

Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut

18.1.2016

Sisällys

Yhteenveto	3
1. Johdanto	4
1.1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmät	4
1.2. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen	5
1.3. Mielenterveys- ja päihdetyön uudistamisen haasteet	6
2. Nykytila	7
2.1. Lainsäädäntö ja käytäntö	7
Perustuslaki	7
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen	9
Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset	10
Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta	11
Mielenterveys- ja päihdetyö	15
Terveydenhuoltolaki	16
Sosiaalihuoltolaki	19
Mielenterveyslaki	21
Päihdehuoltolaki	21
Mielenterveys- ja päihdepalvelut	23
Vammaispalveluja koskeva erityislainsäädäntö	30
Omaishoidon tuki	32
Lastensuojelulaki	33
Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista	35
2.2. Kansainvälinen yhteistyö ja suositukset	37
EU	37
WHO	37
OECD	38
2.3. Muiden maiden lainsäädäntö	39
Pohjoismaat, yleistä	39
Ruotsi	41
Norja	43
Tanska	45

Hollanti	46
Englanti	48
2.4. Nykytilan arviointi.....	51
Toimintaympäristön muutokset.....	51
Erityisiä kehittämistarpeita.....	51
Lainsäädännön ja palvelujen toimivuus	54
Henkilöstövoimavarat	56
Mielenterveys- ja päihdeongelmien kustannukset	57
3. Uudistuksen tavoitteet ja toteuttamisvaihtoehdot	59
3.1. Tavoitteet	59
3.2. Toteuttamisvaihtoehdot.....	60
Liite 1. Lasten ja nuorten mielenterveysinterventioiden kustannusvaikuttavuus	62
Liite 2. Varhaisten interventioiden kustannusvaikuttavuus.....	63

Yhteenveto

Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain säännökset on valmisteltu 1980-luvulla. Kummankin lain pyrkimyksenä oli parantaa palveluja ja vahvistaa potilaiden ja asiakkaiden oikeusturvaa, mutta lait ovat jo vanhoja eivätkä enää ohjaa palvelujärjestelmää riittävästi. Vireillä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yksi keskeinen syy on palvelujärjestelmän pirstaleisuus. Palvelujärjestelmän riittämätön yhteistyö heikentää palveluja erityisesti niillä mielenterveys- tai päihdeongelmaisilla, jotka tarvitsevat sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja tai monia eri palveluja. Palvelujen koordinoimisella voitaisiin vaikuttaa myös kokonaiskustannuksiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella pyritään peruspalvelu- ja avohoitopainotteisiin palveluihin ja palvelujen integraatioon. Uudistus ei automaattisesti tuota toimivaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakennetta. Hyvin toimivissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa on erityispiirteitä, jotka poikkeavat palvelujen valtavirrasta. Tavanomaisten avo- ja laitospalvelujen lisäksi tarvitaan asiakasta lähelle, kotiin ja arkielämän ympäristöihin, tuotuja moniammatillisia palveluja, myös tavanomaisen virka-ajan ulkopuolella. Lisäksi saatetaan tarvita välimuotoisia palveluja, kuten kriisitilanteissa käytettävissä olevia tuki- ja seurantapaikkoja. Psykososiaalisten ehkäisevän ja korjaavan työn interventioiden osaamista ja niiden työnohjauksia on kustannustehokasta pitää yllä keskitetysti, vaikka interventioita toteutettaisiin perus- ja lähipalveluina. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten oikeus saada somaattisen hoidon palveluja yhdenvertaisesti muun väestön kanssa toteutuu parhaiten, kun perustason päihde- ja mielenterveystyötä toteutetaan perusterveydenhuollon yhteydessä ja sairaalahoidon muun sairaalahoidon yhteydessä. Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon integroiminen ei myöskään riitä, vaan tarvitaan lisäksi muiden sektorien toimenpiteiden yhteensovittamista, tärkeimpinä opetus- ja koulutussektori, nuorisotyö, työelämä, asuminen, kuntoutus ja sosiaaliturva.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen erillisyyksistä muusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja niiden aliresursointi vaikuttavat myös niin, että palvelujen käyttäjät ja heidän omaisensa vieroksuvat palveluja. Se viivästyttää hoitoon ja palveluihin hakeutumista. Se myös johtaa virheellisiin käsityksiin hoidon ja avun tehottomuudesta tai hyödyttömyydestä. Seurauksena on ongelmien kärjistyminen päivystyksellistä apua ja mahdollisesti laitoshoidon edellyttäväksi. Myöhäinen palveluihin hakeutuminen lisää hoidettavien ongelmien kroonistumista ja suunnittelemattoman laitoshoidon sekä työkyvyttömyysetuuskien tarvetta.

Perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen on mahdollista vain hyvin toimivassa palvelujärjestelmässä. Tahdosta riippumattoman hoidon tulisi olla viimesijaisena vaihtoehtona sellaisessa palvelurakenteessa, jossa riittävät ja tarpeenmukaiset palvelut vähentävät tahdosta riippumattomaan hoitoon turvautumisen tarvetta.

Mielenterveys- ja päihdehuoltolain uudistamisen esivalmistelu aloitettiin sosiaali- ja terveysministeriössä keväällä 2015. Esivalmistelussa on keskusteltu useista vaihtoehdoista lakien uudistamiseksi. Yksi vaihtoehto olisi uudistaa mielenterveyslaki ja päihdehuoltolaki säilyttäen molemmat erillisinä lakeina. Toinen vaihtoehto olisi yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolaki niin, että uusittu säädös sisältää myös tahdosta riippumattomaan hoitoa koskevat säännökset. Kansalliset mielenterveys- ja päihdetyön linjaukset (Mieli-suunnitelma) suosittavat mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä yhdessä. Kolmas vaihtoehto olisi siirtää tahdosta riippumattomaan hoitoa koskevat säännökset muuhun asiakkaiden ja potilaiden asemaa ja itsemääräämisoikeutta koskevaan lainsäädäntöön, jolloin mielenterveys- ja päihdehuoltolait jäisivät mahdollisesti tarpeettomiksi. Tämän vaihtoehdon valitseminen edellyttäisi terveydenhuoltolain, sosiaalihuoltolain ja vammaisten palveluja koskevan lainsäädännön täydentämistä niin, että niiden kautta pystytään takaamaan riittävällä tavalla mielenterveys- ja päihdetyö ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveys- ja päihdetyön toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteiden mukaisesti edellyttää nykyistä vahvempaa lainsäädäntöä.

1. Johdanto

1.1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmät

Mielenterveislain (1116/1990) ja päihdehuoltolain (41/1986) säännökset on valmisteltu 1980-luvulla. Kummankin lain pyrkimyksenä oli parantaa palveluja ja vahvistaa potilaiden ja asiakkaiden oikeusturvaa.

Mielenterveystyössä tapahtui suuri rakenteellinen muutos vuonna 1991, kun mielenterveyslaki tuli sitä edeltäneen mielisairaslain tilalle. Samaan aikaan voimaan tullut erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) siirsi psykiatrisen hoidon erillisistä mielisairaanhuoltopiireistä muuhun erikoissairaanhoidon osaksi sairaanhoitopiirejä. Mielenterveislain tarkoituksena oli täydentää erikoissairaanhoidolain säätämällä toteutettavaa erikoissairaanhoidon uudistamista mielenterveystyötä koskevilla säännöksillä.

Mielenterveyslailla luotiin puitteet myös perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon mielenterveystyölle. Mielenterveyslailla pyrittiin avohoidon vahvistamiseen, mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn vahvistamiseen ja tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeusturvan vahvistamiseen. Mielenterveislain voimaantulon jälkeen monet kunnat siirsivät psykiatrisen avohoidon kunnan perusterveydenhuollon yhteyteen, ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitoa ja erikoissairaanhoidon koordinaatiota perusterveydenhuollon kanssa kehitettiin eri alueilla vaihteleviin suuntiin. Sairaalahoidon väheneminen on vähitellen johtanut sosiaalihuollon lisääntyvään rooliin mielenterveystyössä, varsinkin tuetussa asumisessa ja asumista tukevissa palveluissa.

Mielenterveyslakiin on tehty lukuisia tahdosta riippumattomaan hoitoon sekä mielenterveystyön ohjaukseen ja valvontaan liittyviä muutoksia. Mielenterveysasetuksessa (1247/1990) säädetään tarkemmin muun muassa henkilöstön työnohjauksesta ja lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämisestä. Lisäksi asetuksilla on säädetty tahdosta riippumattomassa hoidossa käytettävistä lomakkeista.

Päihdehuoltolaki tuli voimaan vuoden 1987 alussa, jolloin se korvasi lain päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta. Uudistuksessa pyrittiin irti aikaisemmasta painotuksesta, jossa päihdeongelma nähtiin järjestys- ja turvallisuuskysymyksenä ja kontrollin kohteena. Päihdehuoltolain tavoitteena oli edistää sosiaalihuollon uuden ajattelutavan mukaista palveluperiaatetta ja asiakkaan osallisuutta. Päihdeongelma nähtiin lisääntyvästi yksilön sairautena, joka vaikuttaa hänen läheistensä elämään, ja johon yhteiskunnan on tarjottava apua. Päihdehuoltolakiin ei ole tehty merkittäviä muutoksia. Vuoden 1995 perusoikeusuudistuksella on ollut vaikutusta siihen, että päihdehuoltolain tahdosta riippumatonta hoitoa ei nykyään käytännössä toteuteta juuri lainkaan. Päihdehoidon keinojen lisääntyminen ja lisääntynyt mielenterveyden ja päihdehäiriöiden samanaikainen esiintyminen on nostanut terveydenhuollon merkitystä päihdetyössä oleellisesti.

Päihdehuoltolain nojalla on annettu useita asetuksia. Päihdehuoltoasetuksessa (653/1986) säädetään muun muassa palvelujen järjestämisestä ja kuntoutussuunnitelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008) säädetään opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidon edellytyksistä ja toteuttamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa hyväksyttävästä hoidosta huumausainerikoksissa (290/2002) säädetään niistä edellytyksistä, joilla hoitoa pidetään rikoslaissa tarkoitettuna sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymänä hoitona. Lisäksi on annettu asetus tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvistä lomakkeista (993/2006).

Mielenterveys- ja päihdetyöstä säädetään myös terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja uudessa, pääosin 1.4.2015 voimaan tullessa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa määritellään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä sairaanhoidon eri osa-alueet kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvassa terveydenhuollossa. Terveydenhuoltolaissa säädetään

sairaanhoidon osana myös mielenterveystyön ja päihdetyön tavoitteista, keinoista ja toteuttamisesta. Sosiaalihuoltolaissa on vastaavat säännökset sosiaalihuollon mielenterveystyöstä ja päihdetyöstä.

Kun päihdehuolto voi erityispalveluissa olla luonteeltaan sekä sosiaalihuoltoa että terveydenhuoltoa, asiakkaan oikeuksien toteutumista määrittävät sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) että laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja potilasvahinkolaki (585/1986). Koska päätöksentekomenettely, muutoksenhakuoikeus sekä potilaan tai asiakkaan asema ja oikeudet voivat olla erilaisia riippuen siitä, järjestetäänkö palvelua sosiaalipalveluna vai terveydenhuollon palveluna, on sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa täsmennetty, milloin yhteisissä palveluissa noudatetaan sosiaalihuollon, milloin terveydenhuollon lainsäädäntöä.

1.2. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden määrä on palvelujen parantamisen pyrkimyksistä huolimatta jäänyt riittämättömäksi. Arvioiden mukaan mielenterveyspalvelujen piirissä on noin puolet niitä tarvitsevista ja päihdepalvelujen piirissä mahdollisesti kolmannes, kun sitä vastoin somaattisen terveydenhuollon piirissä on valtaosa hoitoa tarvitsevista henkilöistä. Myös palvelujen sisältö, rakenne ja koordinaatio ovat kehittyneet epätasaisesti.

Valtion normiohjauksen vähennyttyä 1990-luvun alussa yhdeksi keskeiseksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjaustavaksi nousivat laatusuositukset. Mielenterveyspalvelujen laatusuositus (STM oppaita 2001:9) julkaistiin vuonna 2001. Suosituksessa esitettiin mielenterveystyön laadun kannalta keskeiset rakenteelliset ja toiminnalliset seikat. Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuunnitelma vuodelta 2007 (STM julkaisuja 2007:13) korosti mielenterveyskuntoutujien riittävää tukea ja palveluja tavallisessa asunnossa asumiselle. Päihdepalveluista laadittiin laatusuositus vuonna 2002 (STM oppaita 2002:3). Sen tavoitteena oli tukea päihdepalveluja koskevaa suunnittelua, päätöksentekoa, järjestämistä, tuottamista ja kehittämistä. Palvelujärjestelmää koskevat suositukset tarkoitettiin ohjaamaan ja tukemaan kaikkea sosiaali- ja terveyspalvelujen sisällä tehtävää päihdetyötä.

Mielenterveystyötä ja -palveluja kehitettiin 1980–1990 -luvuilla useiden tavoitteiltaan kohdennettujen kansallisten hankkeiden avulla. Näitä olivat skitsofreniaprojekti 1981–1988, itsemurhien ehkäisyohjelma 1987–1996, Mieli maasta -depressioprojekti 1994–1998, Mielekäs elämä! -ohjelma 1998–2002 ja Pääsky-hanke 1999–2001.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004–2007 (STM julkaisuja 2003:20) mielenterveystyötä ja päihdetyötä käsiteltiin vielä erillisinä. Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalialan kehittämishankkeen osana toteutettiin vuosina 2003–2007 lukuisia päihdetyön kehittämishankkeita. Vastaavasti kansallinen terveydenhuollon hanke rahoitti vuosina 2002–2007 runsaasti mielenterveystyön hankkeita. Sosiaalialan ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden puitteissa aloitettiin kansallisen yhteisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelu ja sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeiden valtionavustuksin käynnistettiin kolme laajaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanketta Uudellamaalla, Pohjanmaalla ja Lapissa vuosina 2004–2007. Nämä olivat Pohjanmaa-hanke (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri), Lapin hanke (Rovaniemen kaupunki) sekä Sateenvarjo-projekti (Vantaan kaupunki). Vuodesta 2008 lähtien hanketoiminta siirtyi kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaan (Kaste).

Ensimmäisen yhteisen kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli-suunnitelma) valmistelu käynnistyi sen jälkeen, kun vuonna 2004 yhteensä 106 kansanedustajaa oli tehnyt toimenpidealoitteen kansallisen mielenterveysohjelman laatimiseksi. Suunnitelma julkaistiin 10.2.2009 (STM selvityksiä 2009:3) ja sille tehtiin väliarvio vuonna 2012 (STM julkaisuja 2012:24). Mieli-suunnitelma linjaa mielenterveys- ja

päihdetyön keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015. Lähtökohtana on mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys, ja se kattaa yhteiskunnan eri sektorit.

Mieli-suunnitelman tavoitteina on, että mielenterveys- ja päihdeongelmat ja niihin liittyvä syrjäytyminen vähenevät, palvelut perustuvat kansalaisten todellisiin tarpeisiin ja ovat vaivattomasti ja joustavasti saatavilla ja että toiminta perustuu hyviin ja vaikuttavaksi arvioituihin käytäntöihin. Suunnitelmassa painotetaan mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä ja ongelmien ehkäisemistä, mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan aseman vahvistamista sekä palvelujärjestelmän kehittämistä vastaamaan nykyistä varhaisemmin ja kokonaisvaltaisemmin mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoidon ja tuen tarpeeseen. Suunnitelmassa esitetään lisäksi eri yhteiskuntasektoreiden alueille ulottuvia ohjauskeinoja, joilla mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä voidaan edistää.

Mieli-suunnitelman kauden päättyessä vuonna 2015 useimmat sen suositukset ovat edenneet ainakin jossain määrin. Palvelujärjestelmän ja palvelujen koordinaation kehittäminen on ollut alueellisesti vaihtelevaa, eikä kokonaiskuva tapahtuneesta kehityksestä ole saatavilla. Suosituksista näyttäisivät edenneen heikoimmin ne, jotka liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden sektorien toimenpiteiden yhteensovittamiseen sekä mielenterveys- ja päihdetyön resursointiin. Mieli-suunnitelman ulkoisen arvioinnin tehnyt arviointiryhmä totesi arviointijohtopäätöksiä koskevana yhteenvetona, että Mieli-suunnitelmalla oli myönteinen vaikutus erityisesti tietoisuuden lisääntymiseen asiakkaan aseman vahvistamisen tarpeesta, edistävän ja ehkäisevän työn merkityksestä sekä palvelujärjestelmän kehittämistarpeista. Mieli-suunnitelman loppuarvioinnin yhteydessä julkaistaan alkuvuodesta 2016 Mieli-suunnitelman ohjausryhmän ja ulkoisten arvioitsijoiden näkemykset tulevien vuosien mielenterveys- ja päihdetyön keskeisistä kehittämistarpeista.

1.3. Mielenterveys- ja päihdetyön uudistamisen haasteet

Vireillä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yksi keskeinen syy on palvelujärjestelmän pirstaleisuus. Uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja. Uudistuksella pyritään myös vahvistamaan järjestäjien kantokykyä, hallitsemaan kustannuksia ja vaikuttamaan julkisen talouden kestävyysvajeeseen.

Peruspalvelujen riittämätön yhteistyö eri sektoreiden ja tasojen välillä koskee erityisesti niitä palvelujen käyttäjiä, jotka tarvitsevat sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja tai monia eri palveluja. Oulun kaupungin asukkaita koskevan selvityksen¹ mukaan sosiaali- terveydenhuollon palvelujen kalleimpia asiakasryhmiä olivat kalliisti hoidettavia somaattisia sairauksia sairastavat potilaat, vanhuspalvelujen asiakkaat, vammais- ja kehitysvammapalvelujen asiakkaat, päihdepalvelujen ja päihde- ja mielenterveys-asumispalvelujen asiakkaat sekä lastensuojelun asiakkaat. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaat muodostivat kymmenesosan kalleimmista asiakasryhmistä ja lähes neljäsosan niistä kalliin erikoissairaanhoidon asiakaista, jotka eivät käyttäneet sosiaalihuollon palveluja. Kirjoittajien johtopäätöksenä oli, että nykyinen siiloutunut järjestelmä kykenee huonosti vastaamaan runsaasti erilaisia palveluja käyttävän väestöryhmän tarpeisiin. Heidän palvelukokonaisuutensa tulee olla suunniteltu ja koordinoitu, sille pitää määritellä yksi vastuutaho ja tiedon täytyy kulkea palveluntuottajien ja vastuutahon välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on syytä keskittyä tämän kalleimman asiakasryhmän hallintaan ja ehkäistä siihen joutumista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella pyritään peruspalvelu- ja avohoitopainotteisiin palveluihin ja palvelujen integraatioon. Uudistus ei automaattisesti tuota toimivaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen

¹ Leskelä ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 2013;68: 3163 - 3169

rakennetta. Vaikuttavissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa on palvelujen valtavirrasta poikkeavia erityispiirteitä. Niissä korostuvat asiakasta lähelle, kotiin ja arkielämän ympäristöihin, tuodut moniammatilliset palvelut, joita tarvitaan myös tavanomaisen virka-ajan ulkopuolella kotihoidon palveluihin vertautuvina säännöllisinä tai kriisitilanteissa annettavina palveluina. Lisäksi saatetaan tarvita välimuotoisia palveluja, kuten käyttäjälähtöisiä kriisitilanteissa käytettävissä olevia tuki- ja seurantapaikkoja. Psykososiaalisten ehkäisevän ja korjaavan työn interventioiden osaamista ja niiden työnohjauksia on kustannustehokasta pitää yllä keskitetysti, vaikka interventioita toteutettaisiin perus- ja lähipalveluina. Terveystenhuollon ja sosiaalihuollon integroiminen ei myöskään riitä, vaan tarvitaan muiden sektoreiden toimenpiteiden yhteensovittamista, tärkeimpinä opetus- ja koulutussektori, nuorisotyö, työelämä, asuminen, kuntoutus ja sosiaaliturva. Suomessa on esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote) integroiduilla mielenterveys- ja päihdepalveluilla pystytty samanaikaisesti vastaamaan kustannuspaineisiin ja tuottamaan alueen väestölle matalalla kynnyksellä saatavilla olevat palvelut.

Palvelujen kehittäminen sellaisiksi, että asiakkaat rohkaistuvat käyttämään niitä, edellyttää käyttäjälähtöistä palvelujen kehittämistä. Nykytilanteessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen erillisyyksistä muusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja niiden aliresursointi vaikuttavat myös niin, että palvelujen käyttäjät ja heidän omaisensa vieroksuvat palveluja. Mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin liitetty stigma myös vähentää palveluihin hakeutumista. Tämä puolestaan viivästyttää hoitoon ja palveluihin hakeutumista ja johtaa virheellisiin käsityksiin hoidon ja avun tehottomuudesta tai hyödyttömyydestä. Seurauksena on mielenterveys- ja päihdetyössä tyypillisesti havaittava ongelmien kärjistyminen päivystyksellistä välitöntä apua ja mahdollisesti laitoshoidoa edellyttäviksi tilanteiksi. Myöhäinen palveluihin hakeutuminen lisää hoidettavien ongelmien kroonistumista ja suunnittelemattoman kalliin laitoshoidon tarvetta sekä työkyvyttömyysetuuksien tarvetta.

Mielenterveyslaki ja päihdehuoltolaki ovat jo vanhoja eivätkä enää ohjaa palvelujärjestelmää riittävällä tavalla. Kummankin lain tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät säännökset ovat vanhentuneita. Lainsäädännön uudistamistarpeeseen vaikuttavat lisäksi sosiaali- ja terveydenhuolto- ja itsehallintouudistus. Toimiviin palveluihin tähtäävän uudistuksen tarpeellisuutta korostaa myös länsimaissa jatkuvasti kasvava mielenterveys- ja päihdehäiriöiden osuus kaikkien sairauksien aiheuttamasta vajaakuntoisuudesta eli sairastamisen takia menetetyistä terveistä elinvuosista. Sairaustaakka on suuri paitsi yksilöille ja heidän läheisilleen, myös työelämälle ja laajemmin koko yhteiskunnalle. Euroopan maissa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden osuus sairastamisen takia menetetyistä terveistä elinvuosista on 28,5 %².

2. Nykytila

2.1. Lainsäädäntö ja käytäntö

Perustuslaki

Perustuslain 1 §:n 2 momenttiin sisältyy valtiosäännön taustalla olevina perustavanlaatuisina arvoina ihmisarvon loukkaamattomuus, yksilön vapaus ja oikeudet sekä oikeudenmukaisuuden edistäminen yhteiskunnassa. Säännöstä voidaan pitää lähtökohtana julkisen vallan velvollisuuksien sisällön arvioimisessa.

² WHO: Global Health Estimates 2014 Summary Tables: YLD by cause, age and sex, by WHO Region, 2000-2012

Perusoikeuksista on säädetty perustuslain 2 luvussa. Perusoikeuksien tulkintaan vaikuttavat ihmisoikeustoimielinten päätökset ja perustuslakivaliokunnan lausunnot. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti useat perusoikeudet, keskeisimmin yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltä (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §), itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §), oikeus kieleen ja kulttuuriin (17 §), oikeus sosiaaliturvaan (19 §) sekä julkisen vallan velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen (22 §).

Perusoikeussäännökset määrittävät osaltaan tapaa, jolla sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Perustuslain 6 §:n 1 momentti sisältää vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta. Säännöksen mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ihmisiä on kohdeltava lainsäädännössä, tuomioistuimissa ja viranomaistoiminnassa samanlaisissa olosuhteissa samalla tavoin. Yhdenvertaisuusperiaatteeseen sisältyy myös mielivallan kieltä. Lainsäädäntövallan rajoituksia täsmäntävät 2 momentin syrjintäkiellot, jotka estävät ihmisten asettamisen eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen saattaa kuitenkin edellyttää poikkeamista muodollisesta yhdenvertaisuudesta hyväksyttävän tarkoituksensa ja suhteellisuusperiaatteen rajoissa. Yhdenvertaisuusvaatimus ei estä niin sanottua positiivista erityiskohtelua. Eri ihmisryhmien kohtelulle toisistaan poikkeavalla tavalla on kuitenkin oltava yhteiskuntapoliittisesti hyväksyttävä syy.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus tulee arvioitavaksi niin riittävien palvelujen turvaamisen, palvelujen alueellisten erojen kuin palvelujen hinnoittelunkin kannalta.

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten sosiaalihuoltolain (1301/2014), vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987), terveydenhuoltolain (1326/2010), kansanterveyslain (66/1972), erikoissairaanhoidon lain (1062/1989), mielenterveyslain (1116/1990), tartuntatautilain (583/1986) ja useiden muiden erityislakien säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

Palvelujen riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Riittävät palvelut eivät perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitetussa mielessä samaistu kuitenkaan 19 §:n 1 momentin viimesijaiseen turvaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä säännös asettuu keskeiseen asemaan ratkaistaessa kysymystä siitä, kuinka riittävät, mutta myös välttämättömät, sosiaali- ja terveyspalvelut pystytään toteuttamaan koko maassa.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä valtiota että kuntia. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto asukkaalleen ja eräissä tapauksissa kunnassa oleskeleville ja muille henkilöille. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin ja voimavaroja myöntämällä sekä kuntien asianmukaisella rahoituksella ja toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevat turvatuiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetyn velvoitteen toteuttamisesta käytännössä.

Kunnallishallinnossa tehtävien hoidossa käytetään yleisesti käsitettä järjestämisvastuu. Järjestämisvastuun käsitteellä vastuun sisältö halutaan erottaa palvelujen tuottamisesta tai hoitamisesta.

Järjestämisvastuuseen kuuluu, että väestön tarpeenmukaisia palveluja on saatavilla. Järjestämisvastuu on osin liian yleinen käsite kuvaamaan niitä erilaisia vastuuta sekä oikeuksia ja velvollisuuksia, joita kuntalaisen, kunnan ja kuntayhtymän välillä sosiaali- ja terveydenhuollossa muodostuu. Järjestämisvastuuseen sisältyy kunnan vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattuja tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä palvelut lain turvaamalla tavalla. Järjestämisvastuuseen kuuluu myös vastuu palvelujen järjestämisestä, joka voi toteutua omana tuotantona, yhteistoimintana tai ostopalveluina. Vastuuseen kuuluu lisäksi vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaamisesta palvelujen järjestämiseen. Kunnan tehtäviä voi lain ja sopimuksen nojalla hoitaa myös kuntayhtymä.

Sosiaalihuollon järjestämisvastuusta säädetään edelleen vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa (710/1982).

Uudella, pääosin 1.4.2015 voimaan tulleella sosiaalihuoltolailla, kumottiin suurin osa vuoden 1982 sosiaalihuoltolaista, mutta sosiaalihuollon hallintoa ja järjestämistä koskevat vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 2 luvun säännökset jäivät kuitenkin muutamien muiden säännösten lisäksi voimaan uuden sosiaalihuoltolain rinnalla. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan kuin tässä laissa tai muutoin säädetään. Uuden sosiaalihuoltolain 12 §:ssä säädetään lisäksi, että jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muussa kuin kiireellisessä tapauksessa henkilöllä on oikeus saada riittävät sosiaalihuollon palvelut kotikuntalaisissa (201/1994) tarkoitetulta kotikunnaltaan tai siltä kuntayhtymältä, johon kotikunta kuuluu, ellei muualla laissa toisin säädetä.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n perusteella sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä sekä niistä tehtävistä, jotka muussa laissa säädetään sosiaalilautakunnan taikka muun vastaavan toimielimen tehtäväksi, huolehtii yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Kuntayhtymän huolehtiessa kahden tai useamman kunnan koko sosiaalihuollosta, sen on asetettava vastaava toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:ssä tarkoitetun toimielimen laissa säädettyä päätösvaltaa ja oikeutta puhevallan käyttämiseen voidaan johtosäännöllä siirtää laissa tarkemmin säädettyin edellytyksin toimielimen alaisille viranhaltijoille henkilön tahdosta riippumatonta huoltoa koskevia päätöksiä lukuun ottamatta. Sosiaalityöntekijällä, jonka toimielin on tehtävään määrännyt, on lain 12 §:n nojalla oikeus toimielimen vahvistamien perusteiden ja yleisten ohjeiden mukaisesti toimielimen puolesta päättää myös kiireellisissä tapauksissa tahdosta riippumattoman huollon antamisesta ja siihen liittyvistä muista toimenpiteistä ja näissä tapauksissa käyttää toimielimen puhevaltaa itse tai asiamiehen välityksellä.

Kuntien velvoitteesta järjestää terveydenhuollon palveluja säädetään kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoitolaissa, mielenterveyslaissa ja päihdehuoltolaissa. Terveydenhuoltolakia sovelletaan kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Käytännössä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaiset palvelut on eroteltu perusterveydenhuolloksi ja erikoissairaanhoidoksi. Kansanterveyslain mukaisia palveluja tai kunnan erikseen päättämiä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava

terveyskeskus. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien lähinnä terveyskeskuksissa järjestämiä palveluja. Terveyskeskuksilla voi olla useita eri toimipaikkoja eli terveysasemia tai sairaaloita. Kuntien vastuulla on huolehtia myös siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu sairaanhoitopiireihin. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirejä on 20 kappaletta. Kunta voi itse päättää siitä, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Erikoissairaanhoidossa kunta on velvoitettu osallistumaan sairaanhoitopiirin hallintoon ja hoitamaan laissa säädetyt erikoissairaanhoidon tehtävät sen kautta.

Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan lainsäädäntövaltaan. Sen perusteella sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård). Sosiaalihuollon puolestaan järjestävät Ahvenanmaalla kunnat. Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) mukaan valtakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat perustuslaista poikkeamista ja hallinnollista puuttumista henkilökohtaiseen vapauteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992) annetun lain 4 §:n nojalla kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa sekä olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Tehtävien hoitamisessa tarvittavia palveluja kunta voi hankkia valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Lisäksi palvelujen käyttäjälle voidaan antaa palveluseteli, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytyksistä säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Kunnassa tulee vuoden 1982 sosiaalihuoltolain mukaan olla sosiaalihuollon ammatillista henkilöstöä sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten. Jokaisen kunnan käytettävissä tulee olla sellaisen asiakastyöhön osallistuvan viranhaltijan palveluja, jolla on sosiaalityöntekijän ammatillinen kelpoisuus.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolakia vastaavasti terveydenhuoltolaissa säädetään, että kunnan tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten. Terveys- ja sairaanhoitolaissa edellytetään myös, että toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Kunnan tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on lisäksi vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuudesta säädetään tällä hetkellä sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005), joka on kuitenkin tarkoitus kumota samaan aikaan, kun 12.3.2015 hyväksytty laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) tulee voimaan maaliskuussa vuonna 2016.

Oikeudesta toimia terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994). Mainitut lait sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä koskevat sekä julkista että yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaan sosiaalihuollon toimintoja varten kunnalla on oltava riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Vastaavasti terveydenhuoltoa varten kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on terveydenhuoltolain 4 §:n mukaan oltava käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet.

Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytyksiä koskevat vaatimukset sisältyvät yksityisistä sosiaalipalveluista annettuun lakiin (922/2011) ja yksityisestä terveydenhuollosta annettuun lakiin (152/1990). Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 4 §:n mukaan toimintayksikössä tulee olla riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja varusteet sekä toiminnan edellyttämä henkilöstö. Toimitilojen tulee olla terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle sopivat. Henkilöstön lukumäärän tulee olla riittävä palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden lukumäärään nähden. Lain 5 §:n mukaan toimintayksiköllä tulee olla vastuuhenkilö, joka vastaa siitä, että toimintayksikössä toteutettavat palvelut täyttävät niille asetetut vaatimukset.

Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 3 §:n mukaan terveydenhuollon palveluja annettaessa on oltava asianmukaiset tilat ja laitteet. Lisäksi palvelujen tuottajalla tulee olla toiminnan edellyttämä, asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Toiminnan on oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus. Lain 5 §:n mukaan palvelujen tuottajalla tulee olla lupaviranomaisen hyväksymä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja. Yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön uudistamista varten on sosiaali- ja terveysministeriö asettanut syyskuussa 2014 työryhmän, jonka määräaika päättyy 31. maaliskuuta 2016.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisina toimivat eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri ylimpinä laillisuusvalvojina, sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), aluehallintovirastot ja kunnat. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalaitoksina toimivat Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeuksien toteutumista turvaavat myös potilas- ja sosiaaliasiamiesjärjestelmät.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvotaan eri keinoin. Ilmoitus- ja lupamenettelyissä on kysymys viranomaisen harjoittamasta etukäteisvalvonnasta. Muita etukäteisvalvonnan ja ohjauksen keinoja ovat muun muassa viestintä, resurssiohjaus (valtionavustukset), informaatio-ohjaus, ohjaus- ja tarkastuskäynnit, neuvonta, koulutus ja konsultaatio. Jälkikäteisvalvonta perustuu pääosin valvontaviranomaisille tehtyihin kanteluihin ja muihin ilmoituksiin havaituista epäkohdista. Ulkopuolisiin aloitteisiin perustuvan valvonnan lisäksi valvontaviranomaiset tekevät myös oma-aloitteista valvontaa tarkastusten ja erilaisten selvitysten muodossa.

Perustuslain 108 ja 109 §:n mukaan valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävänä on valvoa, että tuomioistuimet ja muut viranomaiset sekä virkamiehet, julkisyhteisöjen työntekijät ja muutkin hoitaessaan julkista tehtävää noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa. Keskeisenä valvonnan kohteena on perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Ylimpien laillisuusvalvojien toimivallasta ja valvontavastuusta säädetään tarkemmin eduskunnan oikeusasiamiehestä annetussa laissa (197/2002) ja valtioneuvoston oikeuskanslerista annetussa laissa (193/2000). Sekä oikeuskansleri että oikeusasiamies toteuttavat valvontaa käsittelemällä heille osoitettuja kirjallisia kanteluja ja ottamalla asioita käsiteltäväkseen omasta aloitteestaan. Molemmilla on oikeus suorittaa oma-aloitteisia tarkastuksia valvontavaltaansa kuuluvissa viranomaisissa, laitoksissa ja muissa toimintayksiköissä. Eduskunnan oikeusasiamiehen erityisenä tehtävänä on toimittaa tarkastuksia vankiloissa ja muissa suljetuissa laitoksissa valvoakseen niihin sijoitettujen henkilöiden kohtelua.

Oikeusasiamiehellä ja oikeuskanslerilla on toimivalta erilaisiin toimenpiteisiin epäkohtia epäillessään tai havaitessaan. Oikeusasiamies voi määrätä suoritettavaksi poliisitutkinnan tai esitutkinnan, ajaa syytettä tai määrätä syytteen nostettavaksi laillisuusvalvontaansa kuuluvassa asiassa, antaa valvottavalle huomautuksen, saattaa valvottavan tietoon käsityksensä lain mukaisesta menettelystä taikka kiinnittää valvottavan huomiota hyvän hallintotavan vaatimuksiin tai perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista edistäviin näkökohtiin. Oikeusasiamies voi myös tehdä toimivaltaiselle viranomaiselle esityksen tapahtuneen virheen oikaisemiseksi tai epäkohdan korjaamiseksi ja kiinnittää huomiota säännöksissä tai määräyksissä havaitsemiinsa puutteisiin sekä tehdä esityksiä niiden kehittämiseksi ja puutteiden poistamiseksi. Jos asiassa on tapahtunut oikeudenloukkaus, jota ei voida enää oikaista tai korjata, oikeusasiamies voi harkintansa mukaan esittää hyvitystä. Oikeusasiamies antaa eduskunnalle joka vuodelta kertomuksen, minkä lisäksi oikeusasiamies voi antaa eduskunnalle tärkeäksi katsomastaan asiasta myös erillisen kertomuksen tai muuten saattaa havaintonsa eduskunnan asianomaisen toimielimen tietoon. Oikeuskansleri voi vastaavasti ajaa syytettä tai määrätä syytteen nostettavaksi laillisuusvalvontaansa kuuluvassa asiassa, antaa asianomaiselle huomautuksen vastaisen varalle, kiinnittää tämän huomiota lain tai hyvän hallintotavan mukaiseen menettelyyn tai ryhtyä toimenpiteisiin oikaisun saamiseksi lainvastaiseen tai virheelliseen päätökseen tai menettelyyn. Oikeuskanslerilla on myös oikeus tehdä ehdotuksia säännösten ja määräysten kehittämiseksi ja muuttamiseksi.

Muiden sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovien viranomaisten toimivallasta säädetään useissa eri laeissa. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Käytännössä ministeriön ohjaustoimintaan kuuluvat uuden lainsäädännön valmistelun lisäksi muun muassa lainsäädännöstä tiedottaminen ja koulutus sekä joissakin tapauksissa suositusten ja oppaiden laatiminen palvelujen järjestäjille ja tuottajille. Ministeriö ohjaa alaisiaan virastoja ja laitoksia myös tulossopimuksin.

Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena keskusvirastona aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo julkista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat, usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskevat asiat, tai asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään. Valviran toimivaltaan kuuluvat erityisesti myös asiat, jotka liittyvät Valvirassa käsiteltävään sosiaali- tai terveydenhuoltoon tai sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan valvonta-asiaan. Valviralle kuuluu myös useita muita erikseen säädettyjä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä lupa- ja valvontatehtäviä.

Aluehallintovirastolle kuuluu julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Aluehallintovirastojen tehtävistä ja toimivallasta sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa säädetään paitsi sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa laeissa, myös aluehallintovirastoista annetussa laissa (896/2009) ja kuntalaissa. Valvonta on ensisijaisesti laillisuusvalvontaa, joka kohdistuu muun muassa palvelujen saatavuuden ja kunnan järjestämisvelvoitteen toteutumisen valvontaan sekä laissa säädettyjen menettelysäännösten noudattamisen valvontaan. Laillisuusvalvonnan rinnalla arvioidaan toiminnan tarkoituksenmukaisuutta ja laatua. Valvira ja aluehallintovirastot ohjaavat ja valvovat sosiaali- ja terveydenhuoltoa informaatio-ohjauksen ja muun etukäteisvalvonnan keinoin sekä jälkikäteisvalvontana. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa toteutetaan myös sosiaali- ja terveysministeriön ja valvontaviranomaisten välisiin tulossopimuksiin kirjattujen valvontatavoitteiden mukaisesti suunnitelmallisesti. Suunnitelmallista valvontaa varten laaditaan yleensä valvontaohjelma, jossa määritellään valvonnan kriteerit, menettelytavat ja työnjako.

Kunnalla on ensisijainen vastuu järjestämisvastuullaan olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laillisuudesta, laadusta ja asianmukaisuudesta. Kunnanvaltuuston valitsemat vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n 1 momentissa ja kansanterveyslain 6 §:n 1 momentissa tarkoitetut monijäseniset toimielimet valvovat alaistensa viranhaltijoiden ja muun kunnallisen henkilöstön toimintaa. Kunnan ja

kuntayhtymän omat toimintayksiköt vastaavat ensisijaisesti itse tuottamiensa palvelujen asianmukaisuudesta. Uuden sosiaalihuoltolain 47 §:n mukaan sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelma on pidettävä julkisesti nähtävänä, sen toteutumista on seurattava säännöllisesti ja toimintaa on kehitettävä asiakkailta sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. Terveystenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toimintayksikön on puolestaan laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.

Hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta kunnalla ja kuntayhtymällä on velvollisuus varmistua siitä, että hankittavat palvelut vastaavat samaa tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Lisäksi yksityisillä palvelujen tuottajilla on vastuu antamiensa palvelujen laadusta. Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 6 § ja yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 6 § velvoittavat niitä huolehtimaan omavalvonnan järjestämisestä. Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajan on laadittava toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma. Vastaavasti yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajan toimiessa useammassa kuin yhdessä toimipaikassa vastaavan johtajan on laadittava toiminnan laadun varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma. Vastaavat säännökset kunnallisen sosiaalihuollon omavalvonnasta sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi on lisätty uuteen sosiaalihuoltolakiin (47§).

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012, vanhuspalvelulaki) on säännös omavalvonnasta (23 §). Sen mukaan toimintayksikön johtajan on huolehdittava, että toimintayksikössä järjestetään omavalvonta palvelujen laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Omavalvontaa varten on laadittava omavalvontasuunnitelma, joka on pidettävä julkisesti nähtävänä. Suunnitelman toteutumista on seurattava ja palveluja kehitettävä toimintayksikön palveluja saavilta iäkkäiltä henkilöiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. Valvira voi antaa tarkempia määräyksiä suunnitelman sisällöstä, laadimisesta ja seurannasta.

Aluehallintoviraston tehtävänä on arvioida kunnallisten peruspalvelujen alueellista saatavuutta. Aluehallintovirasto voi kantelun perusteella tutkia, onko kunta toiminut voimassa olevien lakien mukaan. Jos kunta tai kuntayhtymä on valtiosuustehtäviä järjestäessään jättänyt noudattamatta laissa tai lain nojalla säädetyn tai määrätyn veloitteen, aluehallintovirasto voi, asianomaista ministeriötä kuultuaan, sakon uhalla määrätä kunnan tai kotikuntakorvauksen saajan noudattamaan veloitetta.

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden valvonnasta säädetään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa toimialueellaan. Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjauksessa ja valvonnassa. Valvira käsittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaukseen ja valvontaan liittyvät asiat erityisesti silloin, kun kysymyksessä on periaatteellisesti tärkeä tai laajakantoinen asia, epäily hoitovirheestä, joka on johtanut kuolemaan tai vaikeaan pysyvään vammautumiseen, oikeuslääkärin tekemään kuolemansyyn selvittämiseen liittyvä asia, turvaamis- tai kurinpitotoimenpiteitä mahdollisesti edellyttävä asia taikka asia, jota aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään. Valvira voi terveydenhuollon ammattihenkilöitä annetun lain 25 §:n 1 momentin mukaan velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön lääkärintarkastukseen tai sairaalatutkimuksiin, jos on perusteltua aihetta epäillä, että terveydenhuollon ammattihenkilö on sairauden, päihteiden väärinkäytön, heikentyneen toimintakyvyn tai muun vastaavan syyn takia kykenemätön toimimaan ammatissaan. Sosiaalihuollon ammattihenkilöiden valvonnasta säädetään sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (817/2015), joka tulee voimaan 1.3.2016.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovien viranomaisten ohella myös potilas- ja sosiaaliasiamiesjärjestelmillä sekä muistutusmenettelyllä on tärkeä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon tosiasiallisessa valvonnassa, jossa asiakkaan tai potilaan käytössä ei ole hallintopäätöstä muutoksenhakumahdollisuuksineen.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 24 §:n mukaan jokaisen kunnan on nimettävä sosiaaliasiamies. Potilasasiamies taas nimitetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 11 §:n mukaan jokaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle. Potilas- ja sosiaaliasiamiesten tehtävänä on toimia potilaan ja asiakkaan oikeuksien edistämiseksi muun muassa neuvomalla ja tiedottamalla sekä avustamalla potilaita tai asiakkaita muistutuksen tai oikaisuvaatimuksen tekemisessä. Sosiaaliasiamiehen tehtävänä on lisäksi seurata asiakkaiden oikeuksien ja aseman kehitystä kunnassa ja antaa siitä selvitys vuosittain kunnanhallitukselle.

Muistutuksen voi tehdä sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta. Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on potilaslain 10 §:n mukaan oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Sosiaalihuollon laatuun tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä sosiaalihuollon asiakkaalla on puolestaan sosiaalihuollon asiakaslain 23 §:n mukaan oikeus tehdä muistutus kohtelustaan sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Jos asiakas tai potilas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi kykene itse tekemään muistutusta tai jos hän on kuollut, muistutuksen voi tehdä hänen laillinen edustajansa, omaisensa tai muu läheisensä.

Muistutus tulee tehdä pääsääntöisesti kirjallisesti. Muistutus voidaan tehdä myös suullisesti erityisestä syystä. Muistutus on käsiteltävä asianmukaisesti ja siihen on annettava kirjallinen, perusteltu vastaus kohtuullisessa ajassa muistutuksen tekemisestä. Muistutukseen annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Muistutuksen tekeminen ei rajoita asiakkaan oikeutta hakea muutosta siten kuin siitä erikseen säädetään. Muistutuksen tekeminen ei myöskään vaikuta asiakkaan tai potilaan oikeuteen kannella asiastaan sosiaalihuoltoa tai terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille.

Muistutukseen on vastattava kohtuullisessa ajassa sen tekemisestä. Kohtuullista aikaa ei ole lainsäädännössä täsmennetty. Eduskunnan oikeusasiamiehen mukaan kohtuullinen aika on pääsääntöisesti noin kuukauden ja yksi tai kaksi kuukautta silloin, kun asia on erittäin ongelmallinen ja vaatiessa selvitystyötä. Valvira on antanut muistutusmenettelystä ohjeen, jonka mukaan kohtuullisena aikana pidetään yhdestä neljään viikkoa. Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

Muistutuksen ohella asiakas tai potilas voi tehdä hallintokantelun sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. Jos asiassa ei ole tehty muistutusta, ja valvontaviranomainen arvioi, että kantelu on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muistutuksena, viranomainen voi sosiaalihuollon asiakaslain 23 a §:n ja potilaslain 10 a §:n mukaan siirtää asian asianomaiseen toimintayksikköön tai sosiaalihuoltoa koskevassa asiassa vaihtoehtoisesti sosiaalihuollon johtavan viranhaltijan käsiteltäväksi. Mainittujen sosiaalihuollon asiakaslain ja potilaslain säännösten mukaan kanteluun sovelletaan 1.9.2014 voimaan tullutta hallintokantelua koskevaa hallintolain uutta 8 a lukua, joka lisättiin hallintolakiin lailla hallintolain muuttamisesta (368/2014). Uusi hallintolain 8 a luku sisältää hallintokantelun tekemistä ja käsittelyä sekä kantelun johdosta annettavaa hallinnollista ohjausta koskevat säännökset.

Hallintokantelulla tarkoitetaan ylemmälle viranomaiselle osoitettua ilmoitusta tai ilmiäntoa virkatoimen virheellisyydestä taikka viranomaisen toimintaa koskevasta laiminlyönnistä. Hallintokantelun voi tehdä viranomaisen, siihen virka- tai työsuhteessa olevan henkilön tai muun julkista hallintotehtävää hoitavan lainvastaisesta menettelystä tai velvollisuuden täyttämättä jättämisestä. Kantelun voi tehdä kaiken tyyppisestä viranomaistoiminnasta, mukaan lukien tosiasiallinen toiminta. Hallintokantelu koskee viranomaisten kaikkea toimintaa, lähtökohtaisesti myös tosiasiallista hallintotoimintaa. Sosiaali- ja

terveydenhuollossa kantelu-oikeus on ulotettu koskemaan myös yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden toimintaa.

Hallintokantelun voi tehdä kuka tahansa, eikä asian tarvitse koskea kantelijan omaa asiaa. Hallintokantelun tekeminen ei perustu tekijälle asianosaisasemaa eikä se ole sidottu määrämuotoon. Hallintokanteluasiassa ei päätetä kenenkään oikeudesta tai edusta. Hallintokantelu tehdään kirjallisesti. Valvovan viranomaisen suostumuksella kantelun saa tehdä suullisesti. Kantelun tekijän tulee esittää käsityksensä siitä, millä perusteilla tämä pitää menettelyä virheellisenä ja mahdollisuuksien mukaan tieto arvostelun kohteena olevan menettelyn tai laiminlyönnin ajankohdasta.

Kantelun johdosta valvova viranomainen ryhtyy niihin toimenpiteisiin, joihin se hallintokantelun perusteella katsoo olevan aihetta. Jotkut kanteluperusteista voivat esimerkiksi edellyttää täysimittaista tutkintaa, kun taas toiset voivat jäädä summaarisemman käsittelyn kohteeksi. Hallintokantelusta tehty alustava oikeudellinen arvio voi käytännössä johtaa myös siihen, että asiaa ryhdytään kantelumenettelyn asemesta käsittelemään muussa oikeudellisessa menettelyssä.

Jos valvova viranomainen on käsittelemänsä hallintokantelun johdosta todennut valvottavan menetelleen virheellisesti tai laiminlyöneen velvollisuutensa, valvova viranomainen voi hallintokanteluasiassa antamassaan ratkaisussa kiinnittää valvottavan huomiota hyvän hallinnon vaatimuksiin tai saattaa tämän tietoon käsityksensä lain mukaisesta menettelystä. Jos tätä ei asian kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat huomioon ottaen pidetä riittävänä, valvottavalle voidaan antaa huomautus, jollei kantelun kohteena oleva teko luonteensa tai vakavuutensa perusteella anna aihetta ryhtyä toimenpiteisiin muussa laissa säädetyn menettelyn käynnistämiseksi.

Hallintokantelua käsiteltäessä on noudatettava hyvän hallinnon perusteita ja turvattava niiden henkilöiden oikeudet, joita asia välittömästi koskee. Kahta vuotta vanhemmasta asiasta tehtyä hallintokantelua ei tutkita, ellei siihen ole erityistä syytä. Kanteluasiassa annettavaan ratkaisuun ja sen tiedoksiantoon sovelletaan hallintolain säännöksiä. Hallintokanteluasiassa annettuun ratkaisuun ei saa hakea muutosta valittamalla.

Kantelupäätös on valvontaviranomaisen kannanotto kantelun kohteena olleen toiminnan oikeellisuudesta. Siihen voi sisältyä hallinnollista ohjausta, kuten käsityksen ilmaiseminen, huomion kiinnittäminen ja huomautus. Hallintokantelusta annetaan ratkaisu, josta ei ole valitusoikeutta. Valitusoikeuden puuttuminen perustuu hallintolainkäyttölain (586/1996) 5 §:ään, jonka mukaan hallinto-oikeuteen voidaan valittaa vain päätöksestä, jolla asia on ratkaistu tai jätetty tutkimatta. Hallinnollisen muutoksenhakuoikeuden ulkopuolelle jää tosiasiallinen hallintotoiminta.

Hallintokantelun käsittely voi johtaa varsinaisen kanteluasian ratkaisun lisäksi tilanteeseen, jossa viranomainen puuttuu kantelun kohteena olevan oikeuteen, etuun tai velvollisuuteen esimerkiksi rajoittaen kantelun kohteena olevan sairaanhoitajan tai lääkärin ammattioikeuksia. Tällöin hallintokanteluasian käsittelyyn liittyen on käynnistynyt myös varsinaisen hallintoasian käsittely ja syntynyt erillinen valituskelpoinen ratkaisu.

Mielenterveys- ja päihdetyö

Mielenterveystyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa ja mielenterveyslaissa. Päihdetyöstä säädetään vastaavasti terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa ja päihdehuoltolaissa.

Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltolain 27 §:ssä säädetään mielenterveystyöstä. Sen mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen.

Terveydenhuoltolain mukaan mielenterveystyöhön kuuluu:

- 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki
- 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa
- 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta.

Poikkeuksellisten kriisitilanteiden välitön ja pidemmän aikavälin psykososiaalinen tuki on ensisijaisesti terveydenhuollon koordinoimaa moniammatillista toimintaa, jossa sosiaalitoimen rooli on merkittävä ja välttämätön. Psykososiaalinen tuki on myös osa kunnan valmiussuunnitelmaa.

Mielenterveystyöhön kuuluvat myös mielenterveyspalvelut, joita annetaan mielenterveyden häiriöitä sairastaville henkilöille tavoitteena niiden tutkiminen ja parantaminen, oireiden lieventäminen tai toimintakyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen. Mielenterveyspalveluna annettavan hoidon ja kuntoutuksen tulee perustua lääketieteelliseen arvioon ja noudattaa hyvää hoito- ja kuntoutuskäytäntöä. Mielenterveyspalvelujen tulee olla asiakaskeskeisiä ja tarpeenmukaisia. Mielenterveyshäiriöisten henkilöiden mahdollisuutta hakeutua palveluihin on erityisesti tuettava huomioiden mielenterveyshäiriöihin liittyvä leimautuminen ja mahdollisesti alentunut kyky huolehtia omista eduistaan.

Mielenterveyspalveluja tulee olla tarjolla tarpeellinen määrä, jonka suunnittelemiseen ja arvioimiseen on käytettävissä tilasto- yms. tietoja. Mielenterveyspalvelut tulee sovittaa yhteen tarpeenmukaisen sosiaalihuollon, erityisesti päihdehuollon, palvelujen kanssa. Peruspalveluna annettavaan mielenterveyspalveluun tulee saada tarpeenmukainen psykiatrian alan asiantuntijatuki. Lasten ja nuorten häiriöt eivät noudattele palvelujärjestelmän jakoa mielenterveyteen, sosiaaliseen ja opilliseen kehitykseen ja erityisesti heidän kohdallaan monialainen yhteistyö on tarpeen. Mielenterveyspalveluihin liittyvää asiantuntija-apua tulee muun muassa antaa lastensuojeluviranomaisille ja välttämättömät tutkimus- ja hoitopalvelut lastensuojelun lapsiasiakkaille on järjestettävä kiireellisesti. Palvelujärjestelmän on myös tuotettava joustavasti erilaisia palveluja, kuten kotiin vietäviä ja liikkuvia palveluja, koska näin kyetään paremmin turvaamaan hoidon ja kuntoutuksen tehokkuus.

Mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että yhteistyö muiden toimijoiden kanssa muodostaisi toimivan kokonaisuuden. Mielenterveyttä suojaavia tai vaarantavia tekijöitä koskevia päätöksiä tehdään myös muussa kuin terveydenhuollossa. Tavoitteellinen mielenterveystyö edellyttää monialaisen yhteistyön suunnitelmallista koordinoimista ja vastuutahojen määrittämistä kunnan useiden sektorin toimijoiden, muiden julkisen sektorin toimijoiden sekä yksityisten ja järjestöjen toimijoiden kanssa.

Terveydenhuoltolain 28 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihhteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihhteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä.

Terveydenhuoltolain mukaan päihdetyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihhteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihhteisiin liittyviä

terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä, sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut.

Päihdetyöhön luetaan myös päihdepalvelut. Terveystenhuollon päihdepalveluilla tarkoitetaan päihteiden riskikäyttäjille, päihderiippuvaisille ja heidän läheisillensä lääketieteellisin perustein annettuja tutkimus-, hoito- tai kuntoutuspalveluita. Terveystenhuollon päihdepalvelujen tavoitteena on päihteiden aiheuttamien sairauksien parantaminen, lievittäminen ja pahenemisen estämiseen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen. Terveystenhuollon päihdepalveluja annettaessa on aina myös arvioitava sosiaalihuollon toimenpiteiden tarve. Esimerkiksi alaikäisen henkilön kohdalla on erityisesti arvioitava lastensuojelun tarve. Päihdepalveluissa vapaaehtoisuus sekä palvelujen helppo tavoitettavuus ja saavutettavuus edesauttavat niistä koituvaa hyötyä. Päihdepalvelua ovat myös sosiaalihuoltoon liittyvä päihdehuolto.

Terveystenhuollossa päihdetyön tavoitteiden toteutuminen edellyttää usein monialaista yhteistyötä, johon osallistuu terveystenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi sosiaalityön ammattihenkilöitä, mielenterveystyön ammattihenkilöitä ja muita toimijoita. Jotta päihdetyöstä muodostuisi yksilön, perheen ja yhteisön tueksi toimiva kokonaisuus, tarvitaan eri toimijoiden kesken suunnitelmallista yhteensovittamista, jonka vastuutaho on määriteltävä.

Terveystenhuoltolain 50 §:ssä säädetään kiireellisestä sairaanhoidosta, joka sisältää kiireellisen mielenterveyshoidon, päihdehoidon ja psykososiaalisen tuen. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn -alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Päivystystä toteuttavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta on sovittava terveystenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve.

Päivystysasetus

Päivystyksen järjestämisestä ja kiireellisen hoidon erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (782/2014). Asetuksen mukaan psykiatrian erikoisalalan päivystyksessä tulee olla

- 1) saatavilla psykiatristen erikoisalalan erikoislääkäri tai psykiatria- alan perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella potilaan hoidosta psykiatrian erikoisalalan erikoislääkärin kanssa, jonka on tarvittaessa saavuttava hoitoa antavaan yksikköön
- 2) valmius arvioida ja seurata potilaan kriisitilanteita ensisijaisesti avohoitoon ja vapaaehtoisuuteen perustuvilla palveluilla sekä
- 3) potilaan terveystilan arviointia varten käytettävissä riittävän laajasti ympäri vuorokauden somaattisten erikoisalalan asiantuntemusta.

Päivystyksellistä arviointia ja hoitoa tarvitsevilla potilailla saattaa olla samanaikaisesti mielenterveysongelmia, päihdeongelmia, somaattisia oireita tai vammoja, mahdollisesti muuta välittömän huolenpidon tarvetta - asunnottomuudesta tai rahan puutteesta ja muista sosiaalisista syistä johtuvaa - tai akuutteja ihmissuhdeongelmia ilman varsinaista psyykkistä sairastamista. Psykiatrian akuutti päivystys tulisi pyrkiä järjestämään somaattisen yhteispäivystyksen yhteydessä, jolloin erikoisalalan osaaminen sekä tarvittavat tukipalvelut ovat helposti käytettävissä. Psykiatrisen sairaalahoidon kehittämisen tavoitteena on psykiatristen sairaalaoastojen asteittainen siirtyminen yleissairaaloiden yhteyteen. Erikoissairaanhoidon kehittyessä avohoitopainotteiseksi sairaalahoidon tarpeen on arvioitu vähenevän. Sairaalahoidossa hoidettavaksi jäävät vaikeimmat tilat, joihin vaikean psykiatrisen oirekuvan ja mahdollisen tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen lisäksi usein liittyy somaattisten tutkimusten tai hoidon tarvetta.

Lasten ja nuorten psyykkisten ongelmien päivystyksellistä arviointia varten erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovittava yhdessä muiden erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien kanssa menettelytavoista, jotka mahdollistavat kattavan ja riittävän laajapohjaisen lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkärin konsultoinnin. Lasten- ja nuorisopsykiatrian päivystyksiä ei ole mahdollisuus järjestää kaikkiin päivystäviin yksiköihin. Usein päivystys on järjestetty lastentautien ja psykiatrian erikoisalojen toimesta, jolloin tällaisilla yksiköillä tulee olla mahdollisuus tarvittaessa konsultoida esimerkiksi puhelimitse lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisalojen päivystäviä lääkäreitä. Tavallisesti tällainen konsultaatio tulee voida toteuttaa yliopistosairaaloiden lasten- ja nuorisopsykiatrian päivystyksiä hyväksi käyttäen. Tämän takia lasten ja nuorten psyykkisten ongelmien päivystyksellisestä arviointia varten tulee erityisvastuualueella sopia menettelytavoista, jotka mahdollistavat kattavasti ja riittävän laajapohjaisesti päivystyksellisen lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkärin konsultaation. Asetuksen mukaisesti erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovittava yhdessä muiden erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien kanssa tarvittavista menettelytavoista. Koska lasten ja nuorten mielenterveysongelmat liittyvät yleisesti sosiaalisiin tekijöihin, tulee päivystystilanteissa olla toimiva yhteistyö lastensuojelun ja sosiaalipäivystyksen kanssa.

Asetuksen mukaan päivystysyksikköön hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava päivystysyksikössä. Päihtymys ei saa estää henkilön hoidon tarpeen arviointia tai hoidon järjestämistä. Päihtyneen henkilön kiireellisen hoidon yhteydessä on arvioitava potilaan päihdehuollon tarve. Näin pyritään varmistamaan potilasturvallisuus myös päihtyneiden potilaiden osalta.

Päihtymys on tavallinen ilmiö päivystystilanteissa, sillä suuri osa niin somaattisesti oireilevista, vammautuneista kuin mielenterveyspotilaistakin on päivystykseen hakeutuessaan humalassa. Päivystyspotilaista arviolta viidennes on päihtyneitä ja neljännekseen päivystyspoliklinikan käynneistä liittyy päihtymisen käyttö. Vakavat päihtymisen aiheuttamat tilat, kuten myrkytykset ja deliriumtilat, edellyttävät hoitoa somaattisessa yksikössä. Lisäksi päivystyspoliklinikoille tulee usein päihtyneitä, joiden vahva päihtymystila saattaa edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön seurantaa, mutta ei edellytä terveydenhuollon päivystysyksikössä tapahtuvaa hoitoa.

Terveydenhuollon päivystyksissä kohdataan päihtyneitä myös annettaessa poliisille virka-apua. Rattijuopumustapauksissa saatetaan tarvita päivystyksessä otettavaa verikoetta. Mikäli kuljettajassa on viitteitä huumausaineiden käytöstä, otetaan aina virtsa- ja verinäyte. Muiden rikosten tutkinnassa virka-apua tarvitaan esimerkiksi vammojen selittämisessä. Tutkittava voi olla pahoinpitelyn uhri tai epäillyn raiskauksen uhri tai tekijäksi epäilty tai liikennejuopumuksesta epäilty. Nämä tilanteet voivat edellyttää lääkäriltä muun muassa virka-apun pyytämistä poliisilta ja siten virka-asemaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut vuonna 2006 ohjeet päihtyneen henkilön akuuttihoitosta (STM Selvityksiä 2006:65). Päivystysasetuksen on voimaantulonsa jälkeen arvioitu jo lyhyessä ajassa edistyneen psykiatristen päivystyspotilaiden somaattisten tutkimusten toteutumista. Asetuksen nähdään myös vieneen eteenpäin palvelujen koordinaatiota.

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta

Terveydenhuoltolaki edellyttää kunnan suunnittelevan ja toteuttavan mielenterveyden toimivana kokonaisuutena kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Neuvoloiden ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin kuuluvan terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on edistettävä mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset on tehtävä myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille. Valtioneuvosto antoi vuonna 2009 asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009). Asetuksen määräaikaista terveystarkastuksia koskevat säännökset tulivat

voimaan vuonna 2011. Asetuksen avulla tehostettiin terveystarkastuksissa mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien varhaista tunnistamista, tuen järjestämistä ja hoitoon ohjausta. Asetus velvoittaa kiinnittämään huomiota myös lasten ja nuorten vanhempien mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat osa uuden oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) tarkoittamia opiskeluhuollon palveluja. Laki suuntaa toiminnan painopistettä yhteisölliseen ja ehkäisevään sekä monialaiseen toimintaan.

Terveystarkastukset antavat hyvän pohjan hoidon ja tuen tarpeen tunnistamiselle. Kuitenkin peruspalveluissa on todettu puutteita hoidon ja avun tarpeeseen vastaamisessa. Esimerkiksi opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM raportteja ja muistioita 2012:18) päihde- ja mielenterveysasiat nousivat tärkeimmiksi sisällöllisiksi kehittämiskohteiksi. Selvityksessä kävi selvästi ilmi, että opiskeluterveydenhuollon työntekijät tarvitsevat paremmin hahmottuvat ja toimivat hoitopolut sekä konkreettisia, toimivia ja tehokkaita menetelmiä mielenterveys- ja päihdetyöhön.

Sosiaalihuoltolaki

Uudessa sosiaalihuoltolaissa päihdehuollon järjestäminen osana sosiaalihuoltoa perustuu sosiaalihuoltolain 24 §:ään. Sosiaalihuoltolain mukaisella päihdetyöllä vähennetään ja poistetaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä sekä tuetaan päihteettömyyttä. Sosiaalihuoltolain mukaiseen päihdetyöhön kuuluu ohjaus ja neuvonta, päihteiden ongelmakäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisilleen suunnatut päihdehuollon erityispalvelut ja muut sosiaalihuoltolain 14 §:n mukaiset päihteettömyyttä tukevat ja päihteiden ongelmakäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut.

Päihteettömyyttä edistävän sekä ongelmia ehkäisevän työn tavoitteena on vahvistaa voimavaroja ja muita ongelmilta suojaavia tekijöitä ja vähentää riskitekijöitä. Yhteisöllisyyden ja osallisuuden vahvistaminen sekä suojaaa ongelmilta että mahdollistaa varhaisen tukemisen. Yhteisöllisyyttä voidaan parantaa esimerkiksi asukkaiden aktiivista osallistumista tukevilla hankkeilla tai lisäämällä sosiaalista isännöintiä.

Päihdeongelmien sukupolvelta toiselle siirtymisen ehkäisemiseksi pyritään tukemaan riskiryhmässä olevia lapsia, nuoria ja heidän perheitään. Työntekijöiden tulisi aina arvioida lasten mahdollinen hoidon ja tuen tarve hoitaessaan aikuista mielenterveys- ja päihdeongelmaista.

Pykälän 2 momentissa säädetään sosiaalihuollon päihdetyöstä. Momentin kohdassa 1 säädetään päihdetyöhön liittyvästä ohjaus- ja neuvontatyöstä, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä palvelujärjestelmän sisältämien vaihtoehtojen kartoittamista asiakkaalle. Momentin kohdassa 2 säädetään sosiaalihuollon päihdetyön erityispalveluista. Erityispalveluilla tarkoitettaisiin päihdekuntoutujille suunnattuja sosiaalihuollon palveluja. Painopiste tulisi olla avohuollon palveluissa, joissa kehitetään päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultatiivisia työmuotoja. Myös riittävän pitkäaikaisen kuntouttavan palvelun järjestäminen on tärkeää. Erityispalvelujen lisäksi päihdeongelmallisille tarjotaan sosiaalihuollossa yleisiä 14 §:ssä mainittuja palveluja muun muassa asumisen tukemiseksi. Sosiaalipalveluja järjestetään henkilöille, joilla on päihteiden ongelmakäytöstä johtuvia sosiaalisen toimintakyvyn ja elämänhallinnan ongelmia. Palvelujen avulla tuetaan päihteettömyyttä ja toisaalta huolehditaan siitä, että perustuslain mukainen välttämätön huolenpito toteutuu myös niiden osalta, joilla päihteiden ongelmakäyttö on jatkuvaa.

Pykälän 3 momentissa säädetään raskaana olevien henkilöiden oikeudesta saada tarvitsemansa sosiaalihuollon päihdepalvelut. Säännöksen mukaan raskaana olevalla henkilöllä on subjektiivinen oikeus saada välittömästi riittävät päihteettömyyttä tukevat sosiaalipalvelut. Myös terveydenhuoltolakiin sisältyy vastaava päihdepalvelut turvaava säännös. Säännöksen lähtökohtana on henkilön oma hakeutuminen palvelujen piiriin. Lailla tuetaan myös henkilön ohjaamista palvelujen piiriin. Sosiaalihuoltolain 35 §:n mukaan laissa määritelty ammattihenkilön tulee asiakkaan suostumuksella olla yhteydessä

sosiaalihuoltoon, jotta henkilön palveluntarve arvioitaisiin. Jos henkilö ei itse halua yhteydenottoa ja olisi ilmeistä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen, tulee tehdä lastensuojelulain 25 c §:n mukainen ennakollinen lastensuojeluilmoitus

Sosiaalihuoltolain 25 §:n perusteella järjestettävä mielenterveystyö tarkoittaa yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistamista sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden poistamista ja vähentämistä.

Sosiaalihuoltolain mukaiseen mielenterveystyön kuuluvat:

- 1) sosiaalipalveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki
- 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa sekä
- 3) sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan 14 §:n mukaisia yksilön mielenterveyttä tukevia sosiaalipalveluja.

Uudessa sosiaalihuoltolaissa säädetään sosiaalihuollon mielenterveystyöstä vastaavasti kuin terveydenhuoltolaissa säädetään mielenterveystyöstä terveydenhuollon osalta. Kyseessä ei ole kunnille uusi eikä laajennettu tehtävä. Pykälän asiasisältö vastaa mielenterveyslain ja terveydenhuoltolain vastaavia säännöksiä ja edistää sosiaalihuollon mielenterveystyön toteuttamista siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

Uusi sosiaalihuoltolaki määrittelee tuetun asumisen yhdeksi sosiaalihuoltolain asumispalveluihin (21§) kuuluvista tukimuodoista.

Laitoshuollolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 22 §:n mukaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitospalveluja voidaan järjestää lyhytaikaisesti tai jatkuvasti, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste.

Laitospalveluja toteutettaessa henkilölle on järjestettävä hänen yksilöllisten tarpeidensa mukainen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää kuntoutumista, omatoimisuutta ja toimintakykyä.

Laki vahvistaa erityisen tuen tarpeessa olevien henkilöiden tai asiakkaiden asemaa ja palvelujen yhdistämistä kokonaisuudeksi. Erityisen tuen tarve arvioidaan sosiaalihuollon palvelutarvetta selvitettäessä. Myös terveydenhuollon hoitosuunnitelma pyritään näille henkilöille tekemään niin, että se pystytään ottamaan huomioon sosiaalipalveluja koskevaa päätöstä tehtäessä.

Asiakkaalla on oikeus saada kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Kiireellisiä toimenpiteitä koskeva asia on käsiteltävä ja päätös tehtävä käytettävissä olevien tietojen perusteella viipymättä siten, ettei asiakkaan oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muissa kuin kiireellisissä asioissa päätös on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen kun asia on tullut vireille.

Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireilletulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Asian käsittelemisestä ja päätöksenteosta säädetään sosiaalihuoltolain lisäksi hallintolaissa.

Mielenterveyslaki

Mielenterveystyöstä säädetään terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain lisäksi vuonna 1991 voimaan tulleessa mielenterveyslaissa, joka uudistettiin samanaikaisesti erikoissairaanhoidon antamisen kanssa. Tämä merkitsi psykiatrisen erikoissairaanhoidon antamista sairaanhoitopiirien hoidettavaksi. Mielenterveyslain tarkoituksena oli luoda mielenterveystyön uudistamisen puitteet paitsi erikoissairaanhoidossa, myös perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Lain keskeisenä tavoitteena oli hoidon painopisteen ohjaaminen avohoitoon.

Lain 1 §:n määritelmä mielenterveystyöstä ilmaisee samalla myös mielenterveystyön keskeiset tavoitteet. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat toisaalta mielenterveyspalvelut ja toisaalta väestön elinolosuhteiden kehittäminen. Mielenterveyspalveluja ovat mielisairauksia ja muita mielenterveyden häiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat palvelujen järjestämistä.

Mielenterveyslain 3 §:n mukaan kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten on yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.

Mielenterveyspalvelujen periaatteista säädetään lain 4 §:ssä. Sen mukaan kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Mielenterveyspalvelujen yhteensovittamisesta säädetään lain 5 §:ssä. Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään palvelu- ja tukiasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty.

Palvelu- ja tukiasumista koskevalla säännöksellä on tarkoitettu vahvistaa mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia saada asumispalveluja, mutta säännöksen merkitys suhteessa sosiaalihuoltolain asumispalvelujen järjestämistä koskeviin säännöksiin on jäänyt tulkinnanvaraiseksi.

Päihdehuoltolaki

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäytön ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.

Kuntien tulee järjestää päihdehuolto kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa että päihdehuollon erityispalveluina. Arviointiperusteena on avun, tuen tai hoidon tarve. Tavoitteisiin pyritään ehkäisevällä työllä sekä kehittämällä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja päihdehuollon erityispalveluja. Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Palveluja annettaessa on päihteiden ongelmakäyttäjää tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmiaan.

Päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön.

Päihdeongelmaisten hoitoa säännellään myös opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (33/2008). Asetusta sovelletaan buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa. Asetusta ei sovelleta näiden lääkevalmisteiden käyttämiseen tukihoidona opioidiriippuvaisen somaattisen sairauden aikana tilanteessa, jossa vieroitusoireet pahentavat potilaan kliinistä tilannetta tai vaikeuttavat hänen hoitoaan.

Suomalaisessa oikeuskäytännössä on katsottu, että päihdehuoltolain perusteella henkilöillä, joilla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä heidän perheillään ja läheisillään on subjektiivinen oikeus saada päihdepalveluita. Kuntalaisella ei kuitenkaan ole katsottu olevan oikeutta valikoida hoidon muotoa (Keski-Suomen LO 11.9.1997, taltio 571, KHO 22.9.2000, taltio 2366, Hämeen LO 3.9.1988, taltio 430/3) Erityisesti heikon taloudellisen tilanteen aikoina kuntien taloudellinen tilanne on käytännössä ohjannut päihdepalvelujen tarjontaa ja käytettävissä olevia resursseja palvelujen tarpeen sijaan.

Apulaisoikeuskansleri on katsonut päihdehuollon asianmukaista toteutumista ja valvontaa koskevassa päätöksessään (Dnro OKV/7/50/2011), että sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa hallinnossa on epätietoisuutta kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn eli hoitotakuun soveltumisesta päihdetyöhön ja sen rajoista, ja että tilannetta ei voi pitää tyydyttävänä yhdenvertaisten terveyspalvelujen saamisen suhteen.

Sosiaalihuoltolakityöryhmä kiinnitti valmistelussaan huomioita siihen, että päihdehuoltoa toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa ja että se on voitu hallinnollisesti organisoida jompaankumpaan niistä tai molempiin, vaikka palvelun sisältö olisi sama. Työryhmä linjasi väliraportissaan, että luontevin tapa olisi määritellä palvelun peruste, eli onko kyse terveyden- vai sairaanhoidosta vai sosiaalisten ongelmien hoitamisesta. Riippumatta siitä, olisiko toiminta organisoitu sosiaali- vai terveydenhuollon toimintayksikköön, kysymys olisi terveydenhuollosta jos henkilö saa palveluja lääketieteellisin perustein ja sosiaalihuollon palveluista silloin, kun palvelu perustuu sosiaalihuollon lainsäädännössä säädetyin edellytyksin arvioituun palvelutarpeeseen ja palvelun myöntämisen kriteereihin. Uuteen sosiaalihuoltolakiin säännös on kirjoitettu edellä mainitun työryhmän linjauksen mukaisesti. Uudessa sosiaalihuoltolaissa on pyritty selkeyttämään sosiaalihuollon tehtäväkenttää, määrittämällä toisaalta ne tarpeet, joihin sosiaalihuollolla vastataan että selkeyttämällä muun muassa sosiaalihuollon päihdetyön käsitettä. Sosiaalihuoltolain 2 pykälässä on lisäksi otettu huomioon tilanteet, joissa sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelut soveltuvat henkilön auttamiseen. Näissäkin tilanteissa olisi toimittava asiakkaan edun mukaisesti ja valittava palvelut soveltaen niitä säännöksiä, jotka parhaiten vastaavat asiakkaan etua ja lääketieteellisen tarpeen mukaista hoitoa. Vastaavanlainen säännös tuli uudistuksen yhteydessä myös terveydenhuoltolakiin.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Palvelujen tarve ja tarjonta

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat noin kolmanneksen kaikista sairauden takia vajaakuntoisena elettyistä elinvuosista. Suuri osa aikuisten mielenterveyden häiriöistä alkaa jo lapsuus- tai nuoruusiässä, ja ne ovat usein luonteeltaan uusiutuvia tai pitkäkestoisia.

Lasten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä kattavasti koko maassa on olemassa vain yksi tutkimus, jossa vuonna 1989 tutkittiin edustava otos 8-vuotiaita lapsia. Tällöin 7,5 prosentilla lapsista todettiin vakava psykiatrinen häiriö³. Sitten lasten mielenterveyshankkeessa vuosina 2007-2009 kehitetty lomake poimi 4-9-vuotiaista lapsista 9 % perusterveydenhuollon tai perustason tukea tarvitseviksi ja 12 % arvioitiin tarvitsevan erikoistason tukea, joko lastenpsykiatrasta arviota tai tukea perheeseen kertyneiden riskitekijöiden vuoksi⁴. Eri tutkimusten mukaan noin 20–25 prosentilla nuorista on jokin mielenterveyden häiriö, ja ne ovat koululaisten ja nuorten aikuisten tavallisimpia terveysongelmia. Erilaisia häiriöitä voi olla useampia yhtä aikaa.

Myös suomalaisista aikuisista noin 20–25%:lla on jokin mielenterveyden häiriö. Noin joka toinen ihminen sairastaa elämänsä aikana jonkin mielenterveyden häiriön. Väestöstä 3,5 %:lla todetaan elämän aikana vähintään yksi vakavimman mielenterveyden häiriön eli psykoosin jakso. Yleisin psykoosi on skitsofrenia, jonka esiintyvyys on noin 1,0 %. Yli 65-vuotiaista noin 16–30 %:lla on jokin mielenterveyden häiriö. Vanhuksilla esiintyy samoja mielenterveyden häiriöitä kuin työikäisilläkin, mutta heillä esiintyy lisäksi usein elimellisiin sairauksiin liittyviä psykiatrisia oireita. Suomalaisten tutkimusten mukaan ainakin joka neljännellä perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjällä on jokin mielenterveyden häiriö.

Itsemurhakuolleisuus on pienentynyt Suomessa 1990-luvulta lähtien. Vuonna 1990 itsemurhan teki 1520 henkilöä ja vuonna 2013 itsemurhaan kuoli 887 henkilöä. Itsemurhista noin 75 % on miesten tekemiä ja noin 25 % naisten tekemiä. Erityisesti miesten tekemien itsemurhien määrä on vähentynyt 1990-luvun alusta lähtien. Myös 15–19-vuotiaiden nuorten itsemurhakuolleisuus on pienentynyt 1990-luvulta lähtien, mutta ei yhtä paljon kuin koko väestön itsemurhakuolleisuus. Merkittävästä itsemurhien vähenemisestä huolimatta itsemurhakuolleisuus on edelleen noin puolitoistakertainen EU:n keskimäärään verrattuna.

Päihdeongelmien kansanterveydellinen merkitys on suuri. Työikäisten yleisin kuolinsyy on alkoholi. Viime aikoina on todettu alkoholinkäytön lisääntyneen aiempiin vuosiin verrattuna erityisesti sekä naisten että ikääntyneempien, yli 50-vuotiaiden ikäryhmän, keskuudessa. Silti miehet käyttävät valtaosan kulutetusta alkoholista. Vuoden 2010 alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen mukaan alkoholin liikakäyttöä oli noin kolmanneksella tutkimukseen osallistuneista koko maan 20 vuotta täyttäneiden otoksesta. Miehistä liikakäyttöä oli useammalla (38 prosenttia) kuin naisista (22 prosenttia). Terveys 2011-tutkimuksessa tutkittiin alkoholihäiriöiden (väärinkäyttö tai riippuvuus) esiintyvyyttä haastattelulla. Alkoholihäiriö todettiin viimeisen 12 kuukauden aikana 3 prosentilla miehistä ja yhdellä prosentilla naisista ja jossain elämän vaiheessa 12 prosentilla miehistä ja 2 prosentilla naisista. Alkoholihäiriöt olivat yleisimpiä 30-44-vuotiailla ja harvinaisia yli 75-vuotiailla.

Huumeiden ongelmakäyttäjien määrästä on vuodelta 2012 arvio, jonka mukaan Suomessa olisi noin 18 000–30 000 amfetamiinien tai opioidien ongelmakäyttäjää. Väestötasoon suhteutettuna se tarkoittaa 0,55–0,90 prosenttia 15–64-vuotiaista suomalaisista. Väestökyselyssä syksyllä 2014 kaikkiaan 20 prosenttia vastaajista ilmoitti ainakin kerran elämässään kokeilleensa jotain laitonta huumausainetta. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä oli kuusi ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä kaksi prosenttia vastanneista. Ylivoimaisesti suosituin laiton huume oli kannabis.

³ Almqvist ym., 1989

⁴ Kaukonen ym., 2011

Mielenterveyden ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyys on suhteellisen yleistä. Esimerkiksi noin 10-30 %:lla masennusta sairastavista on samanaikainen päihdehäiriö. Päihdetapauslaskennoissa noin puolella päihteen takia palveluissa asioineista oli myös lääkärin toteama mielenterveyden häiriö.

Mielenterveyspalveluita järjestetään perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja sosiaalihuollossa. Sosiaalihuollolle kuuluvat mielenterveyspotilaiden sosiaalipalvelut, kuten sosiaalinen kuntoutus, päivä- ja työtoiminta ja asumispalvelut. Sosiaalihuollossa mielenterveyspalveluja ovat myös osa perheneuvolatoimintaa. Lisäksi mielenterveystyötä tehdään osana lastensuojelua ja päihdehuoltoa. Sosiaalihuollon hallinnollisella vastuulla on myös edelleen merkittävä osa kehitysvammaisten henkilöiden psykiatrisesta hoidosta ja mielenterveyspalveluista. Perusterveydenhuollossa kuuluu yleisten ja lievien mielenterveyden häiriöiden hoito. Erikoissairaanhoidon tehtäviä ovat kiireellinen psykiatrinen hoito ja lähetteen perusteella toteutettu kiireetön psykiatrinen hoito. Alle 23-vuotiaiden hoidon tarpeen arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on toteutettava kuudessa viikossa lähetteen saapumisesta ja hoito on järjestettävä kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisesta. Muilla hoitoon pääsyn aikarajat ovat samat kuin muussa terveydenhuollossa. Psykiatrinen erikoissairaanhoido tapahtuu ensisijaisesti avohoidossa. Riittävä ja toimiva potilaan elinympäristöön viety palvelujärjestelmä voi vähentää sairaalahoidon tarvetta ja tilanteiden kehittymistä tahdosta riippumattonta hoitoa edellyttäviksi.

Psykiatrisen vuodeosastohoidon hoitopäivät ovat vähentyneet vuodesta 2006 noin 29 prosenttia ja hoitajakso vuodeosastoilla ovat vähentyneet noin 20 prosenttia. Avohoidon potilaiden määrä ja avohoitokäynnit ovat vastaavasti vuosittain lisääntyneet. Vuonna 2013 psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa hoidettiin 26 561 potilasta, joille kirjattiin 38 384 hoitajaksoa. Avohoidon vastaanotolla kävi 159 131 potilasta, joilla oli yhteensä runsas 1,8 miljoonaa käyntiä. Potilaiden sukupuolijakauma vaihteli iän ja päädiagnoosin perusteella, ja kaikkiaan naisia ja miehiä oli hoidossa yhtä paljon.

Vuoden 2011 tietojen mukaan perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntejä, joilla tarkoitetaan pääsääntöisesti mielenterveystyötä perusterveydenhuollon organisaatiossa tekevien ammattihenkilöiden vastaanottokäyntejä, oli noin 680 000 (97 käyntiä / 100 000 asukasta). Vuonna 2013 käyntejä oli hieman enemmän (108 käyntiä / 100 000 asukasta).

Tahdosta riippumattomalla lähetteellä (M1-lähete) hoitoon tulleiden potilaiden määrä on laskenut vuodesta 2005 lähtien 27 prosentilla. Vuonna 2013 M1-lähetteellä hoitoon tuli vuoden aikana 8 339 potilasta, 29 prosenttia kaikista vuodeosastohoidon potilaista.

Mielenterveyspalvelujen muutos on ollut osittain tavoitteen mukainen: avohoitoa ja ehkäiseviä toimia pyritään lisäämään ja sairaalahoidon ja tahdosta riippumattonta hoitoa vähentämään. Kuitenkin samaan aikaan psykiatrian voimavarojen osuus terveydenhuollosta on vähentynyt. Vaikka sairaalahoidon vähentyminen on jatkunut 1970-luvun puolivälistä lähtien, on hoitojärjestelmä edelleenkin laitospainotteinen mitattuna hoitohenkilöstön sijoittumisena tai kuntien käyttäminä resursseina. Hoitohenkilökunnan ja erityisesti lääkäreiden saatavuus on monilla alueilla huono, ja varsinkin ruotsinkielisten palvelujen järjestämisessä on vaikeuksia.

Palvelujärjestelmässä ei vielä toteuteta ehkäisevää toimintaa laajasti. Kolme neljännestä väestöstä on vuosittain tekemisissä terveydenhuollon kanssa ja tätä pienempi osa väestöstä sosiaalihuollon kanssa. Päihteen riskikäyttäjät kohdataan perusterveydenhuollossa terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Kiireinen hoidon tarve ja päihteen käytön seuraukset kasautuvat päivystyspoliklinikoille ja erikoissairaanhoidossa varsinkin psykiatrian, kirurgian, sisätautien ja neurologian erikoisaloille. Mini-intervention eli lyhytneuvonnan vaikuttavuudesta alkoholin riskikäyttäjillä on hyvä tutkimusnäyttö, mutta sitä ei edelleenkaan toteuteta terveydenhuollossa systemaattisesti. Esteeksi on arvioitu aihepiirin vierastaminen ja siihen liittyvä leima sekä katsottu, että toimintaan ei riitä aikaa muun työn ohella.

Toiminta nähtäisiin myös mielellään jonkin muun tahon tehtävänä. Järjestelmällinen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen tehostaisi myös sosiaalihuollossa ehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen toteutumista.

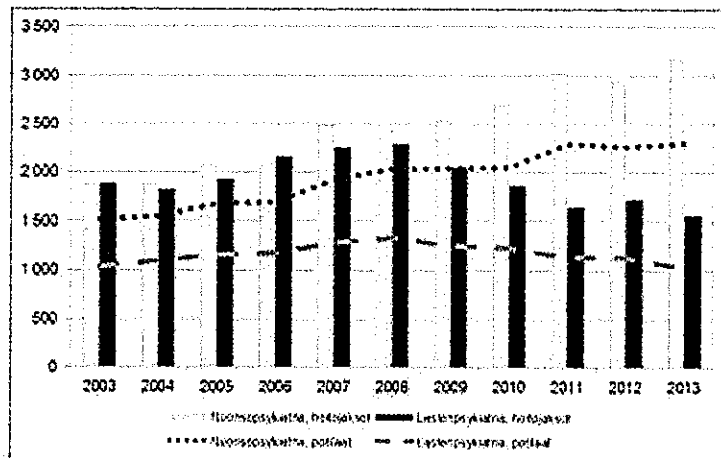
Erityisesti peruspalveluissa toteutetaan toistaiseksi vähän hyvinvointia edistäviä ja mielenterveyden häiriöitä ehkäiseviä psykososiaalisia interventioita. Vaikuttaviksi todettuja peruspalveluihin soveltuvia riskitekijöihin puuttumisen ja ongelmien ehkäisyn menetelmiä on olemassa, mutta niitä tukevat palvelujärjestelmän rakenteet puuttuvat. Menetelmien tehokas käyttöönotto edellyttäisi rakennetta, jossa voidaan toteuttaa henkilöstön koulutus menetelmien käyttöön sekä jatkuvuuden edellyttämä menetelmien ja henkilöstön osaamisen ylläpito.

Vain osa mielenterveyden häiriöitä tai päihdeongelmia sairastavista aikuisista on hoidon piirissä. Hoidon saatavuus näyttää tutkimusten valossa parantuneen 2000-luvulla, mutta esimerkiksi masennusta potevista enemmistö on edelleen hoidon ulkopuolella. Vuonna 1996 masennustilaa sairastavista vain 27 prosenttia oli ollut hoidossa kuluneen vuoden aikana. Vuonna 2005 Pohjanmaalla masennustilaa sairastaneista 35 prosenttia ilmoitti käyttäneensä vuoden aikana terveyspalveluja mielenterveysongelmien takia. Uusimman tutkimuksen mukaan tilanne ei ole merkittävästi muuttunut. Terveys 2000-tutkimuksen mukaan yli 30-vuotiaiden masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt jäävät usein hoitamatta ja saadussa hoidossa on puutteita. Vain 24 prosenttia vakavan masennusjakson viimeisen vuoden aikana sairastaneista oli käyttänyt masennuslääkitystä ja 17 prosenttia oli saanut psykologista hoitoa. Ahdistuneisuushäiriötä sairastavista 40 prosenttia käytti lääkehoitoa, mutta lääkehoidossa ilmeni puutteita. Vajaa puolet ahdistuneisuushäiriöön hoitoa saaneista oli saanut psykologista hoitoa, muut pelkästään lääkehoitoa. Ikäihmisten tarvitsemien mielenterveyspalveluiden määrä ei ole lisääntynyt suhteessa palveluiden tarvitsijoiden määrään. Tämä näkyy erityisesti perustasolla ikäihmisten psykiatrisen lääkityksen mahdollisesti tarpeettomana ja päällekkäisenä käyttönä sekä ongelmien varhaisen tunnistamisen vaikeuksina. Ajantasaista tarkkaa tutkimustietoa ei ole olemassa siitä, kuinka suuri osuus tutkimusta ja hoitoa tarvitsevista on hoidon piirissä.

On arvioitu, että 2000-luvulla on tapahtunut myönteistä kehitystä nuorten hoidon saannissa, ja noin 60 prosenttia apua tarvitsevista nuorista saa sitä ja hoito on tyydyttävää tai hyvää. Tytöt hakevat mielenterveyspalveluista apua poikia useammin, ja poikien ohjautuminen avun piiriin näyttää viivästyvän tyttöjä pitempään. Palvelujen saatavuuden arviointi vaikeuttaa se, että palvelujen käyttöön oikeuttavat ikäraajat vaihtelevat paljon sairaanhoitopiireittäin. Suositus on tarjota nuorisopsykiatrisia palveluja 13–22-vuotiaille. Suositus on toteutunut 70 %:lla 13–22-vuotiaista ja 4,3 % heistä on käyttänyt palveluja⁵.

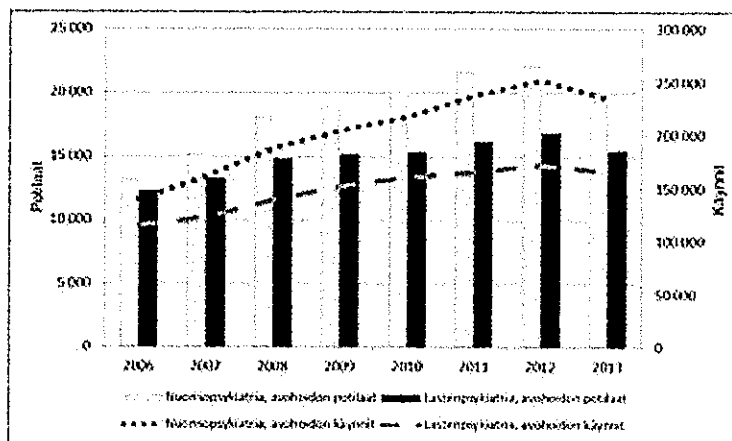
⁵ Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus. NALLE-projektin loppuraportti. Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistys 2013

Lasten- ja nuorisopsykiatrian sairaalahoidon potilaat ja hoitojaksot 2001–2013



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoidon potilaat ja käynnit 2006–2013



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Sekä suomalaisen että kansainvälisen tutkimuksen perusteella tiedetään, että lastensuojelun kodin ulkopuolelle sijoittamalla lapsilla ja nuorilla on paljon ja vaikeita psykiatrisia häiriöitä. Kattavaa tietoa ei ole olemassa siitä, minkälaista psykiatrista hoitoa nämä lapset ja nuoret saavat. Kentällä toimivien työntekijöiden piirissä esiintyy huolta, sijoitetaanko lapsia ja nuoria kodin ulkopuolelle, koska sairaalapaikkaa ei olisi, ja miten psykiatrisen hoidon saamista valvotaan esimerkiksi kauas kotipaikkakunnalta sijoitettujen lasten ja nuorten kohdalla. Erityisesti lapsilla ja nuorilla, joilla on käytöshäiriö, on merkittävä riski tulla sijoitetuksi. Käytöshäiriöiden avohoitoon on maailmalla kehitetty näyttöön perustuvia hoitoja. Näiden menetelmien käyttöönotto ja tutkiminen sen suhteen, ovatko ne soveltuvia ja vaikuttavia myös suomalaisissa olosuhteissa, on vasta alkutaipaleella.

Mielenterveyden Keskusliiton vuonna 2010 julkaiseman Mielenterveysbarometrin mukaan mielenterveyspalveluita käyttäneistä henkilöistä 71 prosenttia koki palveluita saadun sopivasti ja saatuja palveluita piti hyvinä 77 prosenttia. Palveluja antavat ammattilaiset olivat selvästi kriittisempiä. Useampi kuin yhdeksän kymmenestä totesi, että avun tarvitsijat eivät saa Suomessa riittävästi mielenterveyspalveluja (93 %) tai että useimmat mielenterveysongelmaiset eivät pääse jonottamatta psykiatriseen hoitoon aina, kun ovat sen tarpeessa (94 %). Palvelujen laatua pidettiin kuitenkin hyvänä. Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevassa seurannassa ei merkittäviä jonoja ole esiintynyt, osittain johtuen siitä, että säädökset eivät riittävän hyvin sovellu mielenterveyspalvelujen tarpeisiin. Hoitotakuusäädösten toteutumisen seuranta on vaikeuttaneet myös avohoidon potilastietojärjestelmien ja sovittujen kirjaamiskäytäntöjen puutteet. On myös väitetty, että psykiatriset hoitojonot eivät kaikilta osin vastaa todellisuutta, sillä kaikkia hoidon tarpeessa olevia ei kirjattaisi hoitojonoihin, koska hoitoa ei kuitenkaan resurssien puutteessa voida toteuttaa. Mielenterveysbarometriin vastanneista ammattilaisista 60 prosenttia arvioi, että potilaita juoksutetaan 3 kk:n välein kontrollikäynneillä, mutta varsinaista hoitoa he eivät useinkaan saa.

Päihdeongelmien hoitojärjestelmä on alun perin luotu alkoholiongelmiin hoitoon. Hoidon tarve on muuttunut sekakäytön ja lääkeriippuvuuksien lisääntymisen ja samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden yleisyyden vuoksi sekä päihderiippuvuuksien lääketieteellisten hoitojen kehityttyä.

Päihdepalveluja on saatavana sosiaalihuollon yleisinä palveluina, joihin kuuluvat palveluntarpeen arviointi, ohjaus ja neuvonta ja esimerkiksi kotipalvelut ja auttaminen toimeentuloon ja asumiseen liittyvissä ongelmissa. Terveystieteiden huollon yleisinä palveluina tarjotaan ohjausta ja neuvontaa, katkaisuhoidon, vieroitushoitoa, päihdeiden aiheuttamien sairauksien hoitoa, opioidiriippuvuuden korvaushoitoa ja huumeiden käyttäjien terveysneuvontaa. Päihdehuollon erityispalvelut voivat olla luonteeltaan joko terveydenhuoltoa tai sosiaalihuoltoa. Erityispalveluina tarjotaan muun muassa katkaisuhoidon, vieroitushoitoa, kuntoutusta laitoshoidon, avohoidon A-klinikoilla ja nuorisoyksiköillä, opioidiriippuvuuden korvaushoitoa sekä päivätoimintaa, ensisuojausohjelmaa ja asumispalveluja. Erikoissairaanhoidossa toteutetaan kiireellisten ja vakavien päihdeiden aiheuttamien sairauksien hoitoa. Suuremmissa kunnissa on yleensä monipuolisia avo- ja laitoshuollon erityispalveluja. Pienemmissä kunnissa on pääasiassa tarjolla sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa annettavia palveluja, joita täydennetään tarvittaessa ostopalveluilla.

Nuorten päihdepalvelujen ongelmana on hoitojärjestelmän pirstaleisuus. Osa hoidosta on psykiatrisiin palveluihin kuuluvia ja osa kuuluu lastensuojelun ja sosiaalihuollon palvelujen piiriin. Palveluiden käytössä on suurta alueellista vaihtelua. Saadun hoidon sisällöstä on vain vähän vertailukelpoista tietoa.

Kunnat voivat järjestää palvelut itse tai ostaa muiden tuottamia palveluja. Vuonna 2009 päihdehuollon asumispäivistä 71 % toteutui yksityisissä palveluissa, ensisuojausohjelmien asumispäivistä 28 %, katkaisuhoidon hoitopaivista 48 % ja päihdehuollon kuntoutuslaitosten hoitopaivista 63 % (STM raportteja ja muistioita 2012:1).

Sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa järjestettyjä päihdepalveluja säätelevät erilaiset lait, mistä syystä toimintaa muun muassa tilastoidaan eri tavoin. THL:n päihdetapauslaskennalla kerätään tietoja kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuvasta päihde-ehdoista asiointista yhden vuorokauden aikana lasten päivähoitoa lukuun ottamatta. Vuoden 2011 lokakuussa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tehtiin vuorokauden aikana 11 738 päihde-ehdoista asiointia. Eniten asiointeja tehtiin terveydenhuoltoon ja päihdehuollon erityispalveluihin. Päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärät ovat viime vuosina kuitenkin vähentyneet. Erityisesti siirtymä kuntouttavista laitoshuollon palveluista asumispalveluiden suuntaan on nähtävissä, mutta samanaikaisesti myös sairaalahoitoon osuus on kasvanut. Huomionarvoista on myös se, että perusterveydenhuollon avohoidossa näkyy aiempaa enemmän päihde-ehdoista asiointia.

Päihdehuollon erityispalvelut kuuluvat pääasiassa hallinnollisesti perinteisesti sosiaalitoimeen. A-klinikoilla kävi 42 210 asiakasta ja nuorisoasemilla 5 842 asiakasta vuonna 2013. A-klinikoiden asiakasmäärät olivat pienentyneet noin prosentin ja nuorisoasemien kasvaneet noin 3 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Kuntien kustantamissa päihdehuollon katkaisuhoidon palveluissa kirjattiin 12 136 asiakasta vuonna 2013. Vuodesta 2008 katkaisuhoidon asiakkaiden määrä oli kasvanut 18 prosenttia ja hoitovuorokaudet 6 prosenttia. Päihdehuollon kuntoutuslaitosten asiakasmäärissä kehitys on ollut vastakkainen. Pitkäkestoisemman laitostuntoutuksen asiakkaiden määrä oli vähentynyt 25 prosenttia ja hoitovuorokaudet 36 prosenttia vuoteen 2008 verrattuna. Vuonna 2013 kuntouttavan päihdehoidon laitosasiakkaita oli 5 203. Päihdehuollon asumispalveluja käytti 4 137 asiakasta ja ensisuoja 2 375 asiakasta vuonna 2013. Asumispalvelujen asumisvuorokausien määrä oli kasvanut noin 4 prosenttia vuoteen 2012 verrattuna. Huumeiden käyttäjien matalan kynnyksen terveysneuvontapisteissä asioi noin 11 000 asiakasta vuonna 2012. Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa oli sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan 2 439 asiakasta 30.11.2011.

Vuonna 2013 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 21 331 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli päädiagnoosina ja 32 431 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Näin kirjattujen hoitojaksojen määrä oli vähentynyt noin 19 prosenttia vuodesta 2008. Erityisesti olivat vähentyneet hoitojaksot, joiden päädiagnoosina oli alkoholiriippuvuus. Tällaisten hoitojaksojen määrä oli vähentynyt noin 34 prosenttia huippuvuodesta 2008 sekä noin 4 prosenttia vuodesta 2012. Myös alkoholin aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymishäiriöiden hoitojaksot olivat vähentyneet noin 16 prosenttia vuoteen 2008 verrattuna.

Alkoholisairauksien erikoissairaanhoidon poliklinisiä käyntejä oli noin 37 200 vuonna 2013. Käyntien määrä kasvoi noin 7 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Kirjattujen poliklinikkakäyntien määrä kasvoi osin myös niiden sairauksien osalta, joiden vuodeosastohoitojaksot olivat vähentyneet. Poliklinikkakäyntien määrä haimasairauksien ja alkoholimyrkytysten osalta väheni hieman vuoteen 2012 verrattuna. Alkoholisairauden vuoksi terveydenhuollon vuodeosastolla tai erikoissairaanhoidon avohoidossa hoidettuja asiakkaita oli 23 877 vuonna 2013 (24 044 asiakasta vuonna 2012). Asiakkaiden määrä pysyi lähes ennallaan edellisvuosiin verrattuna. Kolme neljäsosaa (73 %) alkoholiasiakkaista oli miehiä. Yli puolet (55 %) alkoholiasiakkaista oli yli 50-vuotiaita.

Vuonna 2013 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 3 746 hoitojaksoa, joissa päädiagnoosina oli huumaus- tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus, ja 6 526 hoitojaksoa, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Huumehoitojaksojen määrä pysyi lähes samalla tasolla edellisvuoteen ja koko 2000-lukuun verrattuna. Toisin kuin alkoholisairauksissa, huumesairauksien hoidossa erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit olivat hyvin merkittävä osa hoitoa. Erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä, joissa päädiagnoosina oli huumesairaus, oli 84 985 vuonna 2013. Näistä käynneistä 62 349 liittyi opioidiriippuvuuden korvaushoidon toteuttamiseen ja korvaushoitoasiakkailla oli vuoden aikana keskimäärin 87 käyntiä. Huumehoitojaksojen osuus oli vain 15 prosenttia kaikista sairaaloiden päihdehoitojaksoista, mutta 70 prosenttia erikoissairaanhoidon päihdesairauksien avohoitokäynneistä.

Keskeisimpien päihdehoidon tilastojen perusteella näyttää siltä, että päihdehoidossa tai päihdekuntoutuksessa olevien henkilöiden ja käytettyjen hoitovuorokausien määrä on laskenut viime vuosina. Sosiaali- ja terveydenhuollon avohoidosta päihdeiden käytön vuoksi hoitoa hakevien asiakkaiden tai käyntien kokonaismäärän kehitystä on kuitenkin nykyisten tilastojen valossa vaikea arvioida, koska tilastointi on vielä puutteellista. Nähtävissä on kuitenkin A-klinikoiden asiakkaiden määrän vähentyminen viime vuosina. Toisaalta on viitteitä siitä, että terveyskeskusten avohoidossa asiointi on lisääntynyt. Pitkien päihdehuollon laitoshoidojaksojen määrä on vähentynyt, mutta toisaalta asumispalvelujen osuus on lisääntynyt. Sairaalahoidossa olleiden potilaiden määrä on vähentynyt ja sairaalahoidojaksojen keskimääräinen kesto on myös lyhentynyt esimerkiksi huumeriippuvuuden sekä alkoholin aiheuttamien elimellisten ja aivo-oireyhtymien osalta. Päihdeongelmaisten palveluihin liittyvien kustannusten

kohdentumisessa on ainakin suurissa kunnissa tapahtunut painopistemuutos. Kuudessa suurimmassa kunnassa päihdehuollon avohoidon ja laitoshoidon kustannusten nousu on ollut hyvin hillittyä. Sen sijaan asumispalveluiden kustannukset ovat selvästi kasvaneet. Asumispalveluilla on kuitenkin pystytty vähentämään päihdeongelmaisten muun päihdekuntoutuksen kustannuksia. Tällä hetkellä erityisesti päihteettömässä ympäristössä pitkäaikaista yhteisöhoitoa tarjoavien palveluiden käyttö on supistunut ja korvautunut avohoidolla ja asumispalveluilla.

Arvioiden mukaan Suomessa ehkä kolmasosa päihdehoidon tarpeessa olevista saa sitä. Vakavasta päihderiippuvuudesta kärsiviä on varovastikin arvioiden 2–3 kertaa enemmän kuin päihdeongelmiensa vuoksi päihdehuollon erityispalveluja käyttäviä tai terveydenhuollon avohoidossa tai sairaalahoidossa päihdeongelmansa vuoksi olleita aikuisia. Päihderiippuvuuden tai alkoholin suurkulutuksen lisäksi eriasteisista muista päihdeongelmista tai päihteiden käytöstä aiheutuvista haitoista kärsivien – ja päihdepalveluista potentiaalisesti hyötyvien – määrä on moninkertainen. Päihdeongelmien hoitamatta jättäminen on yhteiskunnalle kalliimpaa kuin hoitaminen, koska hoitamattomat ongelmat tulevat joka tapauksessa esille päihteisiin liittyvänä vakavampana sairastamisena ja pahimmillaan elämänhallinnan menettämisen myötä syntyvinä monimutkaisina syrjäytymiseen johtavina yksilön ja hänen läheistensä sekä lähiympäristöön heijastuvina ongelmina.

Asumispalvelut

Asumispalveluissa asukas on avohuollon sosiaalipalvelujen piirissä, ja hänen asumisensa, hoitonsa ja kuntoutuksensa perustuu vapaaehtoisuuteen. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavien viranomaisten on huolehdittava siitä, että asukas saa tarvitsemansa muut hoitoon ja kuntoutukseen tarvittavat palvelut asumisensa lisäksi. Asumispalveluyksiköissä voidaan tarjota tuettua asumista, palveluasumista ja tehostettua palveluasumista kuntoutujan tuen tarpeen mukaan. Tuettu asuminen tapahtuu tukiasunnossa tai omassa yksityisasunnossa. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen järjestetään tarkoitukseen varatussa asumispalveluyksikössä.

Erilaisissa asumispalveluyksiköissä asuu yli 8000 mielenterveyskuntoutujaa. Lisäksi mielenterveyskuntoutujia on psykiatrisissa sairaaloissa riittämättömän asumisen tuen vuoksi. Ympäristöministeriön kyselyn mukaan sairaaloihin psykiatrisille osastoille sisään kirjoitetuista potilasta 15 prosenttia oli joutunut sairaalaan riittämättömän asumisen tuen vuoksi. Sama syy vaikeutti kotiuttamista 13 prosentilla. Asunnon puuttuminen vaikeutti kotiuttamista 10 prosentilla (Ympäristöministeriön raportteja 10/2012).

Ympäristöministeriön mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankkeen raportissa vuodelta 2013 arvioidaan, että kotiin tuotava arjen tuki on useissa maissa laajempaa kuin Suomessa, ja se on suunniteltu erityisesti mielenterveyskuntoutujien muuttuviin ja yksilöllisiin tarpeisiin (Ympäristöministeriön raportteja 17/2013). Raportin mukaan Suomessa on myös koettu mielenterveyskuntoutujiin liitetyn stigman olevan esteenä ympäröivään yhteiskuntaan osallistumiselle. Lisäksi ympäristöministeriö on julkaissut vuonna 2014 raportin, jonka mukaan mielenterveyskuntoutujat asuvat harvoin laatusuosituksen mukaisesti (Ympäristöministeriön raportteja 24/2014). Kotiin vietävää tukea on määrällisesti edelleen vähän, vaikka sitä onkin monissa kunnissa jonkin verran saatavilla. Selvityksessä tärkeäksi edellytykseksi mielenterveyskuntoutujien asumisen onnistumiselle tavallisessa asunnossa arjen tuen turvin osoittautui se, että taloyhtiön, sosiaalihuollon ja psykiatrisen hoidon yhteistyö asiakastasolla konkreettisissa tilanteissa on koordinoitu.

Ympäristöministeriön vuonna 2015 julkaiseman selvityksen mukaan mielenterveyskuntoutujien asumiskustannuksia voidaan vähentää tarjoamalla yksilön tarpeen mukaan joustavia arjen tukipalveluja tavallisessa asunnossa tai asuntoryhmässä (Ympäristöministeriön raportteja 20/2015). Suunnittelun ja yhteistyön avulla mielenterveyskuntoutujien asuminen erillisissä asunnoissa on mahdollista. Tavallisiin

asuntoihin voidaan järjestää raskastakin palvelua ja muuttaa tuen määrää tilanteen muuttuessa. Myös asukkaan edun mukaista on, että palvelut liikkuvat ja muuttuvat, kun taas koti pysyy samana.

Selvityksessä tarkasteltujen asumisratkaisujen kustannukset olivat huomattavasti pienemmät verrattuna siihen, että kuntoutujan hoitajakso sairaalassa pitkittyisi asunnon tai asumisen tuen puuttumisen vuoksi. Kansallisten yksikkökustannustietojen perusteella psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuorokausikustannus oli vuonna 2013 noin 430 euroa. Selvityksessä mukana olleista asumisratkaisuista suurin vuorokausikustannus oli tehostetulla palveluasumisella, noin 86 euroa vuorokaudessa. Eri asumisratkaisujen kustannukset poikkesivat toisistaan niiden tyyppillisten asukkaiden tuen tarpeen mukaan. Kustannusten muodostumiseen on mahdollista vaikuttaa sovittamalla tarjotut palvelut asujan tarpeisiin. Nykytilanteessa palveluasumisessa kustannusten vähentäminen palvelutarpeen vähetessä edellyttää, että asukas muuttaa toiseen yksikköön tai asumismuotoon. Vastaavasti tuen tarpeen lisääntyminen edellyttää muuttoa tuetumpaan asumismuotoon. Muutto ei useinkaan tapahdu kovin joustavasti. Kun tarvetta vastaavaa tukea tuodaan kuntoutujan luokse omaan asuntoon tai asumisyksikköön, tarvittaessa myös raskaampaa palvelua, pienenevät kustannukset tuen tarpeen vähetessä.

Asumisen ja asumisen tukipalveluiden yhteiskustannusten arvioitiin vähenevän selvityksessä mukana olleissa kunnissa noin 8,5-12,5 % verran, jos tuettua asumista erillisissä asunnoissa lisätään 20 %. Valtaosa arvioituista säästöstä tuli kunnille, ja asukkaan kustannukset laskivat hieman.

Päihdeidenkäyttäjille suunnatut asumispalvelut toteutetaan osana kunnan sosiaalihuollon yleisiä asumispalveluja, joista ei ole saatavissa eritellysti tietoja päihdeasiakkaiden osuudesta asumispalveluissa. Päihdehuollon asumispalveluyksiköissä oli vuonna 2013 yhteensä 4138 eri asiakasta. Niissä asuvien henkilöiden saaman hoidon riittävyys ja kuntoutumisen edellytykset ovat herättäneet kysymyksiä. Asumispalvelujen toiminnan ja laadun valvonta on järjestetty eri kunnissa varsin erilaisilla tavoilla.

Vammaispalveluja koskeva erityislainsäädäntö

Vammaisten henkilöiden tarvitsemat sosiaalipalvelut järjestetään ensisijaisesti osana yleistä palvelujärjestelmää sosiaalihuoltolain mukaisesti. Jos vammaisen henkilö ei saa riittäviä ja hänelle sopivia palveluja tai etuuksia sosiaalihuoltolain tai muun lain nojalla, hänen tarvitsemansa erityispalvelut järjestetään kahden erityislain, vammaispalvelulain (laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, 387/1987) tai kehitysvammalain (laki kehitysvammaisten erityishuollosta, 791/1977) perusteella. Vammaispalvelulaki on ensisijainen suhteessa kehitysvammalakiin lakien keskinäisessä suhteessa. Kehitysvammaisille henkilölle järjestetään hänen vammaisuutensa edellyttämiä palveluja ja tukitoimia ensisijaisesti vammaispalvelulain nojalla siltä osin kuin ne ovat hänen palveluntarpeeseensa nähden riittäviä ja sopivia sekä muutoinkin hänen etunsa mukaisia. Kehitysvammalaki on viimesijainen ja sen mukaisia palveluja järjestetään vain, jollei henkilö voi saada tarvitsemiaan palveluja muun lain nojalla.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat voivat saada yleisiä sosiaalipalveluja sosiaalihuoltolain nojalla. Jos asiakas täyttää myös vammaispalvelulain (laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, 380/1987) mukaisen vammaisen henkilön määritelmän, hän voi olla oikeutettu myös vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin ja tukitoimiin. Kehitysvammalain mukainen erityishuolto kuuluu lain 1 §:ssä rajatulle asiakasryhmälle eli henkilöille, joiden kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi.

Vammaispalvelulain 2 §:n mukaan vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on vamman tai sairauden johdosta pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista. Tavanomaisiin elämän toimintoihin katsotaan kuuluvan asuminen, työssä käyminen, opiskelu, osallistuminen, liikkuminen, asioiminen ja vapaa-ajan viettoon kuuluvat toiminnot. Vammaispalvelulain

mukaisia palvelujen ja tukitoimien järjestäminen ei perustu diagnoosiin vaan henkilön vammasta tai sairaudesta aiheutuvaan tarpeeseen. Vamman tai sairauden aiheuttaman haitan ja toimintarajoitteen kesto ja merkitys on arvioitava yksilöllisesti ja sen vaikutuksia on tarkasteltava sen pohjalta, onko toimintarajoitteella pitkäaikaisia vaikutuksia henkilön suoriutumiseen.

Vaikeavammaisuus on erityisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvien palvelujen ja tukitoimien kohdalla määritelty erikseen kunkin palvelun tai tukitoimen osalta. Jos vaikeavammaisuuden kriteerit täyttyvät, henkilöllä on subjektiivinen oikeus kuljetuspalveluihin ja niihin liittyviin saattajapalveluihin, päivätoimintaan, henkilökohtaiseen apuun sekä palveluasumiseen. Samoin vain vaikeavammaisella henkilöllä on oikeus saada taloudellisena tukitoimena korvaus kohtuullisista kustannuksista, jotka hänelle aiheutuvat asunnon muutostöistä ja asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankinnasta. Edellytyksenä edellä mainittujen vaikeavammaisille henkilöille tarkoitettujen palvelujen ja tukitoimien järjestämiselle on, että ne ovat henkilölle välttämättömiä, jotta hän voi vammansa tai sairautensa johdosta suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista. Välttämättömyys arvioidaan suhteessa lain tarkoituksen ja muun huomioon otettavan lainsäädännön, erityisesti perusoikeuksien, toteutumiseen kulloinkin kyseessä olevan palvelun tai tukitoimen järjestämisen avulla. Käytännössä mielenterveysasiakkaat eivät ole saaneet laajalti palveluja vammaispalvelulain nojalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän (Valas-työryhmä 3.5.2013 – 31.3.2015) tehtävänä oli sovittaa yhteen nykyinen vammaispalvelulaki ja kehitysvammalaki uudeksi vammaispalveluja koskevaksi erityislaki eriyttäen vammaisryhmien yhdenvertaisten palvelujen turvaamiseksi. Tehtävänä oli myös selvittää muut vammaispalveluja koskevan lainsäädännön uudistamistarpeet.

Työryhmä ehdotti loppuraportissaan lainsäädäntöä uudistettavaksi säätämällä laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä erityispalveluista (STM raportteja ja muistioita 2015:21). Laki täydentäisi sosiaalihuollon yleislakina sovellettavaa sosiaalihuoltolakia. Vammaisten henkilöiden tarvitsemaan terveydenhuoltoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen sovellettaisiin terveydenhuoltolakia.

Ehdotuksen mukaan uutta lakia sovellettaisiin henkilöön, joka tarvitsee pitkäaikaisen vamman tai sairauden aiheuttaman toimintarajoitteen johdosta välttämättä ja toistuvasti apua tai tukea suoriutuakseen tavanomaisessa elämässä. Kunnan olisi järjestettävä laissa tarkoitettuja erityispalveluja, jos vammaisen henkilö ei saisi muun lain nojalla yksilöllisen tarpeen ja edun mukaisia palveluja. Lakia ei kuitenkaan sovellettaisi henkilöön, jonka toimintakyky on heikentynyt pääasiassa ikääntymiseen liittyvien sairauksien ja toimintarajoitteiden vuoksi.

Vammaisuuden määrittelyn lähtökohtana olisi henkilön suhde ympäröivään yhteiskuntaan, ei lääketieteellinen diagnosipohjainen määrittely. Diagnoosi tai vamman syntymekanismi eivät yksin kuvaa avun ja tuen tarvetta eivätkä siksi olisi ratkaiseva kriteeri arvioitaessa henkilön oikeutta saada ehdotetun lain mukaisia palveluja. Oleellista arvioinnissa olisi vammasta tai sairaudesta ja toimintaympäristön esteistä johtuva toimintarajoite ja siitä aiheutuva välttämätön ja toistuva avun tarve tavanomaisessa elämässä suoriutumisessa. Tämä vastaa myös YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevassa yleissopimuksessa olevaa vammaisen henkilön määritelmää. Vammaissopimuksen 1 artiklan mukaan vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, jonka vuorovaikutus erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisen yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Kuten nykyisenkin vammaispalvelulain mukaan, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat voisivat saada palvelun saamiselle säädettyjen edellytysten täyttyessä saada pitkäaikaisen vamman tai sairauden vuoksi välttämättä tarvitsemiaan palveluja uuden lain nojalla.

Vammaislainsäädännön uudistamisen jatkotoimista päätettäessä otetaan huomioon työryhmän ehdotuksista saatu lausuntopalaute sekä hallitusohjelman kirjaukset kuntien kustannusten karsimisesta tehtäviä ja velvoitteita vähentämällä.

Vammaislainsäädännön uudistaminen kytkeytyy sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja niitä koskevan lainsäädännön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeutta koskevan lainsäädännön kokonaisuuteen. Vammaisten henkilöiden palveluissa korostuu tarve saumattomaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä myös muiden hallinnonalojen palvelujen integraatioon etenkin tilanteissa, joissa henkilöillä on vaativia ja monialaisia avun tarpeita.

Omaishoidon tuki

Omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005) tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen.

Lain mukaan omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoitajalla tarkoitetaan hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt hoidettavan hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan kanssa omaishoitotosopimuksen. Lain mukaan omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Omaishoidon tuesta on laadittava yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma.

Laissa säädetään omaishoidon tuen yleiset myöntämisedellytykset. Kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos

- 1) henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee kotiloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa
- 2) hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palveluiden avulla
- 3) hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia
- 4) omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää
- 5) hoidettavan koti on terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva ja
- 6) tuen myöntämisen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista.

Laissa säädetään myös omaishoitajan oikeudesta vapaapäiviin ja vapaan aikaisesta omaishoitoa korvaavasta hoidosta sekä omaishoitajan hoitopalkkiosta ja eläke- ja tapaturmavakuutusturvasta.

Omaishoidon tuki perustuu kunnan hoidettavalle henkilölle tekemään päätökseen, jonka pohjalta tehdään omaishoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan välinen omaishoitotosopimus. Kunnan omaishoidon tuesta tekemään päätökseen voi hakea muutosta sosiaalihuoltolaissa säädetyllä tavalla.

Omaishoidon tuki on harkinnanvarainen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunta huolehtii tätä tarkoitusta varten varaamiensa määrärahojen rajoissa. Kuntien laatimat yksityiskohtaiset omaishoidon tuen myöntämisperusteet vaihtelevat huomattavasti. Omaishoidon tukea sai vuonna 2014 yhteensä 43 200 henkilöä (Sotkanet 2014). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksen mukaan vuonna 2012

omaishoidon tuen saajista 3,1 prosenttia sai tukea pääasiallisesti psykiatrisen sairauden perusteella ja 0,4 % päihdesairaudesta tai -ongelman perusteella⁶.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma julkaistiin 2014 (STM raportteja ja muistioita 2014:2). Siinä kiinnitettiin huomiota mm. mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksiin päästä omaishoidon tuen piiriin. Pääministeri Sipilän hallitusohjelmaan sisältyy omaishoitajien vapaa- ja sijaishoitajärjestelmien kehittäminen. Tavoitteena on tukea omaishoitajien jaksamista ja sitä kautta myöhentää muun hoidon tarvetta. Toimenpidekokonaisuus sisältää sekä lainsäädäntömuutoksia että muita toimenpiteitä. Lainmuutosten on tarkoitus tulla voimaan 1.7.2016 alkaen. Omaishoitoa kehitetään myös yhdessä hallituksen kärkihankkeista.

Lastensuojelulaki

Lastensuojelulain (417/2007) tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lastensuojelulain 2 § mukaisesti lapsen vanhemmilla ja muilla huoltajilla on ensisijainen vastuu lapsen hyvinvoinnista. Lapsen vanhemman ja muun huoltajan tulee turvata lapselle tasapainoinen kehitys ja hyvinvointi siten kuin lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetussa laissa (361/1983) säädetään.

Lasten ja perheiden kanssa toimivien viranomaisten on tuettava vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään ja pyrittävä tarjoamaan perheelle tarpeellista apua riittävän varhain sekä ohjattava lapsi ja perhe tarvittaessa lastensuojelun piiriin.

Lastensuojelun on tuettava vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lapsen kasvatuksessa ja huolenpidossa järjestämällä tarvittavia palveluja ja tukitoimia. Jäljempänä tässä laissa säädetyn edellytyksin lapsi voidaan sijoittaa kodin ulkopuolelle tai ryhtyä muihin toimenpiteisiin lapsen hoidon ja huollon järjestämiseksi.

Sosiaalihuoltolain 3 luvussa mainittujen sosiaalipalvelujen, kuten kotipalvelun, vertaisryhmätoiminnan, tukihenkilön tai -perheen sekä toimeentulotuesta annetun lain (1412/1997) mukaisen toimeentulotuen ja ehkäisevän toimeentulotuen sekä opetustoimen alaisen lasten päivähoidosta annetun lain (36/1973) mukaisen lasten päivähoitoon lisäksi lastensuojelun asiakkuudessa olevalle perheelle on järjestettävä tarvittaessa lapsen ja perheen tuen tarpeisiin perustuva asiakassuunnitelma huomioon ottaen lastensuojelun avohuollon tukitoimina

- 1) tukea lapsen ja perheen ongelmatilanteen selvittämiseen
- 2) lapsen taloudellista ja muuta tukemista koulunkäynnissä, ammatin ja asunnon hankinnassa, työhön sijoittumisessa, harrastuksissa, läheisten ihmissuhteiden ylläpitämisessä sekä muiden henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämisessä
- 3) lapsen kuntoutumista tukevia hoito- ja terapiapalveluja
- 4) tehostettua perhetyötä
- 5) perhekuntoutusta sekä
- 6) muita lasta ja perhettä tukevia palveluja ja tukitoimia.

Lapsen terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömät sosiaalihuollon palvelut ja lasten päivähoito on järjestettävä sen mukaisesti kuin lapsen asioista vastaava sosiaalitoimikunta on arvioinut niiden tarpeen lapsen tai vanhemman asiakassuunnitelmassa.

⁶ Linnosmaa ym. Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Raportti 9/2014. THL.

Jos henkilön lastensuojelun tarve johtuu riittämättömistä terveydenhuollon palveluista, tulee lapselle ja hänen perheelleen järjestää viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut. Asiaan liittyvä säädös löytyy terveydenhuoltolaista (69§). Tässä momentissa tarkoitetuissa tilanteissa lapsi tai hänen perheenjäsenensä tarvitsee terveystalveluja kiireellisesti ja huomattavasti nopeammin kuin niissä määräaajoissa, joista säädetään hoitoon pääsyä koskeissa pykälissä (terveydenhuoltolaki 51-58 §). Terveydenhuoltolain mukaisesti, jos lapsi tai nuori on sijoitettu lastensuojelulain (417/2007) perusteella kotikuntansa ulkopuolelle, on lastensuojelulain 16 b §:ssä tarkoitetun sijoituskunnan tai sen sairaanhoitopiirin, johon sijoituskunta kuuluu, järjestettävä lapselle tai nuorelle hänen tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä lastensuojelulain 16 tai 17 §:n mukaan vastuussa olevan kunnan (sijoittajakunta) kanssa. Jos lastensuojelun tarve johtuu riittämättömistä terveydenhuollon palveluista, lapselle ja hänen perheelleen on sen estämättä, mitä hoitoon pääsystä 51–53 §:ssä säädetään, järjestettävä viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut.

Jos sijoituskunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on järjestänyt 1 momentissa tarkoitettuja palveluja, on sijoittajakunnan tai sen sairaanhoitopiirin, johon sijoittajakunta kuuluu, suoritettava hoidon järjestäjälle aiheutuneita kustannuksia vastaava korvaus. Korvaus saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Korvauksesta vähennetään hoidosta suoritettu maksu ja muut toimintatulot.

Lastensuojelulain 37 §:ssä säädetään sijoituksesta lastensuojelun tukitoimenpiteenä. Lapselle voidaan järjestää asiakassuunnitelmassa tarkoitettulla tavalla avohuollon tukitoimena tuen tarvetta arvioivaa tai kuntouttavaa perhehoitoa taikka laitoshuoltoa yhdessä hänen vanhempansa, huoltajansa tai muun hänen hoidostaan ja kasvatuksesta vastaavan henkilön kanssa.

Jos lasta ei voida sijoittaa lapsen edun mukaisesti yhdessä hänen vanhempansa, huoltajansa tai muun hänen hoidostaan ja kasvatuksesta vastaavan henkilön kanssa, voidaan lapsi sijoittaa avohuollon tukitoimena lyhytaikaisesti myös yksin. Sijoitukseen vaaditaan lapsen huoltajan ja 12 vuotta täyttäneen lapsen suostumus. Sijoituksen edellytyksenä on, että sijoitus on tarpeen

- 1) lapsen tuen tarpeen arvioimiseksi
- 2) lapsen kuntouttamiseksi tai
- 3) lapsen huolenpidon järjestämiseksi väliaikaisesti huoltajan tai muun lapsen hoidosta ja kasvatuksesta tällöin vastaavan henkilön sairauden tai muun vastaavan syyn vuoksi.

Alle kaksivuotias lapsi voidaan sijoittaa avohuollon tukitoimena vankeusrangaistustaan suorittavan tai tutkintavankeudessa olevan vanhempansa luo vankilan perheosastolle. Alle kolmivuotiaan lapsen sijoitus voi jatkua perheosastolla, jos lapsen etu sitä välttämättä vaatii.

Ennen lapsen sijoittamista kodin ulkopuolelle avohuollon tukitoimenpiteenä tulisi harkita, olisiko lapsen edun mukaista sijoittaa hänet yhdessä hänen vanhempansa, huoltajansa tai muun hänen hoidostaan ja kasvatuksesta vastaavan henkilön kanssa. Lastensuojelulain 37 § 2 momentissa näkyisi pykälän 1 momentissa säädetty lähtökohta, jonka mukaan lapsen avohuollon tukitoimenpiteenä tapahtuvan kodin ulkopuolelle sijoittamisen tulisi tapahtua ensisijaisesti siten, että lapsi sijoitetaan yhdessä hänen vanhempansa, huoltajansa tai muun hänen hoidostaan ja kasvatuksesta vastaavan henkilön kanssa. Uudella säännöksellä toteutetaan lastensuojelulain yleisten säännösten (1–4 §) sisältämiä periaatteita, joiden mukaan on pyrittävä lapsen kasvuolojen kehittämiseen ja toisaalta vanhemmuuden ja vanhempien kasvatuskyvyn tukemiseen.

Koko perheen sijoitus voi tapahtua laitoksessa tai sitä voidaan järjestää perhehoidossa. Sijoitus voi liittyä myös perheen aikuiselle annettavaan hoitoon, jolloin voi olla tarkoituksenmukaista, että lapsi voi jatkaa yhdessä asumistaan vanhempansa kanssa.

Koko perheen sijoitus voidaan järjestää kuntouttavana perhehoitona tai laitoshuoltona. Lapsen sijoitus yhdessä hänen vanhempansa tai vanhempiensa kanssa voidaan toteuttaa esimerkiksi lastensuojelulaitoksessa tai päihdehuollon hoitolaitoksessa, jossa on mahdollisuus monipuolisiin perhekuntoutuspalveluihin. Perhekuntoutusta voitaisiin järjestää esimerkiksi tapauksissa, joissa on olemassa kodin ulkopuolisen sijoituksen riski, mutta perhe on motivoitunut perhekuntoutukseen ja perhekuntoutusta on oikea-aikaisesti mahdollista perheelle tarjota. Tarkoituksenmukaista on, että lapsen hoidosta ja huolenpidosta voi tuettuna vastata lapsen huoltaja silloinkin, kun huoltajan elämäntilanne on epävaka. Perhekuntoutuksen tavoite on tukea perhettä siten, että lapsen asuminen vanhempansa, huoltajansa tai muu lapsen hoidosta vastaavan kanssa on lapsen kannalta hyvä ja turvallinen ratkaisu. Jos perhekuntoutuksen aikana todettaisiin, että näin ei ole, voitaisiin yhdessä vanhempien kanssa pyrkiä löytämään lapselle sijaishuoltopaikka.

Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista

Kansaneläkelaitos järjestää ja korvaa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) mukaisesti ammatillista kuntoutusta, vaikeavammaisten/vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa ja harkinnanvaraisena kuntoutuksena muuta ammatillista tai lääkinnällistä kuntoutusta.

Vaikeavammaisten/vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta voidaan järjestää alle 65-vuotiaille henkilöille, joilla on diagnoosina esimerkiksi jokin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä. Kuntoutuksena myönnetään mm. psykoterapiaa, musiikkiterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta. Kuntoutus perustuu kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä tehtyyn kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Vuonna 2013 kuntoutuksen saajia oli 22 943, joista 40 %:lla oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin kuuluva diagnoosi.

Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämisedellytykset on uudistettu vuoden 2016 alusta voimaan tulevalla lailla (145/2015). Ns. vammaisetuskytkös poistuu, joten oikeus kuntoutukseen ei enää edellytä, että hakija saa myös korotettua tai ylintä vammaisetuutta. Samalla vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen nimi muuttuu vaativaksi lääkinnälliseksi kuntoutukseksi. Siten oikeus kuntoutukseen voidaan ratkaista ilman vaikeavammaisen käsitettä. Jatkossa kuntoutuksen myöntämisen perusteina ovat sairaus tai vamma, sairauteen tai vammaan liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, huomattavat vaikeudet arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa sekä vähintään vuoden kestävä, perusteltu kuntoutustarve. Kuntoutustarpeen arvioissa otetaan kokonaisuutena huomioon hakijan toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. Jatkossakin kaikilla lakisääteiset edellytykset täyttävillä hakijoilla on subjektiivinen oikeus saada vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta.

Muutoksen johdosta Kansaneläkelaitoksen lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin siirtyy uusia asiakkaita, joiden lääkinnällinen kuntoutus on tällä hetkellä kunnan järjestämisvastuulla. Vuonna 2016 Kansaneläkelaitoksen kuntoutujien määrä kasvaa arviolta 3 850 henkilöä ja vuodesta 2017 alkaen uusia kuntoutujia on arviolta 7 700 henkilöä vuositasona.

Kansaneläkelaitos korvaa 16–67-vuotiaan henkilön työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi tarkoituksenmukaista kuntoutuspsykoterapiaa, jos asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö uhkaa henkilön työ- tai opiskelukykä. Kuntoutuspsykoterapian korvaaminen edellyttää, että henkilö on mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen ollut vähintään kolme kuukautta asianmukaisessa hoidossa. Asianmukaisella hoidolla tarkoitetaan terveydenhuollon yksikössä annettua hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa, johon sisältyy tarpeellinen lääketieteellinen, psykiatrinen ja psykoterapeuttinen tutkimus ja hoito. Kuntoutuspsykoterapian tulee perustua kuntoutujan hoidosta vastaavassa terveydenhuollon

yksikössä tehtyyn yksilölliseen kuntoutuksen tarpeen ja soveltuvuuden arvioon sekä kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Kansaneläkelaitoksen korvaama kuntoutuspsykoterapia täydentää julkisen terveydenhuollon mielenterveyspalveluja. Vastuu kuntoutuspsykoterapiaa saavien potilaiden kokonaihoidosta ja kuntoutussuunnitelman kokonaisuuden toteutumisesta on julkisella terveydenhuollolla.

Kuntoutuspsykoterapian korvaustasoa määrittäessä otetaan huomioon kuntoutusterapian laatu, sen vaatima työ ja aiheuttama kustannus, terapeutin koulutustaso ja korvauksiin käytettävissä olevat varat. Vuoden 2015 loppuun saakka nuorten eli 16–25-vuotiaiden ja aikuisten eli 26–67-vuotiaiden kuntoutuspsykoterapian korvaustasoista säädetään valtioneuvoston asetuksessa (1258/2010). Vuoden 2016 alusta voimaan tulevalla valtioneuvoston asetuksella aikuisten korvaustasoa korotetaan ja se yhtenäistetään nuorten korvaustason kanssa. Muutoksen jälkeen sekä nuorille että aikuisille korvataan kuntoutuspsykoterapiaa yhden korvaustason mukaan.

Kuntoutuspsykoterapiaa saavien määrä on viime vuosina kasvanut noin 10 % vuosittain. Vuonna 2014 aikuisten kuntoutuspsykoterapian saajia oli 17 063 ja nuorten kuntoutuspsykoterapian saajia oli 7 973. Osalla mielenterveyskuntoutujista kuntoutuspsykoterapian omavastuuosuus voi aikuisten korvaustason korottamisen jälkeenkin heikentää pääsyä tarpeelliseen kuntoutukseen.

Kansaneläkelaitoksen myöntämään kuntoutusrahaan on oikeus edellytysten täytyessä, jos kuntoutus on tarpeellista kuntoutujan työelämässä pysymiseksi, työelämään palaamiseksi tai työelämään pääsemiseksi ja kuntoutusta annetaan Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain, terveydenhuoltolain tai työterveyshuoltolain perusteella, vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain perusteella sopeutumisvalmennuksen osalta taikka lastensuojelulain, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain tai päihdehuoltolain perusteella perhekuntoutuksen osalta.

Työterveyshuoltolain perusteella annetun kuntoutuksen ajalta kuntoutusrahaa voidaan maksaa, jos kuntoutusta annetaan työterveyshuollossa havaittujen työ- tai ansiokykyongelmien perusteella ja työnantaja tai yrittäjä osallistuu kuntoutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin.

Päihdehuoltolain perusteella annetun yksilökohtaisen laitospuolitoisen kuntoutuksen ajalta kuntoutusrahaa myönnetään edellyttäen, että kuntoutus perustuu sosiaalihuoltolain perusteella laadittuun huoltosuunnitelmaan tai päihdehuoltolain perusteella laadittuun kuntoutussuunnitelmaan, josta on käytävä ilmi, miten päihdekuntoutuksella pyritään vaikuttamaan päihdeongelman aiheuttamiin työ- ja ansiokykyongelmiin siten, että kuntoutus edistää henkilön työelämää tuloa, työelämässä pysymistä tai sinne palaamista. Päätös päihdehuoltolain perusteella annetun yksilökohtaisen kuntoutuksen ajalta maksettavasta kuntoutusrahasta tehdään enintään 75 arkipäiväksi kerrallaan. Uuden päätöksen tekeminen edellyttää aina uutta huolto- tai kuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutusrahan myöntämisen edellytyksenä on lisäksi, että kuntoutus toteutetaan Kansaneläkelaitoksen hyväksymässä päihdehuollon kuntoutuslaitoksessa.

Ammatillisen kuntoutumisen varmistamiseksi ja työllistymisen edistämiseksi kuntoutusrahaa myönnetään nuoren kuntoutusrahana 16–19-vuotiaalle henkilölle, jonka työ- ja opiskelukyky ja ansiomahdollisuudet tai mahdollisuudet valita ammatti ja työ ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet ja joka tehostetun työkyvynarvioinnin perusteella tarvitsee tehostettua kuntoutusta. Lisäksi edellytetään, että henkilölle on laadittu henkilökohtainen opiskelu- ja kuntoutumissuunnitelma. Suunnitelman laatii kotikunta yhdessä nuoren ja hänen huoltajiensa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Tarvittaessa suunnitelman laatimiseen osallistuu muita asiantuntijaviranomaisia.

2.2. Kansainvälinen yhteistyö ja suositukset

EU

Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus hyväksyttiin vuonna 2008. Sopimus kehottaa toimenpiteisiin viidellä alueella, jotka ovat masennuksen ja itsemurhien ehkäisy, nuorten mielenterveys ja mielenterveys koulutuksessa, mielenterveys työpaikoilla, ikääntyneiden mielenterveys sekä leimautumisen ja sosiaalisen syrjäytymisen torjuminen. Sopimus tunnustaa, että ensisijainen vastuu toiminnasta tällä alalla kuuluu jäsenvaltioille. Sopimus perustuu kuitenkin EU:n mahdollisuuksiin tiedottaa hyvistä käytännöistä ja edistää niiden toteutumista, kannustaa jäsenvaltioita ja sidosryhmiä toimintaan sekä auttaa kohtaamaan yleisiä haasteita ja torjua terveyteen liittyvää eriarvoisuutta.

WHO

WHO on Suomen terveystalitiikan kehittämisen ja arvioimisen tärkein kansainvälinen yhteistyökumppani. WHO:n vuonna 2013 julkistetun Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman mukaan mielenterveyshäiriöt muodostavat WHO:n Euroopan alueella yhden kansanterveyden suurimmista haasteista mitattuna sekä niiden esiintyvyydellä että sairauden ja toimintakyvyn alenemisen aiheuttamana taakkana, koskettaen vuosittain yli kolmasosaa alueen väestöstä. Kaikissa maissa useimpia mielenterveyshäiriöitä esiintyy huomattavasti enemmän kaikkein heikoimmassa asemassa olevilla. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelmassa esitetään seitsemän toisiinsa liittyvää tavoitetta sekä ehdotetaan vaikuttavia ja yhteneviä toimenpiteitä Euroopan alueen mielenterveyden ja hyvinvoinnin vahvistamiseksi. Toimintasuunnitelman mukaan mielenterveyteen panostaminen on välttämätöntä, jos halutaan toteuttaa kestävää terveys- ja sosiaalipolitiikkaa Euroopan alueella.

Toimintasuunnitelman tavoitteet ovat:

- (a) Jokaisella on yhtäläinen mahdollisuus saavuttaa psyykkinen hyvinvointi koko elinkaaren ajan; tämä koskee erityisesti heikoimmassa asemassa olevia ja riskiryhmiin kuuluvia. Tavoite liittyy tietoisuuteen mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä mielenterveyden edistämiseen yhteiskunnan eri sektoreilla ja varhaisen vaiheen palveluihin.
- (b) Ihmiset, joilla on mielenterveysongelmia, ovat kansalaisia, joiden kaikkia ihmisoikeuksia kunnioitetaan, suojellaan ja edistetään. Tavoite liittyy mielenterveysongelmaisten ihmisten asenteiden ja ulkoisten asenteiden sekä ympäristön asettamiin esteisiin osallistua yhteiskuntaan ja nauttia täysimääräisistä kansalaisoikeuksista, kuten mahdollisuudesta työpaikkaan, asuntoon ja koulutukseen, ottaen huomioon niiden tarpeen mukainen mukauttaminen toimintarajoitteiden korvaamiseksi. Tavoite liittyy myös oikeusturvaan tahdosta riippumattomassa hoidossa.
- (c) Mielenterveyspalvelut ovat helppopääsyisiä, ammattitaitoisia ja kohtuuhintaisia sekä saatavilla yhteisön tarpeiden mukaan. Tavoitteena on, että mielenterveyspalvelut on hyvin organisoitu, jolloin ne mahdollistavat yhteiskunnassa elämisen ja käsittävät useita hoitomuotoja yhdistäen erikoissairaanhoidon ja peruspalvelut.
- (d) Ihmiset ovat oikeutettuja kunnioittavaan, turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon. Tavoitteeseen liittyy menetelmien vaikuttavuuden ja henkilöstön ammattitaidon lisäksi palvelujen käyttäjien kuuleminen ja osallistaminen, jotta käyttäjät eivät kokisi pelkoa tai epäluottamusta hakeutua palveluihin.
- (e) Terveysjärjestelmät tarjoavat hyvää fyysisen ja psyykkisen terveyden hoitoa kaikille. Tavoitteena on, että mielenterveysongelmaisten henkilöiden pääsy fyysisestä terveyttä hoitavien palveluiden piiriin, kuten sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen ja syövän hoitoon sekä hammashuoltoon, sekä heidän vastaanottamansa hoidon laatu vastaa muun väestön saamaa palvelutasoa ja myös, että somaattista sairautta sairastavien asiakkaiden mielenterveysongelmat tunnistetaan ja hoidetaan asianmukaisella tavalla.

- (f) Mielenterveysjärjestelmät toimivat hyvin koordinoitussa yhteistyössä muiden sektorien kanssa. Tavoitteeseen liittyy sen varmistaminen, että hyvinvoinnin, työllistymisen, asumisen ja opiskelumahdollisuuksien koordinointi on hyväksytty mielenterveyspalveluiden vastuualueeksi ja että mielenterveys- ja sosiaalipalveluiden toimijoiden välillä on yhtenäisiä arviointikäytäntöjä. Monissa maissa mielenterveyden, kansanterveyden ja sosiaalihuollon palveluiden rahoitus tulee eri lähteistä ja budjeteista. Tämä johtaa maksu- tai korvausmenettelyihin, jotka voivat estää hyvien käytäntöjen toteuttamista.
- (g) Mielenterveyspalveluiden hallinto ja toteuttaminen perustuvat hyvään tiedonvälitykseen ja tietopohjaan.

WHO julkisti maailmanlaajuisen strategian alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi vuonna 2010⁷. Sen mukaan alkoholi on maailmanlaajuisesti kolmanneksi tärkein huonon terveyden tekijä. Vuonna 2011 WHO:n Euroopan alueen aluekomitea hyväksyi maailmanlaajuisen strategian linjauksia noudattavan, vuoteen 2020 ulottuvan toimintasuunnitelman alkoholihaittojen vähentämiseksi Euroopassa. Suurin osa alkoholistrategiassa ehdotetuista toimenpiteistä on jo toteutettu Suomessa, eräitä alkoholipoliittisia toimenpiteitä lukuun ottamatta.

OECD

OECD käynnisti vuonna 2011 mielenterveyshankkeen, jonka tuloksena julkaistiin 2014 raportti 'Making Mental Health Count'⁸. Koko OECD-aluetta koskevan raportin viesti oli, että mielenterveyskysymysten tulisi olla kaikissa OECD-maissa etusijalla, koska mielenterveyden häiriöiden merkitys yksilöille, yhteiskunnalle, terveysjärjestelmille ja taloudelle on suuri. Mittavat suorat, epäsuorat ja aineettomat kustannukset edellyttävät terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja työllisyyspalveluiden kehittämistä. Raportin keskeisiksi teemoiksi nostettiin mielenterveyden häiriöiden kustannukset, lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidon varmistaminen, vaikeiden psykiatristen sairauksien palvelujen kehittäminen, mielenterveyspalvelujen merkitystä kuvaavien indikaattorien kehittäminen, mielenterveyspalvelujen henkilöstön osuus palvelujen tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen sekä mielenterveystyön ohjaus.

Raportin mukaan lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden haitat ovat niiden yleisyyden vuoksi suuret, todennäköisesti suuremmat kuin vaikeiden mielenterveyshäiriöiden. Niillä on merkittävä yhteys tuottavuuden heikkenemiseen työssä, työttömyyteen, köyhyyteen ja työkyvyttömyyteen. OECD-maissa perusterveydenhuolto yleensä vastaa lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidosta, kuitenkin riittämättömällä osaamisella ja resursseilla. Hoidon tarjontaa voidaan lisätä kustannustehokkaasti tarkoituksenmukaisella palvelurakenteella, jossa erikoissairaanhoido tukee perusterveydenhuollon toimintaa. Kustannustehokasta toimintaa ovat raportin mukaan investoiminen lasten ja nuorten palveluihin, erikoissairaanhoidon yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa ja porrastetusti tarjotut interventiot.

Vaikeiden psykiatristen sairauksien esiintyvyys on pienempi kuin lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden, mutta varhain alkavina ne voivat johtaa suuriin taloudellisiin menetyksiin sairastuneiden henkilöiden heikon opintosuoriutumisen ja työttömyyden, toimintakyvyn laskun ja ennenaikaisen kuolleisuuden seurauksina. Ennenaikainen kuolleisuus johtuu keskeisesti somaattisista sairauksista, kuten sydän- ja verisuonitaudeista ja syövästä. Harvat maat ovat pystyneet kehittämään järjestelmiä, joissa vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavien tarvitsema palvelukokonaisuus olisi koordinoitu ja kattava terveydentilan seuranta ja hoito toteutuisi. Palvelujärjestelmän muutos

⁷ WHO: Global strategy to reduce harmful use of alcohol: Geneva 2010. Verkossa: www.who.int/entity/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf

⁸ OECD (2014), Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264208445-en

sairaalakeskeisestä järjestelmästä avohoitoon on usein johtanut palvelujen käyttäjän kannalta pirstaleiseen ja koordinoimattomaan järjestelmään.

Mielenterveyden häiriöt johtavat yleisesti työttömyyteen, vaikka käytettävissä on näyttöön perustuvia lähestymistapoja, kuten tuettu työllistyminen. Ammatillisen kuntoutuksen onnistuminen riippuu siitä, miten mielenterveyspalvelut ja työllisyyspolitiikka liittyvät toisiinsa.

Mielenterveyden häiriöitä hoitavat monet ammattiryhmät, joihin kuuluu hoitohenkilöstön ja lääkärin lisäksi mm. psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja toimintaterapeutteja. Raportin mukaan haasteita aiheuttaa eri ammattiryhmien roolien ja valtuuksien määrittelemine ja erityisesti perusterveydenhuollossa tarvittavien eri ammattiryhmien osuuden arvioiminen. Ammattiryhmien työnjaolla on merkitystä myös työvoiman riittävyyden kannalta.

Suomea koskevassa maakohtaisessa raportissa esitettiin Suomen mielenterveysjärjestelmän kuvauksen lisäksi joitakin Suomea koskevia havaintoja⁹. Suomen järjestelmän myönteisinä piirteinä nähtiin muun muassa riittävä työntekijöiden koulutustaso ja sähköisten mielenterveyspalvelujen kehittäminen. Hyvien käytäntöjen esimerkeiksi nostettiin lasten ja nuorten ehkäisevät palvelut sekä perusterveydenhuollon depressiohoitajamalli.

Esitetty kritiikki koski rajoitetusti tarjolla olevia psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon toimintamuotoja, heikosti säädeltyjä asumispalveluja sosiaalihuollossa ja kehittymätöntä perusterveydenhuollon mielenterveystyötä, jotka kaikki lisäävät paineita psykiatriseen sairaalahoitoon. OECD kiinnitti Suomen osalta huomiota erityisesti mielenterveysmenojen osuuden pieneneminen terveysmenoissa ja korkeisiin itsemurhalukuihin. Mielenterveyspalvelujen menojen osuus väheni vuoteen 2010 mennessä 4,5 prosenttiin terveydenhuollon kokonaismenoista, ja osuus oli tuolloin OECD-maiden pienimpien joukossa (eri OECD-maissa noin 5-18 %). Suomen itsemurhaluvut olivat merkittävästä vähenemisestä huolimatta yksi OECD-maiden korkeimmista, erityisesti nuorten miesten joukossa. Suomella on aikaisemmin ollut riskiryhmiin kohdistuvia menestyksekkäitä ohjelmia, joiden jatkamista OECD suositteli.

OECD:n vuonna 2014 julkaiseman mielenterveyttä ja työelämää koskevan raportin¹⁰ mukaan vakava mielenterveyden häiriö lisää työttömyyden todennäköisyyden 6-7 -kertaiseksi ja lievä tai keskivaikea häiriö 2-3 -kertaiseksi. Raportin mukaan mielenterveyden häiriöihin kohdistetut interventiot usein toteutuvat liian myöhään, kun mielenterveysongelmainen henkilö on ollut työmarkkinoiden ulkopuolella jo vuosia. Kouluissa, opinnoissa tai työpaikoilla toteutetut toimenpiteet ovat vaikuttavampia kuin vasta opintojen keskeytymisen tai työelämästä putoamisen jälkeen aloitetut toimet. Toimenpiteiden onnistuminen edellyttää sosiaali-, terveys-, työllisyys- ja koulutuspolitiikkojen sovittamista yhteen ja integroitua palveluja, joissa mielenterveysnäkökulma otetaan huomioon kaikilla tasoilla, ei ainoastaan sosiaali- ja terveyspalveluissa.

2.3. Muiden maiden lainsäädäntö

Pohjoismaat, yleistä

Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään Pohjoismaissa osana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää, jota säätelee oma lainsäädäntö. Suomen mielenterveyslain tapaista mielenterveystyön

⁹ Patana, P. (2014), "Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland", OECD Health Working Papers, No. 72, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz1591p91vg-en>

¹⁰ OECD (2014), Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264228283-en

sisällöstä säättävää erillislakia ei ole muissa Pohjoismaissa. Kaikissa näissä maissa on kuitenkin psykiatrasta pakkohoitoa säätelevät erillislait, Suomessa mielenterveyslain osana.

Pohjoismaisten palvelujärjestelmien uudistuksissa on havaittavissa yhteisiä tavoitteita. Uudistusten käytännön toteutus palvelujärjestelmien rakenteissa on kuitenkin johtanut erilaisiin lopputuloksiin. Uudistukset ovat kaikissa Pohjoismaissa vahvistaneet kuntien mielenterveyspalveluja. Suomessa ja Norjassa kunnat vastaavat mielenterveystyöstä sekä sosiaali- että terveyssektorilla. Ruotsissa terveyspalvelut ovat maakäräjäkuntien vastuulla ja kunnat vastaavat sosiaalihuollon palveluista, kuten mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista ja työllistävästä toiminnasta. Tanskassa kunnat vastaavat sosiaalisektorin palveluista, kun taas terveyssektorin mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu on keskitetty alueelliselle tasolle. Norjassa ja Tanskassa mielenterveyspalveluja täydentävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille asettuvat yksiköt, jotka tarjoavat perusterveydenhuoltoa kattavammat palvelut ja toimivat myös erikoissairaanhoidon seulana. Ruotsissa ja Suomessa ei esiinny vastaavaa toimintaa. Mielenterveyttä edistävien ja ehkäisevien palvelujen järjestämisvastuu on kaikissa Pohjoismaissa kunnilla.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut järjestää valtio (Norja), itsehallinnolliset alueet (Ruotsi ja Tanska) tai kuntayhtymät ja kunnat (Suomi). Suurin osa palveluista tuotetaan julkisen sektorin omana palvelutuotantona. Norjassa kuitenkin neljällä valtion omistamalla ja rahoittamalla terveydenhuoltoyrityksellä on erikoissairaanhoidon tuotantovastuu käsittäen myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon.

Päihdepalvelujen järjestämistavat vaihtelevat eri Pohjoismaissa. Suomessa, Ruotsissa ja Tanskassa kunnilla on perusvastuu palvelujen tuotannosta. Päihdepalvelut tuotetaan suurelta osin osana sosiaalihuoltoa. Norjassa tuotantovastuu on neljällä terveydenhuoltoyrityksellä. Suomessa päihdehuoltoa on integroitu muita Pohjoismaita enemmän psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Mielenterveyspalvelujen kehittäminen on ollut keskeinen tavoite kaikissa Pohjoismaissa 1980-luvulta alkaen. Palveluja on kehitetty sekä osana sosiaali- ja terveydenhuollon yleistä kehittämistoimintaa että kiinnittäen huomiota myös mielenterveyspalvelujen erityisiin haasteisiin. Keskeisiä kehittämiskohteita ovat olleet laitoshoidon korvaaminen avohoidolla, lasten ja nuorten palvelujen resurssien vahvistaminen, peruspalvelujen mielenterveysosaamisen vahvistaminen, tahdosta riippumattoman hoidon vähentäminen ja mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen osallisuuden lisääminen. Suomen ja Norjan mielenterveyspalvelujärjestelmä on muita Pohjoismaita laitospainotteisempaa ja Suomessa on tahdosta riippumatonta hoitoa muita Pohjoismaita enemmän. Ruotsissa ja Norjassa käytetään taas päihdehuollon pakkohoitoa selvästi enemmän kuin Suomessa ja Tanskassa. Suomessa on jäänyt muita Pohjoismaita vähemmälle huomiolle mielenterveyskuntoutujien asumisyksikkötoiminnan järjestäjälähtöinen ohjattu laadullinen kehittäminen. Asumispalvelujen määrää on Suomessakin kuitenkin voimakkaasti lisätty yleensä palvelujen ulkoistuksilla yksityisille palvelun tuottajille.

Kaikissa Pohjoismaissa mielenterveyspalvelujen saatavuus on parantunut avohoidon kehittymisen myötä. Norjassa ja Tanskassa tarjolla on lyhytkestoista ympärivuorokautista akuuttihoitoa osana seudullista palvelutarjontaa. Suomi on ainoa Pohjoismaa, jossa perinteisillä erillisillä psykiatrisilla sairaaloilla on edelleen merkittävä rooli. Mielenterveystyön painopiste on kaikissa maissa siirtymässä ehkäisevään työhön sekä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin. Kehittämishaasteena on kaikissa maissa kuntien mielenterveystyön kehittäminen. Kunnilta odotetaan ennen kaikkea ehkäiseviä toimia ja kuntouttavia palveluja, toimia mielenterveyskuntoutujien osallisuuden vahvistamiseksi sekä asumispalvelujen laadun kehittämistä painottaen myös kotiin annettavaa tukea ja työtoimintaa.

Mielenterveyspalvelujärjestelmän ja mielenterveystyön uudistusta on pyritty ohjaamaan Pohjoismaissa erilaisin keinoin. Lainsäädännön lisäksi keskeisiä ohjauskeinoja ovat olleet palvelujärjestelmien

rakennemuutokset, taloudelliset ohjauskeinot (esim. korvamerkitty rahoitus) ja informaatio-ohjaus (esim. mielenterveyspalvelujen laatusuositus), palvelujen yhteistoiminnalle asetetut vaatimukset ja hoitosuosituks.

Muissa Pohjoismaissa kuin Suomessa mielenterveyspolitiikka on ollut hallitusten ja parlamenttien poliittisessa ohjauksessa ja uudistusten suuntaviivat ja resurssit ovat usein olleet poliittisten prosessien tuloksia. Suomessa mielenterveystyön agenda on yleensä asetettu virkamiestasolla.

Suomessa mielenterveyspalvelujen kehittäminen on aikaisemmin toteutettu tavoitteiltaan rajattujen kansallisten hankkeiden avulla, kun taas muissa Pohjoismaissa palvelujen kansallinen kehittämistoiminta on sijoitettu lähemmäksi maan poliittista johtoa, ja uudistuksille on voitu osoittaa korvamerkittyä rahoitusta valtion tulo- ja menoarviosta. Suomessa viime vuosina toteutettuja mielenterveys- ja päihdetyön linjauksia (Mieli-suunnitelma) on kuitenkin ohjattu kansallisesti. Lisäksi alueellisia kehittämishankkeita on rahoitettu valtion kohdentamalla erillisrahoituksella.

Suomessa poliittisen ohjauksen heikkous ja hajautettu kehittämisen malli on voinut hidastaa mielenterveystyön kehittymistä. Lisäksi palvelujen pirstaleinen järjestämisvastuu on aiheuttanut huomattavaa vaihtelua palvelujen saatavuudessa, laadussa ja avohoitopainotteisuuden kehittymisessä maan eri osissa.

Ruotsi

Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään osana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää, joka on kolmiportainen. Kansallisella tasolla valtio ohjaa ja valvoo järjestelmää. Järjestämis- ja rahoitusvastuu jakautuu alueelliselle (maakäräjät/maakunnat) ja paikalliselle (kunnat) tasolle. Valtio vastaa kansallisesta sosiaali- ja terveyspolitiikasta. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa ja valvoo terveydenhuollon ja sairaanhoidon järjestämistä sekä laatii lakiehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimii sosiaalihuolto, joka vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikan käytännön toteuttamisesta sekä terveydenhuollon ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaalihuolto valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja tuottamista sekä arvioi palveluja suhteessa asetettuihin tavoitteisiin.

Terveyden- ja sairaanhoitolaissa (Hälso- och sjukvårdslagen 1982) määritellään vastuun jakautumisesta kuntien ja maakäräjien kesken. Maakäräjillä on järjestämisvastuu sairaaloista, erikoissairaanhoidosta, mielenterveyshoidosta ja suurimmasta osasta perusterveydenhuoltoa. Kunnat vastaavat sosiaalipalvelujen kuten kotipalvelun, kotisairaanhoidon, lasten päivähoidon ja vammaispalvelujen järjestämisestä. Maakäräjät omistavat suurimman osan erikoissairaanhoitoa. Aina 2000-luvulle asti maakäräjät omistivat myös perusterveydenhuollon toimintayksiköt. Valinnanvapaus (Vårdval) -järjestelmään siirtymisen myötä vuodesta 2003 alkaen maakäräjät ovat ostaneet palveluja enenevästi yksityisiltä palvelujen tuottajilta, esimerkiksi yksityisiltä omalääkäriklinikoilta. Maakäräjät hyväksyy palveluntuottajiksi kaikki laatu- ja muut kriteerit täyttävät yksityiset toimijat sekä seuraa palveluiden laatua ja toiminnan lainmukaisuutta.

Mielenterveyspalveluista säädetään kolmessa laissa, jotka ovat terveyden- ja sairaanhoitolaki (Hälso- och sjukvårdslagen 1982), sosiaalihuoltolaki (Socialtjänstlagen 1982) ja vammaispalvelulaki (Lag om stöd och service till funktionshindrade 1993). Erillistä mielenterveyslakia mielenterveyden edistämisestä ja häiriöiden ehkäisemisestä ei ole. Sosiaalihuoltolaki ja vammaispalvelulaki sisältävät erityisesti mielenterveyskuntoutujia koskevia asioita. Sosiaalihuoltolaki säättää kuntien velvollisuudesta järjestää palveluja kuntoutujille. Lisäksi ovat erillislait ja asetus psykiatrian ja oikeuspsykiatrian yksiköissä toteutettavasta pakkohoidosta (Lag om psykiatrisk tvångsvård 1991, Lag om rättspsykiatrisk vård 1991, Förordning om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård 1992) sekä sosiaalihuollon säännöt ja yleisohjeet psykiatrisesta pakkohoidosta ja oikeuspsykiatrisesta hoidosta (SOSFS 2008). Säädökset pakon käytöstä avohoidossa tulivat voimaan vuonna 2008.

Päihdehuollon palveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa ja terveyden- ja sairaanhoitolaissa. Lisäksi erillisen lain perusteella on mahdollista toteuttaa pakkohoitoa laitoksessa (Lag om vård av missbrukare i särskilda fall 1988).

Mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu on 20 maakäräjäkunnalla, jotka vastaavat erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta. Myös lääkekustannusten korvaus kuuluu maakäräjille. Desentralisoidun rakenteen vuoksi mielenterveyshoidon kuten muunkin terveydenhoidon rakenne ja organisaatio vaihtelee eri alueilla. Mielenterveyspalvelut on järjestetty neljään organisaatioalueeseen, joita ovat terveyskeskukset, psykiatriset klinikat, oikeuspsykiatriset klinikat, lasten ja nuorten psykiatriset keskukset sekä näihin kuuluvat avohoidon yksiköt. Psykiatrian avohoitoyksikköjä on yhteensä noin sata. Ympäri vuorokautista psykiatrista hoitoa tarjotaan pääasiassa yleissairaaloiden psykiatrian osastoilla. Kunnat vastaavat kuntoutuksesta, kotisairaanhoidosta (esim. lääkityksen valvonta), asumispalveluista ja arkipäivän tuesta (sosiaalipsykiatriset palvelut).

Päihdehuollon palvelujen pääasiallinen järjestämisvastuu on ollut jo 1980-luvulta asti kunnallisella sosiaalihuollolla. Päihdehuollosta vastaa kolme hallintotasoa: sosiaalihuolto pitkäaikaisesta huollosta, hoidosta ja kuntoutuksesta, maakäräjien terveydenhuolto-organisaatio somaattisesta ja psykiatrisesta hoidosta (akuutti myrkytystilojen hoito ja lääkkeellinen hoito sisältäen opioidiriippuvuuden korvaushoidon) ja valtio tuottaa pakkohoitoa erillisen pakkohoitolain mukaan sekä hoitoa vankiloissa. Maassa on paljon yksityisiä päihdehuollon palvelun tuottajia, sekä voittoa tavoittelevia että tavoittelemattomia. Valtion laitoksissa on pakkohoidossa vuosittain noin 1000 henkilöä. Pakkohoidon käyttö on viimeisen parin vuoden aikana jopa lisääntynyt, vaikka se on kallis hoitomuoto kunnille huolimatta valtion osittaisesta taloudellisesta tuesta.

Mielenterveystyön kehittämistä on ohjattu taloudellisin ja hallinnollisin keinoin muun muassa myöntämällä projektituottoja valtionavustuksia palvelujärjestelmän uudistushankkeille. Tiedon keruu ja välittäminen sekä uudistustyön seuranta on keskitetty sosiaalihuoltoon. Vuonna 1995 toteutettiin mielenterveyspalvelujen uudistus (Psykiatrireformen). Uudistuksen kohteena olivat varsinkin sairaaloiden pitkäaikaishoidossa olevat potilaat, joiden hoitovastuu siirrettiin kotikunnille. Tavoitteena oli tukea mielenterveyskuntoutujien sosiaalista osallisuutta kuntoutus- ja asumispalveluilla, joita kuntien tuli järjestää yhteistyössä psykiatristen palveluorganisaatioiden kanssa. Lisäksi kehittämisen painoalueita olivat potilaiden hoidollinen itsemääräämisoikeus ja osallisuus. Psykiatristen laitospaikkojen vähentäminen oli aloitettu jo aikaisemmin 1970-luvulla. Uudistus johti psykiatrisen osastohoidon selvään vähenemiseen, mutta 2000-luvun alussa uudistuksen todettiin osittain epäonnistuneen ja kuntien tarjoamien palvelujen olevan riittämättömiä. Desentralisoidun rakenteen vuoksi avohoidon palvelujen saatavuus vaihteli alueellisesti huomattavasti. Lisäksi havaittiin puutteita lääketieteellisten ja sosiaalisten palvelujen koordinaatiossa. Hallitus asetti selvitysmiehen, joka vuonna 2006 esitti mielenterveystyön kehittämistä lisäämällä taloudellisia resursseja ja kansallista ohjausta (Socialdepartementet 2006). Mielenterveyskuntoutujien saaminen vammaisuuksiin piiriin on ollut mielenterveystyön uudistuksessa keskeistä. Mielenterveyskuntoutujille osoitettujen sosiaalipalvelujen, kuten asumispalvelujen, työtoiminnan ja vapaa-ajan toiminnan kehittäminen on ollut tärkeä tavoite. Mielenterveydellisistä syistä myönnettyjen varhaiseläkkeiden kasvavaan määrään on puututtu työhön motivoivin keinoin, osittain myös heikentäen mielenterveyskuntoutujien sosiaaliturvaa.

Erityistä huomiota on viime vuosina kiinnitetty lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämiseen sekä vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavien aikuisten hoidon saatavuuden parantamiseen. Lisäksi painotetaan näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä. Kansallisia hoitosuosituksia on laadittu masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä skitsofrenian psykososiaalisille interventioille. Kehittämistä ohjaa kansallinen mielenterveyden toimintasuunnitelma vuosille 2012-16. Lisäksi maan hallitus on vuodesta 2008 alkaen rahoittanut ohjelmia, joilla tuetaan mielenterveyspotilaiden työstä poissaolojen lyhentämistä ja sairastuneiden työllistymistä. Ohjelma on lisännyt esimerkiksi kognitiivisten psykoterapioiden saatavuutta

ahdistuneisuus- ja/tai masennushäiriöistä kärsiville potilaille. Palvelujärjestelmän ongelmana on perusterveydenhuollon vähäinen rooli mielenterveystyössä sekä riittämätön hoidon saatavuus lieviä ja keskivaikeita häiriöitä sairastaville. Lisäksi puuttuu mahdollisuus lyhyeen ympärivuorokautiseen akuuttihoitoon tarvittaessa. Mielenterveyden häiriöitä ehkäiseviä ja mielenterveyttä edistäviä aktiviteetteja on toteutettu esimerkiksi kouluissa ja nuorten ihmisten parissa sekä työpaikoilla.

Norja

Mielenterveys- ja päihdepalvelut toteutetaan osana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää, joka on organisoitu kolmelle tasolle, valtakunnalliselle, alueelliselle (terveysyritykset, ks. jälj.) ja kunnalliselle. Terveys- ja hoivapalveluministeriö vastaa terveyspolitiikasta ja lainsäädännön valmistelusta sekä terveydenhuollon valvonnasta. Ministeriön alainen terveyshallitus vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikan toimeenpanosta sekä toimii kuntien, aluehallinnollisten elinten ja järjestöjen neuvonantajana terveysasioissa ja kehittää palveluja. Lisäksi valtion terveystarkastuslaitos valvoo maan sosiaali- ja terveyspalveluja.

Mielenterveyspalvelut kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon yleisen lainsäädännön piiriin. Kuntien terveyspalveluista, kuntien sosiaalipalveluista ja erikoissairaanhoidosta on kustakin oma erillinen lakinsa. Erikoissairaanhoidon palvelut kuuluvat valtion järjestämisvastuulle vuonna 2002 voimaan tulleen lain perusteella (Lov om spesialisthelsetjensten). Pakon käytöstä psykiatriassa on erillinen laki, joka tuli voimaan vuonna 2001 (Psykisk helsevernloven). Laki potilaan oikeuksista (Pasientrettighetsloven) sisältää muun muassa säädökset oikeudesta hoidon tarpeen arviointiin kuukauden sisällä, oikeudesta ulkopuolisen asiantuntijan arvioon hoidosta (second opinion), ja oikeudesta hoitopaikan valintaan. Valtio rahoittaa sekä kunnalliset että erikoishoidon palvelut.

Vuoden 2002 sairaalajärjestelmän uudistuksessa valtio tuli sairaaloiden omistajaksi. Maa jaettiin neljään terveyspiiriin (alueelliset terveysviranomaiset), joissa jokaisessa on valtion omistama terveysyritys vastaten alueellisesta erikoissairaanhoidosta, rahoituksesta, suunnittelusta ja tuotannosta. Valtio päättää terveysyritysten resurssikehyksistä. Alueellisten terveysyritysten toiminta on organisoitu yritystoimintamaisesti ja toimintaa säätelee terveysyrityslaki. Terveysyritysten tytäryhtiöt omistavat alueella toimivat sairaalat. Alueellista terveysyritystä ja jokaista sairaalaa johtaa oma hallitus. Terveysyritykset voivat muodollisesti vapaasti tuottaa terveyspalveluja. Valtio ohjaa yritysten toimintaa lainsäädännön, yhtiöhallitusten sekä erilaisten ohjekirjeiden kautta. Sairaalajärjestelmän uudistuksessa lisättiin sekä keskittämistä että hajauttamista. Vastuun keskittämistä oli sairaaloiden (erikoissairaanhoidon) siirtyminen valtion vastuulle ja palvelutuotannon hajauttamista puolestaan yksittäisten sairaaloiden organisointi yksityisten yritysten tavoin. Terveysyritysten mielenterveyspalveluihin kuuluvat psykiatrian sairaalapalvelut, seudulliset mielenterveyskeskukset sekä lasten- ja nuorisopsykiatria. Maassa on 75 seudullista psykiatriakeskusta, jotka pääsääntöisesti tarjoavat tarvittaessa myös lyhyttä ympärivuorokautista hoitoa ja vastaavat myös päihdehuollosta.

Maakunnat ovat itsenäisiä poliittisia ja hallinnollisia yksiköitä. Ennen vuotta 2002 alueelliset sairaalat olivat 19 maakunnan hallinnassa. Vuonna 2002 toteutettiin edellä kuvattu uudistus, jossa valtio otti alueelliset sairaalat omistukseensa. Uudistuksen tarkoituksena oli tehostaa koordinaatiota ja resurssien käyttöä sekä saada sairaaloiden taloudenhallinta tarkempaan valvontaan. Maakunnille jäi edelleen merkittäviä tehtäviä liittyen joukkoliikenteeseen, toisen asteen koulutukseen, kulttuuriin ja elinkeinokehitykseen. Terveydenhuollon alueella ainoastaan hammashuolto järjestetään edelleen maakuntien ja kuntien yhteistyönä.

Perusterveydenhuolto uudistettiin vuoden 2001 alussa. Laissa kunnallisista terveyspalveluista määritellään kunnan tehtäväksi huolehtia palveluista, jotka eivät kuulu valtiolle tai maakunnille. Kunnat vastaavat perusterveydenhuollosta sekä ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta (terveydenedistämisestä, äitiys- ja

lastenneuvolatoiminnasta, kouluterveydenhuollosta), sairauksien ja tapaturmien ehkäisystä, yleislääkäripäivystyksestä, fysioterapeuttipalveluista sekä sellaisista vanhainkodeista ja asumispalveluista, joissa on ympärivuorokautinen valvonta. Kunnat järjestävät perustason mielenterveyspalveluja osana perusterveydenhuoltoa ja sosiaalipalveluja. Kuntien mielenterveystyöhön on määritelty kuuluvan myös kulttuuri- ja liikuntapalveluja sekä työelämään kohdistuvia toimia. Kuntien mielenterveyspalvelujen selkeyttämiseksi ja vahvistamiseksi hallitus on käynnistänyt reformin vuonna 2012, ks. jäljempänä. Kunnat voivat melko vapaasti järjestää perusterveydenhuoltonsa, palkata henkilökuntaa tai solmia sopimuksia yksityisten yritysten kanssa. Tilaaaja-tuottajamalleja on otettu käyttöön erityisesti suurissa kunnissa. Lääkärit toimivat ammatinharjoittajina. Asukkaat voivat listautua valitsemansa yleislääkärin potilaaksi. Yleislääkäri toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon palveluihin nähden ja arvioi potilaan erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeen. Uudistus houkutteli lisää lääkäreitä perusterveydenhuoltoon ja paransi siten palvelujen saatavuutta.

Päihdehuollon erikoispalvelut ovat olleet vuodesta 2004 alkaen valtion järjestämisvastuulla kuten muukin erikoissairaanhoidon. Päihdehuollon järjestämisvastuun siirron taustalla oli muun muassa tarve vastata lisääntyviin huumekuolemiin ja taata päihdehuollon asiakkaille samat oikeudet erikoissairaanhoidon kuin muilla kansalaisilla. Päihdehuolto muodostaa sairaanhoitojärjestelmässä oman itsenäisen palvelukokonaisuuden, moniammatillisen päihdehoitojärjestelmän erikoispalvelun.

Mielenterveyspalvelujen ja mielenterveystyön uudistamista on ohjattu rakenneuudistuksin (ks. edellä alueellisten erikoissairaanhoidosta vastaavien terveysyritysten perustaminen) ja taloudellisin keinoin. Erikoissairaanhoidon, kuntien sosiaalipalvelutoimintaa ja valtiollisia terveysyrityksiä säätelevää lainsäädäntöä on muokattu mielenterveystyön uudistussuunnitelman tavoitteiden mukaisesti. Etenkin keskitetty hallinnollinen organisaatiohierarkia on luonut mahdollisuudet tiukennettuun taloushallintoon, mikä on tukenut mielenterveystyön uudistusta. Kuntatasolla pyrkimyksenä on ollut mielenterveyspalvelujen valtavirtaistaminen osaksi kuntien muuta palvelutoimintaa.

Vuosina 1999–2008 toteutettiin kansallinen mielenterveysohjelma (Opptrappningsplan for psykisk helse) palvelujen kehittämiseksi ja vahvistamiseksi. Ohjelman avulla panostettiin palvelujärjestelmän maantieteelliseen hajauttamiseen, mielenterveyden edistämiseen ja asiakaslähtöisen toiminnan kehittämiseen. Ohjelman tavoitteina oli erityisesti mielenterveystyön vahvistaminen kuntien perustason palveluissa sisältäen edistävän ja ehkäisevän työn, palvelujen käyttäjien aseman vahvistamisen, avohoidon kehittämisen, erikoispalvelujen kehittämisen, mielenterveyskuntoutujien työelämään osallisuuden tukemisen, asumispalvelujen kehittämisen sekä opetuksen ja tutkimuksen vahvistamisen. Ohjelmaan sisältyi tavoitteita palvelutarjonnan lisäämiseksi. Tämän toteuttamiseksi kunnille ja terveysyrityksille ohjattiin mielenterveystyölle korvamerkittyä rahoitusta. Tavoitteena oli, että ainakin 20 prosenttia resurssilisäyksestä suuntautuisi lasten ja nuorten mielenterveystyöhön. Kuntien lisärahoituksella vahvistettiin mielenterveystyön henkilöstöä. Terveysyritysten lisärahoitus on ennen kaikkea mahdollistanut alueellisten psykiatriakeskusten perustamisen ja etsivän työn lisäämisen. Tämän lisäksi kunnille myönnettiin erillinen investointirahoitus mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen lisäämiseksi. Ohjelmakaudella avattiin noin 3 200 uutta asumispalvelupaikkaa, mutta tästä huolimatta asumispalvelutarjonta on kunnissa edelleen riittämätön.

Ohjelmakauden loputtua aiemmin korvamerkityt resurssit on vuodesta 2009 alkaen sisällytetty kuntien saamaan valtionapuun. Mielenterveys on edelleen hallituksen prioriteettialueita. Kehittämistyötä on viety eteenpäin hallituksen lasten ja nuorten mielenterveysstrategian ja kansallisen Työ ja mielenterveys -strategian (2007–2012) avulla. Keskeisiä teemoja ovat itsenäisyyden ja oman elämän hallinnan tukeminen, käyttäjänäkökulman vahvistaminen, palvelujen alueellinen hajauttaminen ja läheisyys sekä ehkäisevä mielenterveystyö. Lievien ja keskivaikeiden ahdistuneisuus- ja masennushäiriöiden hoidon edistämiseksi on lisätty yleislääkäreiden mahdollisuutta saada koulutusta kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (CBT).

Uusin reformi, koordinaatiouudistus tähtää vuodesta 2012 alkaen parempaan yhteistyöhön sairaaloiden (erikoissairaanhoidon) ja kuntien (peruspalvelujen) kesken. Uudistus siirtää painopistettä erikoissairaanhoidosta kuntien peruspalveluihin ja tuo lisää rahoitusta kunnille terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon sisältäen myös mielenterveys- ja päihdepalvelut. Pääperiaatteena on järjestää palveluja lähelle ihmisiä ja vahvistaa edistämisen ja ehkäisyn asemaa erityisesti kouluihin ja nuorille. Huomiota kiinnitetään myös mielenterveys- ja päihdehoidon jatkuvuuden parantamiseen palvelujärjestelmässä. Koordinaatiouudistuksen päämäärä on perusterveyden- ja sosiaalihuollon kapasiteetin vahvistaminen, painopisteenä erityisesti ennaltaehkäisevä toiminta ja varhainen puuttuminen. Tavoite on vähentää erikoissairaanhoidon ylikäyttöä. Päihdehoidossa jonot ovat kasvaneet, mutta hoidon jatkuvuuden ongelma on vielä suurempi haaste. Nyt vallitsee ristiriita toisaalta ylhäältä alaspäin johdetun, mutta pirstaleisen järjestelmän, ja toisaalta hoidon jatkuvuuden välillä.

Tanska

Mielenterveys- ja päihdepalvelut toteutetaan osana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää, joka on kolmiportainen käsittäen kansallisen tason ohjausjärjestelmän sekä palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen osallistuvat alue- ja kuntatasot. Terveystieteidenhuollosta vastaa terveys- ja ehkäisevän työn ministeriö ja sosiaalihuollosta sosiaaliministeriö. Ministeriöt vastaavat kansallisesta sosiaali- ja terveyspolitiikasta, kehittämislinjauksista, järjestelmän ohjauksesta ja tavoitteiden asettelusta sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien lakien valmistelusta. Lisäksi terveydenhuoltoa ohjaa terveysministeriön alainen terveyshallitus.

Vuoden 2007 alussa toteutettiin julkisen sektorin rakenneuudistus (strukturen reformen), joka muutti kunta- ja aluejaotuksen lisäksi kunnan ja valtion välisiä suhteita, verotusjärjestelmää, palvelutuotannon ohjausta sekä valtion paikallis- ja aluehallinnon rakenteita ja toimintatapoja. Itsehallintouudistuksessa perustettiin viisi alueellista toimijaa (regioner) ja kuntien määrää vähennettiin lähes kolmanneksen (271 - 98). Terveystieteidenhuolto, mukaan lukien mielenterveyspalvelujen järjestäminen, keskitettiin viiden alueen vastuulle aikaisemman 14 maakunnan sijasta. Uudistettu terveydenhuoltolaki (Sundhetsloven) tuli voimaan vuoden 2007 alussa. Laissa säädetään muun muassa terveys- ja sairaanhoitopalvelujen järjestämisestä, potilaan oikeuksista ja hoitoon pääsyn määräajoista. Psykiatrisesta pakkohoidosta säädetään erillislaissa. Terveystieteidenministeriön rooli terveydenhuollon ohjauksessa vahvistui rakenneuudistuksen myötä.

Itsehallintoalueiden päätehtävänä on vastata terveydenhuollosta, mukaan lukien perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon, psykiatrisen hoidon, aikuisten hammashoidon ja fysioterapian. Alueilla on lisäksi tehtäviä erityisosaamista vaativan sosiaalitoimen sekä aluesuunnittelun saralla. Alueiden toiminnan rahoittavat pääosin (82 %) valtio yleisen ”terveysveron” kautta ja pienemmällä osuudella (18 %) kunnat. Alueet järjestävät psykiatristen alojen erikoislääkäreiden ja yleislääkäreiden tuottamia avopalveluja sekä ylläpitävät sairaaloita ja seudullisia mielenterveysyksiköitä (psykiatrisen hoidon). Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat ammatinharjoittaja- ja perhelääkäriperiaatteella sekä ovat portinvartijoita erikoissairaanhoidon palveluihin. Potilas saa vapaasti valita omalääkäriinsä listautumalla tietyn lääkärin potilaaksi. Kuntien järjestämisvastuuseen kuuluu kansanterveysyhtiö, mielenterveyskuntoutus (sosiaalipsykiatria), ehkäisevä mielenterveysyhtiö, mielenterveyden edistäminen ja sosiaalipalvelut sekä lasten hammashoidon, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoidon.

Päihderiippuvaisten hoitoa säätelee kaksi lakia, huumeriippuvaisten hoitoa palvelulaki (Serviceloven) vuodesta 2003 alkaen ja alkoholien hoitoa terveydenhuoltolaki (ks. edellä). Alaikäisten, alle 18-vuotiaiden päihdehoitoa säätelee kuitenkin palvelulaki. Laki sallii myös pakkohoidon asiakkaan omasta pyynnöstä. Mahdollisuutta ei ole kuitenkaan käytännössä käytetty. Huumeiden käyttäjillä on ollut vuodesta 2003 alkaen hoitotakuu, joka on laajennus jo aikaisemmin toteutettuun sairaanhoidon hoitotakuu-uudistukseen. Vastaava takuu tuli myöhemmin terveydenhuoltolakiin koskien myös alkoholisteja.

Alkoholistien ja huumeiden käyttäjien hoitojärjestelmiä alettiin yhdistää vuodesta 1996 alkaen sen jälkeen, kun huumeiden käyttäjien ja päihdehuollon vastuu siirtyi kunnilta 14 maakunnalle. Päihdehuollon resurssit kolminkertaistuivat seuraavan kymmenen vuoden aikana. Yksityisten ja julkisten kuntoutusyksiköiden määrä kasvoi voimakkaasti ja myös asiakkaiden määrä kolminkertaistui. Vuonna 2001 säädettiin laki yksityisten laitosten vähimmäisvaatimuksista ja valvonnasta. Vuonna 2004 julkisesta rahoituksesta riippuvaisten hoitolaitosten oli liityttävä kansalliseen hoitorekisteriin. Vuonna 2004 otettiin myös käyttöön hoitotakuu ja vapaa hoidon valinnan periaate.

Psykiatrisen avohoidon ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittymistä tuettiin 1990-luvulla muun muassa eduskunnan myöntämällä erillisrahoituksilla. 1990-luvulla kehityksessä keskityttiin mielisairaaloiden korvaamiseen osittain seudullisilla psykiatriakeskuksilla, joita vuosikymmenen lopulla oli noin sata kattaen koko maan. Vuodesta 1997 alkaen mielenterveyspalvelujen kehittämistä ja resursointia ovat ohjanneet kolmi- tai nelivuotiset hallituskausittaiset valtion, alueiden ja useimpien poliittisten eduskuntapuolueiden väliset psykiatriasopimukset, joihin liittyy korvamerkittyä rahoitusta. Näiden rahoitus sopimusten kautta ohjataan huomattavasti rahaa mielenterveystyön eri alueille. Viime vuosina keskeisenä teemana on ollut yhteistyön parantaminen alueiden hoidollisten mielenterveyspalvelujen ja kuntien sosiaalipsykiatristen palvelujen välillä. Vuonna 2005 saatettiin päätökseen kansallinen hanke ("Genombrudsprojektet") pakon käytön vähentämiseksi psykiatriassa. Vuonna 2009 julkaistiin uusi kansallinen strategia hoidollisille mielenterveyspalveluille.

Nykyjärjestelmän kipukohta on alueiden hoidollisten mielenterveyspalvelujen ja kuntien kuntouttavien mielenterveyspalvelujen yhteistyö. Haasteena on myös kuntien sosiaalipsykiatristen palvelujen kehittäminen. Päihdehoitopalvelujen järjestämisvastuun hajauttaminen (entisiltä maakunnilta kunnille) on lisännyt paikallisia eroja palveluissa. Kunnalliset päihdehuoltoyksiköt ovat itsenäisiä, eivätkä ole kytköksissä sosiaalihuoltoon, psykiatriaan, somaattiseen hoitoon tai kriminaalihuoltoon. Vaikka vastuu on nyt yhdistetty kunnallisella tasolla, on alkoholistien ja huumeriippuvaisten hoito edelleen eri lakien ja eri ministeriöiden alla, alkoholihoito terveysministeriön ja huumehoito sosiaaliministeriön. Kuntien taloudelliset resurssit vaihtelevat suuresti. Kunnat voivat tuottaa palvelut itse, ostaa palveluja alueilta tai muista kunnista, tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Kokonaisuutena kilpailu on kasvanut. On mahdollista, että hoitomarkkinoita joudutaan tulevaisuudessa säätelemään, jos paikalliset erot palvelujen tarjonnassa ja laadussa kasvavat liian suuriksi.

Hollanti

Mielenterveys- ja päihdepalvelut toteutetaan osana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Kansallisella tasolla ohjauksesta vastaa terveys-, hyvinvointi- ja urheiluministeriö, jonka alaisuudessa ovat terveys-, liikunta- ja hyvinvointiasiat. Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat eri ministeriöiden ohjauksessa. Terveys-, hyvinvointi- ja urheiluministeriö vastaa terveydenhuollon lainsäädännön valmistelusta ja ohjaa kansallisesti terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteita. Tärkeimpiä tavoitteita on turvata kansalaisten hoitoon pääsy ja valvoa palvelujen laatua. Ministeriön alaisuudessa toimii kansanterveyslaitos, jonka tehtävänä on tutkia ja tuottaa tietoa terveyteen ja ympäristöön liittyvistä asioista. Ministeriön alaisuudessa toimii myös kolme tarkastustoimintaan keskittyneitä virastoa: Elintarvikkeiden turvallisuutta valvova virasto, terveydenhuollon tarkastusvirasto ja nuorisolle järjestettyjen palvelujen tarkastusvirasto. Terveysministeriön alaisuudessa vastaa pääosin terveydenhuollon tarkastusvirasto. Ministeriön alaisuudessa toimii kaksi terveysvakuutuslainsäädännön sääntelyyn ja ohjaukseen keskittyneitä osittain itsenäistä viranomaisia: terveydenhuollon vakuutuslautakunta ja hoitojärjestelmän valvontaviranomainen. Vakuutuslautakunnan tehtävänä on valvoa vakuutusyhtiöiden tehokkuutta ja toiminnan läpinäkyvyyttä. Hoitojärjestelmäviranomainen määrittää lähes kaikkien hoitojen korvattavat hinnat ja terveydenhuollonyksikköjen taksat sekä seuraa terveyspalvelumarkkinoiden toimintaa.

Sosiaalihuollon ohjauksesta vastaa sosiaali- ja työministeriö, jonka vastuulle kuuluu sosiaalihuoltoon liittyvien asioiden lisäksi eläke- ja työkyvyttömyysetuudet sekä vammaispalvelut ja niihin liittyvät etuudet. Sosiaali- ja työministeriö vastaa niistä etuuksista ja kysymyksistä, joita ei rahoiteta vakuutusjärjestelmän kautta.

Erillistä mielenterveyslakia ei ole, vaan mielenterveyspalveluja ohjaavat säännökset sisältyvät pääasiassa yleiseen terveydenhuollon lainsäädäntöön. Erikseen on kuitenkin laki, joka säätelee tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittamisen edellytyksistä ja prosessista sekä tahdosta riippumattomasta hoidosta sairaalassa. Terveydenhuoltoa sääteleviä lakeja on useita: Terveysvakuutuslait (erikseen lyhyt- ja pitkäaikaishoidon vakuutuslait), terveysturvalait, terveysturvalait, lait kuntien vastuista (kansanterveystyö ja sosiaalinen tuki) sisältäen mm. tehtäviä mielenterveystyössä, riippuvuuksien hoidossa sekä kroonisten mielenterveyspotilaiden sosiaalisessa tuessa ja osallistamisessa yhteiskuntaan. Yleinen terveydenhuoltolaki säätelee terveydenhuoltojärjestelmän organisaatiosta, terveydenhuollon tarkastusviraston toiminnasta (mm. terveydenhuollon palvelujen laadun ja ehkäisevien toimenpiteiden kehittämisen tuki) ja kansanterveyden kehittämistä ohjaavien maakunnallisten viranomaisten toiminnasta. Lisäksi on laki, joka säätelee terveydenhuollon organisaatioille velvollisuuden seurata, arvioida ja parantaa palvelujen laatua sekä raportoida vuosittain laatuindikaattorien perusteella mitatusta palvelujen laadusta. Erillinen laki säätelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden pätevyyden valvonnasta ja ammatilliseen täydennyskoulutukseen osallistumisesta.

Aluehallinnon muodostavat 12 maakuntaa ja 458 kuntaa. Maakunnilla ja kunnilla on veronkanto-oikeus ja ne saavat myös valtionapuja. Maakunnat vastaavat mm. ympäristöön ja kulttuuriin liittyvistä kysymyksistä sekä osasta sosiaalityötä. Kuntien järjestämisvastuulla on mm. liikenne, maankäyttö, sivistystoimi ja sosiaalipalvelut. Paikallistasolla kunnat vastaavat myös tartuntatautien ehkäisystä ja terveydenhuollon ehkäisvästä työstä (lastenneuvolat, rokotukset). Lisäksi kuntien tehtävinä on järjestää vanhuksille ja vammaisille palveluja ja apuvälineitä kotona selviytymiseksi sekä järjestää tarvittavat kuljetuspalvelut. Jotkin kunnat ovat käynnistäneet kokeiluja, joissa ne antavat tarvittavan rahoituksen suoraan kuntalaisille (palveluseteli), jotka itse hankkivat tarpeellisiksi katsomansa palvelut. Kansanterveystyö, ympäristöterveydenhuolto ja ehkäisevä työ ovat näin paikallisen poliittisen päätöksenteon alaisia ja kuntien verotuloilla rahoittamia.

Maassa on vakuutuksiin perustuvalla terveydenhuoltojärjestelmällä pitkät perinteet. Terveydenhuollon palvelut tuotetaan vakuutus pohjaisella järjestelmällä, jonka toimintaperiaatteen voi tiivistää ”kysyntälähtöinen ohjattu kilpailu” käsitteeseen. Maan hallitus määrittelee terveydenhuollon perussisällön, jonka vakuutus kattaa (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ja lääkkeet). Vakuutusyhtiöt maksavat 95 % terveydenhuollon menoista. Kunta ja valtio rahoittavat järjestelmää 5 % osuudella lähinnä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja ehkäisevässä työssä. Lisäksi kunta huolehtii marginaaliryhmien (esim. huumeiden käyttäjät) sosiaali- ja terveystieteistä. Kuntien vastuulla on terveystietojen kerääminen, raportointi ja terveystieteiden seuranta. Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat erillään. Terveys-, hyvinvointi- ja urheiluministeriön alaisuudessa ovat terveys-, liikunta- ja hyvinvointipalvelut, sosiaali- ja työministeriö vastaa työllisyys- ja sosiaaliasioista.

Terveystieteiden tutkimuskeskus (Terveystieteiden tutkimuskeskus) ja terveysvakuutusjärjestelmää uudistettiin merkittävästi vuonna 2006. Tavoitteena oli vähentää terveydenhuollon kustannuksia sekä yhdistää kilpailutuksen dynamiikka ja tehokkuus kansalaisia tasa-arvoisesti palvelemaan ja kattavaan kansalliseen terveydenhuoltoon. Samaan aikaan vakuutusyhtiöitä yhdistettiin ja näiden määrä väheni merkittävästi. Vakuuttajien on ollut mahdollista valita, rahoittavatko he asiakkaidensa terveyspalvelukustannukset vai järjestävätkö potilaiden tarvitsemat palvelut sopimuksin terveydenhuollon palveluntuottajien kanssa (managed care). Vakuutusriskien hallintaan luotiin uudenlainen järjestelmä, joka mahdollistaa palvelujen tasa-arvoisen tarjoamisen kaikille henkilökohtaisista terveysriskeistä riippumatta. Järjestelmä perustuu siihen, että valtio maksaa vakuutusyhtiöille enemmän suuren riskin potilaasta, jolloin kansalaisten maksamat vakuutusmaksut pysyvät samoina. Järjestelmä korostaa potilaan valinnanvapautta kaikilla tasoilla, koskien myös psykiatrasta erikoissairaanhoidon etenkin

avohoidon osalta. Lain mukaan jokaisen hollantilaisen on hankittava itselleen terveysvakuutus. Sosiaalihuolto maksaa kuitenkin vähävaraisille kansalaisille perusterveysvakuutukseen. Kaikkien vakuuttajien tulee tarjota ns. terveyspalvelujen peruspaketti, johon vakuutetuilla on mahdollisuus perustuotteiden lisäksi sisällyttää myös muita tuotteita. Kansalaiset kuuluvat lakisääteisesti myös pitkäaikaissairaanhoidon sekä erityisen kalliit hoitokustannukset kattavan terveysvakuutuksen piiriin. Vakuutus kattaa pitkäaikaissairaanhoidon, mielenterveyshoidon sekä kotihoidon ja palveluasumisen. Viime aikoina on herännyt huolta siitä, että vakuutusyhtiöiden sopimukset ovat alkaneet kaventaa potilaiden valinnanvapautta.

Perusterveydenhuolto rakentuu perhelääkärijärjestelmän varaan. Lääkärit ovat yleislääketieteeseen tai muulle erikoisalalle erikoistuneita. Perhelääkäreillä on sopimukset vakuutusyhtiöiden kanssa. Perhelääkärit ovat yksityisiä ammatinharjoittajia ja voivat toimia yhteisvastaanottopisteissä, jolloin heillä voi olla yhteisiä hoitajia, vastaanottohenkilökuntaa, kevyttä laboratorio- ja kuvantamislaitteistoa sekä päivystysrinki. Perhelääkärit maksavat tutkimukset ja hoitajien palkat vakuutusyhtiöiltä saamistaan rahoista. Perhelääkäreillä on merkittävä terveydenhuollon kustannuksia kontrolloiva rooli toimiessaan portinvartijana erikoissairaanhoitoon. Kansalaiset voivat listautua kenen tahansa perhelääkärin listalle haluavat. Potilaalle käynti perhelääkäriä on maksuton. Perhelääkärin luokse pääsee 3 päivän aikana, eikä jonoja ole. Perhelääkäri voi ohjata mielenterveyspotilaan jatkohoitoon sairaalaan tai avohoidon mielenterveyspalveluihin. Perhelääkärit hoitavat myös itse mielenterveyspotilaita ja heillä voi olla esimerkiksi psykologin palvelut käytettävissään. Erikoishoidon palveluista peritään asiakasmaksuja. Vuoden 2015 uudistuksessa kunnalle siirtyi aiempaa enemmän vastuuta lasten- ja nuorten psykiatriasta ja tuetusta asumisesta, joita toteutetaan sosiaalilainsäädännön piirissä. Yhdistämällä aikaisempi pirstaloitunut rahoitus pyritään järjestämään nopeampaa ja kustannustehokkaampaa hoitoa. Tavoitteena on ollut vähentää kasvavia terveydenhuollon kustannuksia. Terveydenhuollon ja psykiatrian budjetti on kaksinkertaistunut viimeisen 10 vuoden aikana.

Maa on jaettu noin 50 mielenterveysalueeseen, joilla jokaisella on kokonaisvaltainen sairaala- ja avohoidojärjestelmä, ehkäisevät palvelut mukaan lukien. Integroidut mielenterveyspalvelut sisältävät yleissairaalan psykiatrian osastot, päivystyshoidon organisaation, asumisyksikkötoiminnan, addiktioklinikat, lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ja erilliset psykiatriset sairaalat.

Maa on ollut yksi terveydenhuollon laatuja järjestelmän pioneereista maailmassa. Myös palvelujärjestelmässä laadun seurantaa ja merkitystä korostetaan. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajat neuvottelevat pääsääntöisesti oman kattojärjestönsä kautta sopimukset vakuutusyhtiöiden kanssa. Sopimuksissa määritellään palveluille DRG-pohjainen kattohinta ja laatu. Laadun seurannassa huomioidaan tulostulosten ja turvallisuuden lisäksi potilaiden mielipide ja psykiatriassa myös itsemääräämisoikeuden rajoituksien käyttö. Palvelujärjestelmän läpinäkyvyydellä ja laatu-tietojen avoimella saatavuudella edistetään valinnanvapauden toteutumista ja kilpailua.

Maassa on ollut hyvin laitosvaltainen mielenterveyspalvelujärjestelmä. Mielenterveyspolitiikan ja uudistusten tavoitteena on integroitujen mielenterveyspalvelujen, avohoidon ja palveluasuminen lisääminen kalliin sairaalahoidon sijaan. Viimeaikaiset uudistukset ovat vahvistaneet mielenterveystyötä. Lisäksi rahoitusta perhelääkäreiden mielenterveysohjelmiin on lisätty. Mielenterveyspalveluja on viety verkkoon, kuten mobiilisovelluksiin ja chat-opastukseen. Meneillä ovat stigman ja pakkokeinojen vähentämishjelmat.

Englanti

Vuonna 1941 perustetun kansallisen terveysjärjestelmän (National Health Service, NHS) perusperiaatteisiin on kuulunut valtion kollektiivinen vastuu kattavasta terveysjärjestelmästä, joka on kaikkien käytettävissä ilman maksua. Terveydenhoitojärjestelmän ohjaus toteutuu kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.

Parlamentti päättää lainsäädännöstä ja yleisestä toimintapolitiikasta. Terveysministeriö (Department of Health, DH) vastaa terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta, muun muassa terveydenhuollon tavoitteiden määrittelystä, terveyspolitiikan ohjauksesta sekä määrittelee kansalliset standardit ja kohdentaa resurssit NHS:lle.

Terveydenhuoltojärjestelmän hallintoa, organisaatiota ja rahoitusta on uudistettu merkittävästi vuonna 2013 voimaan tulleella lailla sosiaali- ja terveydenhuollosta (The Health and Social Care Act 2012). Uudistukseen liittyy palvelujen uudelleen organisoiminen, joka on käytännössä tarkoittanut merkittävää palvelutuotannon yksityistämistä ja NHS:n roolin muuntumista tuottajasta rahoittajaksi. Potilaiden valintaoikeutta on laajennettu kaikkiin viranomaisstahon hyväksymiin palvelun tuottajiin, jotka voivat edustaa julkista tai yksityistä tai voittoa tavoittelematonta tahoa (vrt. Ruotsin vårdval). Niin sanottu henkilökohtainen budjetointi on myös yksi käytössä oleva palvelujen järjestämistapa. Henkilökohtaisen budjetoinnin avulla henkilö voi itse valita palvelut, joita hän haluaa käyttää. NHS:n organisoimat palvelut ovat edelleen maksuttomia palvelun käyttäjille toisin kuin sosiaalihuollon palvelut, joiden maksuttomuus on mahdollinen vain selkeästi varattomille henkilöille. Sekä keskus- että paikallishallintoa on organisoitu tavoitteellisesti niin, että julkinen sektori toimisi lähinnä koordinaattorina ja rahoittajana varsinaisten palvelun tarjoajien ollessa yksityisiä tai kolmannen sektorin toimijoita.

Uudessa järjestelmässä terveysministeriö budjetoit kansallisen terveysjärjestelmän viranomaisen (NHS England), joka kohdentaa rahan paikallisille kliinisille hankintayksiköille (Clinical Commissioning Group, CCG; local area teams, LAT). Hankintayksiköt tilaavat terveyspalvelut alueensa väestölle julkisilta tuottajilta (NHS Trustit ja NHS Foundation Trustit) tai muilta viranomaisen hyväksymiltä yksityisiltä palvelun tuottajilta, jotka voivat olla kaupallisia yrityksiä tai järjestöjä. Mielenterveyspalveluille on varattava tietty prosenttiosuus terveysbudjetista perustuen mielenterveyspalvelujen raportoituun tarpeeseen alueella. Osa terveysministeriön budjetista varataan kansanterveyteen (Public Health England) ja osa ohjataan sosiaalipalveluihin. Paikalliset viranomaiset toteuttavat kansanterveyden toiminnot, kuten rokotukset ja hyvinvoinnin edistämisen, ja niitä valvoo lautakunta (Local Authority, Health and Wellness Boards). Lisäksi kansallisena viranomaisena terveysministeriön suoraan rahoittama valtiollinen kansanterveysosasto (Public Health of England) vastaa edellä mainittujen toimintojen linjauksista.

Aikaisemmin strategiset terveysviranomaiset (Strategic Health Authority, SHA) hallinnoivat NHS:n toimintaa. Niiden lisäksi perusterveydenhuollon rahastot (Primary Care Trust, PCT) vastasivat palvelujen hallinnoinnista ja tilaamisesta omalle hallintoalueelle. Strategisten terveysviranomaisten tehtävä oli kehittää suunnitelmia paikallisten terveyspalvelujen parantamiseksi, varmistaa terveyspalvelujen laatu, lisätä terveyspalvelujen kapasiteettia ja varmistaa valtakunnallisten prioriteettien toimeenpano paikallisesti. PCT:t tilasivat palveluja myös NHS-rahastoilta, jotka vastasivat mm. erikoissairaanhoidon akuutteisairaalatoiminnoista ja mielenterveyspalveluista. Lisäksi oli vielä säätiörahastot (Foundation Trust), jotka vastasivat paikallisesta NHS:n sairaalatoiminnasta ja olivat tilivelvollisia SHA:lle. Vuoden 2013 uudistuksen yhteydessä SHA:n tehtävät siirtyivät CCG:lle ja osaltaan myös NHS-rahastojen kehittämisviranomaiselle (NHS Trust Development Authority). PCT:n tehtävät siirtyivät CCG:lle ja LAT:lle.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleen järjestely ja palvelujen yksityistäminen on johtanut hajautuneeseen palvelujärjestelmään, jolle on luotu useita erillisiä valtakunnallisia vastuu- ja valvontatahoja (Department of Health, the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), the Care Quality Commission, the NHS Commissioning Board, the Economic Regulator Monitor). Valvonnan kohteina ovat sekä alue- ja paikallistason hallinto että kaikki yksityisesti ja julkisesti tuotetut palvelut.

Nykyhallitus on ajanut voimakkaasti ns. Big Society -ajatusta, jonka tarkoituksena on aktivoida niin kunnat kuin kuntalaisetkin toimivien yhteisöjen ja yhteiskunnan rakentamiseen. Sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuu suuria säästöpaineita, ja palvelujen uudelleenorganisoinnin tarkoituksena on ollut tehostaminen ja kustannussäästöt sekä ihmisten kannustaminen ottamaan vastuuta itsestään ja läheisistään. Sosiaali- ja

terveydenhuollon lainsäädännön uudistaminen ja palvelujen uudelleenorganisointi on herättänyt myös paljon kritiikkiä kansalaisten, etujärjestöjen ja poliitikkojen keskuudessa.

Erillistä laaja-alaista mielenterveyslakia (kuten Suomessa) ei ole. Lailla (the Mental Health Act) säädetään kuitenkin perusteista tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittamiselle ja potilaan oikeuksille tahdosta riippumattomassa hoidossa. Mielenterveyslakia on uudistettu monta kertaa vuoden 1808 lain (the County Asylum Act) jälkeen. Viimeisin vuoden 2007 laki on kiinnittänyt aikaisempaa lainsäädäntöä enemmän huomiota mielenterveyspotilaan yhteisölle aiheuttamalle riskille. Laki määrittelee mm. persoonallisuushäiriön samanarvoiseksi kuin muut vakavat mielenterveyshäiriöt, kun arvioidaan tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta. Velvoitteinen avohoito on tiukkojen ehtojen täytyessä mahdollista ennen kuin potilas toimitetaan tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon.

Mielenterveyspalvelujärjestelmä, joka toimii pääosin NHS:n osana ja myös paikallisten viranomaisten yhteydessä, käsittää perus- ja erikoistason hoidon sekä sosiaalisen hoidon. Mielenterveyshoitoon hakeudutaan yleensä aluksi perusterveydenhuoltoon, josta saadaan tarvittaessa lähete jatko- tai erikoishoitoon. Järjestelmässä korostetaan kuitenkin ”community care” mallia, jossa on vakiintunutta verkostoitumista mielenterveys- (perus- ja erikoishoito) ja sosiaalipalvelujen tuottajien välillä. Tärkeänä pidetään mm. psykologien ja lääkkeellisten hoitojen yhteyttä sosiaalisen tuen palveluihin kuten työllisyys- ja asumispalveluihin, mikä on yksi tärkeä prioriteetti kansallisessa mielenterveysstrategiassa (No Health without Mental Health). Lisäksi viime aikoina on kehitetty erityisesti hoitotakuuta mielenterveyspalvelujen jonotusaikoihin. Vuonna 2014 julkaistiin mielenterveystyön toimintasuunnitelma, joka määrittelee 25 kiireellistä kehittämistä edellyttävää asiaa liittyen mm. hyvinvoinnin edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn sekä mielenterveyshäiriöiden stigman vähentämiseen. Syksyllä 2014 hallitus esitti uuden mielenterveyspalvelujen 5-vuotissuunnitelman (Achieving Better Access to Mental Health Services by 2020). Välittömänä tavoitteena on jo vuosina 2014 - 2015 parantaa mielenterveyshoidon saatavuutta ja lyhentää jonotusaikoja. Mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantamiseen investoidaan vuosina 2014 - 2016 merkittävästi lisärahoitusta ja myös kohdistettuna esim. nuorten potilaiden ja haavoittuvien henkilöiden hoitoon sekä psykoterapiapalvelujen saatavuuden parantamiseen erityisesti ahdistuneisuus- ja masennushäiriöitä sairastaville potilaille.

Päihderiippuvaisten hoitoa on uudistettu vuodesta 2010 alkaen. Uuden strategian (Drug Strategy) mukaan päihderiippuvaisten hoidon tavoite muutettiin haittojen vähentämisestä ja hoidon saatavuuden parantamisesta niin, että täysraittius on nyt sekä alkoholien ja huumeriippuvaisten hoidon ensisijainen tavoite. Taustana oli toisaalta se, että monet huumeiden käyttäjät oli kiinnitetty metadonihoitoon, ja toisaalta se, että korvaushoito on kallista. Opioidikorvaushoito on ollut jo 1980-luvun alusta hyvin saatavilla. Vuonna 2009 arvioitiin, että noin 75 % huumeiden ongelmakäyttäjistä sai hoitoa. Hoidon saatavuus alkoholiongelmiin on ollut huonompaa, vaikka ongelman laajuus on paljon suurempi. Englanti on yksi harvoista maista, jossa kansallisen hoitorekisterin avulla voidaan arvioida hoidon tulokset tietyllä mittarilla (Treatment Outcome Profile, TOP). Mittarin avulla voidaan selvittää henkilön hoidon vaiheet, päihteiden käyttö, riskikäyttäytyminen, terveys, sosiaalinen tilanne sekä rikollisuus. Vuonna 2012 otettiin käyttöön myös Payment by Result, eli hoitoyksikkö saa korvauksen suhteessa hoidon tuloksiin. Tämä on motivoinut hoitoyksiköitä panostamaan vielä enemmän raittiuteen tähtäävään hoitoon.

Päihdehoito on organisoitu 149 alueelle, jotka huolehtivat palvelujen ostoista sekä NHS:ltä että muilta järjestöiltä. Kaikilla alueilla tulisi olla tarjota neljän tason hoitoa: a) informaatio ja neuvonta, seulonta sekä lähete erityishoitoon, b) matalan kynnyksen toiminta, c) erikoistuneet yksiköt, joissa annetaan strukturoitua hoitoa, opioidikorvaushoitoa, avohoidon vieroitushoitoa, d) laitoshoido. Asiakas pääsee hoitoon pääsääntöisesti suoraan ja vapaaehtoisesti, mutta myös lähete perusterveydenhuollon kautta on mahdollinen.

2.4. Nykytilan arviointi

Toimintaympäristön muutokset

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja rahoituksessa 1990-luvun alkupuolella tehty lainsäädännön muutokset lisäsivät kuntien valtaa palvelujen järjestämisessä. Samaan aikaan osunut taloudellinen lama vaikutti niin, että muun muassa lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja leikattiin ja mielenterveyspalveluja ei kehitetty suhteessa niiden tarpeeseen. Vaikka psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäytien määrä kasvoikin voimakkaasti, se ei riittänyt korvaamaan vähentyntä sairaalahoitoa. Mielenterveyspalvelujen määrä ei edelleenkään riitä vastaamaan tarpeeseen.

Jo 1980-luvulla alkoi kehitys, jossa päihdehuollon palveluita hankittiin lisääntyvästi ostopalveluina. Laman aikana 1990-luvulla kunnissa leikattiin huomattavasti järjestöjen ja kuntayhtymien päihdehuollon ostopalvelumenoja. Varsinkin laitoshoidon asiakasmäärä näyttää jääneen pysyvästi matalammalle tasolle kuin ennen lamaa. Päihdeavohoidon asiakasmäärä ei kuitenkaan ole kasvanut vastaavalla tavalla korvaamaan vähentyntä laitoshoidon. Mielenterveyden ja päihdehäiriöiden hoitamatta jättämisen mittava vaikutus työelämän tuottavuuteen ja estettävissä oleviin ennaltaehkäisykohtiin kuolemiin puoltaisi kuitenkin palvelujen tason säilyttämistä myös taloudellisesti vaikeina aikoina.

Maahanmuuttajien määrän lisääntyminen asettaa uusia vaatimuksia Suomen mielenterveyspalveluille. Maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä edistäviä tekijöitä ja palveluja koskevassa systemaattisessa katsauksessa (TEM julkaisu 40/2015) selvitettiin, millaiset palvelut ja toiminnot tutkitusti vahvistavat ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia. Selvityksen mukaan yleistä kotoutumista vahvistavat toimenpiteet vahvistavat myös psyykkistä hyvinvointia väestötasolla: työllistymisen, kielitaidon hankkimisen, syrjimättömyyden, sosiaalisten siteiden luomisen ja ylläpidon sekä sosiaalisen osallisuuden tuki rakentavat mahdollisuuksia hallita omaa elämää. Sosiaalinen tuki on keskeinen ennaltaehkäisevä elementti. Yhteisökeskeisesti toimivat hankkeet saavat tutkitusti aikaan tuloksia mielen hyvinvoinnin edistämiseksi. Korjaavassa mielenterveystyössä tuloksia saadaan toimenpiteillä, jotka edistävät hoitoon hakeutumista jakamalla tietoa esimerkiksi verkossa ja oman yhteisön avainhenkilöiden sekä ryhmätoiminnan kautta. Keskeistä onnistumiselle on kulttuuritekijöiden huomioiminen mielenterveyspalveluiden järjestämisessä, mukaan lukien omakieliset palvelut, tulkin käyttö, henkilökunnan transkulttuurisen osaamisen edistäminen sekä erilaisten hoitomuotojen yhdistäminen. Hoidollisista interventioista toimivimpia ovat arjen kuormitusta aiheuttavien tekijöiden huomioiminen interventioina. Hoidon järjestämisessä tärkeää on hoitoon pääsyn käytännöllinen ja kulttuurinen esteettömyys.

Erityisiä kehittämistarpeita

Palvelujen käyttäjien osallistuminen ja toipumisenäkökulma

Mielenterveyden häiriöihin ja päihdeongelmiin liittyvät toimintakyvyn rajoitteet ja invaliditeetti eivät johdu ainoastaan sairaudesta, vaan ovat myös seurausta henkilöiden itsensä sisäistämästä häpeäilemisestä ja ulkoisista asenteista sekä ympäristön asettamista esteistä. Psyykkiseen sairastamiseen liittyvä leimaaminen on mahdollisesti jopa lisääntynyt viime vuosikymmeninä vakavien mielenterveyden häiriöiden avohoidon yleistymisen myötä ja liittyy osittain käsityksiin ja mielikuviin psykiatrisesta oireilusta ja käyttäytymisen hallinnan menetyksestä. Leimaaminen johtaa väestössä syrjiviin asenteisiin mielenterveyskuntoutujia kohtaan ja vaikeuttaa mielenterveyskuntoutujan mahdollisuuksia toimia yhteiskunnassa. Leimaaminen saattaa johtaa myös hoidon ja avun hakemisen välttelyyn. Mielenterveyden häiriöille ja päihdehäiriöille onkin tyypillistä, että hoitoa haetaan kriisiytyneessä tilanteessa jopa vuosien mittaisen viivästyksen jälkeen. Myös palvelujärjestelmän toimijoiden asenteet vaikuttavat saatujen palvelujen määrään ja laatuun.

Monet mielenterveysongelmia sairastavat ihmiset eivät halua sitoutua mielenterveyspalveluihin tai ylläpitää niihin yhteyttä leimaantumisen ja syrjinnän vuoksi. Myös negatiiviset hoitokokemukset voivat osaltaan estää hoitoon sitoutumista. WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma suosittelee, että mielenterveyspalveluja olisi toteutettava tavoilla, joiden avulla kasvatetaan luottamusta hoidon turvallisuuteen ja vaikuttavuuteen. Palvelujen rakenneuudistuksissa on kiinnitettävä huomiota laatuun sekä turvallisen, vaikuttavan ja hyväksyttävän hoidon varmistamiseen ammattitaitoisen henkilöstön toteuttamana.

Kun mielenterveys- ja päihdeongelmallisille tarkoitettujen palvelujen asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia palvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin edistetään ja heidän itsemääräämisoikeuttaan ja valinnanvapauttaan vahvistetaan, palvelut edistävät asiakkaan kuntoutumista niin, että hän pystyy mielekkääseen ja tyydytystä tuottavaan elämään mielenterveys- tai päihdeongelman mahdollisesti aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Tavoitteen toteutumiseen tarvitaan yksilöllisen tarpeen mukaisia, tietoiseen suostumukseen perustuvia tukimuotoja ja palveluja. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten syrjinnän ja syrjäytymisen ehkäisy edellyttää määrällisesti ja laadullisesti riittäviä palveluja, täydennyskoulutusta, yhteistyötä ja laajempaa stigman vastaista toimintaa.

Somaattisten sairauksien hoito

Psykooseja sairastavat elävät selvästi, noin 20 vuotta, muuta väestöä lyhyemmän elämän, ja yleisimpinä kuolinsyinä ovat sydän- ja verisuonitaudit ja syöpä. Sekä psykoosipotilaiden että mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden elinajanodote on kasvanut ja ero muuhun väestöön on kaventunut. Sen sijaan alkoholinkulutuksen ja alkoholisairauksiin liittyvien kuolemien kasvun myötä päihdediagnoosin saaneilla ero muun väestön elinajanodotteeseen jopa kasvoi 2000-luvulle tultaessa. Päihdehäiriön takia sairaalahoitoa saaneiden elinajanodote oli 2000-luvulla yli 20 vuotta lyhyempi kuin muun väestön.

Mielenterveyden tai päihdehäiriöitä sairastavien henkilöiden somaattiset oireet saatetaan jättää palvelujärjestelmässä ilman riittävää huomiota. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten oikeus saada somaattisen hoidon palveluja yhdenvertaisesti muun väestön kanssa toteutuu parhaiten, kun perustason päihde- ja mielenterveystyötä toteutetaan perusterveydenhuollon yhteydessä ja sairaalahoitoa muun sairaalahoidon yhteydessä.

Palvelujen käyttäjien työelämäosallisuus

OECD:n arvion mukaan mielenterveyden häiriöt heikentävät niitä sairastavien työllisyysastetta noin 15-30 %, ja mielenterveysongelmaisten työttömyyden todennäköisyys on kaksinkertainen muuhun väestöön nähden. Tilanteen korjaaminen edellyttäisi nykyistä parempaa hoidon, koulutus- ja työvoimaviranomaisten toimenpiteiden integroimista¹¹. OECD:n neuvosto antaa vuonna 2016 suosituksen mielenterveyspalveluista suhteessa työelämään ja opiskeluun. Keskeinen tavoite on kannustaa jäsenmaita panostamaan mielenterveysongelmien ehkäisyyn ja hoitoon sekä paremmin huomioimaan mielenterveyden tärkeys opiskelu- ja työelämässä.

Suomessa niistä nuorista aikuisista, joille oli vuonna 2005 myönnetty kuntoutustuki masennuksen perusteella, 24 % oli neljän vuoden kuluttua palannut työhön¹². Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2007 masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi hankkeen edistämään työhyvinvointia lisääviä

¹¹ OECD 2015, Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>

¹² Gould ym. Työhönpaluu kuntoutustuen jälkeen. Työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2011:3

käytäntöjä työelämässä, masennuksen ehkäisyä, hyvää hoitoa ja kuntoutusta sekä työssä jatkamista ja työhön paluuta masennuksen yhteydessä (Masto-hanke). Masto-hankkeen loppuraportissa (STM selvityksiä 2011:15) esitettiin jatkotoimenpide-ehdotuksia, jotka liittyivät työpaikkojen hyviin käytäntöihin, työsuojelun ja työterveydenhuollon rooleihin ja yhteistyökäytäntöihin sekä vakuutusjärjestelmään ja osatyökykyisten työllistymiseen. Ehdotusten toteutumisesta on edistetty hankkeen päättymisen jälkeen. Masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä onkin vähentynyt vuosina 2008 - 2013. Vuoden 2013 lopussa noin 35 500 työkäistä sai työkyvyttömyyseläkettä masennuksen takia.

Mielenterveyden häiriöihin sairastutaan usein nuorella iällä, ja siksi erityisesti vaikeampien mielenterveyden häiriöiden vaikutukset työkykyyn voivat muodostua pitkäkestoisiksi. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat lähes 80-prosenttisesti alle 25-vuotiaiden työkyvyttömyyden peruste. Alle 25-vuotiaana mielenterveyden häiriön perusteella eläkkeelle päätyneistä suomalaisnuorista suurin osa ei ole koskaan ollut työelämässä. Heillä ei ole ollut minkäänlaista työeläkettä kartuttavaa työsuhdetta ennen eläkkeelle siirtymistä¹³.

Vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden työllistyminen on Suomessa monia muita maita heikompaa. Osatyökykyisten työllistymiseen kohdistetut toimenpiteet eivät toistaiseksi ole hyödyttäneet henkilöitä, jotka ovat osatyökykyisiä vakavien mielenterveyden häiriöiden, kuten skitsofrenian, vuoksi ja tarvitsevat erityisesti heille soveltuvaa työllistymisen tukea.

Kun noin 1 % väestöstä sairastuu skitsofreniaan, Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Suomalaisessa Sairaalaista kotiutetut skitsofreniapotilaat -tutkimuksessa selvitettiin avohoitoon siirtyneiden skitsofreniapotilaiden työllistymistä ja sitä ennustaneita tekijöitä. Seuranta-ajankohtina vuonna 1989 oli 7,4 % potilaista työllistynyt avoimille työmarkkinoille, vuonna 1993 vain 2,6 % ja laman jälkeen vuonna 1997 enää 1,5 %. Yleisen työllisyystilanteen paraneminen ei näyttänyt heijastuvan myönteisesti mielenterveyskuntoutujien työllisyyteen, eikä työllisyyden huononeminen selittynyt sillä, että myöhemmin kotiutuneiden potilaiden psykososiaalinen toimintakyky olisi huonompi. Valtaosa potilaista oli työkyvyttömyyseläkkeellä¹⁴. Kansainvälisen tiedon perusteella monipuolisella tuella yli 25-30 % skitsofreniaa sairastavista saadaan työllistymään. Tehokkaimmaksi keinoksi on havaittu hoidon ja psykiatrisen kuntoutuksen yhdistäminen tuettuun työllistymiseen¹⁵. Tuore Norjan terveys- ja hoivapalveluministeriön ja työ- ja osallisuusministeriön tilaama tutkimus antaa viitteitä siitä, että hoitoon yhdistetty työpaikalla toteutettu yksilöllinen tuki voisi hyödyttää myös masennuksesta kuntoutuvia¹⁶.

Vuonna 2010 Kansaneläkelaitos myönsi 11 092 eläkettä, joissa esiintyi alkoholisairaus. Osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeen saajista oli 7,4 %. Näistä 2741 tapauksessa alkoholisairaus oli pääsairautena. On kuitenkin huomattava, että päihdeperusteinen työkyvyttömyys ei välttämättä näy eläkepäätöksiä diagnooseissa, joihin tilastoidaan vain kaksi ensisijaista työkyvyttömyyden syytä. Terveys 2000 -kyselytutkimuksen mukaan kaikista alkoholin riskikäyttäjistä 85 % ja alkoholiriippuvaisistakin 70 % on työelämässä. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan alkoholin ongelmakäyttäjillä oli eniten sairauspoissaoloja muihin sairauslomien käyttäjiin verrattuna, ja alkoholiin liittyvä työelämän tuottavuuden lasku näkyykin mittavana sairauspoissaolojen määränä, johon erityisesti työterveyshuollon toimenpiteiden kehittämisellä on mahdollista puuttua.

¹³ Gould, Nyman. Nuorena työkyvyttömyyseläkkeelle. Työeläke 2010;5:14-5

¹⁴ Honkonen ym. Employment predictors for discharged schizophrenia patients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2007;42:372-380

¹⁵ Bond ym. Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment outside the US. Word Psychiatry 2012; 11:32-39

¹⁶ Endresen ym. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. Occup Environ Med 2015 72: 745-752, originally published online August 6, 2015, doi: 10.1136/oemed-2014-102700

Mielenterveyden häiriöitä sairastavien paluu työhön pitkältä sairauslomalta on haasteellisempaa kuin monissa muissa sairausryhmissä. Työhönpaluun esteitä ovat muun muassa työnantajan ja työyhteisön kyvyttömyys ottaa kuntoutuja vastaan sekä ongelmat ajoituksessa ja sopivan työnkuvan löytämisessä, jolloin annettu kuntoutus ei edistä työhönpaluuta, jos yhteys työpaikkaan puuttuu. Nuorena vakavasti sairastuneen henkilön työuran alkuun saattaminen edellyttää työhallinnon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, mukautettuja ammattiopintoja sekä yksilöllistä työhön sijoitusta ja työpaikalla toteutettua työhönvalmentajan tukea eli tuettua työllistymistä.

Yhteistyö muiden hallinnonalojen kanssa

Sosiaali- ja terveydenhuollon- ja aluehallintouudistuksessa kuntien vastuulle jää terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Sitä tehdään kouluissa, päiväkodeissa, liikunnassa, maankäytössä, nuorisotyössä, ruokahuollossa ja monissa muissa kunnille jäävissä tehtävissä. Ehkäisevät palvelut siirtyvät tulevien itsehallintoalueiden järjestämisvastuulle. Uudistuksen yhteydessä on ratkaistava, miten kunnissa nyt poikkihallinnollisesti hoidettavat hyvinvointia ja terveyttä edistävät tehtävät hoidetaan jatkossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöllä on erityisiä usean hallinnonalan yhteistyötä vaativia tehtäviä. Sellaisia ovat esimerkiksi yhteistyö poliisin kanssa hoitoonohjausasioissa, yhteistyö väkivaltariskiä liittyvässä hoidon tarpeen arvioinnissa sekä lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian yhteistyö poliisin ja syyttäjän kanssa.

Suomessa alkoholilla ja väkivallalla on selvä yhteys. Noin 70 % väkivaltaan syyllistyneistä on humalassa ja vastaavasti noin 80 % henkirikoksen tehneistä. Rikosseuraamusasiakkaiden terveydentilaa on selvitetty vuonna 2006 (Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010). Selvityksen mukaan 95 %:lla vangeista oli elämänsä aikana jokin mielenterveyden tai päihdehäiriö ja tutkimushetkellä neljällä viidestä (80 %). Yleisin häiriöryhmä oli erilaiset päihderiippuvuudet (elinikäisesti 90 %, ajankohtaisesti 18 %) ja toiseksi yleisin persoonallisuushäiriöt (70 %). Pitkäaikaisen hoidon tarpeessa oli lähes 90 % kaikista vangeista, useimmiten päihdehäiriön vuoksi (päihdehäiriöt 80 %, muut mielenterveyden häiriöt 40 %). Vankiterveydenhuollon siirtyessä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle vuoden 2016 alusta tarvitaan terveydenhuollon ja vankilan henkilöstön suunnitelmallista yhteistyötä vankilassa toteutettavien päihdeohjelmien, muiden hoito-ohjelmien, sosiaalityön ja terveydenhuollon toimien yhteensovittamiseksi.

Rikosseuraamusasiakkaiden palvelujen jatkuvuus tuomion suorittamisen jälkeen on tärkeää paitsi yhdenvertaisen palvelujen saannin vuoksi, myös uusintarikollisuuden ehkäisyn näkökulmasta. Tuomion päättymisen vaiheessa korostuu yhteistyö vastaanottavan kunnan palvelujärjestelmän kanssa jatkohoidon suunnittelemiseksi. Siihen kuuluvat muun muassa asumiseen, toimeentuloon ja hoitoon liittyvät palvelut. Yhdyskuntapalveluun tuomittujen ja valvottuun koevapauteen määrättyjen asiakkaiden päihdekuntoutuksen tuloksellisuus edellyttää suunnitelmallisesti toteutettua kriminaalihuollon ja mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon yksiköiden yhteistyötä.

Lainsäädännön ja palvelujen toimivuus

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastus

Valtiontalouden tarkastusvirasto suoritti vuonna 2009 mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuutta koskevan tarkastuksen (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009). Tarkastuksessa tutkittiin, ohjaavatko lainsäädäntö, erilaiset suositukset ja rahoitus mielenterveyspalvelujen järjestämisestä siten, että ne toteuttavat lainsäätäjien mielenterveyspalveluille asettamia tavoitteita palvelujen järjestämisestä avohuollollisina ja edistävät eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Tarkastuksen päätulos oli, että mielenterveyspalveluja ohjaavia välineitä käytettiin, mutta tulokset eivät olleet odotusten mukaisia.

Palvelurakenteen muuttuessa avopalvelupainotteiseksi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välinen yhteistyö ei ollut kehittynyt toivotulla tavalla. Tarkastusvirasto katsoi, että Mieli-suunnitelmassa esitetty ehdotus mielenterveyslain päivittämisestä vastaamaan nykytilannetta ei ole riittävä, vaan laki pitäisi kirjoittaa kokonaan uudelleen ja siihen tulisi koota kaikki käytössä olevat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut. Mielenterveyslain tavoitteita ei saavutettu, koska laki on puutteellinen, pirstaleinen ja liian yleinen.

Tarkastusviraston mukaan mielenterveyslain tulkinta edellyttää rinnakkaisluentaa useiden lakien kanssa ja jättää niiden soveltajille paljon tulkinnanvaraa. Mielenterveyslain tavoitteissa korostetaan ennaltaehkäisyä, hoitoa ja palveluiden järjestämistä avopalveluina, mutta käytännössä siinä käsitellään lähinnä tahdosta riippumatonta hoitoa. Laissa puhutaan sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvästä tuki- ja palveluasumisesta mutta ei määritellä, mitä sosiaalisella kuntoutuksella ja tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan. Mielenterveyspalvelujärjestelmä on myös parin viimeisen vuosikymmenen aikana rakentunut selkeästi kolmen pilarin varaan: erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon. Näiden välisen yhteistyön toimivuus on tärkeää, kun laitospaikkoja aiotaan edelleen vähentää. Lainsäädäntö jättää kuitenkin huomioimatta sosiaalihuollon roolin.

Tarkastushavaintojen perusteella erilaiset asiakkaille tehdyt suunnitelmat eivät vastanneet tavoitteitaan. Tarkastushavainnot viittasivat siihen, että samassakin toimintayksikössä tehtiin sisällöllisesti hyvin erilaisia suunnitelmia. Lisäksi uusi suunnitelma tehtiin uuden palveluntuottajan näkökulmasta, jolloin oli todennäköistä, että mielenterveyspotilaan/-asiakkaan hoito- ja palveluketju rakentui monista hoitomalleista ja erilaisista tavoitteista. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan asiakas- ja potilaslakeja olisi tullut muuttaa niin, että edellisessä hoitopaikassa tehtyä suunnitelmaa noudatetaan mahdollisuuksien mukaan myös uudessa hoitopaikassa ja se laaditaan aina yhteistyössä nykyisen ja seuraavan hoitotahon kanssa. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan tällaisen tulevaisuuteen suuntautuneen suunnitelman laadintavastuu kuuluisi erikoissairaanhoidolle, jonka olisi kuitenkin varmistettava, että perusterveydenhuollon ja/tai sosiaalihuollon osuus tulee käytännössä huomioon otetuksi. Yhteistyön toimivuuteen liittyy kysymys myös hoitovastuusta. Hoitovastuu on selkeä, jos potilaan hoitoprosessissa on mukana lääkäri. Kokonaishoitovastuu kuuluu silloin aina hänelle. Sen sijaan jos potilaan hoito- tai palveluprosessissa ei ole mukana lääkäriä, viittasivat tarkastushavainnot siihen, ettei tällöin kenelläkään ollut kokonaishoitovastuuta.

Lisäksi tarkastusviraston näkemyksen mukaan tilastojen perusteella ei saatu riittävästi tietoa siitä, kuinka paljon mielenterveyshäiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset todellisuudessa ovat. Tarkastushavaintojen mukaan mielenterveystyöhön suunnatut taloudelliset resurssit jakautuivat eri kunnissa vaihtelevasti erityyppisiin palveluihin ja ratkaisut vaikuttivat siihen, miten mielenterveystyölle asetettuihin ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen tavoitteisiin voitiin vastata.

Sosiaali- ja terveysministeriön kysely

Sosiaali- ja terveysministeriö teki toukokuussa 2014 mielenterveys- ja päihdealan järjestöille ja asiantuntijoille mielenterveyslain ja päihdehuoltolain uudistamistarpeita koskevan kyselyn. Kyselyyn vastaajia oli yhteensä 54, joista yksittäisiä asiantuntijoita oli 45 ja järjestöjä 9 (Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry, Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö, Suomen Psykiatriyhdistys, Sininauhaliitto, Suomen mielenterveyshoitoalan liitto ry, Irti Huumeista ry, VAK ry, Ensi- ja turvakotien liitto ry sekä A-klinikkasäätiö).

Valtaosa vastaajista arvioi, että mielenterveyspotilaiden oikeus hoitoon ja palveluihin ei toteudu ilman erillistä lakia, vaan he jäävät muiden palveluja tarvitsevien ryhmien jalkoihin. Lain tulisi painottaa ennaltaehkäisevää työtä ja varhaisen vaiheen palveluja. Vastauksissa korostuivat terveyshyödyn ohella asiakkaan mahdollisuus mielekkääseen sosiaaliseen rooliin eli toipumisenäkökulma, asiakaslähtöisyys sekä

se, että lain tulisi tukea nykyaikaista mielenterveyspalvelujen palvelurakennetta ja palvelujen kokonaisvaltaisuutta. Muita vastauksissa esille nousseita toiveita olivat muun muassa painopisteen siirtäminen ohjauksessa ja valvonnassa hoitoon pääsyn lisäksi sisällöltään riittävän hoidon saamiseen.

Päihdehuoltolakia koskevat vastaukset hajautuivat enemmän. Vastauksissa näkyi sekä huoli lääketieteellisen näkökulman heikosta toteutumisesta päihdehuollossa että huoli sosiaalisen näkökulman menettämisen vaarasta päihdehuollossa. Vastauksissa korostuivat hoitopalvelujen erillisyyks muusta hoitojärjestelmästä, palvelujen sirpaleisuus, heikko saatavuus ja puutteellinen laatu. Lisäksi toivottiin päihdeongelmien hoidon rinnastamista muuhun terveydenhuoltoon ja painotettiin tarvetta päihdeongelmaisten yhdenvertaiseen hoidon saatavuuteen ja tarvetta somaattisten sairauksien hoidon integroimiseen päihdepalvelukokonaisuuteen. Sen ohella painottui sosiaalisen näkökulman tärkeys päihdehuollossa. Useissa vastauksissa nähtiin tärkeäksi mielenterveyden häiriöiden hoidon, päihdehoidon ja sosiaalipalvelujen integraatio.

Henkilöstövoimavarat

Mielenterveyspalveluja toteuttavan henkilöstön rakenne vaikuttaa annettujen palvelujen laatuun, tehokkuuteen ja integraatioon. Monipuolinen henkilöstö pystyy toteuttamaan tunnistamisen, diagnostiikan, hoidon, avun ja tuen, toimintakyvyn arvioinnin, psykologisen hoidon, psykososiaalisen tuen, kuntoutuksen sekä yhteistyön muiden sektorien kanssa.

Suomessa mielenterveyspalveluissa työskentelevän hoitohenkilöstön tai muun henkilöstön lukumäärästä ei ole tarkkaa tietoa. Vuonna 2012 Suomessa oli 928 työikäistä psykiatrian erikoislääkärinä, 212 lastenpsykiatrian erikoislääkärinä, 159 nuorisopsykiatrian erikoislääkärinä ja 53 oikeuspsykiatrian erikoislääkärinä. Psykologeja oli 3107 ja toimintaterapeutteja 1317. Vuonna 2008 mielenterveyspalveluissa työskenteli 163 sairaanhoitajaa / 100 000 asukasta (noin 8700 sairaanhoitajaa)¹⁷. OECD:n tilastotietojen perusteella Suomen psykiatrimäärä on keskimääräistä suurempi. Se näyttäisi kuitenkin heijastavan tilannetta, jossa perusterveydenhuollon edellytykset hoitaa mielenterveyden häiriöitä ovat niukat ja paine ohjata hoitoa erikoissairaanhoitoon on suuri.

Perustason mielenterveys- ja päihdetyötä tekevä henkilöstö on vähitellen monipuolistunut. Perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyön henkilöstöresurssit ovat kuitenkin yleensä alimitoitettut. Perusterveydenhuollossa työskentelee lääkärin ja terveyden- ja sairaanhoitajien tukena muun muassa psykiatrisia tai depressiohoitajia, päihdetyöntekijöitä ja sosiaalityöntekijöitä. Vuonna 2009 toteutetun kyselyn mukaan kunnissa ja sairaanhoitopiireissä työskenteli vähän yli 100 depressiohoitajaa¹⁸.

Päihdehuollon erityispalveluissa työskentelee muun muassa sosiaalityöntekijöitä, sairaanhoitajia ja erilaisia ohjaajia, kuten päihdeohjaajia ja perheohjaajia. Lääkäripalvelut saatetaan toteuttaa esimerkiksi terveydenhuollon yksikön kanssa tehdyn sopimuksen kautta. Vuonna 2014 yhteensä 84 työikäisellä lääkärillä oli päihdelääketieteen erityispätevyys.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteuttamiseen vaikuttaa myös henkilöstön saatavuus, erityisesti lääkärivaje. Psykiatrian kaikilla erikoisaloilla on lääkärivajetta. Vuonna 2012 psykiatrian lääkärivaje oli 12 % ja nuorisopsykiatrian 16 %. Oikeuspsykiatrian lääkärivaje oli 25 %. Suomen Lääkäriliiton vuoteen 2030 asti ulottuvan ennusteen mukaan lastenpsykiatrien, nuorisopsykiatrien ja oikeuspsykiatrien määrä pysyisi suunnilleen ennallaan, mutta psykiatrien määrä vähenisi 2020-luvulle tultaessa jopa 25 % eläköitymisten kautta.

¹⁷ WHO Regional Office for Europe (2008), Policies and Practices for Mental Health in Europe, WHO Press

¹⁸ Honkonen ja Vuorilehto. Masennuksen lyhytpsykoterapia - vähän käytetty mahdollisuus julkisessa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2011;66(12):1013-1017

Mielenterveys- ja päihdeongelmien kustannukset

Mielenterveyden ja päihdeongelmien aiheuttamat kustannukset ovat suuret ja aiheutuvat paitsi suorista sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista, myös välillisistä tuottavuuden menetyksen, työkyvyttömyyden ja työttömyyden kautta tulevista kustannuksista sekä aineettomista, sairastuneen ja hänen omaistensa kärsimyksen kautta tulevista kustannuksista. Häiriöt alkavat tyypillisesti nuorena, jolloin ne vaikuttavat henkilön koulutukseen, työllistymiseen ja sosiaaliseen verkostoon. Hoidon ja palvelujen tehostamisella olisi saatavissa merkittäviä inhimillisiä, taloudellisia ja sosiaalisia hyötyjä.

Suomessa joka neljäs sairauslomapäivä liittyy mielenterveyden häiriöihin. Kuitenkaan palveluihin käytetyt resurssit eivät vastaa palvelujen tarvetta. Esimerkiksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot ovat Suomessa noin 5 % terveydenhuollon kustannuksista. Vuonna 2012 päihdeongelmien julkiselle sektorille aiheuttamat kustannukset olivat 1,2-1,4 miljardia euroa, kun kuntien päihdehuollon käyttömenot olivat 190 miljoonaa euroa. Toisaalta tiedetään, että toimiva mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmä voi vähentää palvelujen ja toimeentuloturvaetuksien kustannuksia.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot ovat Suomessa olleet laskusuunnassa sekä reaalisesti että suhteessa muun erikoissairaanhoidon menoihin. Vuonna 2011 menot olivat 749 miljoonaa euroa ja laskivat 0,8 prosenttia edellisestä vuodesta. Osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on pienin sitten vuoden 1995, eli 4,4 %. Psykiatrian erikoisan vuodeosastohoidon kustannukset olivat 424,8 miljoonaa euroa, ja laskivat 5,6 prosenttia vuodesta 2010. Psykiatrian avo- ja päiväosastohoidon menot (318,8 milj. €) nousivat 6,7 prosenttia. Psykiatrian avohoidon käynneissä kasvua oli noin 7,0 prosenttia, mikä selittää menojen kasvun. Uusimpien tilastotietojen valossa mielenterveysmenojen osuuden pieneneminen on taittunut. Vuonna 2012 mielenterveyden kustannukset olivat yhteensä 924,7 milj. euroa. Tämä vastasi 5,3 %:a terveydenhuollon kokonaismenoista, joten trendi oli hieman nouseva. Skitsofrenia ja muut pitkäkestoiset psykoosisairaudet muodostavat merkittävän osan mielenterveyden kustannuksista. Ulkomaisissa tutkimuksissa on arvioitu, että skitsofrenia aiheuttaa 1–2 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista.

Eri OECD-maissa mielenterveyspalvelujen menot muodostavat noin 5-18 % terveysmenoista, joten Suomen menot ovat pienimpien joukossa. On kuitenkin muistettava, että psykiatrisen avohoidon ja siihen liittyvien palvelujen sekä perusterveydenhuollon mielenterveystyön puutteellinen tilastointi heikentää maiden välistä vertailtavuutta.

Vuonna 2011 perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyshoidon menot olivat 152,6 miljoonaa, jossa on selvää kasvua. Perusterveydenhuollon mielenterveyshoidon menojen osuus kaikista terveydenhuollon menoista oli 0,3 prosenttia vuonna 1995 ja 0,9 prosenttia vuonna 2011. Verrattuna muiden sairauksien hoitokustannuksiin ovat mielenterveyden häiriöiden suorat kustannukset vähäisiä verrattuna siihen, että kaikkien sairauksien aiheuttamista epäsuorista kustannuksista mielenterveyden häiriöiden osuus on suurin.

Mielenterveysongelmat ovat yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä. Niiden takia päädytään eläkkeelle selvästi nuorempina kuin monien somaattisten sairauksien takia, ja menetettyjen työvuosien määrä on näissä häiriöissä suuri. Suuri joukko vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavista ei koskaan ehdi työeläkejärjestelmän piiriin, vaan jää pelkän kansaneläkkeen varaan. Vuonna 2013 työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveys- tai päihdehäiriön vuoksi oli 0,9 prosenttia 16-24 -vuotiaista ja 3,7 prosenttia 25-64 -vuotiaista. Vuonna 2013 kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olevista 47 % sai eläkettä mielenterveyden häiriön vuoksi. Ryhmä sisältää myös kehitysvammaisuuden tai päihdehäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat.

Päihdehuollon menot kuntien kustantamissa palveluissa olivat noin 190 miljoonaa euroa vuonna 2012. Päihdehuollon erityispalveluiden kokonaiskustannukset 18 vuotta täyttäneitä asukasta kohden vaihtelevat huomattavasti kunnittain. Esimerkiksi vuonna 2012 kuudessa suurimmassa kunnassa kokonaiskustannukset

vaihtelivat 37 eurosta 120 euroon. Terveysthuollossa toteutetusta päihdesairauksien hoidosta ei ole saatavilla vastaavia kuntakohtaisia kustannustietoja.

Vuonna 2012 alkoholin käyttö aiheutti julkiselle sektorille arviolta 906–1 112 miljoonan euron haittakustannukset. Julkiset alkoholihaittakustannukset kasvoivat noin 1,8 prosenttia vuoteen 2011 verrattuna. Julkisilla alkoholihaittakustannuksilla tarkoitetaan sellaisia julkiselle sektorille aiheutuneita kustannuksia, joita ei ilman alkoholin käyttöä olisi aiheutunut. Suurin osuus alkoholihaittakustannuksista (25 %) aiheutui alkoholin käyttöön liittyvistä sosiaalihuollon kustannuksista, jotka olivat 231–275 miljoonaa euroa vuonna 2012. Alkoholiehtoiset yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon haittakustannukset olivat noin 251 miljoonaa euroa (25 %). Eläkkeiden ja sairauspäivärahojen haittakustannukset olivat 188–278 miljoonaa euroa. Oikeusjärjestelmän ja vankeinhoidon kustannukset olivat 134–142 miljoonaa euroa. Terveysthuollon alkoholihaittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidosta ja avohoidosta aiheutuneita kustannuksia, jotka olivat 81–142 miljoonaa euroa. Erikoissairaanhoidosta aiheutui julkiselle sektorille arviolta 66 miljoonan euron ja perusterveydenhuollosta noin 45 miljoonan euron haittakustannukset. Terveysthuollon alkoholihaittakustannukset olivat noin 11 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista kustannuksista.

Vuonna 2012 huumeet aiheuttivat julkiselle sektorille arviolta 253–323 miljoonan euron haittakustannukset. Huumehaittakustannukset kasvoivat 2,6 prosenttia vuoteen 2011 verrattuna. Julkisilla huumehaittakustannuksilla tarkoitetaan julkiselle sektorille aiheutuneita kustannuksia, joita ei ilman huumeaineiden tai lääkeaineiden väärinkäyttöä olisi aiheutunut. Haittakustannusten rakenne painottuu sosiaalihuollon sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksiin. Julkisista huumehaittakustannuksista suurin erä (30 %) oli sosiaalihuollon haittakustannukset, jotka olivat 72–101 miljoonaa euroa vuonna 2012. Suurin osa sosiaalihuollon kustannuksista, noin 46 miljoonaa euroa, aiheutui päihdehuollon kustannuksista. Huume-ehtoiset järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon haittakustannukset olivat puolestaan 75 miljoonaa euroa. Terveysthuollon huumehaittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avo- ja vuodeosastohoidon kustannuksia, jotka olivat yhteensä 38–61 miljoonaa euroa vuonna 2012. Terveysthuollon huumehaittakustannukset olivat noin 17 prosenttia julkiselle sektorille aiheutuneista kustannuksista. Oikeusjärjestelmän ja vankeinhoidon huumehaittakustannukset olivat 57–59 miljoonaa euroa eli noin 20 prosenttia julkisista huumehaittakustannuksista. Julkisen sektorin välittömien kustannusten lisäksi myös yrityksille ja kotitalouksille aiheutui kustannuksia. Tällaiset onnettomuus- ja rikosvahinkojen alkoholihaittakustannukset olivat 358 miljoonaa euroa ja huumehaittakustannukset 111 miljoonaa euroa vuonna 2012.

Toimivalla palvelujärjestelmällä voidaan vähentää mielenterveys- ja päihdepalvelujen kustannuksia. Suomessa on Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote) yhdistetty mielenterveys- ja päihdepalvelut Mieli-suunnitelman linjausten mukaisesti kokonaisuudeksi. Palvelurakenteessa integroitiin päihdehoito kaikkiin hoitopalveluihin eli aikuispsykiatriseen avohoitoon, osastopalveluihin, mielenterveyskuntoutukseen, lastenpsykiatriaan ja nuorisopsykiatriaan. Asumispalvelujen ja muiden sosiaalipalveluiden koordinoitiin yhdistettiin hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuteen. Hoitoon pääsyn joustavuus ja kynnyksettömyys varmistettiin läheteettömällä ympärivuorokautisella hoitoon pääsyn mahdollisuudella päivystysjärjestelmän ja arviointiyksiköiden kautta. Palvelujen riittävyys turvattiin terveyskeskuksissa toteutuvalla etulinjan varhaisella mielenterveys- ja päihdetyöllä, terveyskeskuslääkärien työn tukemisella ja palveluohjaustoiminnalla. Avohoidon ja liikkuvien palvelujen uudistaminen ja monipuolistaminen mahdollisti psykiatristen sairaansijojen määrän vähentämisen. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen nettotoimintamenoissa saavutettiin vuodesta 2011 vuoteen 2012 väheneminen 2,5 %, jonka jälkeen nettotoimintamenojen kehitys on pysynyt suunnilleen samana. Vuoden 2014 alussa mielenterveys- ja päihdepalveluihin yhdistettiin aikuissosiaalityö ja kokonaisuus laajeni aikuisten psykososiaalisiksi palveluiksi. Palvelujärjestelmän muutosten jälkeen palvelujen saatavuus ja asiakastytyytyväisyys ovat parantuneet ja tahdonvastaisten toimenpiteiden määrä vähentynyt.

Monipuolisen palvelurakenteen lisäksi sisällöltään laadukkaat palvelut vähentävät mielenterveys- ja päihdeongelmien aiheuttamia kustannuksia. Englannissa on arvioitu useiden varhaisten mielenterveyden interventtioiden kustannusvaikuttavuutta (Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Department of Health, London 2011). Monet mielenterveyttä edistävät interventiot, ehkäisevän työn interventiot ja varhaiset hoitointerventiot tuottavat rahallisia säästöjä sekä sosiaali- ja terveydenhuollolle että koko yhteiskunnalle. Eri maiden erilaisen palvelu- ja kustannusrakenteen vuoksi arvio säästöjen suuruudesta ei ole sellaisenaan sovellettavissa muualla (liitteet 1 ja 2).

3. Uudistuksen tavoitteet ja toteuttamisvaihtoehdot

3.1. Tavoitteet

Mielenterveys- ja päihdeongelmaiset kuuluvat niihin ryhmiin, jotka tarvitsevat erityisen paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja iäkkäiden, lastensuojelun asiakkaiden, vammaispalvelujen asiakkaiden ja pitkäaikaissairauksia sairastavien ohella. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiota tarvitaan erityisesti näiden ryhmien palvelujen yhteensovittamiseen. Palvelurakenteen uudistaminen antaa mahdollisuuden suunnitella koko palvelurakennetta ja palvelujen määrää ja valikoimaa uudella tavalla väestön tarpeisiin vastaamiseksi.

Mielenterveys- ja päihdehuoltolain uudistamisella pyritään edistämään yhdenvertaista mielenterveys- ja päihdetyön ja palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiota ja niiden koordinaatiota muiden hallinnonalojen palvelujen kanssa. Uudistuksella pyritään turvaamaan eri ikä- ja väestöryhmille asiakaskeskeisellä tavalla oikea-aikaiset palvelut. Mielenterveys- ja päihdetyössä lasten ja nuorten palvelujen painottaminen on erityisen tärkeää, koska valtaosa häiriöistä alkaa ennen 25 vuoden ikää, ja varsinkin nuorilla mielenterveyden häiriöt muodostavat valtaosan ikäryhmän terveysongelmista.

Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavan lainsäädännön tulisi tukea edistävän, ehkäisevän ja korjaavan työn organisoimista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Olemassa olevat mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat säännökset eivät ole siihen riittäviä. Ne ovat liian yleisellä tasolla ja ovat johtaneet vaihtelevaan soveltamiseen sekä mielenterveys- ja päihdetyön pirstaleiseen järjestämiseen. Vuonna 2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin ja vuonna 2015 voimaan tulleeseen uuteen sosiaalihuoltolakiin sijoitettiin mielenterveys- ja päihdetyötä koskevat säännökset, joiden tarkoitus oli mahdollistaa mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan sääntelyn siirtäminen myöhemmässä vaiheessa yleislainsäädännön osaksi. Sen toteuttaminen edellyttäisi mielenterveyslain ja päihdehuoltolain tahdosta riippumatonta hoitoa koskevien säännösten siirtämistä muuhun itsemääräämisoikeuksia ja niiden rajoittamista koskevaan lainsäädäntöön.

Informaatio-ohjauksesta huolimatta mielenterveys- ja päihdepalvelujen määrä, sisältö, rakenne ja koordinaatio eivät ole kehittyneet väestön tarvetta vastaavalle tasolle. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus ei sellaisenaan korjaa tilannetta, koska mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjoaminen asiakaslähtöisesti, kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti edellyttää juuri näiden asiakasryhmien tarpeisiin sopivia ratkaisuja. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä, hoidossa, kuntoutuksessa ja haittojen ehkäisyssä tarvittava palvelu- ja henkilökuntarakenne sekä viranomaisyhteistyön muodot poikkeavat osittain palvelujen valtavirrasta. Esimerkiksi Suomessa ei ole ollut vakiintuneita rakenteita ehkäisevien ja peruspalveluissa toteutettavien tutkimusnäyttöön perustuvien psykososiaalisten interventtioiden ylläpitoon tai useiden viranomaisten, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon, koulun ja poliisin, yhteistyöhön.

Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tarvitaan mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyyden vuoksi niihin liittyvää perusosaamista. Palvelujärjestelmien erillisyyden vuoksi myöskään mielenterveys- ja

päihdeongelmaisten somaattisten sairauksien hoito ei toteudu nykyisin samassa määrin kuin muulla väestöllä. Laitoshoidon ja etenkin psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon onnistunut vähentäminen edellyttää monipuolisen palvelujärjestelmän kehittämistä, jossa on alueellisesti yhdenvertaisesti saatavilla monimuotoisia mielenterveys- ja päihdepalveluja, toimivia asumista tukevia palveluja ja kuntouttavaa asumista.

Nykytilanteessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen erillisyys muusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja niiden aliresursointi vaikuttavat myös niin, että palvelujen käyttäjät ja heidän omaisensa vieroksuvat palveluja, mikä puolestaan viivästyttää hoitoon hakeutumista ja johtaa virheellisiin käsityksiin hoidon ja avun tehottomuudesta tai hyödyttömyydestä. Mielenterveysongelmiin ja -häiriöihin liitetty stigma myös vähentää palveluihin hakeutumista. Seurauksena on mielenterveys- ja päihdetyössä tyypillisesti havaittava myöhäinen palveluihin hakeutuminen vasta ongelmien kärjistyessä päivystyksellistä välitöntä apua ja mahdollisesti laitoshoidoa edellyttäväksi tilanteeksi, mikä lisää hoidettavien ongelmien kroonistumista ja suunnittelemattoman kalliin laitoshoidon tarvetta. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttökelpoisuus riippuu siitä, ovatko ne palvelujen tarvisijoille helposti saavutettavia, leimaamattomia ja syrjimättömiä.

Perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen on mahdollista vain hyvin toimivassa palvelujärjestelmässä. Tahdosta riippumattoman hoidon tulisi liittyä sellaiseen palvelurakenteeseen, jossa riittävät ja tarpeenmukaiset palvelut vähentävät tahdosta riippumattomaan hoitoon turvautumisen tarvetta.

3.2. Toteuttamisvaihtoehdot

Nykyisin mielenterveystyöstä ja päihdetyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa sekä mielenterveyslaissa ja päihdehuoltolaissa. Mielenterveyslaki ja päihdehuoltolaki sisältävät lisäksi tahdosta riippumattoman hoidon säännökset. Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain uudistamisen yhteydessä on ratkaistava, tarvitaanko edelleen mielenterveys- ja päihdetyöstä erityislainsäädäntöä, vai voidaanko terveydenhuoltolakia, sosiaalihuoltolakia ja vammaispalvelulakia täydentää niiltä osin. Säännösten siirto terveydenhuoltolakiin, sosiaalihuoltolakiin ja vammaispalvelulakiin edellyttäisi pohdintaa siitä, aiheuttaisiko erityislainsäädännöstä luopuminen mielenterveys- ja päihdepalvelujen heikentymisen vaaraa. Toisaalta tavoitteena on mielenterveys- ja päihdetyön valtavirtaistaminen ja sen seurauksena oletettu stigman väheneminen. Sillä, onko jollakin palveluiden kokonaisuudella omaa lakiansa, ei ole oikeudellista merkitystä, vaan palvelujen toteutuminen riippuu säännösten sisällöstä. Eri laeissa olevat päällekkäiset samaa asiaa koskevat säännökset voivat aiheuttaa soveltamisessa epäselvyyttä. Toisaalta lainsäädännössä hajallaan olevat tietyn kohderyhmän palveluja koskevat säännökset voivat johtaa siihen, että tarvittavaa kokonaisuutta ei kehity.

Hankkeella on yhteyttä myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta koskevan lainsäädännön valmisteluun. Niin sanottuun itsemääräämisoikeuslakiin olisi mahdollista sisällyttää nykyisin mielenterveyslaissa ja päihdehuoltolaissa olevat tahdosta riippumattomaan hoitoa koskevat säännökset sekä kehitysvammalain tahdonvastaista erityishuoltoa koskevat säännökset.

Esivalmistelussa on keskusteltu useista vaihtoehdoista mielenterveyslain ja päihdehuoltolain uudistamiseksi. Yksi vaihtoehto olisi uudistaa mielenterveyslaki ja päihdehuoltolaki säilyttäen molemmat erillisinä lakeina. Toinen vaihtoehto olisi yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolaki niin, että uusittu säädös sisältää myös tahdosta riippumattomaan hoitoa koskevat säännökset. Kansalliset mielenterveys- ja päihdetyön linjaukset (Mieli-suunnitelma) suosittavat mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä yhdessä. Kolmas vaihtoehto olisi siirtää tahdosta riippumattomaan hoitoa koskevat säännökset muuhun asiakkaiden ja potilaiden asemaa ja itsemääräämisoikeutta koskevaan lainsäädäntöön, jolloin mielenterveys- ja päihdehuoltolait jäisivät mahdollisesti tarpeettomiksi. Tämän vaihtoehdon valitseminen edellyttäisi

terveydenhuoltolain, sosiaalihuoltolain ja vammaisten palveluja koskevan lainsäädännön (laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, 380/1987) täydentämistä niin, että niiden kautta pystytään takaamaan riittävällä tavalla mielenterveys- ja päihdetyö ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveys- ja päihdetyön toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksen tavoitteiden mukaisesti edellyttää nykyistä vahvempaa sääntelyä.

Liite 1. Lasten ja nuorten mielenterveysinterventioiden kustannusvaikuttavuus

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat 60-70 % nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitasta. Niiden takia päädytään työkyvyttömyyseläkkeelle selvästi nuorempina kuin monien somaattisten sairauksien takia, ja menetettyjen työvuosien määrä on suuri.

Englannissa on arvioitu lapsiin ja nuoriin kohdistettujen mielenterveysinterventioiden kustannushyötyjä yleisimmissä lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöissä. Tutkimusnäyttöön perustuvien interventioiden rahallisesti mitattavat hyödyt liittyvät pääasiassa myöhempiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun julkisen sektorin kustannuksiin sekä parempaan koulutustasoon ja tuottavuuteen työelämässä. Jos interventioista seuraaville aineettomille hyödyille eli terveyden, hyvinvoinnin ja elämänlaadun paranemiselle voitaisiin asettaa rahallinen arvo, kustannushyöty olisi edelleen suurempi. Kustannuksia ja hyötyjä arvioitaessa on otettava huomioon, että lapsiin ja nuoriin kohdistuvia mielenterveyteen liittyviä interventioita on toteutettava lasten ja nuorten koko arkisessa elämänpiirissä, jotta ne olisivat tehokkaita. Niitä toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi laajasti eri sektoreilla, kuten varhaiskasvatuksessa, kouluissa, oppilaitoksissa ja nuorisotyössä. Suomen olosuhteisiin siirrettynä hyödyn ja kustannusten suhdetta voidaan pitää suuntaa antavana. (Investing in children's mental health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision. Centre for Mental Health, 2015).

Hoidettava tila	Interventio	Kohteena oleva ikäryhmä	Taloudellisen hyödyn suhde kustannuksiin
Lasten käytöshäiriö	Vanhemmuuden ryhmäohjelmat	3-12	3:1
	Vanhemmuuden yksilöohjelmat	2-14	2:1
	Kouluissa toteutettavat ohjelmat	6-8	27:1
	Koulujen kiusaamisen vastaiset ohjelmat	Kouluikä	14:1
Nuoruuden käytöshäiriö	Eri interventioita	11-18	Terapiamuodosta riippuen välillä 2:1 - 22:1
Ahdistuneisuushäiriöt	Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia lapsille	5-18	31:1
	Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia lasten vanhemmille	5-18	10:1
Depressio	Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia	12-18	32:1
	Kognitiivis-behavioraalinen yksilöterapia	12-18	2:1
ADHD	Vanhempien ryhmävalmennus	2-12	1,4:1
	Monimuotoinen terapia	Kouluikä	2:1

Liite 2. Varhaisten interventioiden kustannusvaikuttavuus

Englannissa on arvioitu useiden varhaisten mielenterveyden interventioiden kustannusvaikuttavuutta. Suomen olosuhteisiin siirrettynä hyödyn ja kustannusten suhdetta voidaan pitää suuntaa antavana. (Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Department of Health, London 2011).

Interventio	Taloudellisen hyödyn suhde kustannuksiin julkisella sektorilla	Taloudellisen hyödyn suhde kustannuksiin koko yhteiskunnassa
Varhaiset interventiot		
– depression varhainen tunnistaminen ja hoito työpaikoilla	0,5:1	5:1
– psykoosin varhainen tunnistaminen	2,6:1	10:1
– psykoosin varhainen hoito	10:1	18:1
– alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja lyhytneuvonta (mini-interventio)	3:1	11:1
– yleislääkärien kouluttaminen itsemurhien ehkäisyyn	0,1:1	44:1
Mielenterveyden edistäminen		
– mielenterveyden edistäminen työpaikoilla	-	9:1
Mielenterveyden sosiaaliin taustatekijöihin ja mielenterveyden häiriöiden seurauksiin puuttuminen		
– velkaneuvontapalvelut	1:1	3,5:1

