdsarbetet. Om något annat eventuellt servicebehov blir känt ska situationen bedömas i enlighet med 36 § i socialvårdslagen.

I fall som inte är brådskande ska beslut fattas utan ogrundat dröjsmål efter det att ärendet inletts. Om barnets, den unga personens eller familjens situation kräver en helhetsbedömning av servicebehovet och det inte är motiverat att inleda servicen inom mentalvårdsarbetet enligt 25 a § redan under bedömningen av servicebehovet kan beslutet om servicen fattas först när bedömningen är färdig. I bedömningen av servicebehovet ska bestämmelserna i 36 § i socialvårdslagen iakttas. Bedömningen ska påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål.

I brådskande situationer ska beslutet verkställas utan dröjsmål och i situationer som inte är brådskande utan ogrundat dröjsmål. Enligt förslaget föreskrivs en kortare tidsfrist än den nuvarande på tre månader för verkställande av ett beslut som gäller barn och unga under 23 år. Ett beslut om service inom mentalvårdsarbete enligt 25 a § 2 mom. i socialvårdslagen ska verkställas senast en månad från det att ett barn, en ung person eller barnets vårdnadshavare har ansökt om socialservice eller ärendet har blivit anhängigt hos socialvården på något annat sätt. Tidsfristerna för verkställande av beslut ger ändå inte rätt att fördröja verkställandet. Man utgår alltid från klientens behov och från att 12 och 13 § i socialvårdslagen följs.

Tidsfristen är en tidsgräns för verkställandet om inte ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med barnets, den unga personens eller familjens behov. Ett särskilt skäl kan till exempel vara att klienten behöver service först efter en viss tidsperiod eller att han eller hon hellre vill köa till en viss service och låta bli att ta emot en service som finns tillgänglig tidigare och ersätter ifrågavarande service. Formuleringen av bestämmelsen ger välfärdsområdena tillräckligt med möjlighet till prövning i fråga om olika fall och säkerställer samtidigt barnens, de ungas och familjernas bästa.

I fråga om den föreslagna lagstiftningen kan ett särskilt skäl för en längre tid för beslutets verkställande som hänger samman med klientens situation till exempel vara att det är motiverat att ge barnet, den unga personen eller familjen annan socialservice enligt 14 § innan service inom mentalvårdsarbete ges. Särskilda omständigheter som anknyter till klientens situation kan även avse till exempel att det är motiverat att genomföra handledning för en förälder i grupp på grund av orsaker som hänger samman med dennes behov. Service som ges i gruppform ska dock inledas senast 3 månader från det att ärendet inletts i enlighet med 45 § 2 mom.

Om inte annat anges i lag har klienten ingen ovillkorlig rätt att få en viss service, men välfärdsområdet har en skyldighet att se till att klientens behov tillgodoses i enlighet med lagen. Om man inte kan svara mot behovet på annat sätt än genom en viss tjänst, ska denna tjänst ordnas inom den tid som klientens behov och 12 och 13 § i socialvårdslagen kräver. I beslutsfattandet och verkställandet av besluten ska klientens nödvändiga vård och omsorg säkerställas i alla situationer.

* 1. Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

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

Ett nytt 4 mom. föreslås bli fogat till paragrafen så att det gällande 4 mom. blir ett nytt 5 mom. Det nya 4 mom. avses motsvara det nya 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen med precisering av målgruppen. I fråga om högskolestuderande under 23 år ska således korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härled strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling inom primärvården inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan vård har konstaterats, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver annat.

Med primärvård avses studerandehälsovård för högskolestuderande. Definitionerna av korttidspsykoterapi och ur psykoterapi härleds strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling samt närmare motivering till bestämmelsen finns i specialmotiveringen till 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

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

Enligt 4 § 2 mom. i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ska vid produktion av tjänster som avses i denna lag iakttas vad som i allmän lagstiftning och speciallagstiftning om social- och hälsovård föreskrivs om hälso- och sjukvårdstjänster. Således ska SHVS beakta 8 § i hälso- och sjukvårdslagen, enligt vilken verksamheten ska utgå från evidens och god vård- och verksamhetspraxis, vid val av psykosociala vårdmetoder. Dessutom ska kraven på jämlik behandling av studerande beaktas.

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

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

* 1. Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

**4 §.** *Avgiftsfri socialservice.* Enligt förslaget ska till 1 mom. 1 punkten fogas ett omnämnande om att service inom mentalvårdsarbete enligt förslaget är avgiftsfri för barn och unga. Av socialservicen avses således följande vara avgiftsfria enligt 1 punkten: socialt arbete enligt 14 § 1 mom. 1 punkten i socialvårdslagen (1301/2014), social handledning enligt 2 punkten, social rehabilitering enligt 3 punkten, familjearbete enligt 4 punkten, dagcenterservice som särskild service inom alkohol- och drogarbete enligt 16 punkten, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor enligt 19 punkten, övervakning av umgänge mellan barn och förälder enligt 20 punkten, psykosocialt stöd som ordnas som service inom mentalvårdsarbete enligt 25 a § 2 mom. i nämnda lag och övervakat umgänge och övervakade byten enligt 27 § samt verksamhet i sysselsättningssyfte för handikappade och arbetsverksamhet för handikappade enligt 27 d och 27 e § i socialvårdslagen (710/1982) med undantag av transporter och måltider.

1. Bestämmelser på lägre nivå än lag

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

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

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

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

Den nya bestämmelse som föreslås till förordningen behövs för att uppnå ovan beskrivna mål, för att barn och unga ska kunna garanteras tillgång till högklassiga och effektiva psykosociala metoder på ett jämlikt sätt regionalt. Dessutom är avsikten att säkerställa att det avtalas om ibruktagande och användning av metoderna så att de bildar en helhet som samordnar verksamheten inom social- och hälsovården. Samarbetsområdena avses även kunna samarbeta ömsesidigt för att främja nationell jämlikhet och kostnadseffektivitet.

I centraliseringsförordningen som utfärdats med stöd av 45 § i hälso- och sjukvårdslagen ingår det till vissa delar bestämmelser om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården och om regional centralisering av vissa uppgifter. I samarbetsavtalet ska hänsyn även tas till skyldigheterna enligt centraliseringsförordningen som gäller välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus. I enlighet med 4 § 6 punkten i centraliseringsförordningen ska välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen i Nyland även ha hand om utvärdering av psykoterapeutiska och psykosociala metoder inom hälso- och sjukvården och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem. Detta innebär att de ska se till att välfärdsområdena har tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder, som visat sig vara effektfulla, i enlighet med befolkningens behov samt ombesörjer utbildning och metodhandledning i anslutning till dem.

Således avses välfärdsområdena på samarbetsområdesnivå avtala om helheten med psykosociala metoder för barn och unga under 23 år, som ingår i den föreslagna lagstiftningen, med beaktande av uppgifterna för ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. Samarbetsområdena avses även kunna göra upp en inbördes och nationell arbetsfördelning i fråga om upprätthållandet av kompetensen inom vissa metoder för att hitta så välfungerande och kostnadseffektiva lösningar som möjligt. Detta bidrar även till ett nationellt jämlikt ibruktagande av metoderna. Innan samarbetsavtalet godkänns ska välfärdsområdena höra social- och hälsovårdsministeriet i enlighet med 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Samarbetsavtalet ska godkännas av välfärdsområdenas välfärdsområdesfullmäktige.

I lösningarna för ibruktagande av metoderna ska det beaktas att enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner, och att välfärdsområdet enligt 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Enhetliga principer i ibruktagandet av metoderna främjar likabehandling av invånarna i välfärdsområdena. Avtal om enhetliga principer innebär dock inte att alla nya metoder måste tas i bruk samtidigt inom alla välfärdsområden. Nya metoder kan tas i bruk till exempel genom regionala utvecklingsförsök (RP 241/2020 rd, s. 701)

Inom socialvården finns det ännu ingen centraliseringsförordning, och inte heller har någon regional eller nationell aktör utsetts för att ge rekommendationer om innehållet i serviceutbudet inom socialvården. I fråga om den föreslagna lagstiftningen bör man i utvärderingen och valet av psykosociala metoder som lämpar sig att användas inom socialvården på samarbetsområdesnivå utnyttja exempelvis information som framtagits av THL samt informationskällor inom Itlas Tidig insats samt samarbetsområdets genomförandestrukturer för utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet (FUIK), som det föreskrivs om i 3 § i förordningen.

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

1. Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 maj 2025.

1. Verkställighet och uppföljning

Social- och hälsovårdsministeriet informerar om antagandet och stadfästandet av lagen.

1. Förhållande till andra propositioner
	1. Samband med andra propositioner

I den fortsatta beredningen av propositionen ska hänsyn tas till regeringens beslut under ramförhandlingarna 15–16.4.2024 om att återbörda vårdgarantin inom primärvården till 2022 års nivå genom att upphäva de åtstramningar som den föregående regeringen gjorde i den. I praktiken ändras vårdgarantin, dvs tillgången till vård inom primärvården, från 14 dygn till tre månader. Dessutom avses skyldigheten att köpa tjänster för att genomföra vårdgarantin bli slopad ur hälso- och sjukvårdslagen.

För propositionens del påverkar ändringar i vårdgarantin hur snabbt den första vårdhändelsen ska ordnas inom primärvården. En uppskjutning av den första vårdhändelsen kan även fördröja processen för barn och unga att omfattas av terapigarantin, framför allt i fråga om de barn och unga som behöver en medicinsk bedömning, eftersom det bedöms att ändringarna i vårdgarantin i första hand påverkar tillgången till läkare. Ändringarna i vårdgarantin bedöms ha mindre inverkan på tillgången till direktmottagning hos andra yrkespersoner inom hälso- och sjukvården. Vårdgarantin är dock en maximitid, och när en patient tar kontakt ska det göras en individuell bedömning om denne behöver vård snabbare. Patienten har i varje fall lagenlig rätt till god vård.

Det är möjligt att ändringarna i vårdgarantin medför att barn och unga hänvisas till förebyggande stödtjänster (elev- och studerandevård och socialvård) för att få vård och stöd som omfattas av terapigarantin, där det finns en lagstadgad skyldighet att snabbare ordna ett första besök och service, i stället för till den öppna sjukvården på hälsostationer och inom den övriga primärvården. Det är även möjligt att barn och unga som behöver vård i högre grad hänvisas till den specialiserade sjukvården på grund av att situationen försämrats under väntetiden.

I terapigarantin föreskrivs det dock om tillgången till vissa vårdmetoder. Behovet av en vårdform som omfattas av garantin kan konstateras i vilket skede som helst av vården, varför det inte alltid är kopplat till den första vårdhändelsen. I början av vården kan de primära åtgärderna till exempel vara handledd egenvård eller icke-strukturerat psykosocialt stöd. Vård som omfattas av terapigarantin ska dock alltid ges inom en maximitid på 28 dygn i enlighet med propositionen, då behovet konstateras under vård.

Vad gäller skyldigheten att köpa tjänster enligt hälso- och sjukvårdslagen kan konsekvenserna för förslaget inte bedömas än så länge, eftersom det ännu saknas närmare information om innehållet i ändringarna. Välfärdsområdena har dock redan en skyldighet enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och 9 § i lagen om välfärdsområden att producera tjänsterna på annat sätt om de inte kan producera dem inom tidsfristen i sin egen verksamhet. Dessutom har SHVS en skyldighet enligt 8 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande att skaffa kompletterande studerandehälsovårdstjänster av en annan tjänsteproducent om den inte kan producera dem inom tidsfristen i sin egen verksamhet.

Även regeringens proposition om vårdgarantin hänför sig till budgetpropositionen för 2025 och avses således bli behandlad i samband med den. Således ska den samordnas med propositionen om terapigarantin i samband med behandlingen i riksdagen.

* 1. Förhållande till budgetpropositionen

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

Propositionen baserar sig på regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering och totalt 35 000 000 euro per år har reserverats från och med 2025 för dess genomförande.

1. Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

*Tillräckliga social- och hälsovårdstjänster*

I propositionen föreslås bestämmelser om ordnande av mentalvårdstjänster på basnivå och tillgång till tjänsterna för barn och unga under 23 år fogas till hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen, lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande samt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. Den föreslagna regleringen har en fast anknytning till flera grundläggande fri- och rättigheter som tryggas genom grundlagen.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare föreskrivs genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att dessa har möjlighet att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Genom denna skyldighet har stödet till barnets familj antingen direkt eller åtminstone indirekt inverkan på barnets välbefinnande. I 22 § i grundlagen föreskrivs även om det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. För att de grundläggande fri- och rättigheterna de facto ska tillgodoses krävs det aktiva åtgärder av det allmänna, till exempel för att skapa verkliga förutsättningar för utövandet av de grundläggande fri- och rättigheterna. Till de centralaste metoderna hör att stifta lagar som tryggar och preciserar utövningen av en grundläggande fri- och rättighet och att inrikta de ekonomiska resurserna (RP 309/1993 rd, s. 80). Syftet med regleringen om en terapigaranti för barn och unga är att säkerställa att barn och unga under 23 år har tillgång till tillräckliga hälsofrämjande mentalvårdstjänster på basnivå. Den finansiering som anvisats för genomförandet av terapigarantin säkerställer också att tjänsterna de facto genomförs.

Skyldigheten att främja befolkningens hälsa hänvisar å ena sidan till social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet och å andra sidan till utveckling av förhållandena i samhället inom det allmännas olika verksamhetsområden i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa. Det handlar framför allt om att trygga tillgången till tjänsterna. Men också andra bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering, inverkar indirekt på tillgången till och sättet att ordna tjänster (GrUU 17/2021 rd, s.17, GrUU 63/2016 rd, s. 2, GrUU 67/2014 rd, s. 3/II, se också RP 309/1993 rd, s. 75).

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

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

I sitt utlåtande GrUU 41/2010 har grundlagsutskottet ansett att adekvata resurser för att främja hälsa och välfärd och säkerställa hälso- och sjukvård ska påvisas bland annat genom att se till att det finns tillräckligt med personal inom hälso- och sjukvården, adekvat sakkunskap och ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning. Denna skyldighet riktades till de dåvarande kommunerna och sjukvårdsdistrikten och utskottet ansåg att säkerställandet av ovan nämnda verksamhetsförutsättningar är en viktig faktor i preciseringen och fullgörandet av det allmännas skyldigheter som följer av 19 § 3 mom. och 22 § i grundlagen. Samma skyldighet gäller välfärdsområdena för att utveckla arbetsfördelningen inom mentalvårdsarbetet och mentalvården för barn och unga inom socialvården enligt propositionen.

Grundlagsutskottet har betonat att även om bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 17/2021 rd, s.18, GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3, och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att tillförsäkra tillgången till tjänster (GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 33 och GrUU 54/2014 rd, s. 1/II). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (se GrUU 17/2021 rd, s.18, GrUU 26/2017 rd, s. 33, GrUU 25/1994 rd, s. 33/II). Klausulen som gäller närmare bestämmelser genom lag ger lagstiftaren större frihet att reglera rättigheter och visar att det exakta innehållet i en grundläggande fri- eller rättighet kan bestämmas först utifrån hela komplexet av stadganden om grundläggande fri- och rättigheter och vanlig lagstiftning (GrUB 25/1994 rd, s. 6).

De utmaningar som redan länge har gällt social- och hälsovårdens servicesystem, såsom välfärdsområdenas (före 1.1.2023 kommunernas) ekonomiska svårigheter och problem att få personal har även försvårat barns och ungas tillgång till tjänster. Nivån på mentalvårdstjänsterna har inte varit tillräcklig för barnen och ungdomarna för att ge dem förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. Den aktiva skyldigheten att agera enligt 22 § i grundlagen har i synnerhet framhävts i fråga om personer i utsatt ställning, såsom barn. I nuläget är särskilt servicesystemet för barns och ungas psykiska hälsa splittrat, och det förekommer regionala variationer i tillgången på tjänster samt brister i det övergripande multiprofessionella samarbetet. I vården av barns och ungas psykiska hälsa saknas det i servicesystemet dessutom en aktör som svarar för vården på basnivå. Genom denna regeringsproposition strävar man att bemöta dessa missförhållanden genom att säkerställa tillgången till vård och stöd för barn och unga under 23 år i enlighet med bestämmelserna i propositionen.

*Jämlikhet*

Bestämmelserna i 6 § i grundlagen anknyter också till det föreslagna sättet att säkerställa mentalvårdstjänster på basnivå för barn och unga under 23 år. Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Bestämmelsen uttrycker inte bara ett krav på rättslig jämlikhet utan också tanken på faktisk jämställdhet. I den ingår ett förbud mot godtycke och ett krav på enahanda bemötande i likadana fall (RP 309/1993 rd, s. 42). Jämlikhet och förbud mot diskriminering anges också i flera konventioner om mänskliga rättigheter.

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

Grundlagsutskottet har av hävd konstaterat att den allmänna jämlikhetsprincipen inte kan sätta stränga gränser för lagstiftarens prövning när lagstiftningen ska anpassas efter samhällsutvecklingen vid en viss tidpunkt (bland annat GrUU 11/2012 rd, s. 2, GrUU 2/2011 rd, s. 2). Det väsentliga är om en differentiering kan motiveras på ett acceptabelt sätt med hänsyn till de grundläggande fri- och rättigheterna (bland annat GrUU 46/2006 rd, s. 2, GrUU 16/2006 rd, s. 2). Grundlagsutskottet har ur grundlagens jämlikhetsbestämmelser i olika sammanhang härlett kravet på att särbehandling inte får vara godtycklig och att skillnaderna inte får bli oskäliga (GrUU 11/2012 rd, s. 2, GrUU 37/2010 rd, s. 3). Behovet av stöd och vård på grund av psykiska ohälsa har i lagstiftningen över lag setts som en grupp som kräver specialbestämmelser i jämförelse med regleringen om stöd och vård på grund av andra hälsoproblem, och dessutom ska barnets bästa beaktas i första hand. Det bör även beaktas att barn är i en utsatt ställning på grund av sin ålder och utvecklingsnivå, vilket ska beaktas med tanke på det allmännas aktiva skyldigheter enligt 22 § i grundlagen.

Genom förslaget strävar man efter att säkerställa att mentalvårdstjänsterna för barn och unga under 23 år de facto genomförs, eftersom det nu finns brister i fråga om särskilt barns och ungas tillgång till tjänster. Ur detta perspektiv är det framför allt fråga om att främja jämlikheten, att i princip försätta dem i en bättre ställning än andra som är i behov av tjänster. Samtidigt finns det godtagbara skäl till en positiv särbehandling med beaktande av den psykiska utvecklingsfasen hos barn och unga under 23 år.

Enligt FN:s kommitté för barnets rättigheter som övervakar konventionen om barnets rättigheter ska barndomen ses som en unik tidsperiod då barnet utvecklas och under vilken kränkningar av barnets rättigheter kan leda till livslånga generationsöverskridande följder. Av denna anledning måste man särskilt satsa på att respektera och tillgodose rättigheterna för barnen som grupp. Man ska inte enbart säkerställa barnens rättigheter, utan deras välbefinnande ska ligga i toppen av prioritetslistan.[[47]](#footnote-47)

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

Grundlagsutskottet ansåg då att så tidigt tillgång till psykiatrisk vård och service som möjligt är av största vikt för den psykiska utvecklingen hos barn och unga. Skyldigheten att ordna vård inom tre månader även för myndiga personer som är under 23 år ansågs vara motiverad eftersom många unga fortfarande i den åldern befinner sig i en känslig fas av sin psykiska utveckling när livssituationen är stadd i förändring. Det framgår av grundlagsutskottets utlåtande att det att särbehandlingen gäller denna grupp beror enligt motiven till propositionen på att det är en enhällig rekommendation från de ansvariga överläkarna inom ungdomspsykiatri i sjukvårdsdistrikten. Enligt utskottet fanns det alltså godtagbara skäl för bestämmelserna om man ser till de grundläggande fri- och rättigheterna. Grundlagsutskottet ansåg att det i och för sig är befogat att införa en samordnad åldersgräns också av den anledningen att de unga som behöver psykiatrisk vård behandlas lika oberoende av var de är bosatta (GrUU 41/2010, s. 3/II-4/I). Även i fråga om den föreslagna lagstiftningen fick motsvarande åldersgräns stöd av experter inom barn- och ungdomspsykiatri.

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

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

På grund av ovan nämnda omständigheter är det motiverat, och även möjligt med avseende på jämlikhetsprincipen, att terapigarantin ska gälla barn och unga under 23 år. Dessutom avses stödet och vården som omfattas av garantin utgöra en avgiftsfri service för användaren, vilket säkerställer en jämlik tillgång till tjänsterna.

De föreslagna ändringarna ska även bedömas med avseende på den inbördes jämlikheten mellan barn och unga. Den föreslagna garantin för att få strukturerad och tidsbegränsad korttidspsykoterapi eller psykosocial behandlig eller stöd inom den föreskrivna tiden exkluderar de barn och unga under 23 år för vars symtom det inte finns någon tillgänglig vård eller metod i enlighet med garantin. Tillgången till vård för dem, såsom även för personer över 23 år, garanteras dock av den gällande hälso- och sjukvårdslagen, där bestämmelserna i 50 § anger att bedömning av vårdbehovet och hur brådskande det är ska göras inom samma dygn som kontakt togs och enligt 51 a § ska vård ges inom 14 dygn. Enligt 36 § i socialvårdslagen ska bedömningen av servicebehovet för en person som behöver socialvård påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. Enligt 45 § i socialvårdslagen ska ett beslut om socialservice verkställas utan dröjsmål i brådskande fall och utan ogrundat dröjsmål i fall som inte är brådskande. Beslutet ska dock verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inletts.

De föreslagna ändringarna står således inte i strid med jämlikhetskravet enligt grundlagen.

*Välfärdsområdenas självstyrelse och statens skyldighet att trygga att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses*

Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen utfärdas bestämmelser om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner genom lag. Av betydelse med tanke på de lagstadgade skyldigheter att ordna service som åläggs självstyrande områden är 22 § i grundlagen, enligt vilken det allmänna ska se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Med det allmänna avses här staten, kommuner och förvaltningsområden med självstyrelse som är större än kommuner, såsom välfärdsområden. Enligt 2 § i lagen om välfärdsområden är ett välfärdsområde ett offentligrättsligt samfund med självstyrelse inom sitt område i enlighet med denna lag. Välfärdsområdena har en föreskriven skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare. Bestämmelserna i grundlagen förutsätter aktiva åtgärder av det allmänna och därmed även av välfärdsområdena, och de ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för genomförandet av de grundläggande rättigheterna.

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

För genomförandet av terapigarantin på basnivån i enlighet med propositionen har 35 miljoner euro reserverats för välfärdsområdena från och med 2025. En del av finansieringen allokeras till SHVS via FPA som organiserar studerandehälsovården i syfte att producera mentalvårdstjänster för högskolestuderande under 23 år i enlighet med propositionen. Med en årlig finansiering kan man således de facto säkerställa att de ökade mentalvårdstjänsterna för barn och unga ordnas på ett enhetligt sätt. Utformningen av välfärdsområdenas struktur pågår delvis fortfarande efter social- och hälsovårdsreformen, och områdenas resurser och utmaningar skiljer sig också från varandra. På grund av välfärdsområdenas system med allmän finansiering har den statliga finansieringen på 35 miljoner euro som reserverats för genomförandet av terapigarantin ändå inte öronmärkts för just tjänsteproduktionen enligt propositionen.

*Rättssäkerhet och tillsyn*

Bestämmelser om rättssäkerhet ingår i 21 § i grundlagen och enligt 2 mom. tryggas rätten att bli hörd, att få ett motiverat beslut och att ansöka om ändring liksom de andra garantierna för en rättvis rättegång och en god förvaltning genom lag. Rättsmedlen inom hälso- och sjukvården och socialvården skiljer sig från varandra. En klient inom socialvården har starka rättsmedel till sitt förfogande då denne har rätt att få ett skriftligt beslut utan dröjsmål efter det att ärendet inletts (45 § i socialvårdslagen). I fråga om terapigarantin som gäller barn eller barnets familj eller unga under 23 år ska beslutet i regel verkställas inom en månad i enlighet med propositionen. Det är således möjligt att söka ändring i beslutet på normalt sätt i enlighet med bestämmelserna i 6 kap. i socialvårdslagen. Däremot inom hälso- och sjukvården är vården i sig ett vårdbeslut, då patienten, i samband med terapigarantin även ett barn eller en ung person, vårdas i samförstånd. En patient inom hälso- och sjukvården har som ett svagt rättsmedel möjlighet att framställa en anmärkning eller ett klagomål (10 och 10 a § i lagen om patientens ställning och rättigheter). Det föreslås inga ändringar i dessa rättsmedel.

Genomförandet och utfallet av terapigarantin kommer att följas upp i enlighet med förslaget. Välfärdsområdena och SHVS ska månatligen publicera information i det allmänna datanätet om hur de föreskrivna längsta väntetiderna har hållits, vilket därmed kan följas upp även nationellt i fråga om hälso- och sjukvården. Dessutom ska tillsynsmyndigheterna kunna ingripa i tillgodoseendet av jämlik behandling.

*Bemyndigande att utfärda förordning*

Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen kan republikens president, statsrådet och ministerierna utfärda förordningar med stöd av ett bemyndigande i grundlagen eller i någon annan lag. Genom lag ska dock utfärdas bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter samt om frågor som enligt grundlagen i övrigt hör till området för lag.

I propositionen föreslås det att närmare bestämmelser om ibruktagandet av metoder inom social- och hälsovården ska utfärdas i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden.

Det föreslagna bemyndigandet att utfärda förordning är på det sätt som grundlagen kräver tillräckligt noggrant avgränsat och det kan därmed anses uppfylla grundlagens krav.

Enligt regeringens uppfattning är de föreslagna ändringarna förenliga med de grundläggande fri- och rättigheter som anges i grundlagen och lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

*Kläm*

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

Lagförslag

1.

Lag

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

I enlighet med riksdagens beslut

*ändras* i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 53 § och 55 § 1 mom., av dem 53 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 581/2022 samt 55 § 1 mom. sådant det lyder i lag 116/2023, som följer*:*

53 §

Särskilda bestämmelser om tillgång till mentalvård för barn och unga

Korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling inom primärvården ska i fråga om barn och unga under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

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

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

55 §

Offentliggörande av uppgifter

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

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

———

Denna lag träder i kraft den 20 .

—————

2.

Lag

om ändring av av 25 a och 45 § i socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut

*ändras* i socialvårdslagen (1301/2014) 45 § 2 mom., sådant det lyder i lag 677/2023, samt

fogas till 25 a §, sådan den lyder i lag 1280/2022, ett nytt 2 mom., varvid det nuvarande 2 mom. blir 3 mom., som följer:

25 §

Service inom mentalvårdsarbete

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

Dessutom ska det som service inom mentalvårdsarbete ordnas sådant psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som härletts ur psykoterapin används.

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

45 §

Beslutsfattande och verkställighet som gäller socialvården

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

I brådskande fall ska beslutet verkställas utan dröjsmål och i fall som inte är brådskande utan ogrundat dröjsmål. Ett i 25 a § 2 mom. avsett beslut om service inom mentalvårdsarbete för barn och unga under 23 år ska dock verkställas senast inom en månad från det att ärendet inletts och övriga beslut senast inom 3 månader från det att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —]

———

Denna lag träder i kraft den 20 .

—————

3.

Lag

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

I enlighet med riksdagens beslut

*fogas* till 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019), sådan paragrafen lyder i lag 118/2023, ett nytt 4 mom., varvid det nuvarande 4 mom. blir 5 mom., som följer:

10 a §

Att få icke-brådskande vård

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

Korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling inom primärvården ska i fråga om högskolestuderande under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

———

Denna lag träder i kraft den 20 .

—————

4.

Lag

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

I enlighet med riksdagens beslut

*ändras* i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 4 § 1 mom. 1 punk-ten, sådan den lyder i lag 1292/2022, som följer:

4 §

Avgiftsfri socialservice

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

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

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —]

———

Denna lag träder i kraft den 20 .

—————

Helsingfors den 20xx

Statsminister

Förnamn Efternamn

..minister Förnamn Efternamn

Valitse kohde.

Parallelltexter

1.

Lag

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

I enlighet med riksdagens beslut

*ändras* i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 53 § och 55 § 1 mom., av dem 53 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 581/2022 samt 55 § 1 mom. sådant det lyder i lag 116/2023, som följer:

| *Gällande lydelse* | *Föreslagen lydelse*  |
| --- | --- |
| 53 §Att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och ungaInom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände *till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i välfärdsområdet*. Vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.55 §Offentliggörande av uppgifterEtt välfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c, 52 och 53 § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för offentliggörande.— — — — — — — — — — — — — — | 53 §**Särskilda bestämmelser om tillgång till mentalvård för barn och unga***Korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling inom primärvården ska i fråga om barn och unga under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.*Inom *den psykiatriska specialiserade sjukvården* för barn och unga *under 23 år* ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände.*Psykiatrisk specialiserad sjukvård* som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om *barn och unga* under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.55 §Offentliggörande av uppgifterEtt välfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § *samt 53 § 1 mom.* föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c och 52 § *samt 53 § 2 och 3 mom*. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för offentliggörande.— — — — — — — — — — — — — — Denna lag träder i kraft den 20 . |

2.

Lag

om ändring av 25 a och 45 § i socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut

*ändras* i socialvårdslagen (1301/2014) 45 § 2 mom., sådant det lyder i lag 677/2023, samt

*fogas* till 25 a §, sådan den lyder i lag 1280/2022, ett nytt 2 mom., varvid det nuvarande 2 mom. blir 3 mom., som följer:

| *Gällande lydelse* | *Föreslagen lydelse*  |
| --- | --- |
| 25 a §Service inom mentalvårdsarbete— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — 45 §Beslutsfattande och verkställighet som gäl-ler socialvården— — — — — — — — — — — — — — I brådskande fall ska beslutet verkställas utan dröjsmål och i fall som inte är brådskande utan ogrundat dröjsmål. Beslutet ska dock verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.— — — — — — — — — — — — — — | 25 a §Service inom mentalvårdsarbete— — — — — — — — — — — — — — *Dessutom ska det som service inom mentalvårdsarbete ordnas sådant psykosocialt stöd för barn och unga under 23 år där strukturerade och tidsbegränsade psykosociala arbetsmetoder som härletts ur psykoterapin används.*— — — — — — — — — — — — — — 45 §Beslutsfattande och verkställighet som gäl-ler socialvården— — — — — — — — — — — — — — I brådskande fall ska beslutet verkställas utan dröjsmål och i fall som inte är brådskande utan ogrundat dröjsmål. *Ett i 25 a § 2 mom. avsett beslut om service inom mentalvårdsarbete för barn och unga under 23 år* ska dock verkställas senast inom *en månad från det att ärendet inletts och övriga beslut senast inom 3 månader* från det att ärendet inletts. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.— — — — — — — — — — — — — — Denna lag träder i kraft den 20 . |

3.

Lag

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

I enlighet med riksdagens beslut

*fogas* till 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019), sådan paragrafen lyder i lag 118/2023, ett nytt 4 mom., varvid det nuvarande 4 mom. blir 5 mom., som följer:

| *Gällande lydelse* | *Föreslagen lydelse*  |
| --- | --- |
| 10 a §Att få icke-brådskande vård— — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — — —  | 10 a §Att få icke-brådskande vård— — — — — — — — — — — — — — *Korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling inom primärvården ska i fråga om högskolestuderande under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.*— — — — — — — — — — — — — — Denna lag träder i kraft den 20 . |

4.

Lag

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

I enlighet med riksdagens beslut

*ändras* i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 4 § 1 mom. 1 punk-ten, sådan den lyder i lag 1292/2022, som följer:

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

Förordningsutkast

Statsrådets förordning

om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden

I enlighet med statsrådets beslut

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

2 a §

Ibruktagande av metoder inom social- och hälsovården

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

1. [Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet 2023](https://stm.fi/documents/1271139/150418668/Selvitys%2Bpsykososiaalisista%2Bmenetelmist%C3%A4%2B090223.pdf/72291d6a-1f9e-1be1-0854-d77ab3b49bc6/Selvitys%2Bpsykososiaalisista%2Bmenetelmist%C3%A4%2B090223.pdf?t=1676635452511) [↑](#footnote-ref-1)
2. Vuori m.fl. 2024 [↑](#footnote-ref-2)
3. Bland annat Sourander m.fl. 2007 [↑](#footnote-ref-3)
4. Karjalainen m.fl. 2024 [↑](#footnote-ref-4)
5. Aalto-Setälä m.fl. 2002 [↑](#footnote-ref-5)
6. Kaltiala-Heino m.fl. 2015 [↑](#footnote-ref-6)
7. Sourander m.fl. 2001, Gyllenberg m.fl. 2014 [↑](#footnote-ref-7)
8. Kiviruusu m.fl. 2024 [↑](#footnote-ref-8)
9. Basresultat från undersökningen Parikka S, Holm N, Ikonen J, Koskela T, Kilpeläinen H & Lundqvist A. KOTT 2021 2021 [↑](#footnote-ref-9)
10. Racine m.fl. 2021 [↑](#footnote-ref-10)
11. [Kommitténs rekommendation till Finland 2021](https://kampus.vnv.fi/tyotila/lasten-ja-nuorten-terapiatakuu/Lists/toteutus/Kommitt%C3%A9n%20rekomendation%20till%20Finland%202021) [↑](#footnote-ref-11)
12. [STM 2019](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161809) [↑](#footnote-ref-12)
13. I kostnadsberäkningen ingick till exempel övergripande samordning av de psykosociala metoderna, utbildning (inkl. repetitionskurser, metodhandledning och workshoppar), stöd och förankring vid ibruktagande (implementering), upprätthållande av ett expertregister, identifiering av kompetensbrist och tilläggsutbildning. [↑](#footnote-ref-13)
14. Health at a glance: Europe 2018 [↑](#footnote-ref-14)
15. Hakulinen m.fl. 2019. [↑](#footnote-ref-15)
16. Chisholm m.fl. 2016 [↑](#footnote-ref-16)
17. Wahlbeck m.fl. 2017 [↑](#footnote-ref-17)
18. Knapp m.fl. 2011 [↑](#footnote-ref-18)
19. Isokuortti 2023 [↑](#footnote-ref-19)
20. Kohti yhteistä työtä hyvinvointialueilla (julkari.fi) [↑](#footnote-ref-20)
21. Isokuortti 2023 [↑](#footnote-ref-21)
22. ANM 2021 [↑](#footnote-ref-22)
23. https://www.julkari.fi/handle/10024/144565 [↑](#footnote-ref-23)
24. KOTT 2021 [↑](#footnote-ref-24)
25. Haltia m.fl. 2023 [↑](#footnote-ref-25)
26. SHM 2024 [↑](#footnote-ref-26)
27. Resultat av enkäten Hälsa i skolan enligt undervisningsspråk i de svenskspråkiga och finskspråkiga skolorna (julkari.fi) [↑](#footnote-ref-27)
28. Weiste-Paakkanen m.fl. (red.) 2018 [↑](#footnote-ref-28)
29. Katsui m.fl. 2021 [↑](#footnote-ref-29)
30. [Lyhyeen ostopalvelupsykoterapiaan ohjattujen potilaiden hoitoon pääsyn kesto (duodecimlehti.fi)](https://www.duodecimlehti.fi/duo15797) [↑](#footnote-ref-30)
31. [Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet](https://stm.fi/documents/1271139/150418668/Selvitys%2Bpsykososiaalisista%2Bmenetelmist%C3%A4%2B090223.pdf/72291d6a-1f9e-1be1-0854-d77ab3b49bc6/Selvitys%2Bpsykososiaalisista%2Bmenetelmist%C3%A4%2B090223.pdf?t=1676635452511) [↑](#footnote-ref-31)
32. Kunskapsguiden TSI [↑](#footnote-ref-32)
33. Kunskapsguiden Förstärkt första linje [↑](#footnote-ref-33)
34. Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) [↑](#footnote-ref-34)
35. Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) [↑](#footnote-ref-35)
36. Sundhetsministeriet 2022 [↑](#footnote-ref-36)
37. Healthcare Denmark 2023 [↑](#footnote-ref-37)
38. Pilling m.fl. 2020 [↑](#footnote-ref-38)
39. NHS [↑](#footnote-ref-39)
40. Mer information: [Näyttöön perustuvat tuki- ja hoitomenetelmät - THL](https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut/nayttoon-perustuvat-tuki-ja-hoitomenetelmat) [↑](#footnote-ref-40)
41. [Psykoterapier och övriga psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder vid behandling av psykiska störningar och missbruksproblem (på finska)](https://palveluvalikoima.fi/psykoterapiat-ja-muut-psykososiaaliset-hoito-ja-kuntoutusmenetelmat-mielenterveys-ja-paihdehairioiden-hoidossa) [↑](#footnote-ref-41)
42. [Käypä hoito: vanhemmuustaidot](https://www.kaypahoito.fi/nix02618) [↑](#footnote-ref-42)
43. [Mer information om psykosociala metoder som lämpar sig för att stödja barn och unga (på finska)](https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut/nayttoon-perustuvat-tuki-ja-hoitomenetelmat/lasten-ja-nuorten-hoitoon-soveltuvat-menetelmat) [↑](#footnote-ref-43)
44. [SHM 2023](https://stm.fi/documents/1271139/150418668/Selvitys%2Bpsykososiaalisista%2Bmenetelmist%C3%A4%2B090223.pdf/72291d6a-1f9e-1be1-0854-d77ab3b49bc6/Selvitys%2Bpsykososiaalisista%2Bmenetelmist%C3%A4%2B090223.pdf?t=1676635452511) [↑](#footnote-ref-44)
45. [Käypä hoito: vanhemmuustaidot](https://www.kaypahoito.fi/nix02618) [↑](#footnote-ref-45)
46. [Mer information om psykosociala metoder som lämpar sig för att stödja barn och unga (på finska)](https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut/nayttoon-perustuvat-tuki-ja-hoitomenetelmat/lasten-ja-nuorten-hoitoon-soveltuvat-menetelmat) [↑](#footnote-ref-46)
47. Suvianna Hakalehto: Lapsioikeuden perusteet, 2018, s. 36 [↑](#footnote-ref-47)