

Lausuntoyhteenvedo mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevan lainsäädännön uudistamisesta

28.9.2022

STM105:00/2021

VN/23566/2021

SISÄLLYSLUETTELO

1 LAUSUNTOPYYNTÖ JA LAUSUNNONANTAJAT	5
2 TIIVISTELMÄ	6
3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISET PALVELUT	9
3.1 ONKO SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISIÄ PALVELUITA KOSKEVAN PYKÄLÄN (SOSIAALIHUOLTOLAIN 2 A §, TERVEYDENHUOLTOLAIN 8 A §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	9
4 SOSIAALIHUOLLON PALVELUT	13
4.1 ONKO YHTEISÖSOSIAALITYÖTÄ KOSKEVAN PYKÄLÄN (SOSIAALIHUOLTOLAKI 7 A §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	13
4.2 ONKO MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISTÄ KOSKEVAN PYKÄLÄN (SOSIAALIHUOLTOLAKI 7 B §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	19
4.3 ONKO PÄIHDETYÖN PALVELUNA ANNETTAVAN PÄIVÄKESKUSTOIMINNAN JA TILAPÄISEN MAJOITUKSEN PYKÄLÄN (SOSIAALIHUOLTOLAKI 24 §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	21
4.4 OVATKO SOSIAALIPÄIVYSTYKSEN JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖTÄ KOSKEVAAN PYKÄLÄÄN (SOSIAALIHUOLTOLAIN 29 A §) EHDOTETUT MUUTOKSET TARKOITUKSEN MUKAISIA?	28
4.5 ONKO ÄKILLISISSÄ JÄRKYTTÄVISSÄ TILANTEISSA ANNETTAVAN PSYKOSOSIAALISEN TUEN PYKÄLÄÄN (SOSIAALIHUOLTOLAKI 29 B §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	32
4.6 ONKO PÄIHDE- JA RIIPPUVUUSTYÖN TOTEUTTAMISEN PYKÄLÄN (SOSIAALIHUOLTOLAKI 33 B §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	37
4.7 ONKO MIELENTERVEYSTYÖN TOTEUTTAMISEN PYKÄLÄN (SOSIAALIHUOLTOLAKI 33 C §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	41
4.8 OVATKO OMATYÖNTEKIJÄN PYKÄLÄÄN (SOSIAALIHUOLTOLAKI 42 §) EHDOTETUT MUUTOKSET TARKOITUKSEN MUKAISIA?	44
4.9 ONKO SOSIAALIHUOLTOLAKIIN EHDOTETTU SÄÄNTELY MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN OSALTA RIITTÄVÄ JA TARKOITUKSEN MUKAINEN?	47
4.10 PUUTTUUKO SOSIAALIHUOLTOLAKIIN EHDOTETUSTA SÄÄNTELYSTÄ JOTAIN KESKEISTÄ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN OSALTA?	50
5 TERVEYDENHUOLLON PALVELUT	54
5.1 ONKO MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISTÄ KOSKEVAN PYKÄLÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 20 §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	54
5.2 ONKO MIELENTERVEYSPALVELUJA KOSKEVAN PYKÄLÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 27 §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	56
5.3 ONKO PÄIHDE- JA RIIPPUVUUSPALVELUJA KOSKEVAN PYKÄLÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 28 §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	60
5.4 ONKO OPIOIDIRIIPPUVAISTEN VIEROITUS- JA KORVAUSHOITOA OPIOIDILÄÄKKEILLÄ KOSKEVAN PYKÄLÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 28 A §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	64
5.5 ONKO KIIREELLISTÄ HOITOA KOSKEVAAN PYKÄLÄÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 50 §) EHDOTETTU LISÄYS TARKOITUKSEN MUKAINEN?	66
5.6 OVATKO TERVEYDENHUOLLON JA SOSIAALIPÄIVYSTYKSEN YHTEISTYÖTÄ KOSKEVAAN PYKÄLÄÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 50 A §) EHDOTETUT MUUTOKSET TARKOITUKSEN MUKAISIA?	68
5.7 ONKO ÄKILLISISSÄ JÄRKYTTÄVISSÄ TILANTEISSA ANNETTAVAN PSYKOLOGISEN TUEN PYKÄLÄÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 50 B §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	71
5.8 ONKO SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN HYVÄKSYMÄÄ HOITOA HUUMAUSAINERIKOKSISSA KOSKEVAN PYKÄLÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 78 B §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	73
5.9 ONKO TYÖNOHJAUSTA KOSKEVAN PYKÄLÄN (TERVEYDENHUOLTOLAKI 78 C §) SISÄLTÖ TARKOITUKSEN MUKAINEN?	74

5.10 ONKO TERVEYDENHUOLTOLAKIIN EHDOTETTU SÄÄNTELY MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN OSALTA RIITTÄVÄ JA TARKOITUKSENMUKAINEN?	76
5.11 PUUTTUUKO TERVEYDENHUOLTOLAKIIN EHDOTETUSTA SÄÄNTELYSTÄ JOTAIN KESKEISTÄ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN OSALTA?	77
6 MIELENTERVEYSLAKI.....	79
6.1 OVATKO OHJAUSTA JA VALVONTAA KOSKEVAAN PYKÄLÄÄN (MIELENTERVEYSLAKI 2 §) EHDOTETUT MUUTOKSET TARKOITUKSENMUKAISIA?	79
6.2 ONKO TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAN HOIDON JÄRJESTÄMISTÄ KOSKEVAN PYKÄLÄN (MIELENTERVEYSLAKI 3 §) SISÄLTÖ TARKOITUKSENMUKAINEN?	80
6.3 ONKO OPIOIDIRIPPUVAISTEN VIEROITUS- JA KORVAUSHOITOA KOSKEVAN PYKÄLÄN (MIELENTERVEYS-LAKI 6 A §) SISÄLTÖ TARKOITUKSENMUKAINEN?	81
7 PÄIHDEHUOLTOLAKI	81
7.1 ONKO MIELESTÄNNE PERUSTELTUA, ETTÄ MAHDOLLISUUS MÄÄRÄTÄ TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAAN HOITON VÄKIVALTAPERUSTEELLA POISTETTAISIIN?	81
8 LAKI KANSANELÄKELAITOKSEN KUNTOUSETUUKSISTA JA KUNTOUTUSRAHAETUUKSISTA	83
8.1 OVATKO KANSANELÄKELAITOKSEN KUNTOUSETUUKSISTA JA KUNTOUTUSRAHAETUUKSISTA ANNETUN LAIN 18 §:ÄÄN EHDOTETUT MUUTOKSET PERUSTELTUJA?	83
9 LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA SEKÄ IÄKKÄIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA.....	85
9.1 OVATKO IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA SEKÄ IÄKKÄIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA ANNETUN LAIN 2 §:ÄÄN EHDOTETUT MUUTOKSET PERUSTELTUJA?	85
10 LAKI TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOKSEN ALAISISTA LASTENSUOJELUYKSIKÖISTÄ ...	85
10.1 OVATKO TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOKSEN ALAISISTA LASTENSUOJELUYKSIKÖISTÄ ANNETUN LAIN 1 §:ÄÄN EHDOTETUT MUUTOKSET PERUSTELTUJA?	85
11 HUUMAUSAINELAKI	86
11.1 OVATKO HUUMAUSAINELAIN 4 §:N 2 MOMENTTIIN EHDOTETUT MUUTOKSET PERUSTELTUJA?	86
12 LAKI VANKITERVEYDENHUOLLON YKSIKÖSTÄ.....	86
12.1 ONKO VANKITERVEYDENHUOLLON YKSIKÖSTÄ ANNETTUUN LAKIIN EHDOTETTU UUSI 16 A § PERUSTELTU? ..	86
13 SIVIILIPALVELUSLAKI.....	87
13.1 OVATKO SIVIILIPALVELUSLAIN 93 §:ÄÄN EHDOTETUT MUUTOKSET PERUSTELTUJA?	87
14 LAKI HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELYSTÄ PUOLUSTUSVOIMISSA.....	87
14.1 OVATKO HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELYSTÄ PUOLUSTUSVOIMISSA ANNETUN LAIN 35 §:ÄÄN EHDOTETUT MUUTOKSET PERUSTELTUJA?	87
15 LAKI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUISTA	88
15.1 OVATKO SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUISTA ANNETTUUN LAKIIN EHDOTETUT MUUTOKSET TARKOITUKSENMUKAISIA?	88
16 VAIKUTUSTEN ARVIOINTIA, TOIMEENPANOJA JA AIKATAULUA KOSKEVAT KYSYMYKSET	89
16.1 OVATKO ARVIOT ESITYKSEN KUSTANNUSVAIKUTUKSISTA REALISTISET?	89
16.2 OVATKO ARVIOT LAPSIVAIKUTUKSISTA REALISTISET?	92
16.3 OVATKO ARVIOT MUISTA VAIKUTUKSISTA REALISTISET?	95

16.4 KOMMENTIT KOSKIEN EHDOTUSTA LAKIMUUTOSTEN VOIMAANTULOAJASTA 1.1.2023 JA MUUTOSTEN TOIMEENPANOJA	97
17 ASETUSLUONNOKSET	99
17.1 KOMMENTIT KOSKIEN EHDOTUSTA VALTIONEUVOSTON ASETUKSEKSI MIELENTERVEYSASETUKSEN ERÄIDEN SÄÄNNÖSTEN KUMOAMISESTA.....	99
17.2 KOMMENTIT KOSKIEN EHDOTUSTA VALTIONEUVOSTON ASETUKSEKSI PÄIHDEHUOLTOASETUKSEN ERÄIDEN SÄÄNNÖSTEN KUMOAMISESTA.....	99
17.3 KOMMENTIT KOSKIEN EHDOTUSTA SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUKSEKSI HYVÄKSYTTÄVÄSTÄ HOIDOSTA HUUMAUSAINERIKOKSISSA.....	99
18 MAHDOLLISET MUUT KOMMENTIT LIITTYEN HALLITUKSEN ESITYSLUONNOKSEEN	99

1 Lausuntopyyntö ja lausunnonantajat

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi keskeisiltä sidosryhmiltä ja toimijoilta lausunnot luonnoksesta hallituksen esitykseksi laeiksi sosiaalihoitolain, terveydenhuoltolain ja eräiden muiden lakien muuttamisesta (STM105:00/2021 ja VN/23566/2021). Lausunnoissa pyydettiin tuomaan näkemyksiä ehdotettujen säädösten sisältöön, toimeenpanoon ja vaikutuksiin. Lausuntopyynnössä todettiin, että annetut lausunnot otetaan huomioon hallituksen esityksen viimeistelyssä.

Lausunnot pyydettiin sähköisellä lausuntopalvelu.fi –palvelussa olevalla kyselyllä, minkä lisäksi lausunto oli mahdollista antaa kirjallisesti. Lausuntoaika oli 29.4.-23.6.2022. Suomenkieliset lausunnot pyydettiin 10.6.2022 mennessä. Kuitenkin myös 10.6.2022 jälkeen, viimeistään 23.6.2022 mennessä, saapuneet suomenkieliset lausunnot on huomioitu lausuntoaikana saapuneina. Ruotsinkieliset lausunnot pyydettiin vasta 23.6.2022 mennessä johtuen siitä, että esitysluonnoksen ruotsinkielinen käännös valmistui vasta kesken lausuntoajan.

Lausuntoja saapui määräaikaan mennessä 163, joista neljä oli yksityishenkilöiden antamia lausuntoja.

Lausuntoaikana lausunnon toimittivat seuraavat muita kuin yksityishenkilöitä olevat tahot: Akava ry, Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry, A-Kiltojen Liitto ry, A-klinikka Oy, A-klinikkasäätiö, Aspa-säätiö sr, Avominne, Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen kanslia, Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry (jäljempänä EHYT), Ehkäisevän päihdetyön järjestöverkosto (jäljempänä EPT-verkosto), Elinkeinoelämän keskusliitto EK (jäljempänä EK), Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry (jäljempänä EETU), Ensi- ja turvakotien liitto ry (jäljempänä ETKL), Espoon A-kilta Hykaa ry, Espoon kaupunki, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalujen kuntayhtymä (jäljempänä Essote), Etelä-Karjalan hyvinvointialue, FinFami Pohjanmaa ry/FinFami Österbotten rf, FinFami ry, FinFami Satakunta ry, Hankasalmen kunta, Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö sr, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (jäljempänä HUS), Helsingin kaupunki, Hopealanka ry, Humaania päihdepolitiikkaa ry, Hyvinvointiala HALI ry (jäljempänä HALI), Hyvinvointialan liitto, Hämeenlinnan kaupunki, Into - etsivä nuorisotyö ja työpajatoiminta ry (jäljempänä Into), Irti Huumeista ry, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry (jäljempänä JHL), Jyväskylän A-kilta ry, Jyväskylän kaupunki, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Kalliolan Settlementti ry, Kangasniemen kunta, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Kantamo Oy, Karjaan Ratatupa ry, Kehitysvammaliitto, Kansaneläkelaitos, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalukuntayhtymä Soite (jäljempänä Soite), Keski-Suomen mielenterveysomaiset - FinFami ry, Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä, Kirkkohallitus, Kirkkonummen A-Kilta ry, Kondis rf, ry, Kotkan kaupunki, Kuluttajaliitto - Konsumentförbundet ry, Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT (jäljempänä KT), Kuntoutussäätiö, Kuopion kaupunki, Kuurojen Liitto ry, Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalujen kuntayhtymä Kymsote (Kymsote), Lapin, Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastojen yhteinen lausunto, Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Lapsiasiavaltuutettu, Lastensuojelun Keskusliitto, Lastensuojelun monialaisen kehittämisen hanke Kanta-Hämeessä, Pirkanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla (jäljempänä MONNI-hanke), Leppävirran kunta, Liedon sosiaali- ja terveystalut, Lieksan kaupunki, Loimaan kaupunki, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Mannerheimin Lastensuojeluliitto ry, Mielenterveyden keskusliitto ry, Mielenterveysomaiset Pirkanmaa - FinFami ry, MIELI Suomen Mielenterveys ry, Myllyhoitoyhdistys ry, Niuvanniemen sairaala, Nuorten mielenterveysseura - Yeesi ry, Oikeusministeriö,

Omaishoitajaliitto ry, Opetus- ja kulttuuriministeriö, Oulun A-Kilta ry, Paraisten kaupunki, Pelastakaa Lapset ry, Perhehoitoliitto, Pesäpuu ry, Pikassos Oy, Pirkanmaan päihde- ja mielenterveysjärjestöjen verkosto PäMi (jäljempänä PäMi), Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (jäljempänä PSHP), Pohjois-Karjalan mielenterveysomaiset - FinFami ry, Pohjois-Lapin A-killta ry, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Porin kaupunki, Posion kunta, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri PSSHP, Puolustusministeriö, Päihdelääketieteen yhdistys, Päihdetoimijoiden valtakunnallinen yhteistyöverkosto PÄIVYT (jäljempänä PÄIVYT), Päihdetyön Talentia ry, Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä, Päijät-Hämeen mielenterveysomaiset - FinFami ry, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Rauman kaupunki, SAK ry, SAMS - Samarbetsförbundet kring funktionshinder rf (jäljempänä SAMS), Savon Mielenterveysomaiset - FinFami ry, Sininauhaliitto ry, Sipoon kunta, Sisäministeriön poliisiosasto, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (Valvira), Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry (Talentia), Sosiaaliammattilaiset ry, Sosiaali- ja kriisi-päivystysten esimiehet, Sosiaali- ja terveysministeriön Lapset ja nuoret –yksikkö, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry (jäljempänä SOSTE), STTK ry, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ry (jäljempänä Duodecim), Suomen Ammattiin Opiskelevien Liitto - SAKKI ry (jäljempänä SAKKI), Suomen Kuntaliitto ry (jäljempänä Kuntaliitto), Suomen Kuntoutusyritykset ry, Suomen Lukiolaisten Liitto (jäljempänä SLL), Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry (jäljempänä SuPer), Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry (jäljempänä Lääkäriliitto), Suomen nuorisovaltuusto, Suomen kattojärjestö Allianssi ry, Suomen Opiskelija Allianssi - OSKU ry, Suomen opiskelijakuntien liitto - SAMOK ry (jäljempänä SAMOK), Suomen perinataalimielenterveys ry:n, Psykologiliiton varhaisen kehityksen ja ihmissuhteiden ammatillisen työryhmän, Äidit irti synnytysmasennuksesta Äimä ry:n ja Ensi- ja turvakotien liiton yhteinen lausunto, Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen Psykologiliitto, Suomen Päihderiippuvaiset ry, Suomen sosiaalioikeudellinen seura ry, Suomen Terveydenhoitajaliitto STHL ry, Suomen ylioppilaskuntien liitto (jäljempänä SYL), Svenska Finlands folkting, Tampereen A-Kilta ry, Tampereen kaupunki, Tampereen yliopiston lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tehy ry, Terveen rahapelikulttuurin puolesta ry, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL (jäljempänä THL), Terveystieteiden tutkimuskeskukset ry, Teuvan kunta, Turun kaupunki, Työ- ja elinkeinoministeriö, Työterveyslaitos, VAK ry, Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Valtioneuvoston oikeuskansleri, Valtiovarainministeriö, Vammaisfoorumi ry, Vammaisten henkilöiden oikeuksien neuvottelukunta VANE, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto Valli ry (jäljempänä VALLI), Vanhusasiavaltuutettu, Vankiterveydenhuolto, Vantaan A-killta ry, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, Varsinais-Suomen mielenterveysomaiset FinFami ry, Yhdenvertaisuusvaltuutettu, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (jäljempänä YTHS), Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Ålands Landskapsregering ja Äänekosken kaupunki.

2 Tiivistelmä

Lausunnoissa esityksen tavoitteita pidettiin hyvinä ja kannatettavina. Myös ehdotukset koettiin valtaosiltaan tarkoituksenmukaisiksi ja oikean suuntaisiksi, mutta tietyt ehdotukset herättivät kuitenkin ristiriitaista ja kriittistä palautetta. Esitykseen toivottiin lukuisia tarkennuksia etenkin sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain säännöksiin sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 18 §:ään. Taloudellisten vaikutusten arviointia kritisoitiin laajasti ja myös lapsivaikutusten arvioinnin osa vastaajista näki puutteellisena.

Selvästi eniten kriittistä lausuntopalautetta saivat sosiaalihuoltolain mielenterveystyön ja päihdetyön pykäliin ehdotetut rakenteelliset muutokset siltä osin, kuin kyseiset pykälät oli ehdotettu siirrettäväksi sosiaalipalveluja koskevasta luvusta sosiaalihuollon toteuttamista koskevaan lukuun ja osin myös yleisiä säännöksiä koskevan luvun määritelmäpykälään. Lausunnoissa tulkittiin laajasti, että tarkoituksena olisi ollut samalla heikentää sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuuspalvelujen ja myös mielenterveyspalvelujen saatavuutta sekä asiakkaan oikeutta saada näitä palveluja sosiaalihuollon itsenäisenä arviona ilman tiettyä diagnoosia. Useissa lausunnoissa toivottiin mielenterveystyön ja päihde- ja riippuvuustyön pykälien säilyttämistä sosiaalihuoltolaissa nykyisillä paikoillaan ja myös lain 14 §:n 1 momentin luettelossa omina kohtinaan. Kuitenkin sinänsä niitä tarkennuksia, joita sosiaalihuoltolain mielenterveystyön ja päihde- ja riippuvuustyön pykäliin oli lausunnoilla olleessa luonnoksessa ehdotettu, kannatettiin.

Ehdotus koskien päiväkeskustoimintaa ja tilapäistä majoitusta uutena päihdetyön palveluna sai itsessään kannatusta, mutta herätti myös huolta rahoituksen riittävydestä sekä kysymyksiä, miten yöaikaisen tilapäisen majoituksen henkilökunnan ja muiden asiakkaiden turvallisuus taattaisiin, jos palvelussa olisi ehdotuksen mukaisesti mahdollista asioida anonyymisti. Jotkut lausunnonantajat lausivat myös siitä, että palvelu oli tarkoitettu annettavaksi ilman päätöstä. Osassa näitä lausuntoja katsottiin, että asiakkaan oikeusturvan kannalta päätöksen saaminen olisi tärkeää. Oikeusministeriön lausunnossa katsottiin, että kirjaus siitä, että palvelusta ei annettaisi päätöstä, tulisi poistaa lakitekstissä, sillä kyse olisi sen laatuudesta toiminnasta, johon päätöksen antaminen ei sopisi (asiakkaan perustarpeiden turvaamisesta ja saamisesta palvelujen piiriin, jonka jälkeen vasta voitaisiin tehdä palvelutarpeen arviointi ja sen myötä päätös sosiaalipalveluista). Jotkut lausunnonantajat katsoivat, että päiväkeskustoiminnasta tulisi säätää myös mielenterveystyön palveluna.

Muut sosiaalihuoltolakiin ehdotetut muutokset saivat pääosin kannatusta. Suurin osa lausunnonantajista piti ehdotusta koskien yhteisösosiaalityötä ja etsivää työtä tarkoituksenmukaisena tai pääosin tarkoituksenmukaisena erityisesti etsivää työtä koskevan ehdotuksen osalta. Kuitenkin myös tähän pykälään esitettiin lukuisia tarkennusehdotuksia. Sosiaalihuoltolain omatyöntekijän sääntelyn tarkentamista koskevat ehdotukset saivat valtaosalta lausunnonantajista kannatusta. Osassa lausuntoja tuotiin esiin työvoiman saatavuuteen liittyviä huomioita.

Sekä sosiaalihuoltolain että terveydenhuoltolain osalta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten palvelujen pykälää koskevia ehdotuksia kannatettiin pääosin. Lausunnoissa kuitenkin tuotiin esiin, että tarkennusten jälkeenkään sääntely jättää edelleen epäselvyyttä ja tulkinnanvaraa sen suhteen, missä tilanteissa palvelu tulisi tuottaa yhteisinä palveluina. Muiden riippuvuuksien kuin päihderiippuvuuden tunnistamista näiden lakien tasolla kannatettiin, joskin tähänkin liittyen esitettiin myös lukuisia tarkennusehdotuksia. Myös mielenterveyden edistämistä koskevat, näissä laeissa toisiaan vastaavat pykäläehdotukset nähtiin lausunnoissa pääosin kannatettavina. Kuitenkin monissa lausunnoissa tuotiin esiin, että myös päihde- ja riippuvuuden edistäminen ja haittojen vähentäminen tulisi huomioida, ja osassa lausunnoista esitettiin myös toive sääntelyn tarkentamista kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyön osalta ja sen osalta, miten kunnissa tulisi käytännössä toteuttaa niille jäävää mielenterveyden edistämisen tehtävää.

Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyötä koskeviin pykäliin sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuollossa ehdotetut muutokset nähtiin lausunnonantajien kesken pääosin kannatettavina. Kuitenkin myös näiden pykälien osalta tuotiin esiin esimerkiksi työntekijöiden koulutuksen tarve ja se,

että myös sosiaalihuollon ammattilaisten osaaminen tulisi huomioida akuutissa kriisityössä. Monissa lausunnoissa painotettiin lisäksi, että sääntelyssä tulisi huomioida selvemmin tehtävän hoito yhteistyössä sosiaali- ja kriisipäivystyksissä.

Myös psykososiaalista tukea äkillisissä järkyttävissä tilanteissa koskevat sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain pykäläehdotukset saivat pääosin kannatusta lausunnonantajilta. Useissa lausunnoissa kuitenkin tuotiin esiin, että sosiaalihuollon psykososiaalinen tuki tulee näkyä laissa myös muita kuin äkillisiä järkyttäviä tilanteita koskien.

Suurin osa lausunnonantajista piti terveydenhuollon mielenterveystyön ja päihdetyön pykäliin ehdotettuja muutoksia tarkoituksenmukaisina. Monissa lausunnoissa kuitenkin katsottiin, että niiden henkilöiden, joilla on samanaikainen tarve sekä mielenterveyden että päihdehoitoon, hoidon kokonaisuus ja samanaikaisuus tulisi turvata vahvemmin. Osa lausunnonantajista kritisoi myös, että ehdotukset eivät paranna riittävästi lasten ja nuorten pääsyä päihdehoitoon ja myös mielenterveyden hoitoon. Terveydenhuollon kiireellisen hoidon pykälään ehdotettu tarkennus sai laajan kannatuksen lausunnonantajilta. Moni lausunnonantaja toivoi lisäksi työnohjausta koskevat ehdotukset laajennettavan myös sosiaalihuoltoa koskeviksi.

Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa opioidilääkkeillä koskeva pykäläehdotus sai paljon kritiikkiä siitä, että kyseistä hoitoa annettaisiin jatkossa vain terveydenhuollon yksikössä. Hoidon toteuttaminen on ollut aiemmin mahdollista myös sosiaalihuollossa, ja tämän toivottiin jatkuvan. Sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymää hoitoa huumausainerikoksissa koskevat muutosehdotukset saivat kannatusta erityisesti siinä, että hoitoa antavia toimintayksiköjä ei rajata. Potilaan oikeusturvaa ajatellen toivottiin, että hoitoa antava toimintayksikkö voisi luovuttaa potilaan tietoja voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti vain kirjallisella suostumuksella.

Päihdehuoltolain väkivaltaperusteella tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämismahdollisuuden poistamista pidettiin pääosin perusteltuna niiden lausujien keskuudessa, jotka ottivat asiaan kantaa. Useat asiasta lausuneista korostivat sen tärkeyttä, että rajoitusperusteita koskevan arvioinnin ja säädösvalmistelun tulisi kuitenkin jatkua erillisenä hankkeena.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista ehdotettujen muutosten osalta useat lausunnonantajat katsoivat, että ehdotus heikentäisi mahdollisuutta myöntää jatkossa kuntoutusrahaa sosiaalihuollon itsenäisenä arviona ilman tietyn diagnoosin vaatimista. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin ehdotettuja muutoksia kannatettiin.

Valtaosassa lausuntoja ei pidetty esityksen kustannusarvioita realistisina. Yleisenä huolenaiheena oli, millaisia vaikutuksia seuraisi siitä, jos sosiaalihuoltolaista siirrettäisiin päihde- ja mielenterveystyön pykälät järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvasta 3 luvusta menettelyä koskevaan 4 lukuun. Lausunnoissa tuotiin lisäksi useiden ehdotusten osalta esiin erilaisia huolia kustannusten noususta arvoitua enemmän. Päiväkeskustoiminta ja siihen liittyvä tilapäinen majoitus oli yksi esityksen ehdotuksista, jonka osalta lausunnoissa esiintyi huolta sen suhteen, miltä osin nykyinen järjestöjen tuottama toiminta kaventuisi sen myötä, että toiminnasta säädettäisiin lakisääteinen tehtävä hyvinvointialueille. Jotkut lausunnonantajat katsoivat, ettei esitysluonnoksessa oltu riittävästi tuotu esiin nykyistä järjestöjen tuottaman toiminnan rahoitus pohjaa. Lisäksi esiin nostettiin huoli hyvinvointialueiden resurssipulasta sekä kustannusten että lakimuutosten voimaantuloajan osalta. Valtiovarainministeriön lausunnossa katsottiin lisäksi, että kustannukset tulisi arvioida voimaantuloavuoden tasossa.

Lapsivaikutusten osalta osa lausunnonantajista katsoi, ettei lapsivaikutusten arviointi ole riittävää ja että erityisesti sosiaalihuoltolakiin ehdotettua rakenteellista muutosta ei oltu arvioitu riittävästi lasten ja nuorten näkökulmasta. Monissa lausunnoissa tuotiin esiin se, että lasten ja nuorten pääsyyssä perustason mielenterveys- ja päihdepalveluihin on ongelmia, joita ei riittävästi korjata esitysluonnoksessa ehdotetuilla muutoksilla. Jotkut lausunnonantajat katsoivat, että lasten, nuorten ja perheiden asema tulisi kaikilla tasoilla ottaa esityksessä paremmin huomioon. Joissakin lausunnoissa tuotiin esiin myös, että saamelaiden tai ruotsinkielisten oikeus saada palveluja omalla kielellään on asia, joka tulisi huomioida valmistelussa.

Osa lausunnonantajista toi esiin, että ehdotetusta sääntelystä puuttuu selviämishoito. Jotkut lausunnonantajat kritisoivat sitä, ettei esityksessä ole huomioitu työterveyshuollon roolia ja tehtävää. Osassa launustoja ehdotettiin omaisen käsitteen lisäämistä sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin sekä tuotiin esiin näkemys siitä, että kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen tulisi lisätä velvoittavana lakitekstiin.

3 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset palvelut

3.1 Onko sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palveluita koskevan pykälän (sosiaalihuoltolain 2 a §, terveydenhuoltolain 8 a §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 119 lausunnonantajaa, joista 25,2 % vastasi ”kyllä”, 57,1 % ”kyllä pääosin”, 5,0 % ”ei pääosin”, 2,5 % ”ei” ja 10,1 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja Lastensuojelun Keskusliitto katsoivat pykälän selkeyttävän nykytilannetta. Kuopion kaupungin ja Leppävirran kunnan lausunnoissa katsottiin, että esitys tarkentaa ja vahvistaa yhteistyötä sekä parantaa palvelujen yhteensovittamista. Suomen Psykiatriyhdistys katsoi, että pykälässä on asianmukaisesti huomioitu potilaan edun turvaaminen. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue piti pykälää tarkoituksenmukaisina. Sen arvion mukaan esitykseen tehdyt lainsäädännön muutokset vahvistavat integraatiota, jolloin palvelun tai hoidon määrittelee lainsäädäntö, eikä se, missä palvelua annetaan, ja erityisesti paljon palveluita tarvitsevien kuntalaisten näkökulmasta on merkityksellistä, että he saavat oikein kohdennettuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita.

FinFami ja sen Pohjanmaan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Savon, Pohjois-Karjalan, Keski-Suomen, Satakunnan ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset pitivät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palveluita koskevia lainsäädäntömuutoksia myönteisinä, ja katsoivat, että sosiaali- ja terveyspalvelujen antaminen kokonaisuutena asiakkaan tarpeita vastaavasti lisää hoidon vaikuttavuutta ja vähentää näin omaisten kuormitusta. Omaisten huomiointia ja kuormituksen vähentämistä painotettiin ja siitä toivottiin säädettävän lain tasolla.

VALLI piti kannatettavana sitä, että päihde- ja mielenterveyspalveluista säädetään jatkossa sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Se piti tärkeänä, että mielenterveys- ja päihdepalvelut vastaavat eri ikäisten ihmisten tarpeisiin ja myös ikääntyvien ihmisten mielenterveys- ja päihdepalveluja kehitetään.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, ETKL, Hopealanka, Irti Huumeista, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Oulun A-kilta, Porin kaupunki, PÄIVYT, Päihdetyön Talentia, Sosiaaliamiehet, Suomen sosiaalioikeudellinen seura, Tampereen A-kilta, VAK ja Vantaan A-kilta näkivät sosiaalihuoltolain 2 a §:n tarkennuksen tarkoituksenmukaisena ja kannatettavana, mutta katsoivat muutoksen edellyttävän sitä, että nykyisen sosiaalihuoltolain 24 §:n säännöksiä päihdetyöstä ei siirretä sosiaalihuoltolain 33 b §:ään, jotta ne eivät jää laissa säädetyn järjestämisvelvollisuuden ulkopuolelle. Vastaavasti sosiaalihuoltolain 14 §:stä ei tulisi poistaa päihde- ja mielenterveystyötä koskevia kohtia. Myös Suomen Päihderiippuvaiset piti pykälää perusteluineen kannatettavana, mutta katsoi asiakkaan ja potilaan tarpeen mukaisten palvelujen antamisen hänen etunsa parhaiten turvaavalla tavalla edellyttävän, että sekä sosiaali- että terveydenhuoltolaissa säädetään järjestämisvelvollisuuden piirissä olevat palvelut riittävästi, selkeästi ja molempien erityistarve huomioiden.

A-klinikka katsoi, että pykäläehdotus jättää hieman epämääräiseksi sen, missä muissa tilanteissa tai yksiköissä kuin yhteisissä palveluissa tulee tarjota sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja, ja lisäksi esitysluonnoksesta puuttuu, kuka arvion tarpeesta tekee ja miten huolehditaan, että ne toteutetaan tarkoituksenmukaisesti tukien potilaan/asiakkaan kuntoutumista tai hoitoa.

Aspa-säätiö puolestaan lausui, että voimassa oleva lainsäädäntö ei ole ollut riittävä turvaamaan esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien perusoikeuksia ja mahdollisuuksia ihmisarvoiseen elämään yhdenvertaisesti muiden kanssa, eivätkä päihde- ja mielenterveysasiakkaat edelleenkään saa tarvitsemiaan palveluja. Aspa-säätiön mukaan ehdotuksesta välittyy kuva, ettei nykytilanne ole juurikaan muuttumassa. Se piti erityisen tärkeänä, että päihdehuolto- ja mielenterveyslakien erityislakien kumoamisen yhteydessä varmistetaan, ettei asiakkaiden oikeus sosiaalihuoltolain mukaisiin päihde, riippuvuus- ja mielenterveyspalveluihin heikkene.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia katsoi, että jää epäselväksi minkälaista muutosta ehdotettu sääntely merkitsisi päihdehuollon asiakkaalle verrattuna voimassa olevaan sääntelyyn. Luonnoksesta puuttuu olennaisia tietoja, joiden perusteella olisi mahdollista arvioida onko ehdotettu sääntely tarkoituksenmukainen tai miten se toteuttaisi perus- ja ihmisoikeuksia. Arviointia haittaa myös se, etteivät perustelut ja pykälä vastaa kaikilta osin toisiaan. Sääntelyyn tulisi edelleen sisällyttää viittaus asiakkaan edun toteuttamiseen silloin kun sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon tehtäviin sisältyy toimia, jotka soveltuvat molempien alojen käyttöön.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue totesi lausunnossaan, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen erottaminen joko sosiaali- tai terveydenhuollon palveluiksi vaikuttaa osin keinotekoiselta ja väkisin tehdyiltä. Etelä-Karjalan hyvinvointialue piti hyvänä sitä, että perusteluissa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä ja työnjaosta olisi mahdollista sopia alueilla tarkoituksenmukaisesti. Lain tulisi ensi sijassa tukea integraatiota ja palvelujen yhteensovittamista sekä sellaisen palvelujärjestelmän rakentamista, joka on kansalaiselle mahdollisimman selkeä ja ehkäisee palveluiden väliin putoamista.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot pitivät yhteisessä lausunnossaan ehdotettuja pykälä tarpeellisina ja tarkoituksenmukaisina, mutta totesivat, että niitä on vaikea ymmärtää perehtymättä perusteluihin. Pykälät tarvitsevat selkeyttämistä. Lainsäädännöstä pitäisi olla riittävän selvästi kuvattuna se, mikä on sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdetyötä ja mikä terveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyötä, jotta asiakkaan asema palveluiden rajapinnalla olisi selkeä. Lausunnon mukaan hyvinvointi-

alueet tarvitsevat ohjeistusta yhteisten palveluiden organisointia ja toimintaa varten, jotta lakiesityksen tavoitteet toteutuvat.

Helsingin kaupunki katsoi, että pykälän sanamuoto tulisi tarkistaa kuulumaan seuraavasti: Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisesti toteutetuissa palveluissa, tai kun potilas muutoin tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja, on potilaan edun parhaiten turvaavalla tavalla sovellettava tämän lain mukaisia säännöksiä annettaessa lääketieteellisen tarpeen mukaisesti terveyden- ja sairaanhoitoa ja sosiaalihuoltolain säännöksiä annettaessa tuen tarpeita vastaavia sosiaalihuollon palveluja.

HALI katsoi, etteivät pykäläehdotus perusteluineen todellisuudessa selkeyttä nykytilaa. JHL piti esityksen tavoitetta kannatettavana ja totesi, että on tärkeää, että asiakas saa tarvitsemansa palvelun riippumatta siitä, minne on hakeutunut hoitoon. Se katsoi esityksessä jäävän auki, miten integraatio käytännössä toteutuu. Myös Kirkkohallitus piti hyvänä tavoitetta sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vahvistamisesta, mutta katsoi, että kokonaisuudessaan lakiesitys heikentää päihdepalveluja tarvitsevien asemaa ja oikeuksia.

Kehitysvammaliitto ry ja Vammaisfoorumi ry painottivat sosiaali- ja terveysten palvelujen esteettömyyttä ja saavutettavuutta.

Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä katsoi, että sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tehtävänjakoa tulisi tarkentaa ehdotettua enemmän. Asiakkaan edun mukaisuus voi olla määritelmänä ongelmallinen erityisesti yksiköissä, joissa tuotetaan sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluja mikäli eroja ei tunnisteta tai niitä ei ole määritely. Yksikön esimiehen osaaminen, kokemus, koulutus jne. voi vaikuttaa asiakkaan edun määrittelyyn sekä päätöksen tekoon ja aiheuttaa näin epätasalaatuisuutta palvelutuotantoon.

Kuntaliitto katsoi, että muotoilun tulisi olla yleisesti ottaen selkeämpi, ja ehdotti säännöksen sanamuodon muuttamista siten, että perustarkoitus ilmenee paremmin itse säännöksestä ja että asiakkaan etu siirrettäisiin perustelutekstiksi. Lisäksi Kuntaliitto ehdotti, että säännös olisi kummassakin laissa soveltamisalasäännös.

Lääkäriliitto kannatti esityksen tavoitetta, mutta näki samasta asiasta säätämisen kahdessa laissa ja pykälien tulkintakäytännön herättävän kysymyksiä.

Mielenterveyden keskusliitto katsoi, että asiakkaan etu lainvalinnan tulkintatilanteen punninta-periaatteena ei vastaa selkeästi ja tarkoituksenmukaisella tavalla tarpeeseen. Asiakkaan etu on yksilökohtaisesti arvioitavissa, jolloin sama palvelu voitaisiin teoriassa tulkita yhden asiakkaan edun mukaisesti sosiaalipalveluksi ja toisen asiakkaan edun mukaisesti terveysten palveluksi.

Myllyhoitoyhdistys katsoi, että päihdehoitopalveluissa tulisi tarkentaa, milloin palveluun sovelletaan sosiaalihuollon ja milloin terveydenhuollon lainsäädäntöä. On tärkeää, että järjestämisvelvollisuuden piirissä olevat palvelut säädetään sekä sosiaali- että terveydenhuoltolaissa tarkasti. Vielä tulisi tarkentaa päihderiippuvaisten palvelujen kiireellisyyttä ja hoitoketjun katkeamattomuutta.

Oikeusministeriö katsoi, että pykäläehdotusta tulisi selkeyttää. Lähtökohtana tulisi olla, että sosiaalihuoltolakia sovelletaan sosiaalihuollon palveluihin ja terveydenhuoltolakia terveydenhuollon palveluihin, vaikka tietyissä tilanteissa asiakas/potilas voi tarvita molempia palveluita tai niiden yhteensovittamista. Oikeusministeriön näkemyksen mukaan perustelujen mukaan syntyy kuva, että kyse on enemmänkin työntekijöiden osaamiseen ja koulutukseen tai kokonaisvaltaista lähestymistapaa edellyttävistä tilanteista, eikä niinkään välttämättä lain tasolla olevasta

tulkinnallisesta epäselvyydestä, joka voitaisiin pelkästään ratkaista edellä mainittua pykälää muuttamalla, vaikka voimassa olevan pykälän sisällön täsmentämistä voidaan sinänsä pitää perusteltuna. Säännöksen ja sen perusteluiden tasolla katsottiin myös jäävän epäselväksi, missä tilanteissa palvelut tulisi tuottaa yhteisinä palveluina. Esitysluonnoksen eri säännösten perusteluista tämä käy ilmi, mutta tarkemmat säännökset olisi syytä ottaa myös lain tasolle, jotta eri säännökset tarkemmin ohjaisivat toimintaa ja eri palvelukokonaisuuksien yhteen sovittamista.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ja Kuopion yliopistollisen keskussairaalan kannan mukaan pykäläehdotukset jättävät liikaa viranhaltijan harkintaan ja että pykälää tulee sen vuoksi tarkentaa. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri arvioi yhteisistä palveluista säätämisen tarkentamisen ja siirtämisen omaan pykälään olevan linjassa nyt tavoiteltavien muutosten kanssa ja voivan selkeyttää oikean lain soveltamista. Toisaalta se esitti huolen, että nyt luonnosteltu lainmuutos on edelleen muotoutumassa pirstaleiseksi erityisesti käytännön soveltamisen kannalta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri piti lainsäädännön valintaa palvelun sisällön perusteella perustellulta. Se kommentoi yhteisesti toteutettavien palveluiden määrittelyn olevan vaikeaselkoista. Lausunnon mukaan tarkoituksenmukaisuusharkintaan sisältyy mahdollisuus virheellisestä harkintavallan käytöstä.

Päihdelääketieteen yhdistys katsoi, että päihdehoidon ja kuntoutuksen selkeyttäminen sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa on tärkeää ja että jatkossa esimerkiksi laituskuntoutus riippuvuushäiriön vuoksi tulisi toteutua lääkärin arvion perusteella. Riippuvuushäiriöiden vuoksi tulee päästä asianmukaisen hoidon piiriin samoin kuin muidenkin sairauksien kohdalla asianmukaisten diagnostisten tutkimusten ja lääketieteellisen hoidon tarpeen arvion perusteella.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, että luonnos jättää veloitteet palvelujen yhteisestä järjestämisestä yleiselle tasolle, jolloin yhteistyövelvoite ja palvelujen oikean järjestämistahon määrittely eri tilanteissa ja palveluissa voivat käytännössä jäädä toteutumatta. Laissa voisikin ottaa kantaa miten yhteisissä palveluissa esimerkiksi säännöllisillä yhteisillä neuvotteluilla turvataan sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisten lähtökohtien ja toimintatapojen riittävä ja tasavertainen huomioon ottaminen ja niiden yhteensovittaminen.

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca katsoi, että esityksen tavoitteet ovat kannatettavia. Ehdotukset eivät kuitenkaan turvaa tavoitteiden toteutumista, koska päihdehuollon erityispalveluja ei jatkossa varmistettaisi sosiaalihuoltolain mukaisina sosiaalipalveluina. Sosiaalihuollon mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen ei ole tarkoituksenmukaista olla luonteeltaan pelkästään lakiesityksen tavoitteiden mukaisia varhaisen tuen palveluja, vaan myös korjaavia, hoidollisia ja tukevia palveluja. Tämä tarve korostuu erityisesti niiden ihmisten kohdalla, joilla on useita tuen tarpeita tai joilla on vaikeuksia päästä palvelujen piiriin.

Rauman kaupunki katsoi, että tarvittaisiin selkeämpää erittelyä siitä, mikä päihde- ja mielenterveystyöstä kuuluu sosiaalihuollon ammattilaisille ja mikä puolestaan terveydenhuollon ammattilaisille.

Talentia lausui, että sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittaminen on tarkoituksenmukaista, koska päihdeiden käyttäjillä on usein tarvetta sekä lääketieteelliselle hoidolle että sosiaalihuollon palveluille. Kuitenkaan esitysluonnos ei takaisi terveydenhuollon palvelun saatavuutta, joka on tosiasiallisesti heikkoa, ja jota sosiaalihuolto paikkaa monin paikoin. Talentia katsoi, että asiakkaan etu sekä uudistuksen tavoitteet edellyttävät, että sekä sosiaali- että terveydenhuoltolaissa säädetään

järjestämisvastuuseen kuuluvaksi riittävät päihdetyön erityispalvelut, ja että päihde- ja mielenterveystyö tulee säilyttää sosiaalihuollon palveluina.

Valvira lausui, että esityksen tavoite on kannatettava, mutta se edellyttää, että hyvinvointialueen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvista mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluista säädetään yhdenvertaisesti sekä sosiaali- että terveydenhuoltolaeissa.

SuPer lausui, että palvelujen yhteensovittamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta palvelua on saatavilla riittävästi ja oikea-aikaisesti.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että esityksessä tulisi määritellä tarkemmin, mitkä palvelut olisi suositeltavaa toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisinä palveluina. Lausunnon mukaan käytännön työssä sisällöllisen eron tekeminen sen mukaan olisiko palvelu sisällöllisesti sosiaalihuoltoa vai terveydenhuoltoa on haastavaa, ellei mahdotonta. Lakiesityksessä erottelu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden välillä ei lähde asiakkaan tarpeesta tai ammattilaisen koulutuksesta tai osaamisesta. Työssä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa, kuten kasvatus- ja perheneuvolassa, keinotekoinen jaottelu voi herkästi johtaa tilanteeseen, jolloin on nykyistään epäselvempää sekä ammattilaisille että asiakkaille. Lakiesitys vaikuttaa olevan jossain määrin myös ristiriidassa juuri lausunnoilla olleessa asiakastietolaissa esitettyjen pykälien kanssa. Esitys ei myöskään määrittele sitä, mikä on riittävä koulutus ja osaaminen, eli missä tilanteessa sosiaalihuollon ammattihenkilö voi käytännössä lähteä toteuttamaan terveydenhuollon palvelua. Jos kirjaukset tehdään potilasasiakirjoihin, niin kyseessä on esityksen mukaan terveydenhuollon palvelu. Esitys ei anna selkeätä vastausta siihen, millä edellytyksillä tai rajauksilla eri ammattiryhmien työntekijät voivat tarjota eri lakien määrittämää toimintaa tai palveluja.

Turun kaupunki lausui, että joissakin palvelumuodoissa sosiaali- ja terveystyö on vaikea erotella, minkä vuoksi säännöksen käytännön hyöty jää epäselväksi.

Työterveyslaitos katsoi, että ehdotuksen määritelmä on liian laaja eikä työelämän tarpeita ole huomioitu riittävästi. Työikäisten palvelut toteutetaan edelleen irrallaan terveydenhuollon palvelujärjestelmästä, jolloin työelämäsidonnaisuuden muuttuessa myös hoitosuhde katkeaa. Myös SAK ry katsoi, että työelämän ja työssäkäyvien tarpeita ei ole juuri huomioitu, eikä työikäisten palvelujen osalta varmisteta integraatiota tai työterveyshuollon yhteistyötä. Myös Akava lausui, että työikäisten palvelujen ja työterveyshuollon yhteistyö tulisi huomioida kattavammin.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että ehdotetusta pykälästä tulisi voida hakea muutosta, mikäli asiakkaan näkemyksen mukaan ei ole käytetty oikean lainkohdan tulkintaa.

4 Sosiaalihuollon palvelut

4.1 Onko yhteisösosiaalityötä koskevan pykälän (sosiaalihuoltolaki 7 a §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 120 lausunnonantajaa, joista 43,3 % vastasi ”kyllä”, 34,2 % ”kyllä pääosin”, 5,0 % ”ei pääosin”, 1,7 % ”ei” ja 15,8 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Hankasalmen kunta totesi, että heillä on ollut sosiaalityön ja kolmannen sektorin toimijan kanssa yhteistyötä esitetyn kaltaisesti, ja tämä on ollut toimiva malli. Kunta kommentoi myös, että etsivän työn integrointi osaksi muita palveluja, esimerkiksi osaksi päihteitä ongelmallisesti käyttäville suunnattua päiväkeskustoimintaa, vaatii uusia yhteistyö- ja toimintamalleja ja resursointia. Hankasalmen kunnan näkemyksen mukaan etsivän työn tarve ei korostu niin paljon pienissä kunnissa kuin isommissa, ja lain toteuttamistapaa tulee miettiä erikseen, jos tarve on vähäistä. Kuopion kaupunki arvioi, että on tärkeää korostaa ennaltaehkäisyn merkitystä ja jalkautuvan etsivätyön roolia, ja piti tärkeänä tarkennuksena, että ohjausta ja neuvontaa voi saada ilman asiakkuutta, kuten pykäläluonnoksessa tuodaan esille. Se huomautti myös kolmannen sektorin roolin olevan olennainen ja näki, että lainsäädännöllä on tärkeää nostaa tätä roolia esille, jotta toiminnasta muodostuu koordinoitu ja selkeä kokonaisuus. Tampereen kaupunki kannatti ehdotusta ja totesi että yhteisösosiaalityö on vähentänyt osaltaan esimerkiksi kulttuurisia ennakkoluuloja, vahvistanut erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden osallisuutta ja toimijuutta ja tavoittanut myös sellaisia asiakkaita, jotka ovat sosiaalihuollon tarpeessa, mutta jotka eivät välttämättä pysty sitoutumaan perinteiseen virastossa tapahtuvaan työskentelyyn. Rauman kaupunki katsoi, että yhteisösosiaalityön ja syrjäytymistä vähentävän etsivän työn tuominen vahvemmin lakiin ja nostaminen hyvinvointialueiden lakisäätteiseksi tehtäväksi on tarpeellista. Päihdelääketieteen yhdistys piti hyvänä sosiaalihuollon päihdetyön painottamista varhaiseen hoidon saamiseen.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen arvion mukaan yhteisösosiaalityötä koskeva kirjaus on perusteltu lakiuudistuksen tavoitteiden ja sosiaalityön kehittämisen näkökulmasta. Se totesi, että yhteisösosiaalityössä korostuu kumppanuusmalli, jossa toimijoina ovat kuntien asukkaiden ja sosiaaliviranomaisten lisäksi kolmas sektori ja etenkin sosiaalialan järjestöt, ja että etsivä työ vahvistaa haavoittuvassa asemassa olevien kuntalaisten palvelutarpeisiin vastaamista ja palvelujen piiriin ohjautumista.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollinen keskussairaala näki yhteisösosiaalityön hyvänä uutena kuvauksena, ja arvioi, että siinä tarkoitettu työ voidaan integroida osaksi muita palveluja.

A-klinikkasäätiö, EPT-verkosto, EHYT, ETKL, Into, Irti Huumeista, Omaishoitajaliitto, Päihdetyön Talentia, PÄIVYT, SLL, Suomen Päihderiippuvaiset, Suomen sosiaalioikeudellinen seura, SuPer ja VAK sekä A-Kiltojen Liitto ja Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat näkivät muutoksen kannatettavana, mutta kokivat yhteisösosiaalityön määritelmälle tarvittavan tarkennusta koskien sen kohderyhmää. Lisäksi näiden tahojen sekä Kuntoutussäätiön ja Valviran lausunnoissa nostettiin esiin, että sosiaalihuollon yhteisösosiaalityön tulisi kohdistua myös alle 29-vuotiaisiin, mikäli kunnassa ei järjestetä etsivää nuorisotyötä. ETKL, PÄIVYT, A-Kiltojen Liitto, EHYT, VAK sekä Tampereen, Vantaan, Jyväskylän, Espoon, Oulun ja Kirkkonummen A-Killat ehdottivat lisäksi tarkennusta erityisen tuen tarpeen määrittelyyn niin, että erityistä tukea tarvitsevalla tarkoitettaisiin henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveystalv palveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden lisäksi myös kognitiivisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemisen tai häiriön vuoksi.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia katsoi, että säännöksen tarkoitus tulisi käydä selvemmin ilmi säännöksen sanamuodosta. Myös perusteluja tulisi täydentää. Etsivä työ on sinänsä tärkeä lisäys sosiaalihuoltoon, mutta säännöstä tulisi siltäkin osin täsmentää. Säännöksestä tulisi käydä ilmi sekä palvelun sisältö, että se kenelle sitä on tarkoitus järjestää. Säännöksessä voitaisiin lisäksi viitata nuorisotyönä tehtävään etsivään työhön. Esityksen perusteluissa olisi syytä käsitellä myös

laajemmin tietosuojaan liittyviä käytännön kysymyksiä etsivää työtä tehtäessä. Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia kiinnitti lisäksi huomiota siihen, että sosiaalihuoltolain 34 §:n 2 momentin mukaan sosiaalihuollon asiakkuus alkaa hakemuksesta tai kun muulla tavoin vireille tullutta asiaa ryhdytään käsittelemään tai henkilölle annetaan sosiaalipalveluja, ja katsoi, että perusteluja tulisi myös tältä osin täsmentää. Hallituksen esityksen perusteluilla ei voida kaventaa tai muuttaa voimassa olevan lain säännöksiä.

EETU kommentoi, että Suomessa ikääntyneiden yksin asuvien määrä on kasvussa, jolloin tarve etsivälle sekä yhteisösosiaalityölle ikääntyneiden keskuudessa lisääntyy.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue katsoi, että ehdotettu pykälä täsmentää nykyistä sosiaalihuoltolain 15 §:n säädöstä, jossa jo säädetään yhteisöjen kanssa tehtävästä sosiaalityöstä, eikä tehtävä sinänsä ole uusi. Se esitti huolena, että yhteisösosiaalityöstä ei synny asiakastietojärjestelmään kirjauksia, ja kysyi, miten työ dokumentoidaan ja miten sen vaikuttavuutta seurataan. Essote totesi, että tulee määritellä, mitä yhteisösosiaalityöllä tosiasiallisesti tarkoitetaan ja mitkä ovat sen tavoitteet ja suhde sosiaalihuoltolain 7 §:n rakenteelliseen sosiaalityöhön. Myös Mannerheimin Lastensuojeluliitto katsoi, että yhteisösosiaalityön käsite olisi hyvä määritellä, sillä se jää epäselväksi. Lisäksi pykälän muotoilun yhteisösosiaalityön antamisesta voisi korjata muotoon yhteisösosiaalityötä toteutetaan.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot esittivät yhteisessä lausunnossaan, että pykälässä määriteltäisiin hyvinvointialueen yhteistyötarpeet kuntien ja järjestöjen kanssa. Jos asia jää pelkästään perustelujen varaan, tavoite ei välttämättä yhdenvertaisesti toteudu kaikkialla.

Hopealanka katsoi, että yhteisösosiaalityön määritelmä ja sisältö jäävät epäselviksi. Lausunnossa kysyttiin, keihin toiminta kohdistuu ja miten kohderyhmä määritellään ja tavoitetaan? Perusteluista puuttuvat rakenteet ja menetelmien kuvaus. Hopealanka ehdotti, että pykälässä säädettäisiin myös vertaistukitoiminnasta seuraavasti: yhteisösosiaalityötä tulee järjestää syrjäytymistä vähentävää etsivää työtä järjestämällä toimintaan haluaville osallisuuteen ja aloitteellisuuteen perustuvaa vertaistoimintaa, jota alueella koordinoi ja johtaa hyvinvointialueella saanut ryhmätoimintaan perehtynyt yhteisösosiaalityöntekijä.

Kangasniemen kunta katsoi, ettei sosiaalihuollon asiakkuuden jättäminen heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden oman aktiivisuuden varaan ole kannatettavaa. Laissa tulisi velvoittaa perustelutekstiä tarkemmin, miten tuen tarpeessa olevien henkilöiden sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisen palvelutarpeen arviointi käynnistyisi jo etsivän työn yhteydessä. Kaikkien ikäluokkien tavoittamiseksi etsivää työtä tulee tehdä hyvinvointialueiden ja kuntien yhteistyönä.

Keski-Suomen mielenterveysomaiset – FinFami kommentoi, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ja heidän omaistensa tunnistaminen ja tavoittaminen sekä tuen piiriin ohjaaminen vaatii etsivää työtä paikallistasolla. Mielenterveyden stigmaa lieventävä ja yhteisöä vahvistava työ on keino vähentää mielenterveysomaisten kuormitusta. Matalan kynnyksen toimintaa tarvitaan lisää, ja tässä voivat olla mukana julkiset sosiaali- ja terveystalot sekä kolmas sektori. Myös Myllyhoitoyhdistys kommentoi, että järjestöillä on paljon potentiaalia järjestää yhteisösosiaalityötä oikeanlaisen asiakasohjauksen kautta.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri lausui, että etsivän työn tekijöiden tulee olla tietoisia hoidon porrastuksesta ja heillä pitää olla pääsy asiakastietoihin, joista näkyy asiakkaiden olemassa olevat palvelut ja hoidolliset linjaukset. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri arvioi yhteisösosiaalityön aseman vahvistamisen sekä ehdotuksen mukaisen syrjäytymistä vähentävän työn vahvistavan lain

tavoitteiden toteutumista sekä toteuttavan käytännössä tarvittavia toimia vastaten räätälöidysti hyvinvointialueen asukkaiden tarpeisiin ja huomioiden todellisen kohderyhmän eli erityistä tukea tarvitsevat henkilöt.

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus katsoi, että yhteisösosiaalityöhön liittyvä tiedontuotanto on kytkettävä tiiviisti rakenteellisen sosiaalityön tehtävään. Koska yhteisösosiaalityötä ei lähtökohtaisesti katsota varsinaiseksi sosiaalipalveluksi eikä siitä tehdä hallintopäätöstä, tulee työtä ja siitä kertyvää tietoa dokumentoida muutoin kuin asiakastietona. Tätä varten tulee luoda asiakastietojärjestelmästä erillinen kanava yhteisösosiaalityössä kertyvän tiedon keräämiseen ja raportointiin, jotta työ ja työssä kertyvä tieto tulee näkyväksi ja se voidaan ottaa osaksi tietojohdantamista ja päätöksentekoa. Vastaava tarve dokumentointiin on myös etsivässä työssä. Yhteisösosiaalityön menetelmien kehittämiseen ja kokeiluihin tulee osoittaa riittävä määrä resurssia toimeenpanon varmistamiseen.

Kirkkohallitus piti yhteisösosiaalityötä kannatettavana, mutta toivoi pykälään liityntää ehkäisevän päihdetyön kanssa. Kondis kommentoi, että esityksestä puuttuu maininta lasten ja nuorten kanssa toteutettavasta ennaltaehkäisevästä huumetyöstä.

Kuntaliitto katsoi, että säännöksen sanamuoto on epäonnistunut ja perustelut ristiriitaiset. Yhteisösosiaalityö ei ole palvelukokonaisuuksien yhteensovittamista eikä asiakas- ja asiantuntijatyötä vaan sosiaalityön työmuoto, jossa otetaan kuntalaisten ja muiden toimijoiden asiantuntemus mukaan asukkaiden omissa arkiympäristöissä tapahtuviin kohtaamisiin. Yhteisösosiaalityön tulisi kohdistua lähtökohtaisesti kaikille kuntalaisille heitä erottelematta. Erityistä tukea tarvitsevien näkökulmaa voisi tuoda esiin perusteluissa. Kuntaliitto ehdottaa säännöksen 1 momentin muotoiluksi ”Hyvinvointialue järjestää yhteisösosiaalityötä alueensa asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi”. Etsivää työtä koskevan 2 momentin osalta Kuntaliitto kiinnitti huomiota perusteluihin. Perustelujen mukaan sosiaalihuollon vastuulla oleva etsivä työ tulisi kohdistaa erityisesti yli 29-vuotiaisiin, koska kuntien järjestämisvastuulla on jo vapaaehtoinen etsivän nuorisotyön palvelu, joka kohdistuu tätä nuorempiin. Tosiasiassa etsivän nuorisotyön resurssit ovat melko vähäiset, työn painopiste on nimenomaisesti koulutieltä putoavissa nuorissa ja etsivä nuorisotyö tavoittaa ainoastaan vajaa puolet arvioidusta ulkopuolisten nuorten kohderyhmästä. Palvelutehtävän kohdistamista ei tulisi rajoittaa toisen toimijan lakisääteisen tehtävän perusteella edes lain perustelujen tasolla. Lisäksi perusteluista tulee poistaa etsivää työtä koskien se, että sitä tulee tehdä sosiaalityön ja -ohjauksen keinoin. Rajaus ei ole tarkoituksenmukainen ja voisi kaventaa sosiaalihuollon moniammatillisuutta.

MIELI Suomen Mielenterveys ehdotti pykälään lisättäväksi: Yhteisösosiaalityö tulee toteuttaa yhteistyössä asukkaiden ja kansalaisjärjestöjen kanssa.

Oikeusministeriön näkemyksen mukaan etsivän työn ja yhteisösosiaalityön välistä suhdetta olisi syytä pykälässä selventää ja mahdollisesti täydentää pykälän otsikkoa, mikäli etsivää työtä on pidettävä jossakin määrin itsenäisenä toimintona yhteisösosiaalityöstä. Pykälästä ja sen perusteluista ei myöskään selkeästi ilmene, ketkä suorittavat pykälässä mainittuja toimintoja, ja onko kyse kuitenkin viranomaistoiminnasta. Kyse ei ole hallintopäätösten tekemisestä, mutta jää avoimeksi, onko kyse jonkinlaisesta tosiasiallisesta hallintotoiminnasta, jolla kuitenkin pyritään saamaan henkilöitä sosiaalihuollon piiriin ja johon soveltuu mm. hallintolain toisen luvun hyvän hallinnon perusteet, joihin kuuluu mm. palveluperiaatetta ja neuvontaa koskeva sääntely. Lisäksi pykälän molemmat momentit on kirjoitettu velvoittavaan muotoon. Jos esitysluonnoksen tavoitteena on nimenomaan eri toimijoiden vastuun selkeyttäminen, tulisi myös ilmetä, onko kyseiset tehtävät nimenomaan hyvinvointialueen vastuulla vai mahdollisesti myös kunnan vai molempien.

Pesäpuu kommentoi osallisuutta lisäävän sosiaalityön tarpeesta. Pikassos piti pykälän sisältöä tarkoituksenmukaisena, mutta näki sen jättävän tulkinnanvaraa käsitteen sisällölle. Se totesi kuitenkin, että tämä voi olla perusteltua alueelliset erityispiirteet huomioiden.

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca katsoi, että yhteisösosiaalityön antamisen sijaan lakiehdotuksessa tulisi puhua yhteisösosiaalityön järjestämistä tai toteuttamista. Antaminen viittaa yksilökohtaiseen työhön, jossa palvelua annetaan päätökseen perustuen. Yhteisösosiaalityössä keskeistä on yhdessä toimiminen alueen viranomaisten, asukkaiden, palvelujen käyttäjien, kolmannen sektorin toimijoiden ja muun yhteisön kanssa. Yhteisösosiaalityön luonnetta sosiaalityön toimintatapana tulisi täsmentää lakiehdotuksen perustelujen lisäksi lakitekstissä, koska yhteisösosiaalityöllä ei ole palvelujärjestelmään vakiintunutta sisältöä. Laissa tulisi huomioida yhteisösosiaalityö myös sosiaalisia ongelmia ehkäisevänä toimintana. Yhteisösosiaalityön avulla voidaan vahvistaa asuinalueiden yhteisöllisyyttä sekä edistää hyvinvointia ja terveyttä esimerkiksi tarjoamalla matalan kynnyksen kohtaamispaikkoja ja muuta ihmisten lähiyhteisöissä toteutettavaa toimintaa.

SAMOK:n mukaan yhteisösosiaalityön nostaminen lakiin omaksi pykäläkseen korostaa sen merkitystä ihmisten hyvinvoinnille. Erityisesti nuorten syrjäytyminen on iso ongelma ja yhteisösosiaalityöllä on mahdollista vähentää syrjäytymistä ja parantaa avun oikea-aikaista saantia. SAMOK toivoi lisäksi, että etsivään nuorisotyöhön sekä työpaja- ja ohjaamotoimintaan annetaan kunnille riittävät resurssit. SAKKI piti tärkeänä esityksen tavoitetta vahvistaa asiakkaiden tavoittamista vahvistamalla yhteisösosiaalityötä osana muuta sosiaalihuoltoa. Se piti tärkeänä, että esityksessä huomioidaan yhteisöllisten toimien ennaltaehkäisevä vaikutus ihmisten hyvinvointiin. Yhteisösosiaalihuoltoa vahvistamalla voidaan vaikuttaa myönteisesti myös nuorten opiskeluun ja turvallisuuden kokemukseen. Jos etsivä nuorisotyö ei ole alueella riittävän kattavaa, sosiaalihuollon etsivä työ tulee ulottaa myös alle 29-vuotiaisiin tai vaihtoehtoisesti alueelle tulee järjestää tarpeisiin vastaavaa etsivää nuorisotyötä.

SAMS katsoi, että perusteluihin tulisi kirja-ta oikeudet kielellisiin ja sivistyksellisiin oikeuksiin. Lisäksi perusteluissa tulisi viitata YK:n vammaissopimukseen, erityisesti sen 3 artiklan 4 kohtaan. SAMS kiinnitti huomiota myös suomenruotsalaiseen viittomakieleen ja oikeuteen saada tulkkausta. Hoidon yhteydessä on huomioitava asiakkaan kommunikaatiotarpeet.

Sininauhaliitto piti ehdotusta perusteltuna, mutta ehdotti lain perustelutekstin yhteistyötä koskevaan kohtaan velvoittavampaa muotoilua. Myös SOSTE piti ehdotusta tarkoituksenmukaisena, mutta korosti, että jatkossakin on huolehdittava kolmannen sektorin ja avustusperusteisen toiminnan edellytyksistä.

Suomen Psykiatriyhdistys kommentoi, että pykäläluonnoksessa tulisi selventää, mitä yhteisösosiaalityöllä, erityistä tukea tarvitsevalla ja etsivällä työllä tarkoitetaan. VALLI piti yhteisösosiaali-työtä hyvänä lisäyksenä palveluvalikkoon ja nosti esiin ennaltaehkäisevän työn sekä eri toimijoiden välisen työnjaon selkeyttämisen tärkeyden. Se totesi, että ikääntyvien parissa tehtävää yhteisö-työtä ja etsivää vanhustyötä tarvitaan ja että matalakynnyksinen ja pikainen ohjaus, apu ja tuki ovat erityisen tärkeitä avusta kieltäytyjille ja vaikeasti tavoitettavissa olevalle mielenterveys- ja päihdekäyttäjille.

Suomen Psykologiliitto kiinnitti huomiota siihen, että pykälässä ehdotetut muuttuvat lakisääteiksi palveluiksi, kolmannen sektorin toimijat eivät todennäköisesti enää saa rahoitusta samalle toiminnalle. Mikäli sosiaalihuollon valmiiksi varsin kuormittunut palveluverkko ei jatkossa pysty

vastaamaan olemassa olevaan yhteisösosiaalityön palvelutarpeeseen, niin palvelutaso voi monin paikoin heikentyä nykyisestä järjestötoimijoiden tarjoamasta. Palvelun hankkiminen ostopalveluna järjestöiltä voi tarkoittaa toiminnan byrokratian lisääntymistä, jolloin osa järjestötoiminnan joustavuudesta ja tehokkuudesta voidaan menettää.

Talentia piti muutosehdotusta tarpeellisena, mutta koki yhteisösosiaalityön käsitteen tarvitsevan tarkennusta. A-klinikkasäätiö kommentoi, että pykälän sanamuodon tulisi olla ”yhteisösosiaalityötä annetaan” sijaan ”järjestetään” tai ”toteutetaan”, ja että etsivän työn osalta herää kysymys siitä, voiko STEA-rahoitteisen järjestötoiminnan ja hyvinvointialueiden toteuttaman työn välille syntyä epäselvyyttä. Suomen sosiaalioikeudellinen seura toi esiin tarpeen kuvata asiakkaiden osallisuutta yhteisösosiaalityön kehittämisessä ja tarkentaa, millaisin konkreettisin toimin voidaan auttaa erityistä tukea tarvitsevia henkilöitä palvelutarpeen arvioinnin käynnistämiseksi. Myös A-klinikka kommentoi, että yhteisösosiaalityön käsite on laaja ja monitulkintainen.

THL totesi, että ehdotetussa pykälässä olisi hyvä mainita, että yhteisösosiaalityön yleisenä tavoitteena on yhteisöjen sosiaalisen eheyden ja hyvinvoinnin edistäminen, jotta sosiaalihuollon hyvinvointia edistävä tehtävä tulee esille erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvoinnin ja terveyden turvaamisen lisäksi. Se kommentoi myös, että sosiaalityössä etsivän työn perusta on erilainen kuin nuorisolakiin perustuvassa etsivässä nuorisotyössä, eikä sitä tulisi rajata yli 29-vuotiaisiin. THL piti kriittisenä sitä, pystytäänkö yhteisösosiaalityöhön osoittamaan riittävästi resursseja, jotta työtä pystytään tekemään, ja piti tärkeänä yhteisösosiaalityön ja etsivän työn tuen ja toimeenpanon seuraamista kansallisesti.

Teuvan kunta kannatti varhaisen tuen vahvistamista. Etsivän työn kehittäminen ja yhteensovittaminen kunnan vastuulle jäävän etsivän nuoristyön ja myös kuntien toimesta toteutettavan etsivän vanhustyön on tärkeä uudistusprosessi. Vaikka perusteluissa korostuu kaupungeissa tehtävä etsivä työ, on sen rooli vähintään yhtä tärkeä maaseutumaisilla alueilla, joissa ongelmat voivat jäädä etäisyyksien takia sekä lähiyhteisöltä että julkiselta palvelujärjestelmältä muutoin helposti piiloon. Asia tulisi huomioida perusteluissa.

Työ- ja elinkeinoministeriö katsoi, että on syytä selvittää, että onko etsivä työ sosiaalitoimen oma palvelu vai tarjoaako etsivää työtä tekevä taho palvelua asiakkaalle. Lausunnon mukaan toimintaa organisoitaessa ja siitä säädettäessä voisi pohtia, voiko etsivää työtä tekevä taho tarjota palvelua asiakkaalle hänen jonottaessa sosiaalityön palveluun. Palvelujärjestelmän tulisi kyetä ottamaan vastaan etsivää työtä tekevän tahon saattamia asiakkaita, muuten asiakkaat jäävät etsivää työtä tekevän tahon kannateltavaksi palveluiden ulkopuolelle. Lisäksi lausunnossa katsottiin, ettei yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden ja kansalaisyhteiskunnan kanssa tule tehdä ainoastaan kustannussäästöjä tavoitellen.

Työterveyslaitos totesi, että mielenterveyden edistämistä tapahtuu paljon myös työelämässä ja esimerkiksi työn sosiaalinen pääoma tukee mielenterveyden edistämistä. SAK totesi, että työelämänäkökulma, työelämän tarpeet ja yhteys työterveyshuoltoon jäävät ohueksi, lisäksi liiallinen diagnoosikeskeisyys voi nousta ongelmaksi sosiaalityön toteuttamisessa.

Valtiovarainministeriö totesi, että etsivää työtä tehdään nykyään eri tavoin: osittain suurten/suurehkojen kaupunkien toimintana ja osittain esimerkiksi järjestötoimijoiden tuottamana. Arvio siitä, että esitys lisäisi tältä osin hyvinvointialueiden kustannuksia 1,9 miljoonalla eurolla, kaipaisi täsmennystä. On epäselvää, miltä osin nykyisin järjestöjen tuottamaa toimintaa on arvioinnissa huomioitu ja sisältyykö se arvioituun lisäkustannukseen. Jää myös epäselväksi missä

laajuudessa toimintaa tulisi lopulta toteuttaa ja paljonko se lisäisi tosiasiallisia asiakkuuksia mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja siten alueiden rahoitustarvetta.

Valvira katsoi, että pykälässä tai perusteluissa tulisi tarkentaa, miten yhteisösosiaalityöllä voidaan konkreettisesti vaikuttaa erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden auttamiseen ja osallisuuden vahvistamiseen yhteisöjen jäsenenä. Nyt yhteisösosiaalityö olisi jäämässä irralliseksi tavoitteeksi erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, eikä pykäläluonnoksessa tai perusteluissa mainita myöskään asiakkaiden ja asukkaiden osallisuutta yhteisöjen toiminnan kehittämisessä. Esitysluonnoksen perusteluiden mukaan yhteisösosiaalityön tai etsivän työn toiminta ei edellyttäisi asiakkaan henkilötietojen käyttöä, jolloin se ei myöskään avaisi sosiaalihuollon asiakkuutta, vaan sosiaalihuoltoasia tulisi vireille, kun henkilö olisi itse yhteydessä sosiaalihuoltoon tai muuta kautta tulisi tieto, että henkilö olisi sosiaalihuollon tarpeessa. Valvira totesi, ettei sosiaalihuollon asiakkuutta voida jättää henkilöiden oman aktiivisuuden varaan, vaan laissa tulisi velvoittaa, miten tuen tarpeessa olevien henkilöiden sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisen palvelutarpeen arviointi käynnistyisi jo etsivän työn yhteydessä.

Vammaisfoorumi ja JHL pitivät yhteisösosiaalityöstä säätämistä tarkoituksenmukaisena, mutta nostivat esiin riittävien resurssien varmistamisen. Myös Kehitysvammaliitto kommentoi resurssien parantamisen tarpeesta. Vammaisfoorumi kommentoi, että yhteisösosiaalityössä kannattaisi hyödyntää hyvinvointialueiden vanhus- ja vammaisneuvostoja.

4.2 Onko mielenterveyden edistämistä koskevan pykälän (sosiaalihuoltolaki 7 b §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 113 lausunnonantajaa, joista 33,6 % vastasi ”kyllä”, 48,7 % ”kyllä pääosin”, 0,8 % ”ei pääosin”, 1,8 % ”ei” ja 15,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Vammaisfoorumi piti sääntelyä onnistuneena, koska mielenterveyden edistäminen kytketään kunnan asukkaiden hyvinvointia koskevaan tehtävään. Myös Kehitysvammaliitto piti tätä tärkeänä. Tampereen kaupunki piti hyvänä kunnan ja hyvinvointialueiden yhteistyön korostamista. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä piti ehdotusta järkevänä ja taloudellisena. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue kannatti mielenterveyden edistämisen pykälää osana sosiaalihuoltolakia, sillä mielen-terveyden edistäminen osana sosiaalihuollon palveluiden järjestämistä toteuttamista edesauttaa palveluketjun kokonaisvaltaista tarkastelua myös talouden näkökulmasta.

THL kommentoi, että pykälän sisältö on ajankohtainen ja merkittävä väestön mielenterveyden ja mielen hyvinvoinnin lisäämiseksi ja vahvistamiseksi. Myös pykälän sanoitusta pidettiin erinomaisena. THL muuttaisi kuitenkin pykälän sisältöä siten, että siinä viitattaisiin ensin mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistamiseen ja tämän jälkeen mielenterveyshäiriöiden syntyminen ehkäisemiseen. THL totesi, että mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen, eli mielenterveyden edistäminen, on laaja-alaisen mielenterveystyön yläkäsite, joka kattaa myös ehkäisevän mielenterveystyön. Myös SLL piti pykälää tärkeänä ja ehdotti vastaavaa muutosta.

A-klinikkasäätiö, A-Kiltojen Liitto, EPT-verkosto, EHYT, Hopealanka, Into, Irti Huumeista, Kalliolan Settlementti, Karjaan Ratatupa, Lääkäriliitto, Päihdetyön Talentia, PÄIVYT, Rauman kaupunki, Suomen sosiaalioikeudellinen seura, Suomen Päihderiippuvaiset, SuPer, Talentia, VAK, Valvira

sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että kohdassa tulisi mainita myös päihitteettömyyden edistäminen ja haittojen vähentäminen. Lisäksi osassa näitä lausuntoja todettiin, että kunnan ja hyvinvointialueen yhteistyön lisäksi tulisi määritellä keinot, joilla toiminnan onnistumista seurataan ja nimetä tehtävistä vastaava toimielin kuten ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä annetun lain 5 §:ssä. Kuntoutussäätiö lisäisi kohtaan päihitteettömyyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän mielenterveystyön ja piti myös tärkeänä, että toiminnan onnistumisen arviointiin määritellään keinot ja mittarit muutosten toteutumisen seurantaan. Talentia totesi, että tulisi avata sitä, miten yhteistyövelvoite siirretään käytäntöön ja miten toimeenpanoa ohjataan. SuPer kommentoi, että kuntien vastuulle jäävä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen voi käytännössä jäädä pelkiksi kirjauksiksi suunnitelmiin, koska kunnilta puuttuvat työstä kannustimet ja kunnille tehtävän hoitoon osoitetut määrärahat ovat hyvin pienet. Suomen Päihderiippuvaiset kommentoi, että perusteluista ei selviä, miten hyvinvointialueen ja kuntien yhteistyötä on ajateltu toteutettavan konkreettisesti. Yhteistyövelvoitteen epäselvyyden ja selkeyttämisen tarpeen nostivat esiin myös Kuopion kaupunki, Kymsote, Omaishoitajaliitto, Teuvan kunta ja Äänekosken kaupunki.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia katsoi, että perusteluja olisi syytä täydentää siltä osin kuin ehdotettu säännös ei täysin vastaa voimassa olevaa sääntelyä.

Espoon kaupunki piti pykälän sisältöä pääosin tarkoituksenmukaisena ja katsoi, että laissa pitäisi näkyä vastuutahot ja resurssit. Lisäksi Espoon kaupunki piti tulkinnanvaraisena sitä, että samasta asiasta säädetään useissa laeissa: niin sosiaalihuolto- kuin terveydenhuoltolaissa ja lisäksi yleisemmin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa. Puutteena nähtiin myös se, ettei ehdotuksessa ole kirjausta kunnan ja hyvinvointialueen sekä järjestösektorin ja yritysmaailman yhteistyöstä. Espoon kaupunkia vastaavasti kommentoi myös Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot pitivät yhteisessä lausunnossaan pykäläehdotusta liian yleisluonteisena. Siitä ei selviä mihin se tarkkaan ottaen velvoittaa kuntia ja hyvinvointialueita.

Kondis totesi, että kohdassa olisi tarkoituksenmukaista mainita huumeiden kokeilun ja käytön vaikutuksista mielenterveyteen.

Kuntaliitto katsoi, että mielenterveyden edistäminen sisältyy järjestämislain mukaiseen yleiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävään. Järjestämisvastuun siirron jälkeen hyvinvointialueiden toimialaan liittyviä kunnan tehtäviä koskevaa sääntelyä ei tule sisällyttää sote-alan sektorilainsäädäntöön vaan ensisijaisesti järjestämislakiin. Kuntaliitto kuitenkin katsoi, että jos sektorilaissa säädetään mielenterveyden edistämisestä, myös päihdehaittojen ja muiden riippuvuuksien ehkäisy pitäisi määritellä vastaavasti. Kuntaliitto totesi myös, että ehkäisevän päihdetyön lainsäädäntö ei ulotu muihin riippuvuuksiin. Tässä esityksessä ehdotettu laajennus tulisi arvioida myös taloudellisten vaikutusten arvioinnissa. Muutoksen myötä kohderyhmä muuttuu.

Mielenterveyden keskusliitto katsoi, että mielenterveyden edistämiseksi tulee määritellä selkeät kriteerit ja tarvittaessa säätää ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä annetun lain kaltainen säädös, jossa kunta veloitetaan edistämään mielenterveyttä, tuottamaan tehdystä edistämistyöstä säännöllisesti tietoa ja nimeämään tähän toimintaa koordinoiva ja seuraava toimielin. Lisäksi aluehallintovirastoille tulisi antaa asianmukainen valvontavalta myös kuntien vastuulla olevaan mielenterveyden edistämiseen.

MIELI Suomen Mielenterveys ehdotti, että pykälän ensimmäinen lause muokattaisiin seuraavaksi: Kunnan ja hyvinvointialueen on yhteistyössä asukkaiden ja kansalaisjärjestöjen kanssa kehitettävä elinolosuhteita siten, että ne ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä ja vahvistavat mielenterveyttä suojaavia tekijöitä.

Oikeusministeriön näkemyksen mukaan eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä säätäminen mielenterveyden edistämiseksi, etenkin ehkäisevissä toiminnoissa, on perusteltua. Mikäli esitysluonnoksen yhtenä päätavoitteena on nimenomaan selkeyttää sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä ja vastuunjakoa sekä selkeyttää ja parantaa eri toimijoiden välistä yhteistyötä, niin tätä edistäisi kuitenkin se, että perusteluissa kuvattaisiin, mitä tämä yhteistyö käytännössä voisi tarkoittaa.

Posion kunta piti pykäläluonnoksen sisältöä hyvänä. Se nosti esiin, vaaditaanko tulevaisuudessa vahvaa toimijuutta käyttäjäasiakkaalta, ja huomioidaanko kaikki tukea tarvitsevat. Posion kunta toi esiin, että avopalveluissa on ehkä aiempaa suurempi vastuu palvelujen tuottamisesta, kun sairaalapaikat ovat vähentyneet, hoitajaksot ovat aiempaa lyhyempiä ja kotiukset tapahtuvat osin ehkä liian varhaisessa vaiheessa. Posion kunta esitti huolena, miten asiakkaat/potilaat selviävät avokäyntityöllä ja mistä riittävä tuki saadaan järjestettyä ja arvioi painetta siirtyvän perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskustyöhön, kun iso osa diagnostiikasta ja lääkitysten suunnittelusta ja seurannasta on enenevästi perustason vastuulla.

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca katsoi, että mielenterveyden edistämiseksi on tärkeää varmistaa hyvinvointialueiden, kuntien ja muiden toimijoiden yhteistyö sekä olemassa olevien hyvien käytäntöjen säilyminen ja vahvistuminen.

SAK kommentoi, että työelämässä tapahtuva mielenterveyden edistäminen sekä järjestöjen rooli on jätetty pois. Myös Akava kommentoi, että työelämässä tapahtuvaa mielenterveyden edistämistä ja sen yhteensovittamista ei ole tässä yhteydessä huomioitu, mutta piti kuitenkin säännöstä kannatettavana.

Suomen Psykiatriyhdistys kommentoi, että pykälää tulisi tarkentaa siten, että kunnan viranomaisilla tarkoitetaan viranomaisia kaikilta kunnan palvelusektoreilta. Suomen Psykologiliitto katsoi myös, että pykälää tulisi tarkentaa. Lausunnon mukaan jää epäselväksi, kuka ja missä kuntien osalta ennaltaehkäisevää mielenterveytyötä käytännössä tekee, kun suuri osa tätä nykyisin toteuttavasta henkilöstöstä siirtyy hyvinvointialueiden palvelukseen. Jos todella halutaan siirtää painopistettä edistävään ja ehkäisevään työhön, tarvitaan jonkinasteista säätelyä ja ohjeistusta yhteiskunnallisen ja rakenteellisen edistävän ja ehkäisevän mielenterveytyksen sisällöistä, jotta tämän työn toteutumista voidaan myös seurata ja arvioida.

Työ- ja elinkeinoministeriö katsoi, että esityksessä olisi tarpeen ottaa kantaa matalan kynnyksen mielenterveytyksen järjestämiseen ja vertailla matalan kynnyksen palvelun ja etsivän palvelun toimivuutta ja tavoitteita.

VALLI kommentoi ennaltaehkäisevän palvelun ja elinolosuhteiden kehittämisen tärkeydestä ja nosti esiin julkisen sektorin ohella järjestöjen merkittävän työn mielenterveyden tukemisessa.

4.3 Onko päihdetyön palveluna annettavan päiväkeskustoiminnan ja tilapäisen majoituksen pykälän (sosiaalihuoltolaki 24 §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 118 lausunnonantajaa, joista 17,8 % vastasi ”kyllä”, 23,7 % ”kyllä pääosin”, 14,4 % ”ei pääosin”, 27,1 % ”ei” ja 16,9 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

THL piti pykälän sisältöä tarkoituksenmukaisena ja totesi, että on tärkeä seurata kansallisesti päiväkeskustoimintaa ja tilapäiseen asumiseen liittyvää toimintaa, jotta pystytään ymmärtämään esimerkiksi asiakasvolyyymien kehittymistä sekä sitä, miten nämä palvelut tullaan hyvinvointialueilla järjestämään. Kuopion kaupunki arvioi, että päiväkeskus on keskeinen paikka kontaktoida erityisen tuen tarpeessa olevia ja tarjota heille sosiaaliohjausta, ja se muodostaa turvallisen tilan kohdata esimerkiksi päihdekäyttäjää tai mielenterveysasiakasta madaltaen kynnystä hakeutua avun ja tuen piiriin. Kuopion kaupungin mukaan päiväkeskustoiminnassa sosiaaliohjaus näyttäytyy ensisijaisena, mutta muodostaa terveydenhuollon kanssa tiiviissä yhteistyössä monialaisen kokonaisuuden, ja että päiväkeskustoiminta täydentää välttämättömän hoidon ja huolenpidon palveluita. Leppävirran kunta totesi, että lakimuutos vahvistaisi palvelujen järjestämistä ja rahoituspohjaa, sillä nykyisin toiminta on useilla paikkakunnilla järjestöjen vastuulla.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/ Kuopion yliopistollisen keskussairaala piti säännöstä hyvänä. He arvioivat, että sosiaalihuollon kynnyksetön toiminta ja monialainen palvelu parantavat asiakkaan perusoikeuksien toteutumista, ja että säädöksellä on myös positiivinen vaikutus turvallisuusviranomaisten toimintaan. Myös Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri piti pykälää selkeyttävänä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri kommentoi, että tarve on todellinen, vaikkei asunnottomuus välttämättä näy Suomessa yhtä ilmeisenä kuin joissain maissa, ja että päihtyneenä asioinnin mahdollistaminen on oikeusjärjestyksen sekä sosiaalioikeuden arvojen mukaista. Julkinen keskustelu erillisten käyttötilojen mahdollistamisesta voinee tulevaisuudessa liittyä myös tämän lainkohdan nimeämiin palveluihin. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin näkemyksen mukaan kohderyhmän ohjaaminen palveluiden piiriin ja haittoja vähentävät näkökulmat sekä mahdollisuus anonymiteettiin ovat realistisia. Palvelu voi myös sitouttaa ja motivoida ihmistä yhteistyöhön terveytensä edistämiseksi. Kokemusasiantuntijoiden ja heidän antamansa toivoa luovan esimerkin hyödyntäminen näissä palveluissa voisi olla tarkoituksenmukaista ja tavoitteita toteuttavaa. Lisäksi lainkohdan muotoilussa ja lain esitöissä voisi vielä varmistaa, etteivät pienempien asuinalueiden asukkaat joudu epäyhdenvertaiseen asemaan ja palveluun olisi yhtäläinen mahdollisuus asuinalueesta riippumatta.

Vammaisfoorumi ja Kehitysvammaliitto kannattivat päiväkeskustoiminnan ja tilapäisen majoituksen palveluja, mutta pitivät tärkeänä huomioida niiden esteettömyyden toteutuminen.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikka Oy, A-klinikkasäätiö, EHYT, EK, EPT-verkosto, ETKL, HALI, Hopealanka, Irti Huumeista, Kalliolan Setlementti, Kangasniemen kunta, Kirkkohallitus, PäMi, Porin kaupunki, PÄIVYT, Suomen Päihderiippuvaiset, Suomen sosiaalioikeudellinen seura, Tampereen kaupunki ja VAK sekä Espoon, Kirkkonummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että esitetyllä muutoksella, jossa sosiaalihuoltolain 24 §:ssä säädettäisiin jatkossa päiväkeskuksesta ja tilapäisestä majoituksesta päihdetyön palveluna, sosiaalihuoltolain 25 § kumottaisiin ja päihde- ja riippuvuustyöstä ja mielenterveystyöstä säädettäisiin jatkossa sosiaalihuoltolain 4 luvun 33 b § ja 33 c §:ssä heikennettäisiin sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuutta. Muutos siirtäisi vastuuta enemmän terveydenhuollon puolelle ja näin ollen henkilöt, joilla ei ole tiettyä lääketieteellistä diagnoosia, voisivat jäädä palvelujen ulkopuolelle. Sosiaalihuollon päihdetyössä tulisi säilyttää itsenäisen arvioinnin mahdollisuus palvelun tarpeen osalta. Lisäksi esitys heikentäisi oikeutta saada kuntoutusta laitospalveluissa. Esiin nostettiin myös raskaana olevien oikeus saada

riittävät päihteettömyyttä tukevat sosiaalihuollon palvelut sosiaalitoimen itsenäisenä arviona. Esitettiin, että muutos tulisi toteuttaa siten, että nykyistä sosiaalihuoltolain 24 §:ää täydennettäisiin lisäämällä palvelujen jatkuvuutta ja samanaikaisia mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevat kohdat sekä säädettäisiin palvelujen antamisesta henkilön tai hänen läheisensä avun, tuen ja kuntoutuksen tarpeen perusteella. Lisäksi mielenterveystyöstä ja –palveluista tulisi edelleen säätää sosiaalihuoltolain 25 §:ssä, jotta palvelut säilyisivät sekä sosiaalihuoltolain että terveydenhuoltolain osalta järjestämisvelvollisuuden piirissä. Myös Rauman kaupunki katsoi, että päihdetyön erityispalvelut tulisi säilyttää sosiaalihuollon lakisääteisenä tehtävänä ja että olisi tärkeää, että asiakkaalla säilyisi mahdollisuus hakeutua palveluihin sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon kautta.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, ETKL, Karjaan Ratatupa, Perhehoitoliitto, PÄIVYT, PÄMi, Suomen sosiaalioikeudellinen seura, Porin kaupunki ja VAK sekä Espoon, Kirkko-nummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat lisäksi, että päihde- ja riippuvuustyöstä ja mielenterveystyöstä tulisi edelleen säätää sosiaalihuoltolain 14 §:ssä ja sosiaalihuoltolain 17 §:ään tulisi lisätä mielenterveys- ja päihdetyön kuntouttavat avo- ja laitospalvelut sekä päihteettömyyttä tukevat asumispalvelut. Myös Perhehoitoliitto katsoi, että päihde- ja riippuvuustyö ja mielenterveystyö tulisi säilyttää 3 luvun 14 §:n 10) ja 11) -kohdassa tuen tarpeisiin vastaavina sosiaalipalveluina. Suomen Päihderiippuvaiset kommentoi, että päiväkeskuksen ja tilapäisen majoituksen yhteydessä tulee järjestää ohjausta päihdepalveluihin ja muuta tarpeen mukaista ohjausta avun saamiseksi. Myös päihteen päiväkeskustoiminta ja päihteettömyyttä tukeva asumispalvelu tulee turvata.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, Irti Huumeista, PÄIVYT, Suomen sosiaalioikeudellinen seura, Tampereen kaupunki, Porin kaupunki, PÄMi ja VAK sekä Espoon, Kirkkonummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat pitivät päiväkeskuspalvelusta säätämistä kuitenkin tarpeellisena. Myös Kirkkohallitus kannatti sitä. ETKL, PÄIVYT, Kuntoutussäätiö, A-Kiltojen Liitto, EHYT, PÄMi, Aspa-säätiö ja VAK esittivät lisäksi, että päiväkeskustoimintaa ja tilapäistä majoitusta tulisi järjestää myös mielenterveyspalveluna. Myös Niuvanniemen sairaala kiinnitti huomiota siihen, että päiväkeskustoiminta rajautuu nyt ehdotetussa muodossa päihteenkäyttäjiin, jota se pitikin todennäköisesti suurimpana palvelun käyttäjäryhmänä. Se piti kuitenkin mahdollisena, että mielenterveyshäiriö ilman päihderiippuvuutta johtaa samankaltaiseen tilanteeseen kuin vaikeasti päihderiippuvaisella ja esitti siten harkittavaksi, olisiko säädöstä väljennettävä siten, että se koskisi myös muita mielenterveyshäiriöitä kuin päihteen käyttäjiä heidän tilanteensa rinnastuessa päihteenkäyttäjien tilanteeseen. A-klinikkasäätiö puolestaan esitti kysymyksen siitä, voiko päiväkeskustoiminnan osalta syntyä epäselvyyttä STEA-rahoitteisen järjestötoiminnan ja julkisen hyvinvointialueiden toteuttaman työn välille, ja miten tällaiset mahdolliset rajapintojen epäselvyydet ratkaistaan. Valvira oli muutoin samaa mieltä edellä esitettyjen näkemysten kanssa, mutta se käytti päihde- ja riippuvuustyön ja mielenterveystyön sijaan sanoja päihde- ja riippuvuus-palvelut ja mielenterveyspalvelut. Se piti tärkeänä, että sosiaalihuoltolain palveluja koskevassa 3 luvussa säilytettäisiin päihdetyön 24 §:n sisältö nykyisessä muodossaan tarkennettuna asiakkaan oikeudella yksilöllisiin tarpeiden mukaisiin palveluihin sekä palveluiden jatkuvuuden ja samanaikaisuuden turvaamisella. Päiväkeskus ja tilapäinen majoitus –palvelulle olisi tarkoituksenmukaista olla oma pykälä, tosin ennen tätä olisi arvioitava asiakasturvallisuuden näkökulmasta, voidaanko tilapäistä majoitusta tarjota täysin anonyyminä palveluna ja millaisia henkilöstö- ja tilavaatimuksia kyseisen majoituksen tulisi täyttää, kun palveluita tarjotaan myös päihtyneille.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia katsoi, ettei ehdotus turvaa riittävässä määrin perustuslain 19 §:n 1 momentissa tarkoitettua välttämättömän huolenpidon toteutumista kaikkein vaikeimmassa asemassa olevien asunnottomien osalta. Pitkäaikainen asunnottomuus muodostaa riskin henkilön vakavalle sairastumiselle tai saattaa olennaisesti vaikeuttaa henkilön parantumista vaikeasta sairaudesta. Vaikka sekä sosiaaliohjauksella että päiväkeskustoiminnalla voi olla tärkeä osa asunnottoman henkilön perusoikeuksien turvaamisessa, ei näiden palvelujen avulla voida poistaa pitkittyneeseen asunnottomuuteen liittyvää riskiä sairastua vakavasti tai kuntoutumisen olennaista vaikeutumista. Lausunnon mukaan ei ole perusteltavissa, ettei asiakkaalla olisi halutessaan oikeutta saada palvelua koskevaa päätöstä. Lisäksi pykälän sanamuoto ei kata kaikkia ehdotettuja palveluja tarvitsevia. Pykälän ja perustelujen välillä on lisäksi ristiriita sen suhteen, onko palvelua aina järjestettävä. Pykälän ja perustelujen tulisi kuitenkin olla niin selkeitä, että yksittäinen henkilö voi niiden perusteella päätellä mihin hänellä on oikeus. Perustelujen pohjalta on myös vaikeasti ymmärrettävissä, miksi ehdotuksessa sosiaaliohjaus ja päiväkeskustoiminta on yhdistetty palveluina yksinomaan tilapäismajoitukseen sen sijaan, että palveluja olisi annettava vaikeasti syrjäytyneille henkilöille myös pysyvän asumisen tukena.

HALI kommentoi, ettei esitys ota kantaa siihen, millaista lupaa edellyttäväksi palveluksi tilapäinen majoitus päihdetyön palveluna luetaan. Koska kyse on ensisijaisesti päihteitä ongelmallisesti käyttäville, päihdekierteessä oleville tai muista riippuvuusongelmaista kärsiville suunnatuista palveluista, kokonaisuus vertautunee selkeimmin niin sanottuun ensisuojoitoimintaan, ja tältä osin esityksessä tulisi arvioida laajemmin, millaisin edellytyksin ja vaatimuksin myös yritykset voivat osallistua päivätoiminnan ja tilapäisen majoituksen tarjoamiseen. Lisäksi vaatimuksia tilojen ja henkilökunnan koulutuksen osalta tulisi avata. Nimettömästä asioinnista nostettiin esiin taloudelliset riskit esimerkiksi vahinkotapauksissa. Esiin nousi myös kysymys siitä, olisiko toiminta yksityisille palveluntuottajille luvanvaraista.

Hankasalmen kunta katsoi jäävän epäselväksi, onko toiminta alueittain vai kunnittain järjestettävää ja voidaanko sitä järjestää kolmannen sektorin kanssa yhteistyössä. Hämeenlinnan kaupunki arvioi, että päiväkeskustoiminta ja tilapäinen majoitus ovat hyviä matalan kynnyksen ehdotuksia, mutta nosti esiin kysymyksen lisäkustannuksista ja resursseista, mikäli ne tuotetaan uutena palveluna. Lisäksi se nosti esiin, että vaikka anonymisuus luo matalaa kynnystä palveluihin, herää kysymykset turvallisuudesta ja vastuusta esimerkiksi väkivalta- tai rikosepäilytilanteissa, ja piti huonona sitä, ettei palvelusta tehdä päätöstä, eikä siitä voi siksi valittaa.

Helsingin kaupunki katsoi, ettei tilapäisessä majoituksessa tule voida asioida nimettömänä. Tieto henkilöllisyydestä tarvitaan mahdollisia hätätilanteita ja muita odottamattomia tilanteita varten. Helsingin kaupungin kokemuksen mukaan henkilöllisyyden paljastaminen ei ole aiheuttanut ongelmia tilapäismajoituksessa.

JHL piti sinänsä kannatettavana päiväkeskustoimintaa ja tilapäistä majoitusta, mutta nosti esiin huolen siitä, miten voidaan auttaa paikassa säännöllisesti käyviä asiakkaita. Lisäksi anonymi asiakkuus voi aiheuttaa riskejä, jos tiloissa tapahtuu esimerkiksi rikollista toimintaa. Tärkeänä pidettiin, että esitetyissä toiminnoissa on sosiaalialan ammattilaisten lisäksi paikalla myös terveydenhuollon ammattilaisia.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä totesi, että päiväkeskustoiminta ja yömajatyypinen toiminta on ollut suurelta osin kolmannen sektorin toimintaa ja kysyi, ottaako hyvinvointialue tuotanto- ja kustannusvastuun.

Soite kommentoi, että pienelle hyvinvointialueelle palvelun järjestäminen lyhyellä aikataululla ja vähäisellä henkilöstöllä on hyvin haastavaa, ja että budjetissa tulisi huomioida uuden toiminnan järjestäminen ja kehittäminen. Todettiin, että tarkkaa tietoa alueella esiintyvistä tarpeista kyseiselle palvelulle ei ole. Lisäksi nostettiin esiin vaara järjestelmän hyväksikäytölle sekä sille, että tilapäiseksi tarkoitettu palvelusta tulee pysyvämpi, jolloin paikat täyttyvät, eikä palvelua ole saatavilla kaikille sen tarvisijoille. Essote piti päivätoimintaa kannatettavana, mutta näki, ettei ensisuoja olisi heidän alueellaan tarkoituksenmukainen, sillä tarve on vaihtelevaa ja yksittäistä. Tilapäinen majoitus voitaisiin järjestää myös vaihtoehtoisin tavoin. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä kommentoi, että asunto ensin -tavoitteessa jää epäselväksi, miten pienet kunnat järjestävät palvelunsa, ja pohti, miten tässä toimii palveluohjaus hyvinvointialueilla, jos kyseessä olisi yksityinen palveluntuottaja. Osittaista nimettömyyttä pidettiin kannatettavana.

Kotkan kaupunki katsoi, että kirjaus ”palvelua tulee järjestää myös päihtyneelle” on tarpeellinen ja parantaa asiakkaan oikeusturvaa ja ihmisoikeuksien toteutumista. Ensisuojatoiminta on kuntien ja hyvinvointialueen yhdyspinnalla. Tästä yhdyspintatyöstä kuntien ja hyvinvointialueen kesken tuli-säättää selkeämmin.

Kuntaliitto totesi, ettei palvelusta, josta ei tehtäisi hallintopäätöstä, tulisi säätää sosiaalihuoltolain palveluja koskevassa luvussa. Säännös vaikuttaa päällekkäissäntelyltä eikä sen suhde sosiaalihuoltolain 12 §:ään tai voimassa olevaan sosiaalihuoltolain tilapäisen majoituksen pykälään (21 §) ole selkeä. Esitysluonnoksessa ei arvioida kyseisen palvelun järjestämiseen liittyviä riskejä eikä taloudellisissa arvioissa tuoda realistisesti esiin sitä, että sen kaltaisissa palveluissa tulee turvata myös työntekijöiden turvallisuus erillisillä ympärivuorokautisilla vartijaresursseilla. Taloudellisten arvioiden mukaan ensisuoajatyyppisen toiminnan asiakasmäärä kasvaisi 15 prosentilla. Perusteluista ei suoraan selviä, miten tehtyyn asiantuntija-arvioon luku perustuu ja onko ehdotettu palvelu todella vastaava kuin nyt käytössä olevat ensisuoja-palvelut. Vastaavantyyppistä matalan kynnyksen toimintaa järjestetään nyt myös STEA:n rahoituksella. Palvelun järjestämiseen varattu rahoitus on Kuntaliiton arvion mukaan tästäkin syystä liian vähäinen. Lisäksi Kuntaliitto ehdotti selvitettäväksi, miten viranomaistoiminta ylipäänsä suhtautuu ehdotetun kaltaisen nimettömän palvelun järjestämiseen. Varautumisen näkökulmasta anonyymi majoituspalvelu ei ole viranomaisen toteutettavissa. Majoituspalvelu tulee jatkossakin toteuttaa sosiaalihuoltolain 21 §:n mukaisena hallintopäätökseen perustuvana yksilökohtaisena sosiaalipalveluna.

Kuntoutussäätiö näki ehdotuksen johtavan erityisesti haastavimmassa asemassa olevien henkilöiden aseman ja oikeuksien heikkenemiseen ja heikentävän oikeutta saada päihdehuoltolain ja sosiaalihuoltolain nojalla myönnettävää kuntoutusta laitospalveluissa. Se piti tärkeänä, että sosiaalihuollolla on jatkossakin oikeus itsenäiseen arviointiin ja harkintaan päihdepalveluissa ja esitti, että nykyinen sosiaalihuoltolain 3 luvun 24 § säilytetään. Pikassos esitti samaa. Se kommentoi, että muutos heikentäisi sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja päihdepalvelujen saatavuutta. Se kannatti lähtökohtaisesti päiväkeskustoiminnasta ja tilapäisestä majoituksesta säätämistä, mutta nosti esiin huolen kolmannen sektorin kohtaamispaikkatoiminnan loppumisesta, mikäli se nähtäisiin muutoksen myötä päiväkeskustoimintana, sillä STEA-rahoitus ei kata lakisääteisiä palveluja. Myös Yhdenvertaisuusvaltuutettu kommentoi ehdotuksen heikentävän järjestämisvelvollisuuden piirissä olevia sosiaalihuollon päihdetyötä ja -palveluja. Yhdenvertaisuusvaltuutettu näki, että säännös tulisi säilyttää ja sitä tulisi tarpeellisilta osin täydentää, ja päiväkeskuksesta ja tilapäisestä majoituksesta olisi perusteltua säätää erillisenä kohtanaan. Lisäksi se kiinnitti huomiota siihen, ettei sosiaalihuoltolain 24 §:n mukaan palvelusta annettaisi päätöstä ja näki, että tämä heikentäisi asiakkaan oikeusturvaa, sillä perustuslain mukaisia oikeusturvakeinoja ei voisi käyttää.

Kymsote kommentoi, että tehtävänjako, lakisääteisyys ja rahoitusmalli järjestöjen vastaavan toiminnan kanssa jäävät epäselväksi. Haittoja vähentävän toiminnan korostamista ja tilapäisen majoituksen turvaamista päihtyneille pidettiin hyvänä, mutta esiin nostettiin haasteellisuus toteuttamisessa harvaan asutulla laajalla alueella. Päiväkeskustoimintaa ja tilapäistä majoitusta voitaisiin järjestää myös erillisinä palveluina.

Oikeusministeriö katsoi, että pykälää ja sen perusteluja tulisi täsmentää; pykälän sisältö ja tavoite jäävät epäselväksi ja pykälän perustelut ovat osin epäjohdonmukaisia. Oikeusministeriö kiinnitti huomiota siihen, että pykälän perusteluissa ei perustella, miksi nimettömänä asioimisen mahdollistaminen olisi tarpeellista. Esityksen perusteluissa voisi myös selkeyttää nimettömänä asioinnin ja palvelutarpeen arvioinnin käynnistämisen suhdetta. Lisäksi perustelujen mukaan hyvinvointialueet voisivat edelleen ostaa päiväkeskustoimintaa yksityiseltä palveluntuottajalta, huomioiden kuitenkin, että palveluun sisältyvä palveluohjauksellinen osuus tulisi järjestää muulla tavoin kuin ostopalveluna sen sisältämän julkisen hallintotehtävän vuoksi. Jos luonnoksen 24 §:n mukainen palvelu ostettaisiin yksityiseltä, miten julkiseen hallintotehtävään kuuluva palveluun ohjaaminen/neuvonta ja mahdollinen palvelutarpeen arviointi toteutettaisiin, etenkin jos tämä muodostaa itse asiassa keskeisen osan päiväkeskustoiminnasta?

Lisäksi oikeusministeriö huomautti, että kirjaus ”palvelusta ei anneta päätöstä” tulisi poistaa. Päätöksen tekemättä jättämisestä tehdään harvoin kirjaus lakiin. Lisäksi oikeusministeriön näkemyksen mukaan pykälässä ei ole kysymys toiminnasta, jossa tulisi edes kysymykseen hallintopäätöksen tekeminen oikeusvaikutuksineen vaan kysymys on enemmän heikommassa asemassa olevien henkilöiden perustarpeiden täyttämistä ja näiden henkilöiden tuomisesta palveluiden piiriin sekä tämän jälkeen ensiksi palvelutarpeen arvioinnista, ennen kuin voidaan tehdä päätöksiä sosiaalipalveluista oikeusvaikutuksineen.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue alue toi esiin, että alueella pystytään jo tällä hetkellä vastaamaan ehdotuksessa tarkoitettuun päihteitä ongelmallisesti käyttävien päivätoimintakeskukseen ja väliaikaiseen majoitukseen, ja tämän hetkisen arvion mukaan palvelulla pystytään vastaamaan koko hyvinvointialueen tarpeisiin. Ongelmallisena toiminnan järjestämisen kannalta se näki anonymiteetin muun muassa asumisen osalta, sillä käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että toiminnoissa voisi tilapäisesti majoittua kuka tahansa päihdeongelmainen tai esim. paperiton määrittämättömän ajan, mikä saattaa aiheuttaa haasteen tilojen osalta. Lisäksi henkilökunnan turvallisuuden kannalta anonyymiteetti voi aiheuttaa tilanteita, joissa joudutaan rajoittamaan tai rajaamaan asiakkaiden käyttäytymistä, koska nimettömyys mahdollistaa usein aggressiivisen käytöksen helpommin. Pykälässä tulisi olla viittaus sosiaalihuoltolain 12 §:ään, jossa tilapäisen majoituksen tarve määriteltäisiin välttämättömän huolenpidon ja toimeentulon turvaamisen kautta. Näin palvelutarpeen jatkuessa asiakkaiden tulisi tunnistautua palvelutarpeen arviointia varten.

Päihdetyön Talentia kommentoi, että nykyisen sosiaalihuoltolain 24 §:n perusteella sosiaalihuollon asiakkaille on annettu päihdetyön erityispalveluja, kuten psykososiaalista tukea, lääkkeettömiä menetelmiä, kuntouttavia päihdeettömiä asumispalveluja sekä sosiaalisena kuntoutuksena annettavaa päihdehuollon laitospalvelusta. Niitä on annettu asiakkaan päihteiden käyttöön tai päihderiippuvuuteen liittyvien sosiaalisten seikkojen perusteella tukemaan asiakkaan toipumista. Katsottiin, että nykyisen sosiaalihuoltolain 24 §:n kaltainen pykälä tarvitaan edelleen varmistamaan päihdehuollon palvelutehtävä erikoisalana sosiaalihuollon sisällä. Se nosti esiin myös, ettei tilapäistä majoitusta voi järjestää anonyymisti asiakkaiden turvallisuuden takia ajatellen esimerkiksi väkivalta,

tulipalo- tai rikosepäilytilanteita sekä työntekijöiden turvallisuutta ja mahdollista palvelun väärinkäyttöä. Tämän ajatuksen jakoi myös Talentia, joka kommentoi lisäksi, että on tärkeää, että tilapäismajoitusta on saatavilla vuorokauden ympäri, ja että sosiaaliohjauksen lisäksi saatavilla tulisi olla myös sosiaalityötä. Lisäksi Talentia totesi, että päihdetyön erityispalvelut tulee säilyttää sosiaalihuollon lakisääteisenä tehtävänä.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä totesi, että vaikka ehdotus sinänsä on kannatettava, laissa mietittää miten vaara- ja uhkatilanteissa selvitetään, keitä oli paikalla. Lisäksi terveydenhuollon roolia päivätoiminnassa pitäisi tarkentaa ja korostaa velvoittavammin. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi myös, että kaikkein vaikeimmassa asemassa olevien asumisen järjestämisvastuu kaipa selventämistä, jotta tilapäisestä majoituksesta päästään eteenpäin normaaleille asuntomarkkinoille. Perusteluissa korostetaan kunnan velvollisuutta asunnon järjestämisessä, mutta lain tasolla siitä ei kuitenkaan lausuta.

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca katsoi, ettei pelkän päiväkeskustoiminnan ja tilapäisen majoituksen tarjoaminen sosiaalihuoltolain mukaisina päihdetyön palveluina vastaa riittävästi asiakkaiden tarpeisiin tai turvaa palvelujen saatavuutta. Päihde- ja riippuvuuspalveluja tulee olla mahdollista tarjota myös sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella ja ilman lääketieteellistä diagnoosia silloin kun se on asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaista. Myös Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi, että ehdotuksessa päihdetyön palvelut kaventuvat, mitä ei voida pitää tarkoituksenmukaisena asiakkaan näkökulmasta.

SAMOK piti ehdotusta hyvänä ja näki opiskelun tärkeänä osana päiväaikaista toimintaa. Turun kaupunki nosti esiin päiväkeskustoiminnassa humaltuneiden asiakkaiden haitat toiminnan toteuttamiselle ja muille asiakkaille. Humaania päihdepolitiikkaa ry kommentoi, ettei päiväkeskustoiminnan siirtyminen hyvinvointialueiden vastuulle saa aiheuttaa ongelmia päiväkeskusten asiakkaille. Lisäksi se nosti esiin käyttöhuoneista säätämisen tarpeen.

Sininahaliitto piti päiväkeskustoimintaa ehdottoman perusteltuna ja uskottavana keinona tavoittaa palvelujen ulkopuolelle jääviä, mutta kommentoi, että esityksessä päiväkeskus on määritelty tavalla, joka kapeuttaa sen roolia tarpeettomasti, jättää tunnistamatta oleellisen näkökulman päiväkeskuksen tavoittamista ihmisistä ja sopii vain suuriin kaupunkeihin. Päiväkeskus tulisi nähdä myös pitkäkestoisena eikä vain tilapäisenä tavoittamisen ja muihin palveluihin ohjaamisen palveluna. Monialaista lähestymistapaa ja päihdekysymysten lisäksi esimerkiksi rikostaustaisuuteen ja mielenterveyden haasteisiin liittyvää näkökulmaa tulisi korostaa. Lisäksi tulisi korostaa päiväkeskuksen luonnetta lähipalveluna, ettei palvelu keskittyisi vain suuriin kaupunkeihin, ja luoda minimikriteerit koskien päiväkeskuksesta saatavia palveluja ja sen aukioloaikoja. Myös palvelujen esteettömyys tulee huomioida.

Sisäministeriön poliisiosasto totesi pitävänsä erinomaisena kehityksenä ehdotettavaa tilapäistä majoitusta päihdetyön palveluna. On ensiarvoisen tärkeää, että tilapäiseen majoitukseen pääsee myös päihtyneenä ja siitä säädetään lain tasolla. Ensisuojatoiminta ei kuitenkaan liity välttämättä toiminnallisesti 24 §:n mukaiseen päiväkeskustoimintaan, joten tältä osin ehdotettua olisi hyvä täsmentää siten, että ensisuojatoiminta huomioidaan täsmällisemmin. Myös Päihdelääketieteen yhdistys piti päiväkeskustoimintaa tarpeellisena mutta toivoi laissa säädettävän myös selviämisasematoiminnasta.

SOSTE katsoi, että sinänsä päiväkeskustoiminnasta ja tilapäisestä majoituksesta laissa säätäminen parantaa heikoimmassa asemassa olevien pääsyä palveluihin ja lisää hyvinvointialueen asukkaiden

sisäistä yhdenvertaisuutta, mutta korosti samalla, etteivät erityislainsäädännön kumoaminen ja pykälämuutokset saa johtaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisvastuun heikentymiseen eikä vaarantaa kohderyhmien oikeutta erityisesti päihderiippuvaisille suunnattuihin palveluihin. Lisäksi SOSTE korosti, että jatkossakin on huolehdittava kolmannen sektorin ja avustusperusteisen toiminnan edellytyksistä.

Suomen psykiatriyhdistys piti hyvänä matalan kynnyksen toimintaa ja mahdollisuutta osallistua päihtyneenä. Samalla kuitenkin tulee huolehtia turvallisuudesta. Palvelu ei saa olla ainoa sosiaalihuollon päihdetyön sisältö. Ohjautumista päiväkeskuksesta ja tilapäisestä majoituksesta terveyspalveluiden piiriin tulee vahvistaa, ja pykälään ehdotettiin lisättäväksi, että sosiaaliohjauksen tulee tarvittaessa sisältää ohjausta lääketieteelliseen arvioon ja hoitoon. Tästä oli samaa mieltä myös Duodecim. Lääkäriliitto piti myös sinänsä kannatettavana ehdotettuja matalan kynnyksen palveluja ja kommentoi, että pykälätekstissä tulisi mainita myös palvelujen käyttäjien mahdollisten terveysongelmien huomiointi ja terveyspalvelujen turvaaminen. Se ei kuitenkaan pitänyt tarkoituksenmukaisena sitä, että sosiaalihuoltolain 24 § korvattaisiin yksittäisellä palvelulla. Se näki, että tällaisen ratkaisun myötä päihdepalvelujen kokonaisuus hämärtyisi ja palvelujen lainsäädännöllinen asema jäisi epäselväksi.

Teuvan kunta piti kannatettavana päiväkeskustoiminnan ja tilapäisen majoituksen palvelun kirjaamista lakiin mutta huomautti, että tämä tulee toteuttaa ensisijaisesti yhteistyössä niiden tahojen kanssa, jotka jo toimintaa järjestävät, kuten kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Kynnyksettömyyden edistämistä sillä, että palvelua järjestetään myös päihtyneille, Teuvan kunta piti kannatettavana, mutta muistutti, että tällöin tulee taata riittävät resurssit, jotta esimerkiksi ostopalveluna järjestöiltä hankittava päiväkeskustoiminta voidaan järjestää turvallisesti ja ammattimaisesti nämä vaateet huomioiden. Sen mukaan toiminta tulee järjestää myös lähellä asukkaan lähiyhteisöä, sillä esimerkiksi maaseutualueilla eri kuntakeskukseen liikkuminen on näiden palveluiden asiakkailta mahdotonta, jolloin muutoin kynnyksettömään palveluun jää ylittämätön kynnyks. Teuvan kunta ehdotti, että asunto ensin -mallin mukainen toiminta tulee laajentaa koko maahan.

VALLI kommentoi, että ikäänntyneiden mahdollisuudet päiväkeskustoimintaan ja tilapäiseen majoitukseen on turvattava ja tuotettava kyseisen kohderyhmän huomioivaa palvelua. Järjestöjen roolin esiin nostamista pidettiin hyvänä.

Valtiovarainministeriö katsoo, että päiväkeskustoiminnasta ja tilapäisestä majoituksesta päihde-työn palveluna tehtyä vaikutusarviointia tulisi täsmentää. Mikäli tällaista toimintaa on nykyisin järjestetty kuntatoimijoiden toimesta ostopalveluna, sisältyvät ostot hyvinvointialueille siirtyvään rahoitukseen. Jos palvelua ovat tuottaneet järjestöt omalla tai STEA:n rahoituksella, kyse on hyvinvointialueille uudesta rahoitustarpeesta ja arvioinnissa olisi otettava huomioon tämä euromäärä ja lisäksi se, miten toiminta laajenisi. Lisäksi mahdollinen STEA:n rahoitus pitää vähentää järjestöiltä, koska tehtävä muuttuu lakisääteiseksi.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että matalan kynnyksen päivätoiminnan tulisi koskea myös muita asiakasryhmiä kuin päihdeongelmaisia henkilöitä.

4.4 Ovatko sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyötä koskevaan pykälään (sosiaalihuoltolain 29 a §) ehdotetut muutokset tarkoituksenmukaisia?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 120 lausunnonantajaa, joista 50,0 % vastasi ”kyllä”, 30,0 % ”kyllä pääosin”, 4,2 % ”ei pääosin”, 2,5 % ”ei” ja 13,3 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Kirkkohallitus piti koordinaatio- ja johtamisvastuun selkeyttämistä kannatettavana. Leppävirran kunta kommentoi lakiesityksen selkeyttävän sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa, yhteistyötä ja tilannejohtoa ja vahvistavan oikeutta psykososiaaliseen tukeen. Myös HUS, JHL, Kymsote ja Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus pitivät pykälää selkeyttävänä, tosin JHL kommentoi, että tulee varmistaa, että yhteistyö toimii myös käytännössä. SLL korosti tiedottamista sosiaalipäivystyksen tehtävistä. Posion kunnan mielestä muutokset olivat sanamuotoina hyvin avattu ja vastuut näkyivät riittävän selkeinä. ETKL korosti sosiaalipäivystyksen valtuuksia ja mahdollisuutta arvioida palvelujen tarve terveydenhuollon päivystyksen kanssa samanarvoisesti ja ohjata asiakas tarvitsemiinsa päihde- tai mielenterveyspalveluihin. Vammaisfoorumi näki sääntelyn edistävän yhteiskunnan turvallisuutta ja kriisinsietokykyä ja olevan osa laajempaa väestönsuojelua. Kuopion kaupunki katsoi, että velvoite kiireellisen tilanteen psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtamiseen on hyvä täsmennys ja vastaa pääosin jo nykyisellään toimivaa toimintamallia moniviranomaistoiminnassa. Kansallisen ja yhdenmukaisen toimintamallin tavoittelemisen on olennaista, sillä häiriötilanteissa tai suuronnettomuuksissa on mukana asukkaita eri alueilta. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollisen keskussairaala piti kokonaistilanteiden koordinoinnin ja johtovastuun määrittelyä tärkeänä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri toivoi pykälän selkeyttävän nykytilannetta. Etelä-Karjalan hyvinvointialue katsoi, että kiireellisten tilanteiden psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtovastuu on sosiaalipäivystyksellä jo nyt käytännössä Etelä-Karjalassa. SOSTE katsoi, että säännös vastaisi käytännössä jo nykyisinkin alueellisesti laajasti toteutettua työnjakoa.

FinFami ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Savon ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset kannattivat ehdotettuja muutoksia. Esiin nostettiin psyykkisesti sairaiden henkilöiden omaisilta vaadittu aktiivisuus ja pidettiin erittäin tärkeänä, että palveluja on tarjolla tarpeen mukaisesti. Myös SAMOK piti esitettyä muutosta ja erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidon jatkuvuuden korostamista hyvänä. Kuntoutussäätiö piti tärkeänä, että sosiaalipäivystyksellä on mahdollisuus arvioida palvelujen tarvetta terveydenhuollon päivystyksen rinnalla, ja korosti ripeää ohjausta päihde- ja mielenterveyspalveluihin, matalan kynnyksen apua ja yhteistyörakenteita järjestöjen ja hyvinvointialueiden välille.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikka, EHYT, EK, HALI, PÄIVYT, Suomen sosiaali- ja terveysministeriön seura, VAK sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että sosiaalipäivystykselle lisättävä velvoite kiireellisen tilanteen ensivaiheen johtovastuusta edellyttää koulutuksen lisäämistä päihde- ja mielenterveysasioissa. Lisäksi pidettiin tärkeänä sitä, että kiireellisissä tilanteissa puhelut ohjautuvat oikealle viranomaiselle, ja että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä vastuun vaihtuessa hyvinvointialueille alueen kansalaisia tiedotetaan mahdollisista muutoksista esimerkiksi päivystysnumeroissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuun siirtyessä hyvinvointialueille ehdotettiin muutoksista informoitavan kansalaisia talouksiin lähetettävällä kirjallisella infopakettilla. Myös A-klinikkasäätiö, EPT-verkosto, Myllyhoitoyhdistys ja THL nostivat esiin henkilökunnan riittävän koulutuksen. HALI nosti esiin omaisten huomioimisensa hoidon suunnittelussa.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot pitivät yhteisessä lausunnossaan kiireellisten tilanteiden johtovastuun määrit-

tämistä sosiaalipäivystykselle kannatettavana. Samalla lausunnossa todettiin, että jatkohoidon ja -tuen järjestelyt jäävät nykyisin usein asiakkaan omalle vastuulle, koska siihen liittyvää ohjaus- ja neuvontavastuita ei ole määritelty. Aluehallintovirastot esittivät, että myös jatkotuen ohjaus- ja koordinoituvastuu määritellään sosiaalipäivystykselle.

Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys katsoivat, että toiminnan johdon tulisi olla lääketieteen alan asiantuntijoilla, koska psykososiaalisen tuen arvioinnin ja akuuttihoiton suunnittelun tulee sisältää arviointia myös lääketieteellisestä näkökulmasta. Myös ”ensivaiheen” aikamäärettä tulisi tarkentaa. Myös Lääkäriliitto kommentoi lääketieteellisen näkökulman tärkeydestä ja katsoi, että

jatkovalmistelussa tulisi harkita, mikä on tarkoituksenmukaisin taho ottamaan johtovastuun kiireellisten tilanteiden psykososiaalisen tuen ensivaiheessa. Tampereen yliopiston lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta kommentoi, että kyse on tiettyyn äkilliseen tilanteeseen hoidon järjestämistä koskevasta pykälästä, jonka tulisi olla terveydenhuoltolaissa.

Hämeenlinnan kaupunki katsoi, että ensivaiheen johtovastuu psykososiaalisen tuen osalta on käytännössä jo nyt monilla alueilla ollut sosiaali- ja kriisipäivystyksellä. Terveydenhuollolle nykylainsäädännössä kirjattu johtovastuu ei palvele parhaalla mahdollisella tavalla äkillisten tilanteiden operatiivista toimintaa, sillä terveydenhuollon rakenteissa ei ole sosiaali- ja kriisipäivystyksen kaltaista jalkautuvaa 24/7-palvelua. Sosiaali- ja kriisipäivystyksen aseman tunnistaminen helpottaa myös laajemmin valmiuteen ja varautumiseen liittyvää suunnittelutyötä.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä katsoi, ettei johtovastuun määrittäminen sosiaalipäivystykselle ole järkevää. Se keskittyy yksilöihin, erityisesti lastensuojeluun, eikä pysty johtamaan terveydenhuollon organisaatiota.

Keski-Uudenmaan sote –kuntayhtymä katsoi tärkeäksi säilyttää sosiaali- ja kriisipäivystyksen rooli vastata kokonaisuudessaan akuutista kriisityön prosessista ja sen lisäksi vahvistaa terveydenhuollon roolia ja vastuuta jatkohoidosta sitä tarvitsevien potilaiden kohdalla. Sosiaali- ja kriisipäivystyksissä on viime vuosina vahvasti tehostettu alueellista yhteistyötä ensihoidon ja muiden ensivaiheen toimijoiden kanssa, jotta kriisityön tarjoaminen proaktiivisesti ja lakisääteisesti toteutuisi mahdollisimman tehokkaasti. Terveydenhuollossa hoidon kohteena on yksilö. Psykososiaalinen tuki ja akuutti kriisityö on usein perheiden ja yhteisöjen tukemista, joka on sosiaalihuollon perustehtävien mukaista työskentelyä. Sosiaali- ja kriisipäivystyksissä on usein moniammatilliset tiimit, joihin kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuoltoalan korkeakoulutettuja ammattihenkilöitä. Tällä hetkellä kriisityötä tehdään paljolti sosiaalihuollon puolella ja sosiaalihuollon ammattilaisten toimesta. Useilla sosionomeilla ja sosiaalityöntekijöillä on kriisityön lisäkoulutuksia, terapeuttikoulutuksia ja pitkä kokemus kriisityöstä. Lakimuutos veisi tämän osaamisen pois kriisityön asiakkaiden käytöstä.

Kuntaliitto ehdotti, että säännöksen ehdotettua sanamuotoa muutetaan ensivaiheen koordinaatiovastuuksi sosiaalipäivystyksen johtovastuun sijaan. Sosiaalipäivystys ei ole välttämättä ensimmäinen, eikä luonteva kontaktipiste psykososiaalisen tuen tarpeessa olevalle henkilölle. Esimerkiksi lähiomaisen kuollessa yhteydenotto voi tulla myös terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon. Lisäksi Kuntaliitto kommentoi, että ehdotetun pykälän 3 momentti on tulkinnanvarainen.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue katsoi pohdintaa herättävän se, mikä taho terveydenhuollossa kykenee vastaamaan akuuttiluonteiseen psykososiaalisen työskentelyn malliin yhdessä sosiaalihuollon kanssa. Lausunnossa nähtiin sen sijaan tärkeäksi vahvistaa terveydenhuollon roolia

ja vastuuta jatkohoidossa sitä tarvitsevien asiakkaiden kohdalla sekä säilyttää sosiaali- ja kriisipäivystyksen rooli vastata kokonaisuudessaan akuutista kriisityön prosessista.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto nosti esiin sosiaalipäivystyksen työntekijöiden koulutuksen lisäämistarpeen päihde- ja mielenterveysasioissa. MIELI Suomen Mielenterveys katsoi, että kriisitilanteissa merkittävä osavastuu psykososiaalisen tuen toteuttamisesta kuuluu järjestöille, jotka suunnitellusti täydentävät julkisia palveluja. Sen vuoksi pykälän ensimmäinen lause voisi olla muodossa: Sosiaalipäivystys toteuttaa psykososiaalista tukea kiireellisissä tilanteissa yhdessä terveydenhuollon ja järjestöjen kanssa. Säännös myös painottaa mielenterveyspotilaiden hoidon jatkuvuutta, joka nykytilanteessa ei riittävässä määrin toteudu. Pykälän toimeenpano edellyttää, että sosiaalipäivystyksen henkilöstöllä on riittävä osaaminen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jatkotarpeen arvioimiseksi ja käytännön mahdollisuus varata jatkohoitoaika soveltuviin palveluihin. Tästä on syytä antaa tarvittavat säädökset asetustasolla.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue katsoi, että säännökset selkeyttävät kiireellisten tilanteiden psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtamista niin käytännön toiminnan kuin lainsäädännön tasolla. Se piti tavoitetta kansallisesta toimintamallista kannatettavana, koska esim. suuronnettomuuksissa osallisina saattaa olla usein eri kuntien asukkaita. Säädöksissä on selkeästi määritelty akuutti kriisityö ja erotettu käsite psykososiaalisen tuen käsitteestä, mutta huomion kiinnittämistä palveluiden saumattomuuteen tarvitaan. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue nosti esiin, että säädökset edellyttävät, että hyvinvointialueen tulee varmistaa akuutin vakavan traumaattisen kriisin jälkeinen palveluohjaus, jotta asiakkaan saa tarvitsemansa tuen myös akuutin traumaattisen kriisin jälkeen.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi että johtovastuun selkeyttäminen kiireellisen psykososiaalisen tuen osalta sosiaalipäivystykselle olisi hyvä ratkaisu, ellei lakiehdotuksen seuraavassa pykälässä määriteltäisi psykososiaalinen tuki jakautuvaksi nykyistä selvemmin kahtia sosiaalipalveluksi ja terveydenhuollon palveluksi. Sosiaalipäivystysten johtovastuu ei tilanteessa, missä palvelun toteuttamisvastuu jaetaan, vaikuta toimenpiteeltä, jolla selkiinnyttäisi yhteistyötä. Jaettua vastuuta on vaikea johtaa.

Soite totesi, että palvelun järjestämisvastuu tulisi määritellä tarkemmin. Myös Talentia katsoi, että jää epäselväksi, miten yhteistyö toteutetaan käytännössä, ja että toimeenpanoon tarvitaan ohjausta.

Sosiaali- ja kriisipäivystysten esimiehet pitivät erittäin tarpeellisena tarkennuksena, että kiireellisten tilanteiden psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtovastuu on sosiaalipäivystyksellä, mutta totesivat, että käytettävän termin tulisi olla sosiaali- ja kriisipäivystys. Tarpeellisena pidettiin myös hälytysohjeiden ja varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimista häiriö- ja suuronnettomuustilanteiden varalle yhteistyössä terveydenhuollon muiden toimijoiden kesken. Hämeenlinnan ja Turun kaupungit pitivät hyvänä, että sosiaali- ja kriisipäivystyksen psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtovastuu selvennetään lainsäädännön tasolle. Ne nostivat esille, että isossa osassa Suomea toimitaan yhdistetyissä sosiaali- ja kriisipäivystyksyksiköissä, joten tämä olisi terminä sopivampi sosiaalipäivystyksen sijaan. Samaa katsoivat Espoon, Jyväskylän ja Tampereen kaupungit ja Suomen Psykologiliitto.

Turun kaupunki näki ongelmallisena esitetyn rajauksen sosiaalihuollollisiin ja terveydenhuollollisiin tehtäviin. Nykytilanteessa sosiaali- ja kriisipäivystyksessä työskentelee sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia, jotka toteuttavat sosiaalihuollon palvelutehtävää, ja kirjaukset tehdään sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiin. Kriisityöntekijän kelpoisuusehtoina on

terveydenhuollon AMK-tasoinen tutkinto, mutta kaikki sosiaali – ja kriisipäivystyksessä tekevät kriisityötä samalla tavalla. Luonnoksessa terveydenhuollon tehtäväksi rajattu akuutti kriisityö on sisällöltään täysin samaa työtä, mitä tällä hetkellä sosiaali- ja kriisipäivystyksessä toteutetaan sosiaalipalveluna. Äkillisten, traumaattisten tilanteiden kriisityö ja päivystyksellisesti tarvittavien sosiaalihuollon palvelujen tarpeen arvioimisen on havaittu nivoutuvan usein tiiviisti yhteen ja asiakastyössä on haastava erottaa, mikä osuus asiakastapaamisesta on mitään. Myös Porin kaupunki katsoi, että pykäläehdotus jättää epäselväksi, miten yhteistyön toteutuminen varmistetaan käytännössä ja millaisissa rakenteissa.

Työterveyslaitos ja SAK kommentoivat, että myös työterveyshuollossa toteutetaan kriisityötä. Akuuttivaiheen jälkeen palveluita pyritään järjestämään yhdessä muun terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. Lainsäädännön ei koettu selkeyttävän nykyistä käytäntöä.

4.5 Onko äkillisissä järkyttävissä tilanteissa annettavan psykososiaalisen tuen pykälän (sosiaalihuoltolaki 29 b §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 119 lausunnonantajaa, joista 26,9 % vastasi ”kyllä”, 50,4 % ”kyllä pääosin”, 9,2 % ”ei pääosin”, 5,0 % ”ei” ja 8,4 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Hankasalmen kunta piti pykälää tarpeellisena, jotta kriisitilanteessa on selkeä toimintamalli ja työnjako. Kirkkohallitus katsoi, että pykälä vahvistaa palveluiden järjestämisen velvoittavuutta tilanteissa, joissa niitä tarvitsevan on tilanteensa vuoksi erityisen haastavaa itse hankkia tarvitsemaansa tukea. Leppävirran kunta katsoi lakiesityksen varmistavan asiakkaan palvelun järjestämisen ja palveluprosessin asianmukaisen ketjutuksen. PSHP katsoi pykäläehdotuksen tukevan varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimista ja totesi, että merkittävä osa äkillisissä järkyttävissä tilanteissa tarvittavasta psykososiaalisesta tuesta ei ole luonteeltaan lääketieteellistä. SOSTE piti pykälää selkeyttävänä ja sitä kautta sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa vahvistavana. Teuvan kunta piti äkillisissä tilanteissa annettavan psykososiaalisen tuen tarjoamisen selkeytystä ja vastuun jaon muodostamista sosiaali- ja terveydenhuollon välille kannattavana. Se huomautti kuitenkin, että tuen tulee olla välitöntä ja sen palveluketjussa tulee selkeästi huomioida myös muiden yhteisöjen, kuten yhdistysten ja yksityisten palveluntuottajien tarjoama yksilö- ja ryhmämuotoinen tuki, kuten vertaistuki. Siirtymä akuutin vaiheen psykososiaalisesta tuesta jatkohoitoon, erityisesti terapiaan, tulee taata viivästyksettä sitä tarvitseville sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille. Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus katsoi, että psykososiaalisen tuen täsmentäminen myös sosiaalipäivystysten tehtäväksi varmistaa sen, että psykososiaalista tukea voidaan järjestää sosiaali- ja terveydenhuollossa ympäri vuorokauden.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, EPT-verkosto, PÄIVYT, Suomen sosiaalioikeudellinen seura ja VAK sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat pitivät lisäystä hyvänä ja kannatettavana. A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, Aspasäätiö, EHYT, ETKL, HALI, Into, Karjaan Ratatupa, Kuntoutussäätiö, Porin kaupunki, Päihdetyön Talentia, PÄIVYT, Rauman kaupunki, SuPer, Talentia, VALLI, VAK sekä Tampereen, Vantaan, Jyväskylän, Espoon, Oulun, Kirkkonummen ja Pohjois-Lapin A-Killat nostivat esiin tarpeen säätää myös muusta kuin vain kriisitilanteisiin tarkoitettusta psykososiaalisen tuesta. ETKL korosti psykososiaalisen tuen tarpeen syiden moninaisuutta, kuten esimerkiksi lähisuhde- ja muu väkivalta.

A-klinikkasäätiö nosti esiin, miksi pykälässä ei viitata terveydenhuoltolain 50 b §:ään vastaavasti kuten terveydenhuoltolain 50 b §:ssä viitataan sosiaalihuoltolain 29 b §:ään. Aspa-säätiö kommentoi, että mielenterveysongelmien perusteella psykososiaalista tukea tarvitaan laajemmin erilaisissa esimerkiksi koko perhettä koskevissa tilanteissa. Myös Omaishoitajaliitto toivoi psykososiaalisen tuen kattavan äkilliset kriisitilanteet laajemmin kuin tekstissä oli kuvattu.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot pitivät yhteisessä lausunnossaan pykälää pääosin tarkoituksenmukaisena, mutta lasten asema vaatisi enemmän huomiota. Lisäksi lausunnon mukaan on tärkeä arvioida, onko esitetyllä sääntelyllä haitallisia vaikutuksia. Mikäli sellaista havaitaan, asiaan tulisi tarttua tarvittavilla lainsäädännön ja/tai ohjauksen keinoilla.

Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys kommentoivat, että pykälässä tulisi määritellä äkillinen järkyttävä tilanne ja tuoda esiin, ettei psykososiaalista tukea voi antaa vain sosiaalipalvelut, koska arvioivan tahon tulee ymmärtää järkyttäviin tilanteisiin liittyvää psyykkistä oireilua riittävästi. Tulisi korostaa, että psykososiaalisen tuen ohella tarvitaan lääketieteellistä arviota hoidon ja jatkotutkimusten tarpeesta ja määritellä, millä perusteella ohjataan sosiaali- tai terveydenhuollon palveluihin. Lääkäriliitto ja Pesäpuu lausuiivat, että pykälässä tulisi säätää lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä psykososiaalisen tuen antamisessa. Tampereen yliopiston lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta katsoi, että kyse on tiettyyn äkilliseen tilanteeseen hoidon järjestämistä koskevasta pykälästä, jonka tulisi olla terveydenhuoltolaissa.

FinFami ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Savon, Satakunnan ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset pitivät pykälän sisältöä pääosin tarkoituksenmukaisena, mutta pykälään esitettiin lisättäväksi sanaa ”omainen” yksilön, perheen ja yhteisön lisäksi. Tällä varmistettaisiin, että riippumatta perheen käsitetulkinnasta voidaan huomioida ne omaiset, joiden elämään sairastuneen tilanne tosiasiallisesti merkittävästi vaikuttaa. Katsottiin, että ilman kyseistä lisäystä lakimuutos ei korjaisi tilannetta, jossa psyykkisesti sairaiden omaiset ja heidän kuormituksensa ja riski uupua tai sairastua jäivät usein tunnistamatta. Lisäksi esitetyn muutoksen perusteluihin toivottiin lisättäväksi, että äkillisellä kriisitilanteella voidaan tarkoittaa myös psyykkisen sairastumisen sairastuneelle, omaisille, perheelle ja muille läheisille tuottamaa kriisitilannetta. HALI oli tästä samaa mieltä.

Hämeenlinnan kaupunki näki ongelmallisena luonnoksessa esitetyn voimakkaan rajauksen sosiaalihuollollisiin ja terveydenhuollollisiin tehtäviin. Nykyisellään sosiaali- ja kriisipäivystyksessä työskentelee sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia, jotka toteuttavat sosiaalihuollon palvelutehtävää ja kirjaukset tehdään sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiin. Kriisityöntekijän kelpoisuusehtoina on Hämeenlinnan kaupungissa joko sosiaali- tai terveydenhuollon AMK-tasoinen tutkinto ja kaikki tekevät kriisityötä samalla tavalla. Luonnoksessa terveydenhuollon tehtäväksi rajattu akuutti kriisityö on sisällöltään samaa työtä, mitä tällä hetkellä sosiaali- ja kriisi-päivystyksessä toteutetaan sosiaalipalveluna. Äkillisten, traumaattisten tilanteiden kriisityö ja päivystyksellisesti tarvittavien sosiaalihuollon palvelujen tarpeen arvioiminen on havaittu nivoutuvan usein tiiviisti yhteen ja asiakastyössä on haastava erottaa, mikä osuus asiakastapaamisesta on mitään. Sosiaali- ja kriisipäivystyksestä annettava kriisityö ei ole hoitotyötä eikä suurin osa kriisityön asiakkaista tarvitse terveydenhuollon jatkopalveluita. Keskeinen osa työtä on kuitenkin myös asiakkaan ohjaaminen ja saattaminen tuetusti terveydenhuollon palveluiden piiriin, mikäli hänen tilanteensa vaatii hoidon tarpeen arvioimista. Tämän tekee tarkoituksenmukainen terveydenhuollon ammattihenkilö terveydenhuollon toimintayksikössä. Hämeenlinnan kaupungin näkemyksen

mukaan yllä kuvattu toimintamalli on toimiva ja selkeä, sillä siinä terveydenhuollon palvelut alkavat hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Hämeenlinnan kaupunki katsoi myös, että tietojärjestelmäkirjaukset jäävät luonnoksessa edelleen ongelmallisiksi. Hämeenlinnan kaupungin näkemyksen mukaan olisi tarkoituksenmukaista, että jatkossakin kriisityö kirjattaisiin sosiaalihuollon asiakas-tietojärjestelmiin. Tilanteissa, joissa asiakas etenee akuutista kriisityöstä terveydenhuollon palveluihin, kriisityön asiakirjat voidaan asiakkaan luvalla luovuttaa hoitavalle yksikölle. Hämeenlinnan kaupunki arvioi, että häiriötilanteiden valmiuteen ja varautumiseen liittyvä yhteistyön tiivistäminen ja koordinoiva rakenne sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä on kannatettava asia. Kun alkuvaiheen psykososiaalisen tuen johtovastuu selkeästi määritellään sosiaali- ja kriisipäivystyksen tehtäväksi, on tärkeää luoda selkeät rakenteet sille, miten tilanteen pitkittyessä tarvittavien pidempikestoisten (mielen-)terveyspalveluiden johtaminen ja organisointi toteutetaan. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon keskinäiselle yhteistyölle ei ole vielä toimivia rakenteita ja siksi on tarpeellista ja kannatettavaa, että se kirjataan lainsäädäntöön.

Jyväskylän kaupunki katsoi psykososiaalisen tuen käsitteen jäävän epäselväksi. Epäselvänä Jyväskylän kaupunki piti myös sitä, mitä tarkoitetaan psykososiaalisella hoidolla. Psykososiaalinen tuki on aiemmin sosiaalihuoltolaissa sekä alueellisia sosiaali- ja kriisipäivystyksiä kehitettäessä määritelty kiireelliseksi sosiaalityöksi ja akuutiksi kriisityöksi. Valmistelutekstissä käsitteen käyttö on häilyvää eikä se määriy lainsäädännön luonnoksissakaan riittävällä tavalla. Useilla alueilla psykososiaalinen tuki (kiireellinen sosiaalityö ja akuutti kriisityö) tarjotaan yhdestä yksiköstä eli sosiaali- ja kriisipäivystyksistä. Palvelua on kehitetty sosiaalihuollon palveluna ja dokumentoinnissa on noudatettu sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista annettua lainsäädäntöä. Yksiköissä toimii sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joilla on ammattitaito tehdä kriisityötä. Koska kriisipäivystys ja akuutti kriisityö nähdään valmistelutyössä terveydenhuollon palveluna (terveydenhuoltolaki 50 b §), on riski siihen, että traumaattisen tilanteen jälkeen henkilö ei saa välitöntä apua eikä asiakas saa enää prosessinomaista kriisityötä yhdestä yksiköstä. Asiakkaan ohjaus terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa työskentelyyn on ajankohtaista, jos hänellä on psykoottista oireilua. Sitä ennen kriisityö pystytään toteuttamaan myös sosiaalihuollon ammattihenkilön toimesta. Valmistelutekstissä sosiaalihuollon ammattihenkilöiden mahdollisuutta toimia kriisityöntekijöinä ei ole riittävällä tavalla huomioitu.

Kehitysvammaliitto, Mielenterveyden keskusliitto ja Vammaisfoorumi kommentoivat, että mahdollisia järkyttäviä tilanteita tulisi avata myös pykälätasolla. Varhaisella tuella voidaan ehkäistä yksilön henkisestä järkytysreaktiosta aiheutuvan kuormituksen pitkittymistä.

Kuntaliitto katsoi, ettei laissa tule määritellä mitä sosiaalihuollon psykososiaalisella tuella äkillisessä järkyttävässä tilanteessa tarkoitetaan. Sosiaalihuollon itsehallinnollisen järjestäjän tulee voida valita psykososiaalisen tuen keinot palvelutarpeiden mukaan. Kuntaliitto ehdotti, että säännöksestä poistetaan palvelun toteuttamisen keinoja rajaavat viittaukset sosiaalityöhön ja sosiaaliohjaukseen.

Kuopion kaupunki katsoi, että psykososiaalisen tuen ja sen järjestämisen selkeyttäminen on olennaista, sillä akuutti kriisityö on sekä sosiaali- että terveydenhuollon tehtäväaluetta, jossa työnantaja varmistaa tarpeenmukaisen ja riittävän osaamisen, ja akuuttia kriisityötä toteutetaan terveydenhuollon ohella sosiaali- ja kriisipäivystyksissä. Se huomautti, että kirjaamisen osalta sosiaali- ja kriisipäivystyksessä kirjaaminen tapahtuu sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiin ja terveydenhuolto tekee kirjaukset omaan järjestelmään. Tiedon siirto palveluiden välillä aiheuttaa asiakkaan palveluiden jatkuvuuden näkökulmasta haastetta. Tampereen kaupunki katsoi, että lakiehdotuksessa esitetään, että akuutti kriisityö on terveydenhuollon psykososiaalista tukea ja

lähtökohtaisesti terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta tehtävää työtä ja että kriisityö kirjataan potilasrekisteriin. Se katsoi jäävän epäselväksi, mitä lisäarvoa kriisityön siirtäminen terveydenhuollon palveluksi toisi. Se totesi, että koska kriisityön asiakkaat ovat asiakkaina sosiaali- ja kriisipäivystyksessä, jossa työskentelee sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia, tulee asiakasta koskevien kriisityön linjausten olla molempien ammattiryhmien nähtävillä. Asiakkaalle kriisityön palvelu näyttäytyisi rikkonaisena, jos tieto ei kulje asiakas- tai potilastietojärjestelmän kautta sosiaali- ja kriisipäivystyksen työntekijöiden kesken. Lisäksi se totesi, että kriisityön koulutusta tulee yhtä lailla edellyttää kriisityötä tekeville terveydenhuollon ammattihenkilöiltä, kuten sosiaalihuollon ammattihenkilöiltäkin.

Kymsote katsoi, että eri ammattilaisten rooli suhteessa asiakas- ja potilastietojärjestelmiin on huomioitava. Pikassos katsoi, että esitys pirstaloi akuutteihin traumaattisiin kriiseihin liittyvää työskentelyä ja haastaa monialaista työtettä. Se esitti, että psykososiaalinen tuki määriteltäisiin johdonmukaisemmin sosiaali- ja terveydenhuoltolaissa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseksi monialaiseksi työskentelyksi, jota toteutetaan sosiaalihuollossa sosiaalityön menetelmin ja terveydenhuollossa terveydenhuollon menetelmin. Se näki, että esityksessä sosiaalihuollon kriisityö jää alisteiseksi terveydenhuollolle, ja vaarana on, että kriisityön kokonaisvaltaisuus vaarantuu. Lisäksi luonnoksessa ei oteta huomioon järjestöjä ja seurakuntia kriisityön toteuttajina. Huolestuttavana nähtiin, jos kriisityötä voisi toteuttaa jatkossa vain julkinen sektori.

MIELI Suomen Mielenterveys katsoi, että säännöksessä hahmoteltu jako on keinotekoinen eikä vastaa asiakkaiden kokonaisvaltaisia tarpeita. Pykälä voi johtaa jo toiminnassa olevien sosiaali- ja kriisipäivystysten työn pirstoutumiseen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon osioihin, ja estää kokonaisvaltaisen tuen toteutumisen "yhdestä luukusta" yhden ammattihenkilön toimesta. Psykososiaalisen tuen saatavuutta tulee edistää muokkaamalla pykälän tekstiä tukemaan kokonaisvaltaista, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä psykososiaalisen tuen tarjoamista.

Oikeusministeriö katsoi, että säännöstasolle tulisi nostaa se, mikäli pykälässä mainitut tehtävät edellyttävät virkasuhdetta. Perusteluissa voisi myös vielä selkeyttää, milloin psykososiaalista tukea on annettava osana muuta sosiaalihuoltoa kuin sosiaalipäivystyksen toimintaa.

Paraisten kaupunki kommentoi henkilöstön erikoistumisen tarpeesta sekä siitä, että kriisityö ja kiireellinen sosiaalityö vaativat erikoistunutta henkilöstöä.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollisen keskussairaala haluaisi tarkentaa pykälää seuraavasti: "sosiaalihuollon laillistetun ammattihenkilön antamaa kiireellistä sosiaalityötä ja sosiaaliohjausta sekä läsnä olevaa emotionaalista ja tiedollista tukea voidaan toteuttaa myös suoraan terveydenhuollon yksikössä terveyssosiaalityöntekijän toimesta". Se perusteli, että terveydenhuollossa jo nyt sosiaalityöntekijät antavat psykososiaalista tukea äkillisissä traumaattisissa tapahtumissa, ja että sosiaalihuollon ammattihenkilön tekemä akuutti palvelutarvearvio voisi olla myös terveydenhuollon yksikössä toimivan laillistetun sosiaalihuollon ammattilaisen arvio. Lakiin tulisi heidän näkemyksensä mukaan kirjata asiakkaan oikeus arvioon / tukeen terveydenhuollossa.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, että määritelmä ole toimiva. Yhden toiminnon määrittely kahdessa eri laissa hankaloittaa käytännön työssä kokonaiskuvan saamista palvelusta. Akuutin kriisityön määrittely vain terveydenhuollon ammattilaisten työksi poikkeaa nykytilanteesta, jossa kriisityöntekijäksi on voinut kouluttautua myös sosiaalihuollon ammattilainen. Akuuttia kriisityötä ei ole mielletty vain terveydenhuollon hoitotyöksi. Terveydenhuollon hoidon tarpeen

arviointiin voidaan ohjata tarpeen niin vaatiessa akuutista kriisityöstä, jos se ei ole riittävä palvelu. Käytännön työssä kirjaaminen kahteen eri asiakasjärjestelmään on toiminnallisesti ongelmallista ja voi jossain tilanteissa vaikuttaa jopa asiakasturvallisuuteen. Käytännön työn kannalta olisi sujuvaa, jos psykososiaalinen tuki olisi kokonaan sosiaalihuoltolain mukaista palvelua ja tarvittaessa sujuva yhteistyö terveydenhuollon hoidon tarpeen arviointiin ja mahdolliseen kriisihoitoon turvattaisiin.

SLL ja THL lausuvat, että äkillisten traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen kehittämisen työryhmän loppuraportissa on esitetty psykososiaalisen tuen pykälä, jossa psykososiaalinen tuki on määritelty nykyistä lakiesitystä selkeämmin ja kannattivat tätä muotoilua. Lisäksi THL nosti esiin, että äkillisissä järkyttävissä tilanteissa annettavassa psykososiaalisessa tuessa olisi tärkeä huomioida myös Suomesta turvapaikkaa tai tilapäistä suojelua hakevat henkilöt ja heidän tuen tarpeensa.

Sosiaali- ja kriisipäivystysten esimiehet totesivat, että psykososiaalinen tuki äkillisissä järkyttävissä tilanteissa on nykyisin sosiaali- ja kriisipäivystysten perustehtävä ja siihen kuuluu sekä sosiaalityölle että kriisityölle ominaisia piirteitä. Ne nostivat huolena esiin, että esitysluonnoksessa kriisityötä oltaisiin siirtämässä sosiaalihuollon palvelusta terveydenhuollon palveluksi ja totesivat, että kriisityöhön tarvittava lisäkoulutus tulee olla käytynä sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon ammattihenkilöillä. Tärkeänä ja tarpeellisenä pidettiin, että jatkossakin akuuttia kriisityötä ja psykososiaalista tukea järjestetään sosiaali- ja kriisipäivystysten toimesta ja että hyvinvointialueille palvelu rakennetaan niin, että asiakas saa tarvitsemansa palvelun yhdestä organisaatiosta. Katsottiin, että kriisityön tulee jatkossakin olla sosiaalihuollon matalan kynnyksen palvelu, jota tarjotaan ilman viivytystä kaikille, joita äkillinen traumaattinen tapahtuma koskettaa. Kriisityötä tekevät kriisityön koulutuksen ja osaamisen omaavat sosiaalityöntekijät, sosionomit, sairaanhoitajat ja pienessä mittakaavassa muut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Kriisityö tulisi kirjata ensisijaisesti sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään ja tarvittavilta osin terveydenhuollon potilastietojärjestelmään, johon terveydenhuollon ammattihenkilönä kriisityötä tekevät pääsevät kirjaamaan esimerkiksi ohjattaessa asiakasta terveydenhuollon palveluihin.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että pykälä on laadittu ainoastaan sosiaalihuollon näkökulmasta ja että psykososiaalisesta tuesta puuttuu kokonaan psykologinen osuus. Psykososiaalinen tuki tulisi määritellä sosiaalihuoltolaissa yhteneväisesti terveydenhuoltolain kanssa. Lausunnossa esitettiin määritelmälle muotoa: ”Psykososiaalisella tuella järkyttävissä tilanteissa tarkoitetaan akuuttina kriisityönä annettavaa moniammatillista välitöntä tukea yksilölle, perheelle ja yhteisölle”.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että pykälä on ristiriitainen vuonna 2019 julkaistun työryhmän raportin ”Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen” kanssa. Raportin suosituksissa todettiin, että sosiaali- ja kriisipäivystystä tulisi toteuttaa yhdessä eli samassa yksikössä. Pykälässä tulisi selkeämmin mainita, että sosiaalihuollossa toimivassa sosiaali- ja kriisipäivystyksessä voi toimia sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon ammattilaisia. Psykososiaalinen tuki koostuu akuutista kriisityöstä ja sosiaalityöstä. Sosiaalihuollon psykososiaalinen tuki pitää sisällään akuutin kriisityön traumaattisen kriisin kohdanneiden asiakkaiden kanssa.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä arvioi, että sosiaalipäivystyksellä on laaja toiminta-alue, mistä seuraava tarve ymmärrykseen, tietämykseen ja osaamiseen alueen palvelutarjonnasta, mikä ei tämänhetkisellä mallilla tulisi onnistumaan. Hyvänä se piti hoidontarpeen arviointia ja sosiaali- ja terveydenhuollon osuutta psykososiaalisen tuen määrittelyssä. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen mukaan ehdotuksessa on selkeästi määritelty akuutti kriisityö ja erotettu käsite psykososiaalisen tuen käsitteestä, mutta huomion kiinnittämistä palveluiden saumattomuuteen

tarvitaan. Etelä-Karjalan hyvinvointialue arvioi esitettyjen sosiaalihuoltolain 29 b § ja terveydenhuoltolain 50 b § muodostavan vaikeasti hahmotettavan kokonaisuuden, sillä esitetyn lainsäädännön tarkoitus on erotella sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tehtävät äkillisissä järkyttävissä tilanteissa, mutta määrittelyissä ne menevät pitkälti päällekkäin. Esimerkiksi Etelä-Karjalassa on yhdistetty sosiaali- ja kriisipäivystys, joka vastaa äkillisissä järkyttävissä tilanteissa annettavasta kriisityöstä ja psyko-sosiaalisesta tuesta osana sosiaalipäivystystä. Ehdotus jakaisi toimintaa terveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltoon, ja akuutti kriisityö kuuluisi terveydenhuollolle ja kiireellinen sosiaalityö sosiaalihuollolle, jolloin kirjauksia tulisi sekä asiakas- että potilasrekistereihin.

Äänekosken kaupunki piti pykälän lisäämistä lakiin tarkoituksenmukaisena, mutta näki psykososiaalisen tuen määrittelyn jäävän epäselväksi. Se kommentoi, että koska kriisityö nähtäisiin terveydenhuollon palveluna, on riski siihen, että asiakas ei saa palvelua yhdestä yksiköstä, mikä on ristiriidassa aikaisemman säätelyn sekä tehdyn kehittämistyön ja monialaisen yhteistyön edistämisen kanssa. Sosiaalihuollon ammattihenkilöiden mahdollisuutta toimia kriisityöntekijöinä ei ole myöskään riittävällä tavalla huomioitu.

4.6 Onko päihde- ja riippuvuustyön toteuttamisen pykälän (sosiaalihuoltolaki 33 b §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 119 lausunnonantajaa, joista 19,3 % vastasi ”kyllä”, 20,2 % ”kyllä pääosin”, 11,8 % ”ei pääosin”, 35,3 % ”ei” ja 13,4 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Hankasalmen kunta piti pykälää hyvänä, koska se parantaa esim. rahapeliriippuvaisten asemaa. Leppävirran kunta kommentoi pykälän selkeyttävän ja vahvistavan päihdehuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia. Kuopion kaupunki katsoi, että on tärkeää nostaa esille se, että päihdekäyttäjällä/riippuvuusoireisella on oikeus myös muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Se piti tärkeänä luoda yhteistyömalleja myös kuntatoimijoiden ennaltaehkäisevän työn kanssa. Posion kunta antoi kiitosta itsemääräämisoikeuden näkymisestä pykälässä. Eriarvoisuus sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksuissa kuitenkin mietitytti heitä. He toivat esiin, että asiakkaita kiinnostavat palvelujen maksut, mikä myös ohjaa osin palvelujen vastaanottoa ja käyttöä tai käyttämättömyyttä.

Helsingin kaupunki katsoi, että esityksessä palveluja tulisi kuvata todellisuuslähtöisemmin, jotta lain tulkinta olisi yhdenmukaisempaa ja voitaisiin varmistaa asiakkaille tasalaatuiset palvelut.

Kuopion yliopistollisen keskussairaala piti hyvänä, että työnjakoa psykososiaalisen tuen osalta selkiytetään. Soite nosti esiin pienen hyvinvointialueen haasteet palveluiden toteuttamisessa. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä piti hyvänä kokemusasiantuntijoiden ja omaisten huomiointia sekä vastuiden erittelyä. Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus kommentoi, että muutos selkeyttää ja parantaa palvelujen saatavuutta ja yhteensopivuutta. Etelä-Karjalan hyvinvointialue totesi, että on erittäin hyvä, että pykälän 3 momentissa mainitaan raskaana olevien henkilöiden oikeus saada välittömästi riittävät päihdeettömyyttä tukevat palvelut. Sen mukaan tähän kohtaan tulisi lisätä myös yhteistyövelvoite ja palvelujen yhteensovittamisvelvoite terveydenhuollon kanssa, sekä terveydenhuollon päihdepalvelujen, että somaattisten palvelujen kanssa, ja vastaava säätely tulisi lisätä myös terveydenhuoltolakiin.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi tarkoituksenmukaiseksi, että sosiaalityön, sosiaaliohjauksen ja sosiaalisen kuntoutuksen roolia korostetaan. Muutos selkiinnyttää sitä, että päihdetyönä annetaan kaikkia sosiaalihuoltolain mukaisia palveluita asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti. Riippuvuuden määrittely laajasti on erinomaista.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, A-klinikka, EHYT, ETKL, HALI, Irti Huumeista, Kalliolan Setlementti, Kirkkohallitus, Kuntoutussäätiö, Myllyhoitoyhdistys, Porin kaupunki, Päihdetyön Talentia, PäMi, PÄIVYT, STTK ry, Suomen sosiaalioikeudellinen seura, SuPer, Valvira ja VAK sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen, ja Vantaan A-Killat katsoivat, että muutoksella, jossa nykyisen sosiaalihuoltolain päihdetyötä koskeva 24 § hajautetaan osin määritelmiä koskevaan 3 §:ään ja toteuttamista koskevaan 33 b §:ään ja 14 §:stä poistetaan mielenterveys- ja päihdetyötä koskevat kohdat, heikennettäisiin järjestämisvelvollisuuden piirissä olevaa sosiaalihuollon päihdetyön ja päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuutta. Pykälän sisältö toivottiin palautettavan tarkennettuna 24 §:ään. Lisäksi katsottiin, että jatkossa palveluista ei annettaisi päätöstä, mikä heikentäisi asiakkaan oikeusturvaa, sillä tällöin asiakas ei voisi käyttää tarvittaessa lain mukaisia oikeusturvakeinoja. Myös EK, EPT-verkosto ja Mannerheimin Lastensuojeluliitto katsoivat samaa. A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, Irti Huumeista, Porin kaupunki, PÄIVYT, PäMi, Suomen sosiaalioikeudellinen seura, VAK sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkko-nummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat lisäksi, että päiväkeskustoimintaa ja tilapäistä majoitusta koskeva pykälä olisi hyvä olla erikseen, ettei tulisi sekaannusta siitä, mistä palveluista tehdään päätöksiä ja mistä näin ollen voi tehdä myös oikaisuvaatimuksen.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia kiinnitti huomiota muun muassa seuraaviin seikkoihin. Pykälään ehdotetaan lisättäväksi muut riippuvuudet (esimerkiksi rahapeli-riippuvuudet). Luonnoksen perusteluissa todetaan, ettei lisäys laajenna asiakasryhmää. Perusteluista ei käy ilmi mihin toteamus perustuu. Perusteluissa ole myöskään käsitelty sitä, millä tavoin nyt voimassa olevan päihdehuoltolain 7 §:ään sisältyvän sääntelyn soveltaminen muuttuu, kun sen sisältöä jaetaan erilleen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, eikä sanamuotoja erityisesti sosiaalihuollon osalta pysytetä kaikilta osin ennallaan. Perusteluissa käytetään ilmaisua ”tehtävien selkeyttäminen” ja jätetään sanomatta, että kuvatus selkeyttämisen kautta pyritään siihen, että sellaista toimintaa, joka voitaisiin määritellä hoidoksi, ei enää annettaisi sosiaalihuollon palveluna. Tämä puolestaan johtanee siihen, että osa vielä nykyisin sosiaalihuoltolain annettavista päihdepalveluista siirtyisi toteutettavaksi osana terveydenhuoltoa.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot esittivät yhteisessä lausunnossaan huolen siitä, että muutos heikentää asiakkaan oikeutta saada tarvitsemiaan sosiaalihuoltolain mukaisia palveluita. Vaarana nähtiin, että muutosvaiheessa päihde- ja riippuvuusasioissa asiakas ei pääse sosiaali- eikä terveystarpeidensa piiriin. Muutos edellyttää aluehallintovirastojen mukaan selkeää ohjausta hyvinvointialueille siitä, miten sosiaalihuollon ja terveydenhuollon päihdepalvelut ja niiden yhteensovittaminen tulee järjestää.

Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys katsoivat, että terveydenhuollon roolin ja lääketieteellisen hoidon tarpeen korostaminen on perusteltua riippuvuuksista kärsivillä henkilöillä, koska riippuvuudet ovat laajasti lääketieteellisiä ongelmia ja niihin liittyy erilaisia psykiatrisia ja somaattisia häiriötiloja. Näin ollen pykälään tulisi sisällyttää, että asiakkaita/potilaita tulee ohjata lääketieteelliseen hoidon tarpeen arvioon. Lisäksi tulisi lisätä, että henkilöllä, jolla on sekä mielenterveys- että

päihde/riippuvuusongelmaa, tulisi tarjota mielenterveys- ja päihdepalveluja samanaikaisesti. Lääkäriliitto oli tästä samaa mieltä ja totesi, että säännöksen sisältöä ja paikkaa laissa tulisi jatkovalmistelussa harkita yhdessä sosiaalihuoltolain ehdotetun 24 §:n kanssa. Tampereen yliopiston lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta katsoi, että kyseessä on tietyn ryhmän hoidon järjestämistä koskeva pykälä, jonka tulisi olla terveydenhuoltolaissa.

Espoon kaupunki ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue katsoivat, ettei ehdotus huomioi riittävästi mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamista integroituna palvelukokonaisuutena.

Essote katsoi, että sosiaalityön roolia kuntoutuksen osalta tulee tarkentaa ja näki ehdotuksen riskinä oikeusturvan heikentymisen. Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä katsoi, että sosiaalihuollon ja mielenterveyspalvelujen tehtävää tulisi tarkentaa päihdepalvelujen osalta. Se näki, että päihde-, riippuvuus- ja mielenterveystyötä koskevat pykälät tulee säilyttää sosiaalihuoltolain 3 luvussa.

Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi, että esitys heikentäisi oikeuskäytännössä muotoutunutta tulkintaa oikeudesta saada päihdepalveluja. Esityksen mukaan ainoastaan raskaana oleville taataan subjektiivinen oikeus saada riittävät päihdeetömyyttä tukevat palvelut. Lausunnossa esitettiin huoli siitä, millainen on muiden kuin raskaana olevien oikeus saada päihdepalveluita ja minkä sisältöinen on järjestämisvastuu.

Karjaan Ratatupa kommentoi, että sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyöhön kuuluu myös päihdeetömyyden edistäminen ja haittojen vähentäminen. Kondis katsoi, että kohdassa olisi hyvä mainita hoitopaikat, jotka ovat kiinteä osa päihdeiden käyttäjille suunnattuja palveluja.

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus katsoi, että pykälä on sinänsä tarkoituksenmukainen, mutta päihde- ja riippuvuustyöstä pitäisi säätää myös erillisenä sosiaalihuollon palveluna. Kuntaliitto katsoi, että päihdetyön pykälä tulisi säilyttää nykyisellä paikallaan sosiaalihuoltolain 3 luvussa. Siirto muualle olisi sosiaalihuoltolain systematiikan vastaista.

Mielenterveyden keskusliitto katsoi, että perusteluissa tulisi kuvata riippuvuussairauksien ja niihin vastaavien riippuvuuspalvelujen kirjo laajemmin. Rahapeli-riippuvuuden lisäksi sosiaali- ja terveyspalveluissa tulee kyetä vastaamaan tuen ja hoidon tarpeisiin, jotka seuraavat esimerkiksi läheis-, seksi- tai sijoitusriippuvuudesta. Lisäksi lausunnossa katsottiin, että päihdetyön säännöksen siirto lain 4 lukuun heikentää asiakkaan asemaa, oikeuksia ja todennäköisesti myös käytännössä päihdepalvelujen saatavuutta.

Oikeusministeriö katsoi tarpeelliseksi selventää, missä määrin viranomaisilla on velvollisuus järjestää päihde- ja riippuvuustyötä koskevat palvelut vastaavalla tavalla kuin muut sosiaalipalvelut. Erityisesti tulisi selkeästi tulla esiin, onko nyt ehdotetulla uudistuksella muutoksia palveluiden antamiseen ja voiko uudistus tarkoittaa niitä tarvitsevien henkilöiden oikeussuojan heikentymistä.

Paraisten kaupunki katsoi, että asiakkaan oikeus päätökseen ja mahdollisuus muutoksenhakuun tulisi turvata.

Perhehoitoliitto katsoi, että päihde- ja riippuvuustyössä ja -palveluissa tulee huomioida sijaishuollossa olevat lapset ja nuoret sekä heidän perhehoitajilleen annettavat tuki- ja ohjauspalvelut. Omaishoitajaliitto katsoi, että palveluja ja resursseja tulee kohdentaa niin, että perheiden tuen tarpeet tosiasiallisesti otetaan huomioon ja palveluja tarjotaan aktiivisesti omaisille. Lastensuojelun Keskusliitto katsoi, että ehdotettu viittaus lapsen terveyden ja kehityksen turvaamista koskevaan sosiaalihuoltolain 13 §:ään on kannatettava, mutta katsoo, että selkeintä olisi, että lasten ja nuorten päihde- ja mielenterveyspalveluille olisi oma pykälä.

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca katsoi, että päihde- ja riippuvuustyön palveluista tulisi säätää sosiaalihuoltolain 3 luvussa. Palveluihin tulee päästä matalalla kynnyksellä ilman diagnoosia ja terveydenhuoltolain mukaisen hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Päihde- ja riippuvuuspalveluissa hoitoa ja sosiaalista tukea ei ole tarkoituksenmukaista erottaa toisistaan. Hoidon ja sosiaalisen tuen erottaminen eri lakeihin vaarantaa myös asiakastietojen tarkoituksenmukaisen näkyvyyden sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Päihde- ja riippuvuuspalveluja tulee tarjota ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisinä palveluina. Myös laitostuotoiseen kuntoutukseen tulee päästä sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella.

Rauman kaupunki katsoi ehdotuksen heikentävän oleellisesti asiakkaan oikeusturvaa ja oikeutta saada päihdepalveluja. Myös Pikassos näki esityksen heikentävän sosiaalihuollon päihdetyötä ja näin ollen asiakkaan asemaa sekä palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Se katsoi muutoksen johtavan siihen, ettei laitostuntoutuksen tarvetta voitaisi enää arvioida sosiaalisin perustein ja esitti huolen siitä, onko hyvinvointialueiden terveydenhuollolla mahdollisuuksia järjestää asiakkaille päihdehoidon tarpeen arviointi ja ohjaus päihdekuntoutukseen sekä toivoi terveydenhuollon henkilöstön osaamisen varmistamista lainsäädännön tasolla. Lisäksi se katsoi, että esitys heikentäisi asiakkaan oikeusturvaa, sillä päihdekuntoutus olisi terveydenhuoltolain perusteella järjestettävää, mistä ei annettaisi palvelupäätöstä, eikä asiakkaalla olisi tällöin tehokkaita oikeusturvakeinoja käytössä. Lisäksi kysymyksiä syntyisi asiakasmaksujen määräämisestä. Pikassos piti myös tärkeänä, että päihdekuntoutuspalveluja käyttävillä olisi käytössä ensisijainen sosiaalietuus, ja näki, että mikäli prosessi olisi terveydenhuollon toimivallassa, voisi haavoittuvissa olosuhteissa elävien mahdollisuudet ensisijaiseen sosiaalietuuteen vaarantua.

SAMOK piti ehdotusta hyvänä, mutta nosti esiin, että asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista ei tule unohtaa. On tärkeää, että sosiaalipalveluita tarjoavalla henkilöstöllä on riittävät mahdollisuudet tarjota ohjausta myös somaattisen toimintakyvyn tukemiseksi.

SAMS katsoi, että riippuvuudet tulisi kuvata tarkemmin. Esityksessä puutteena on se, että monet riippuvuudet jäävät mainitsematta.

Sininauhaliitto piti hyvänä sen edellyttämistä, että asumisen palveluja tarjotaan myös heille, jotka eivät pysty sitoutumaan raittiuteen tai hoitoon sekä läheisten ja omaisten tuen tarpeen huomioimista ja kokemusasiantuntijoiden käyttämisen mahdollisuutta. Se piti tärkeänä, että päihderiippuvuuden lisäksi muu riippuvuus huomioidaan lainsäädännössä ja ehdotti, että rahapeli- tai peliriippuvuus mainittaisiin säädösten tasolla. Se toivoi, että päihde- ja riippuvuustyöstä säädettäisiin erillisenä sosiaalihuollon palveluna sosiaalihuoltolain 3 luvun 14 §:ssä.

Talentia katsoi, että asiakkaiden oikeusturvaa ja palvelun saatavuutta ei tule heikentää, ja että päihdetyön palveluihin on oltava oikeus myös ilman diagnosoitua päihdehäiriötä. Päihteiden käyttöön liittyviin ongelmiin vastaaminen edellyttää sosiaalihuollon erityisosaamista ja sosiaalihuollon päihdetyön erityispalveluja, kuten sosiaalisena kuntoutuksena toteutettavaa päihdehuollon laitostuntoutusta, kuntouttavia päihteettömiä asumispalveluja, lääkkeettömiä näyttöön perustuvia menetelmiä sekä psykososiaalista tukea, jotka tulee turvata myös jatkossa.

Tampereen kaupunki katsoi, että esitys voisi vaarantaa sosiaalihuollon päihdetyön toteuttamisen, kapeuttaa sen sisältöjä ja lääketieteellistä päihdekuntoutukseen liittyviä sosiaalihuollon kysymyksiä. Se näki, ettei esitys ota huomioon, että riippuvuussairauksiin liittyy kuntoutustarvetta, joka ei ole vain lääketieteellisesti perusteltavissa. Se kommentoi, että luonnoksen mukaan

asiakkaan tarvitessa riippuvuuksien ja mahdollisten muiden samanaikaissairauksien hoitoa hoidon antamisessa noudatettaisiin terveydenhuoltolain menettelyä ja esitti huolen terveydenhuollon resurssista ottaa vastuulleen kyseistä tehtävää.

THL katsoi, että pykälä on sinänsä tarkoituksenmukainen, mutta päihde- ja riippuvuustyöstä tulisi säätää myös erillisenä sosiaalihuollon palveluna. Se katsoi myös, että esityksen perusteluissa tulisi riippuvuustyötä määriteltäessä vahvemmin huomioida myös niiden henkilöiden ja heidän läheistensä tuen tarve, joilla riippuvuudet ja taloudellinen tilanne kietoutuvat yhteen esimerkiksi ylivelkaantumisen, taloudellisen hyväksikäytön tai henkisen väkivallan muodoissa.

Työterveyslaitos kommentoi, että päihteiden väärinkäyttäjää on myös työelämässä, eikä työelämän tarpeita tuoda riittävästi esille. SAK oli tästä samaa mieltä ja katsoi, että ehdotettu muotoilu voisi johtaa asiakkaan aseman ja palvelujen integraation heikentymisiin, ja siirryttäessä palveluntuottajalta toiselle voisi tapahtua väliinpuotoamisia. JHL katsoi, että annettavien palvelujen sisältö ja toteuttajat jäävät lain perusteluissa jossain määrin epäselviksi. Se nosti esiin, ettei kokemusasiantuntijoita tule käyttää resurssina tilanteissa, joissa sosiaalialan ammattilaisista on vajetta, ja totesi myös, ettei työterveyshuollon roolia huomioida esityksessä. Akava katsoi, että asiakkaiden oikeusturva ja palvelun saatavuus tulee varmistaa.

VALLI piti tärkeänä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamista ja sosiaalihuollon päihdetyön kokonaisuuden kuvausta ja selkeyttämistä tarpeellisenä. Se toivoi tarkennusta ikääntyneiden oikeudesta palveluihin ja lausui, ettei muutoksella saa heikentää nykyisiä päihde- ja riippuvuuspalveluja.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että päihdepalvelut tulee määritellä tarkemmin ja niin, että asiakkaan oikeus palveluihin (ja mihin palveluihin) tulee selville. Vammaisfoorumi katsoi, että lain yksityiskohtaisissa perusteluissa muiden riippuvuuksien osalta tarvitaan yksityiskohtaisempaa kuvaamista ja riippuvuudet tulee tunnistaa laajalti sosiaali- ja terveyspalveluissa.

4.7 Onko mielenterveyshuollon toteuttamisen pykälän (sosiaalihuoltolaki 33 c §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 120 lausunnonantajaa, joista 19,2 % vastasi ”kyllä”, 38,3 % ”kyllä pääosin”, 4,2 % ”ei pääosin”, 24,2 % ”ei” ja 14,2 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/ Kuopion yliopistollisen keskussairaala piti hyvänä yhteensovittamisen edellyttämistä, ja se myös kannatti alueellisia säännöllisiä vuosittaisia tapaamisia. Terveydenhuollon sosiaalityön arvio olisi heidän näkemyksensä mukaan alku sosiaalipalveluun. Kuopion kaupunki piti olennaisena huomioida, että mielenterveyden haasteet ovat moniulotteisia. Sosiaaliohjauksen ja terveydenhuollon neuvonnan korostaminen on sen arvion mukaan tärkeää. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi tarkoituksenmukaiseksi, että sosiaalityön, sosiaaliohjauksen ja sosiaalisen kuntoutuksen roolia korostetaan. Muutos selkiinnyttää sitä, että päihdetyönä annetaan kaikkia sosiaalihuoltolain mukaisia palveluita asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti. Äänekosken kaupunki piti tarpeellisenä lasten, nuorten ja perheiden esitettyjä täsmennyksiä. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä piti hyvänä kokemusasiantuntijoiden ja omaisten huomiointia sekä vastuiden erittelyä.

Valkeakosken terveyskeskus katsoi, että muutoksen myötä palvelujen jatkuvuus, oikea-aikaisuus ja yhteensovittaminen terveydenhuollon kanssa paranisivat, ja että tehtävien selkeyttämisen myötä toteutuisi kokonaisuus, jossa huomioidaan samanaikaisesti asiakkaan sosiaalisen tuen ja sosiaalipalvelujen tarve sekä mielenterveyden häiriöiden, fyysisten ja psyykkisten terveysongelmien hoidon tarve.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, ETKL, Irti Huumeista, Kirkkohallitus, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Mielenterveyden keskusliitto, Porin kaupunki, PÄIVYT, PäMi, Suomen sosiaali- ja terveysalan osaamiskeskus, Valvira ja VAK, sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että mielenterveyspalvelut tulee säilyttää sosiaalihuoltolain 3 luvun 25 §:ssä järjestämisvelvollisuuden piirissä, ja että niiden siirto 33 c §:ään heikentäisi asiakkaan oikeusturvaa. ETKL korosti lisäksi raskaana olevan oikeutta mielenterveyspalveluihin ja nosti esiin tarpeen kokonaiskoordinaatioon tilanteissa, joissa henkilöllä on tarvetta useille eri palveluille. Päihdetyön Talentia katsoi, että mielenterveystyötä tulee voida tarvittaessa järjestää myös yhdistettynä päihde- ja mielenterveystyönä. Kuntoutussäätiö katsoi, että päihde- ja mielenterveyspalvelut tulee määritellä yhdenvertaisesti sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Myös EPT-verkosto, Pikassos ja Tampereen kaupunki toivoivat sosiaalihuoltolain 25 §:n säilyttämistä. Myös Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca ja Rauman kaupunki katsoivat, että mielenterveystyö tulisi säilyttää oman erillisenä sosiaalihuoltolain mukaisena palvelunaan ja omana pykälänään.

Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys katsoivat, että pykälään kirjatun ohjauksen tulisi sisältää erikseen mainittuna lääketieteelliseen arvioon ohjaaminen lääketieteellisten ongelmien yleisyyden ja hoitamisen takia. Lisäksi tulisi kirjata mahdollisuus tarjota samanaikaisia mielenterveys- ja päihdepalveluja. Alueelliset yhteistyökokoukset tulisi laajentaa koskemaan kaikkien ikäluokkien potilaita ja asiakkaita, ja tulee lisätä, että tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä terveydenhuollon kanssa. Lääkäriliitto oli samaa mieltä terveydenhuollon yhteistyöstä ja totesi, että säännöksen paikkaa laissa tulee jatkovalmistelussa harkita ehdotettuja sosiaalihuollon 24 § ja 33 b § koskien.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia katsoi, että aluehallintovirastojen veloitteesta järjestää vuosittain alueellisia yhteistyökokouksia tulisi säätää muualla kuin sosiaalihuolto- ja terveydenhuoltolaissa ottaen huomioon näiden lakien soveltamisalat. Lisäksi lausunnossa katsottiin, että perusteluissa olisi aiheellista mainita, että tavoitteena on selkeästi erottaa sosiaalipalveluista niin sanotut hoitavat päihdepalvelut, jotka olisivat osa terveydenhuoltoa.

Espoon kaupunki, Into ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue katsoivat, ettei ehdotus huomioi riittävästi mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamista integroituna palvelukokonaisuutena.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot esittivät yhteisessä lausunnossaan huolen siitä, että muutos heikentää asiakkaan oikeutta saada tarvitsemiaan sosiaalihuoltolain mukaisia palveluita. Muutos edellyttää aluehallintovirastojen mukaan selkeää ohjausta hyvinvointialueille siitä, miten sosiaalihuollon mielenterveystyö tulee järjestää. Pykälän yhteistyökokouksia koskevaa säännöstä aluehallintovirastot pitivät tärkeänä.

FinFami ry ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Savon ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset katsoivat, että mielenterveystyön toteuttamisessa on olennaista, että huomioidaan omaisten ja läheisten avun tarve, sillä psyykkisen

toimintakyvyn heikkeneminen ja psyykkiset sairaudet vaikuttavat merkittävästi myös sairastuneen lähipiirin elämään ja arkeen. Pykälään esitettiin lisättäväksi sana ”omainen” perheen ja läheisten lisäksi. Lisäksi pykälään esitettiin lisättävän, että palveluiden kehittämisessä, arvioinnissa ja toteuttamisessa tulee hyödyntää kokemusasiantuntijoiden sekä muiden palvelujen käyttäjien asiantuntemusta.

Helsingin kaupunki katsoi, että mielenterveystyö tulisi säilyttää erillisenä pykälänä. Olisi myös tarpeen vahvistaa niiden asiakkaiden asemaa, joilla on sekä päihde- että mielenterveysongelmia.

Humaania päihdepolitiikkaa kommentoi, ettei esitysluonnoksessa ole mainintaa siitä, voiko mielenterveyspalveluja saada, vaikka käyttäisi edelleen päihteitä. Kehitysvammaliitto katsoi, että mielenterveystyön toteuttamisessa tulee varata enemmän resursseja ennaltaehkäisevään työhön.

Kuntaliitto katsoi, että mielenterveystyön pykälä tulisi säilyttää nykyisellä paikallaan sosiaalihuoltolain 3 luvussa. Siirto muualle olisi sosiaalihuoltolain systematiikan vastaista.

MIELI Suomen Mielenterveys katsoi, että myös mielenterveyden edistämiseen ja ongelmien ehkäisyyn tähtäävä yhteisösosiaalityö on osa mielenterveystyötä, ja esitti lisäystä ensimmäiseen momenttiin viimeiseen lauseeseen seuraavasti: Mielenterveystyöhön sisältyy mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki ja niiden yhteensovittaminen sekä mielenterveyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä yhteisösosiaalityö.

Niuvanniemen sairaala muistutti, että tulee varmistaa lainsäädännön sisältävän riittävät määräykset, jotka turvaavat pitkäaikaista vaikeaa mielenterveyshäiriötä, ennen kaikkea psykoosisairautta sairastavan henkilön toimintakykyä laaja-alaisesti ylläpitävän ja mahdollisesti edistävän kuntoutuksen sosiaalihuoltolain tai terveydenhuoltolain perusteella.

Nuorten mielenterveysseura - Yeesi muistutti, että lasten ja nuorten kohdalla tulee kiinnittää erityistä huomiota lievien mielenterveyden ongelmiin ja niiden hoitamiseen sekä oikea-aikaiseen tukeen.

Oikeusministeriö katsoi tarpeelliseksi selvittää, missä määrin viranomaisilla on velvollisuus järjestää mielenterveystyötä koskevat palvelut vastaavalla tavalla kuin muut sosiaalipalvelut. Erityisesti tulisi selkeästi tulla esiin, onko nyt ehdotetulla uudistuksella muutoksia palveluiden antamiseen ja voiko uudistus tarkoittaa niitä tarvitsevien henkilöiden oikeussuojan heikentymistä.

SAKKI piti tärkeänä, että kunnissa ja hyvinvointialueilla on selkeät rakenteet ehkäisevän mielenterveystyön edistämiseksi ja nosti esiin, että hyvinvointialueilla järjestettävän sosiaalihuollon mielenterveystyön tulisi toimia hyvin yhteen oppilaitosten vastuulla olevan yhteisöllisen opiskeluhuollon kanssa lasten ja nuorten tuen varmistamiseksi. Se kannatti yhteistyökokouksia lasten ja nuorten mielenterveystyön- ja palveluiden työnjaon kehittämiseksi ja totesi, että lapsia ja nuoria tulisi ikätasoisesti osallistaa palveluiden arviointiin ja suunnitteluun hyvinvoinnin vahvistamiseksi. SAMOK piti esitettyä muutosta hyvänä, mutta nosti edelleen esiin asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioimisen sekä lasten ja nuorten mielenterveys-, päihde- ja riippuvuustyön ja toivoi panostamista ennaltaehkäisevään ja hoidolliseen tukeen.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että esitys jättää epäselväksi, mitä sosiaalihuollossa itseasiassa käytännön tasolla tarkoitetaan, kun puhutaan psykososiaalisesta tuesta, ja miten se eroaa terveydenhuollon psykososiaalisesta tuesta. Pykälän perusteluissa toistuu varsin ongelmallinen jaottelu siitä, miten esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisinä palveluina toteutetuissa palveluissa määriteltäisiin sosiaalihuollon palvelut (asiakkaan elämäntilanteen parantaminen,

toiminnanohjauksen tukeminen ja toimintakyvyn ja sosiaalisen hyvinvoinnin parantaminen sekä psyykkisestä toimintakyvyn heikkenemisestä seuranneisiin ongelmiin ja niiden taustatekijöihin vaikuttaminen) ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyshäiriöiden ja muiden terveysongelmien tutkimus, taudinmääritys, hoidon suunnittelu, hoito ja siihen liittyvä lääkinällinen kuntoutus). Erityisesti varhaisessa vaiheessa terveydenhuollossa tarjottavien psykososiaalisten interventioiden fokus on usein käytännössä se, mitä esityksessä kuvataan sosiaalihuollon palveluna. Lisäksi lausunnossa todettiin, että aluehallintoviraston järjestämisen kokousten lisäksi myös valtakunnallinen yhteistyö ja koordinaatio olisi erittäin oleellista.

SuPer katsoi, että ehkäisevän mielenterveystyön osalta kunnat tarvitsevat selvempiä ohjeita ja työtä tukevaa rahoitusta.

Talentia katsoi, että sosiaalialan laillistetuilla ammattihenkilöillä on vahva rooli asiakkaiden arkea ja elämää kannattelevina toimijoina ja sosiaalityön ja -ohjauksen menetelmillä sekä sosiaalihuollon palveluilla poistetaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä ja vahvistetaan suojaavia tekijöitä.

Tampereen yliopiston lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta katsoi, että kyseessä on tietyn ryhmän hoidon järjestämistä koskeva pykälä, jonka tulisi olla terveydenhuoltolaissa.

THL ehdotti lisäystä, että sosiaalihuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä hyvinvointialueella ja kunnissa tehtävän edistävän ja ehkäisevän mielenterveystyön kanssa. Lisäksi se suositteli, että pykälässä mainittu Aluehallintoviraston vuosittainen lasten ja nuorten mielenterveystyön ja –palvelujen kehittämiseksi järjestettävä alueellinen yhteistyökokous tulisi järjestää myös lasten ja nuorten päihde- ja riippuvuustyön osalta. Pesäpuu katsoi, että tulisi mainita, ketä toimijoita kutsutaan alueellisiin yhteistyökokouksiin.

Työterveyslaitos katsoi, että mielenterveystyön toteuttamisesta puuttuu työelämäsidoisuus. Myös SAK katsoi, ettei yhteyttä työelämään huomioida. Lisäksi pykälässä tulisi huomioida omaisten ja läheisten palvelutarve.

VALLI kommentoi järjestöjen ja seurakuntien roolista ennaltaehkäisevän ja täydentävän mielenterveystyön osalta ja nosti esiin ikääntyneiden mielenterveystyön erityistarpeiden huomioimisen.

Vammaisfoorumi katsoi, että matalan kynnyksen tukea, palveluja ja kuntoutusta on oltava saatavilla eri-ikäisille tarpeenmukaisesti ja riittävästi ja tukea ja palveluja suunniteltaessa pitäisi ottaa huomioon yksilölliset tarpeet ja niiden taustalla vaikuttavat tekijät. Mielenterveyspalveluissa lapsen tai nuoren kohdalla on otettava huomioon hänen koko perheensä ja tarvittaessa ulotettava tuki ja palvelut myös heille.

4.8 Ovatko omatyöntekijän pykälään (sosiaalihuoltolaki 42 §) ehdotetut muutokset tarkoituksenmukaisia?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 111 lausunnonantajaa, joista 48,6 % vastasi ”kyllä”, 27,9 % ”kyllä pääosin”, 3,6 % ”ei pääosin” ja 19,8 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

A-Kiltojen Liitto ry, EHYT, PÄIVYT, Suomen sosiaali- ja terveysjärjestöjen liitto ja VAK sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että erityistä tukea tarvitsevien osalta riittäviä tapaamiskertoja tulee korostaa ja kannattivat lisäystä omatyöntekijän virkasuhteisuudesta. Suomen Päihderiippuvaiset kannatti riittävien tapaamiskertojen korostamista. Myös Kuntoutussäätiö piti välttämättömänä riittäviä tapaamiskertoja erityistä tukea tarvitsevien osalta. Lastensuojelun Keskusliitto katsoi, että erityistä tukea tarvitsevan lapsen kohdalla omahoitajan tehtäviin kuuluu usein julkisen vallan käyttöä, joten on tarkoituksenmukaista, että omahoitajalta edellytetään virkasuhdetta. A-klinikkasäätiö nosti esiin omatyöntekijän tärkeän roolin asiakkaiden palveluohjauksessa ja palveluketjujen koordinaatiossa ja piti tärkeänä erityistä tukea tarvitsevan lapsen tai muun henkilön omahoitajan ammatillisen pätevyyden määrittämistä ja velvoitetta tehtävän hoitamiseen virkasuhteessa. Valvira kannatti lisäystä. Se kommentoi, että sosiaalityön tärkein elementti on luottamuksellisen asiakassuhteen syntyminen, joka vaatii toteutuakseen riittävän usein henkilökohtaisia tapaamisia asiakkaan tilanteen, mielipiteen ja toiveiden selvittämiseksi sosiaalihuollon palveluja järjestettäessä.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia totesi, ettei omatyöntekijän tehtäviä ole mahdollista jaotella ehdotuksessa esitetyllä tavalla siten, että vain osan omatyöntekijöistä tarvitsisi olla virkasuhteessa. Lähtökohtaisesti jokaisen omatyöntekijän tehtäviin on sisällyttävä mahdollisuus julkisen vallan käyttämiseen.

EETU kannatti ehdotusta, mutta nosti esiin huolen työntekijäpulasta. Myös Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca kiinnitti huomiota sosiaalityöntekijöiden saatavuuteen ja asiakasmääriin. Pesäpuu katsoi, että tapaamisen tulisi onnistua aina tarvittaessa eikä vain asiakassuunnitelmaan kirjatulla tiheydellä.

EK katsoi, että tarvittavaa apua, palvelua ja tukea voivat antaa kaikki ammatilliset työsuhteesta riippumatta. Myös HALI katsoi, ettei omatyöntekijän tarvitse olla virkasuhteinen. Sen mukaan tarvittavaa palvelua, apua ja tukea voivat antaa kaikki alan ammatilliset työsuhteensa luonteesta riippumatta ja kaikki omatyöntekijät toimivat asiakkaansa edun vaatimalla tavalla. Myöskään VALLI ei nähnyt tarvittavana, että omatyöntekijä olisi virkasuhteinen. Lisäksi se totesi, että tulisi perustella tarkemmin, milloin on perusteltua, että omatyöntekijä on terveydenhuollon ammattilainen.

ETKL korosti myös riittäviä tapaamiskertoja ja totesi, että lapsen asioista vastaavalla omatyöntekijällä tulee olla lapsen kehitykseen ja vanhemmuuteen liittyvää osaamista sekä mahdollisuus konsultoida tarvittaessa psykologian tai psykiatrian ammattilaisia.

Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi, ettei pykälästä ilmene riittävällä tavalla asiakaslähtöisyys. Huolena on, että tapaamisia ei esimerkiksi henkilöresurssisyydestä järjestetä riittävästi tai asiakkaan näkökulmasta parhaiten soveltuvalla tavalla.

JHL ei nähnyt tarkoituksenmukaisena, ettei sosionomi voisi toimia lasten tai erityistä tukea tarvitsevien omatyöntekijänä. Se kannatti kuitenkin lisäystä omatyöntekijän virkasuhteisuudesta ja totesi, että lasten ja erityistä tukea tarvitsevien osalta tapaamisia on järjestettävä riittävän usein.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä piti ehdotusta tarkoituksenmukaisena ja katsoi, että on hyvä, että omatyöntekijänä saa toimia myös terveydenhuollon ammattihenkilö.

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja Sosiaaliasiamiehet katsoivat, että ehdotus vaatii toteutuakseen myös sosiaalityöntekijän henkilötyövuosia, joita ei ilmeisesti ole otettu huomioon hyvinvointialueelle tulevana uusina lisätöinä kuten ei myöskään aiheutuvaa resursointitarvetta.

Kuntaliitto katsoi, että edellytys virkasuhteesta on tarkoituksenmukainen lisäys. Toisen pykälään tehdyn lisäyksen eli erityistä tukea tarvitsevan henkilön tapaamiskertojen kirjaamisen osalta Kuntaliitto katsoi, että muutoksen vaikutusarviot ovat jääneet esityksessä tekemättä. Kohderyhmän koko tulisi määritellä ja arvioida synnyttääkö uusi tehtävä lisääntyntä resurssitarvetta. Tulisi mahdollisesti myös tarkemmin arvioida, mikä on asiakasryhmän palvelutarve ja muokata säännöstä sen mukaan joustavammaksi esimerkiksi siten, että terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 2 §:n mukainen ammattihenkilö voisi toimia myös erityistä tukea tarvitsevan henkilön omatyöntekijänä, jos se henkilön palvelutarve huomioiden olisi tarkoituksenmukaista.

Kuopion kaupunki piti hyvänä lisäyksenä omatyöntekijän virkasuhteisuutta. Tampereen kaupunki kannatti ehdotusta pääosin, mutta nosti esiin, että hyvinvointialueilla tulee työskentelemään asiakastyössä myös toimessa olevia sosiaalihuollon ammattihenkilöitä, jotka vastaavat lähtökohtaisesti asiakkaan palveluprosessista ja totesi, ettei ole kannatettavaa, että oikeustila pakottaisi käytäntöön, jossa esimerkiksi sosiaalityöntekijöitä tarvittaisiin prosessiin siten, että virkasuhteinen vastaisi vain muodollisesti asiakastyön kokonaisuudesta. Teuvan kunta katsoi, että hoidettavan henkilön omatyöntekijän tulee toimia samalla myös koko perheen omatyöntekijänä. Posion kunta piti hyvänä muotoilua, jossa omaohjaaja pitää nimetä, sillä se on tarpeeksi painokas ja velvoittaa sopivasti.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto esitti, että esityksen perusteluissa korostettaisiin sitä, että erityistä tukea tarvitsevan lapsen omatyöntekijällä tulee olla riittävä asiantuntemus liittyen lapsen kehitykseen, kohtaamiseen sekä kiintymyssuhteisiin ja vanhemmuuteen.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että esityksessä tulisi määritellä, mitä riittävän useilla tapaamisilla tarkoitetaan. Ilman tarkempaa määrittelyä siitä, mikä on ”riittävän usein” on vaara, että pykälä jää käytännön tasolla toteutumatta.

Pikassos kannatti lisäystä, mutta huomautti, että se saattaa lisätä sosiaalihuollon ammattihenkilöiden päällekkäistä työtä. Se totesi, että esimerkiksi terveydenhuollon yksiköissä työskentelee sosiaalityöntekijöitä, jotka eivät tavanomaisesti ole virkasuhteessa eivätkä toteuta sosiaalihuoltoa. Pääasiallinen vastuu asiakkaan tilanteesta saattaa olla kuitenkin tällaisessa terveydenhuollon yksikössä. Mikäli asiakkaalle järjestetään tuen tarpeisiinsa vastaavana palveluna vaikkapa sosiaalista kuntoutusta, on kunnissa saatettu tulkita, että terveydenhuollon yksikön sosiaalityöntekijä toimii omatyöntekijänä, vaikka päätösvastuu on ollut muualla. Näin ollen ehdotus saattaa johtaa tilanteeseen, jossa jo sosiaalihuollon palvelut kuormittuvat entisestään, kun sosiaalihuollon viranomaisen tulee ottaa kokonaisvaltainen vastuu asiakastyöstä, vaikka asiakkaan tuki järjestyy luontevasti jo muualta. Lisäksi Pikassos esitti, että asiakkaan tulisi olla osallisena omatyöntekijän määrittelyssä. Mikäli asiakas arvioi, että hänen palveluprosessissaan on mukana jokin muu toimija kuin sosiaalihuollon viranomainen, joka tuntee asiakkaan kokonaistilanteen ja pystyy vastaamaan omatyöntekijän velvollisuuksista, voisi tämä toimia asiakkaan palvelukokonaisuudesta vastaavana työntekijänä.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollisen keskussairaala arvioi muutoksen tarkentavan lapsen oikeutta tulla kuulluksi, ja viranhaltijuus jäsentää asiaa. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä piti hyvänä, että virkasuhteiset ja erityistä tukea tarvitsevat on määriteltä, ja että etäyhteyden käyttö mahdollistetaan. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue piti esitystä tarkoituksenmukaisena ja arvioi sen antavan joustoa huomioida asiakkaan palvelukokonaisuuden vaihtoehtoja omatyöntekijyydessä. Se arvioi, että asiakastyön vaikuttavuutta lisää henkilökohtaisen tapaamisen

edellytys asiakassuunnitelmaan tarkemmin kirjattavalla tavalla, ja että tämä on tärkeää asiakassegmentti huomioon ottaen. Kymsote toivoi pykälän selkeyttämistä eri roolien osalta.

Päihdetyön Talentia, Talentia ja Rauman kaupunki katsoivat, että pykälässä tulisi määritellä tarkemmin ne terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka voivat jatkossa toimia omatyöntekijänä. Talentia ja Rauman kaupunki kannattivat myös virkasuhteisuutta ja lisäsivät, että omatyöntekijällä tulee olla riittävä mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen.

Tehy katsoi, että sosiaalityöntekijän omatyöntekijärooli on perusteltu, kun asiakassuhteeseen liittyy paljon julkisen vallan käyttöön liittyvää päätöksentekoa. Työnjakoa ja verkostomaista työparimallia sosionomien ja muiden toimijoiden kanssa on tärkeää kehittää resurssien tarkoituksenmukaisen jakautumisen näkökulmasta. Haaste omatyöntekijämallissa on henkilöstön vaihtuvuus. Palkkausta ja työoloja pitää parantaa, jotta työntekijät sitoutuvat työhönsä niin sosiaali- kuin terveystyönsä mielenterveys- ja päihdetyönsä palveluissa.

Työ- ja elinkeinoministeriö katsoi, että esityksen perusteluissa voisi selventää omatyöntekijän toimenkuvaa avaamalla omatyöntekijän suhdetta esimerkiksi etsivään sosiaalityöhön ja esityksessä ehdotettuun etsivään nuorisotyöhön, jotka myös tukevat asiakkaita kohti palveluita ja pyrkivät varmistamaan asiakkaan palvelusaannin.

4.9 Onko sosiaalihuoltolakiin ehdotettu sääntely mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta riittävä ja tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 113 lausunnonantajaa, joista 17,7 % vastasi ”kyllä”, 25,7 % ”kyllä pääosin”, 15,9 % ”ei pääosin”, 31,9 % ”ei” ja 8,8 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Hankasalmen kunta piti ehdotettua sääntelyä hyvänä ja stigmaa vähentävänä. Ehdotukset lisäävät kokonaisvaltaisuutta, yhtenäistävät palveluja ja palvelukokonaisuuksia. Leppävirran kunta kommentoi, että kokonaisuudistuksessa on hahmotettu keskeiset asiakkaan asemaa ja oikeuksia paran-tavat seikat ja kokonaisuus ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon siten, että toimijat tiedostavat lakisääteiset vastuunsa ja velvollisuutensa palveluiden järjestämisessä. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue piti sosiaalihuoltolaissa säädettyjä tarkempia palvelukuvauksia päihde- ja riippuvuusongelmallisille sekä mielenterveyden häiriöitä sairastaville – kaikkia ikäryhmiä koskien - kaikkienensa kannatettavina, ja katsoi, että on kannatettavaa panostaa perustason palveluihin.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, Aspa-säätiö, EHYT, ETKL, HALI, Into, Irti Huumeista, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Mielenterveyden keskusliitto, Porin kaupunki, Päihdetyön Talentia, PÄIVYT, PäMi, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Suomen sosiaaloikeudellinen seura ja VAK sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että päihde- ja riippuvuustyötä ja mielenterveystyötä ja – palveluita koskevia pykälä ei voida siirtää sosiaalihuoltolain menettelyä koskevaan 4 lukuun vaikuttamatta asiakkaan asemaan heikentävästi. Myös Kuntoutussäätiö ja SuPer katsoivat, että esitys kaventaa asiakkaiden oikeutta laaja-alaiseen sosiaalihuollon päihdetyöhön. Muutoksen uhkana nähdään sosiaalisen puolen häviäminen päihde- ja mielenterveystyöstä ja yhteistyön sekä integraation heikentyminen. Lisäksi korostettiin, että on otettava huomioon terveydenhuoltolain 27 §:n mielenterveyspalveluja koskeva pykälä ja että palvelut tulisi olla määritelty yhdenvertaisesti

sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Tästä olivat samaa mieltä myös Rauman kaupunki ja Talentia, jotka katsoivat, että mielenterveys- ja päihdetyö tulee säilyttää tuen tarpeisiin vastaavina sosiaalipalveluina ja että palveluita, hoitoa ja kuntoutusta tulee saada myös jatkossa sosiaalialan laillistetun ammattihenkilön tekemän sosiaalihoitolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Vaarana nähtiin, etteivät hyvinvointialueet tarjoa mielenterveys- ja päihdepalvelua sosiaalihoillon palveluna, jos niitä ei säilytetä lakisääteisinä sosiaalipalveluina. Tällöin myös päihde- ja mielenterveystyöhön liittyvä erityisosaaminen hyvinvointialueilla kaventuisi ja asiakkaan asema ja palveluihin pääseminen heikentyisi. A-klinikkasäätiö nosti esiin lisäksi huolen hyvinvointialueiden resursseista päiväkeskustoimintaa koskien, ja että päihde-, riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen saatavuus tulisi varmistaa myös silloin, kun niiden toteuttamiseksi ei synny mielekkäitä markkinoita. EK katsoi, ettei erityislainsäädännöstä luopumisella voida tavoitella päihdepalvelujen heikennystä ja pääsyn vaikeuttamista vaan näiden parantamista. Myös Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö, Kirkkohallitus ja Valvira katsoivat, että esitys heikentää päihdepalvelujen asemaa osana sosiaalihoiltoa. Valvira katsoi, että uhkana on, etteivät asiakkaat pääsisi jatkossa päihdepalveluihin enää sosiaalihoillon itsenäisen palvelutarpeen arvioinnin kautta.

A-klinikka katsoi, että keskeinen puute on palveluiden saamisen varmistaminen esimerkiksi subjektiivisen oikeuden kautta, ja että lähes kaikkien erityispalveluiden poistaminen lainsäädännöstä olisi riski palvelujärjestelmän toimivuudelle.

Essote katsoi, että on varmistettava, että päihdetyön kokonaisuus säilyy tasapainoisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ehdotukset vaarantaisivat päihdetyön toimintaedellytykset ja heikentäisivät asiakkaan oikeuksia, jos kuntoutukseen pääsy edellyttäisi aina diagnoosin, eikä sosiaalityö voisi tehdä itsenäisiä päätöksiä päihdekuntoutuksesta. Suomen Päihderiippuvaiset katsoi, että esitysluonnoksesta seuraisi, että avun saamisen edellytyksenä olisi terveydenhuollon puolella diagnosoitu päihdehäiriö, jolloin asiakkaat eivät pääsisi jatkossa päihdepalveluihin sosiaalihoillon itsenäisen palvelutarpeen arvioinnin kautta. Sen mukaan esitys heikentäisi päihderiippuvuudesta kärsivien, heidän läheistensä ja perheidensä asemaa, yhdenvertaisuutta ja oikeusturvaa, kaventaisi päihde- ja riippuvuuspalveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä heikentäisi päihdepalveluja kokonaisuutena. Pikassos kommentoi esitysluonnoksen kaventavan sosiaalihoillon toimintamahdollisuuksia ja lääketieteellistävän päihdetyötä ja päihdekuntoutusta. Samaa mieltä oli myös Tampereen kaupunki.

Jyväskylän kaupunki katsoi, että asiakastyön tulee toimia kokonaisvaltaisena sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Palvelujen tulee toteutua integroituneina ja selkeinä kokonaisuuksina. Rahapelimaininta tulisi muuttaa peliriippuvuusmaininnaksi.

Kantamo katsoi, että hoidon vaikuttavuus ja hoitotulosten arviointi tulisi olla keskeinen kriteeri päihde- ja riippuvuushoitoon ohjaamisessa. Päihdehoitojen tuloksellisuudessa on eroja, ja tarjotut hoidot tulisi ohjata sellaisiin, joiden vaikuttavuudesta on näyttöjä sekä kansainvälisissä että suomalaisissa tutkimuksissa. Lakiin tulisi kirjata, että tarjottu päihdehoito on ”kustannustehokasta, jonka vaikuttavuudesta on näyttöä”. Panostus vaikuttavaan päihdekuntoutukseen tuottaa säästöjä mm. erikoissairaanhoidossa ja mielenterveyspalveluissa. Näitä säästöjä ei ole riittävästi arvioitu lain perustelujen kustannustarkastelussa. Lisäksi esitettiin, että lakiin tulisi kirjata valinnanvapauden periaate, eli potilas voisi valita itselleen sopivimman palveluntuottajan tarjolla olevista vaihtoehdoista. Tämä vaikuttaisi motivaatioon hakeutua hoitoon.

Keski-Uudenmaan sote–kuntayhtymä katsoi, ettei sääntely ole riittävä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen osalta.

Kuntaliitto katsoi, että sosiaalihuoltolakiin ehdotetut muutokset ja uudet säännökset voivat vakavasti heikentää sosiaalihuollon roolia päihdehuollon toteuttamisessa ja siirtää painopistettä ennakoimattomasti terveydenhuoltoon niin päihde- kuin mielenterveysongelmiin vastaamisessa. Kuntaliiton mukaan aiemmat 24 ja 25 § tulee säilyttää uudistettuina sosiaalihuoltolaissa eikä 3 §:n määrittelyihin tule lisätä ehdotettuja lisäyksiä. Kuntaliitto katsoi, että uusi 14 §:n 2 momentti on epäselvä ja lain systematiikan vastainen. Kuntaliitto katsoi myös, että sosiaalihuoltolain säännöksistä tulisi poistaa palvelun antamisen rajaaminen sosiaalityön ja –ohjauksen keinoihin. Itsehallinnollisen toimijan palvelujen kehittämistä ja niiden muotoilua vastaamaan asiakkaiden tuen tarpeita ei tule etukäteen rajata rajaamalla palvelujen toteuttamisen keinoja. Tulee tyytyä siihen, että sosiaalityö ja sosiaaliohjaus ovat palveluita siinä missä muutkin sosiaalihuoltolain 14 §:n mukaiset palvelut. Lisäksi Kuntaliitto huomautti, että päihdehuoltolain 6, 7, 8 ja 9 §:n sisältö näyttävät puuttuvan uudesta sosiaalihuoltolain mukaisesta palvelusääntelystä.

Myllyhoitoyhdistys katsoi, että laista puuttuu tuloksellinen toipumiskeskeinen hoito päihderiippuvuuteen, joka on lääkkeetön näyttöön perustuva menetelmä. Laissa tulisi eriyttää suurkulutus ja päihderiippuvuussairaus, ja hoidon painopiste tulee olla päihteiden käytön lopettaminen. Päihde-hoidon vaikuttavuuden tutkimusta ja tuloksellisia päihdepalveluja tulee lisätä ja hoidon tuloksia tulee seurata palveluja ostavissa kunnissa ja hoitolaitoksissa hoitojakson jälkeen. Toipumiskeskeiseen hoitoon tulee päästä tasavertaisesti ja päihdepalvelut tulee resursoida niin, että hoitoketju on katkeamaton ja päihdepalveluja on riittävästi tarjolla.

Posion kunta katsoi, että asioita on huomioitu hyvin laajasti, ja myös laskentaa on tehty tarvittavien resurssien osalta esityksessä. Posion kunta arvioi, että mahdollisesti avotyössä tarvitaan lisäresursointia, kun työmäärä lisääntyy avopalveluissa, ja toi esiin huolen resurssien riittävydestä tulevaisuudessa.

Opetus- ja kulttuuriministeriö katsoi, että vaikka esityksen mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut löytyvät helpommin, kun niitä tarjotaan sosiaalipalveluna, palvelut saattavat myös hukkuu yhden palvelunimikkeen alle.

Oikeusministeriö kiinnitti huomiota siihen, että 3 §:n 3 kohtaa täsmennettäisiin siten, että siihen lisättäisiin myös ”muu riippuvuuskäyttäytyminen”. Perusteluiden mukaan sillä tarkoitetaan nimenomaan toiminnallista riippuvuutta. Oikeusministeriö totesi jättävänsä valmistelevan ministeriön harkintaan, olisiko pykälän tekstiä tarkoituksenmukaista täsmentää ilmaisuun ”muu toiminnallinen riippuvuuskäyttäytyminen”. Lisäksi perusteluissa voisi antaa rahapeli-riippuvuuden lisäksi muita esimerkkejä toiminnallisesta riippuvuudesta. Samat kommentit koskevat myös luonnoksen 11 §:n 8 kohdan muutoksia.

Kehitysvammaliitto ja Vammaisfoorumi kommentoivat, että muu riippuvuuskäyttäytyminen jää liiaksi käsitteen tasolle. Vammaisfoorumi esitti tarkennusta sosiaalihuoltolain 3 luvun 11 §:n 1 momentin 8 kohtaan siten, että sosiaalipalveluja olisi järjestettävä päihteiden ongelmakäytöstä eli aineriippuvuudesta, tai toiminnallisesta riippuvuudesta tai muusta riippuvuuskäyttäytymisestä, mielenterveysongelmasta tai muusta sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen. Lain perusteluihin ehdotettiin, että päihteiden ongelmakäytöllä tarkoitettaisiin objektiivisesti liialliseksi katsottavaa alkoholin tai huumeiden käyttöä, mikä tarkoittaisi aineriippuvuutta. Toiminnalliseksi riippuvuudeksi katsottaisiin esim. peli- ja seksiriippuvuus. Muu riippuvuuskäyttäytyminen tarkoittaisi esim. läheisriippuvuutta.

THL katsoi, että sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa tulisi pyrkiä yhtenäiseen terminologiaan silloin, kun se on mahdollista ja tarkoituksenmukaista. VALLI katsoi, että tulisi korostaa sosiaali- ja terveystalouden asiakaskeskeistä integraatiota, jossa palveluja annetaan asiakkaiden tarpeista käsin.

SAK katsoi, että ehdotetut muutokset voivat johtaa asiakkaiden aseman, oikeusturvan, yhdenvertaisuuden, tarpeenmukaisten palvelujen sekä sosiaaliturvan heikkenemiseen. Akava katsoi, että on tärkeä varmistaa, ettei asiakkaiden oikeus palveluihin heikkene. STTK piti kannatettavana, että lainsäädäntö ohjaa kehittämään jouhevampia palvelupolkuja ja toimialojen välistä yhteistyötä, mutta piti tärkeänä huolehtia siitä, ettei oikeus laaja-alaiseen sosiaalihuollon päihdetyöhön kavennu.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että sitovat mitoitukset ja määräajat olisivat monin paikoin tarpeen riittävien resurssien turvaamiseksi. Hoidon jatkuvuuteen päihde- ja riippuvuuspalveluissa tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Valtiovarainministeriö katsoi jäävän epäselväksi, laajentaako muun riippuvuusikäytymisen lisääminen lakiin erityisen tuen asiakasryhmää. Lausunnon mukaan jää epäselväksi myös se, miksi lievempi riippuvuusikäytyminen katsotaan kaikissa tilanteissa edellyttävän erityisen tuen tarpeeksi määrittelemistä. Lausunnossa katsottiin myös, että esityksessä jää epäselväksi missä määrin mielenterveys-, päihde- ja riippuvuustyön palveluja on jatkossa järjestettävä ja missä määrin ehdotus muuttaisi tosiasiallisesti nykytilaa.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että uudistus jättää vielä paljon tulkintavaraa siitä, mitkä palvelut tulisi suorittaa terveydenhuoltona ja mitkä sosiaalihuoltona. Riskinä on, että epäselvä tilanne johtaa potilaiden siirtämiseen palveluista toiseen.

4.10 Puuttuuko sosiaalihuoltolakiin ehdotetusta sääntelystä jotain keskeistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta?

(kyllä / ei)

Kysymykseen vastasi 112 lausunnonantajaa, joista 73,2 % vastasi ”kyllä” ja 26,8 % ”ei”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Hämeenlinnan kaupunki ja Kuntoutussäätiö katsoivat, ettei terveydenhuolto voi yksin vastata päihdetyöstä, vaan se täytyy tapahtua terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyönä. Kuntoutussäätiö nosti esiin myös erityisen tuen tarpeen määrittelyn ja toivoi, että siinä huomioitaisiin psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky ja siinä ilmenevät puutteet tai häiriöt. Lisäksi laissa tulisi olla selkeät ohjausmekanismit kuntoutukseen ja kuntoutussuunnitelmien laadinnan tulee toteutua laajamittaisesti. HUS piti esitettyjä muutoksia pääosin erittäin tarpeellisina ja kommentoi, että terveysosiaalityön roolia ja asemaa olisi tarpeen selkeyttää lainsäädännön tasolla.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollinen keskussairaala katsoi, että asiakkaalla on oltava oikeus laillistetun sosiaalityöntekijän palveluun, ja sosiaalisen toimintakyvyn arvio tulisi olla mahdollista käynnistyä terveydenhuollossa. Terveysosiaalityön esiintuonti ja roolin selkeytys terveydenhuollossa olisi tärkeää. Lausunnossa pyydettiin lisäämään SHL 14 §:ään hyvinvointialueen sosiaalipalveluksi terveydenhuollon toimintayksikössä järjestettävän sosiaalityön. Ennaltaehkäisy ja ehkäisevä työ tulisi myös selkeämmin määritellä. Päätösvallan määrittelyä suhteessa lapseen eri

tahojen toiminnassa tulisi myös selkeyttää. Esimerkkinä mainittiin epäselvyys siitä, kuka päättää lapsen oikeudesta välttämättömään sairaushoitoon.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, ETKL, Irti Huumeista, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Päihdetyön Talentia, PÄIVYT, PäMi, Porin kaupunki, Suomen sosiaali oikeudellinen seura ja VAK sekä Espoon, Jyväskylän, Kirkkonummen, Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat edellä mainitusti, että nykyistä sosiaalihoitolain 24 §:ää tulee 33 b §:ään siirtämisen sijaan täsmentää ja parantaa ja sosiaalihoitolain 25 § tulisi säilyttää ja 14 §:ään ja 17 §:ään tulisi tehdä esitetyt lisäykset. Korostettiin, että päihdetyön tulisi tapahtua sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä, jolloin siitä myös tulee säätää molemmissa laeissa. Terveydenhuoltolakiin esitettyjen 27 § mielenterveystyön ja 28 § päihdetyön muutosehdotukset tulisi sisällyttää vastaavasti sosiaalihoitolakiin, kuten palvelujen jatkuvuuden ja palvelukokonaisuuden turvaaminenkin. Myös työnohjauksesta tulisi säätää sosiaalihoitolaissa. Tästä olivat samaa mieltä myös Akava, A-klinikka, EK, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, HALI, JHL, Kirkkohallitus. Kuntoutussäätiö, SuPer, Talentia, THL ja Valvira. Valvira katsoi lisäksi, että psykososiaalisen tuen sisältö tulisi määritellä sosiaalihoitolaissa ja että esityksestä puuttuu säädös asiakkaan oikeudesta samanaikaisesti järjestettävistä mielenterveys- ja päihdepalveluista, mikäli asiakkaalla on samanaikaisesti mielenterveys-, päihde- ja/tai riippuvuusongelmia. Tästä kommentoi myös A-klinikka. Edellä esitettyä vastaavasti myös Pikassos toivoi, että sosiaalihoitolain 24 § säilytetään ja että lain 17 §:ään lisättäisiin mielenterveys- ja päihdetyön kuntouttavien avo- ja laitospalvelujen sisällöt.

Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi, että työnohjauksesta mielenterveys- ja päihde- ja riippuvuuspalveluissa tulee säätää sekä terveydenhoitolaissa että sosiaalihoitolaissa. Lisäksi, jos asiakkaalla on samanaikaisesti mielenterveys-, päihde- ja/tai riippuvuusongelma, on mielenterveys- ja päihdepalveluja järjestettävä hänelle samanaikaisesti.

Helsingin kaupunki katsoi, että palveluja tulisi kuvata esityksessä konkreettisemmin, jotta säännöksiä tulkittaessa varmistettaisiin asiakkaille tasalaatuiset palvelut käytännön tarpeita vastaavasti. Laissa tulisi säätää seikkaperäisemmin päihde-, riippuvuus- ja mielenterveystyön erityispalveluista kuten psykososiaalisesta tuesta ja hoidollisista interventioista, kuntouttavista asumispalveluista ja kuntouttavasta laitoshoidosta. Esimerkiksi sosiaalisena kuntoutuksena järjestetään muun muassa työhön kuntoutusta sekä avo-, asumis- ja laitospalveluja päihdetyön erityispalveluina. Lisäksi sosiaalihoillon erityispalveluista tulisi säätää sosiaalihoitolaissa ja säilyttää 24 § nyky muodossaan.

Kangasniemen kunta katsoi, että esityksestä puuttuvat päihde- ja kokonaisvaltaisen toipumisen tukemisen integrointi osaksi sosiaalihoillon palveluja, työnohjaus ja yhteys työterveyshuollon palveluihin sekä kokemusasiantuntijatoiminta erityisesti päihderiippuvaisten palveluihin liittyen.

Tampereen kaupunki ehdotti, että päihde- ja mielenterveystyön nykyiset pykälät 24 § ja 25 § sisällytettäisiin jatkossakin samansisältöisinä sosiaalihoitolakiin sekä listaan järjestämismallisuuden piiriin kuuluvista sosiaalipalveluista ja että asiakkaan oikeudesta päihde- ja mielenterveyspalveluihin säädettäisiin samoin tavoin sosiaalihoitolaissa kuin luonnoksessa terveydenhoitolaiksi. Myös Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca ja Rauman kaupunki katsoivat, että mielenterveystyö ja päihdetyö tulee säilyttää omina tuen tarpeisiin vastaavina sosiaalipalveluina ja pykälinään sosiaalihoitolaissa. Rauman kaupunki katsoi myös, että työnohjaus tulisi olla velvoittavana myös sosiaalihoitolaissa.

asumispalvelut sekä kuntouttava laitoshoido. Myös A-Kiltojen Liitto, EHYT ja PÄIVYT kommentoivat psykososiaalisen tuen puuttumisesta muissa kuin äkillisissä ja järkyttävissä tilanteissa.

Niuvanniemen sairaala toi esiin, että pitkäaikaista vaikeaa mielenterveyshäiriötä sairastava potilas tarvitsee selviytyäkseen avohoidossa jatkuvaa, pitkäaikaista ylläpitävää kuntoutusta sekä arjen toimintavalmiuksissa, että sosiaalisessa toimintakyvyssä. Mielekkään arjen mahdollistava päivätoiminta on oleellinen osa sairauden vaikeiden vaiheiden ja sairaalahoidon tarpeen uusiutumisen ehkäisemiseksi, ja näiden tulee olla riittävän selkeästi määritelty lainsäädännössä.

Työterveyslaitos kommentoi työelämäsidonaisuuden puuttumisesta. Työikäisten hoitoketjuja tulisi tarkastella yhtenä kokonaisuutena eikä pirstaloituneina terveydenhuollon ja sosiaalitoimen irrallisina toimina, jotta pystytään tukemaan työllisten sidonaisuutta työelämään. SAK kommentoi myös työelämänäkökulman ja työterveyshuollon kanssa tehtävän yhteistyön puuttumisesta ja katsoi, että lisäksi lainsäädännöstä puuttuu omaisten palvelut, työnohjaus ja järjestöjen ja kokemusasiantuntijoiden rooli. Myös JHL katsoi työterveyshuollon roolin puuttuvan. STTK katsoi aiheellisena kehittää työterveyshuollon ja julkisen sektorin palvelujen välistä yhteistyötä. Akava katsoi, että tulisi huomioida samanaikaisten palvelujen tarve, työelämänäkökulma, työikäisten palvelujen integraatio ja yhteistyö työterveyshuollon kanssa.

Vammaisfoorumi katsoi, että lakiesityksen yksityiskohtaisissa perusteluissa ei avata muuta riippuvuuskäyttämistä riittävästi ja nosti esiin esimerkiksi sijoitus-, seksi- ja läheisriippuvuuden. Päihdepalveluiden lisäksi lakiesityksessä tulisi kuvata monipuolisemmin muuta riippuvuuskäyttämistä ja siihen annettavaa tukea, hoitoa sekä kuntoutusta. Kehitysvammaliitto oli tästä samaa mieltä.

FinFami ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Savon ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset ehdottivat, että sosiaalihuoltolain 1 luvun 3 §:ään lisätään mielenterveysomaisen määritelmä ja että lakiin kirjataan omaisen käsite kaikkiin kohtiin, joissa viitataan perheen ja lähipiirin tukeen, lisäksi perhetyö muutetaan omais- ja perhetyöksi. Lisäksi sosiaalihuoltolain 1 luvun 3 §:ään ehdotettiin lisättäväksi kokemusasiantuntijan määritelmä, ja että lakiin kirjattaisiin, että palveluiden kehittämisessä, arvioinnissa ja toteuttamisessa tulee hyödyntää kokemusasiantuntijoiden sekä muiden palvelun käyttäjien asiantuntemusta. Lisäksi toivottiin järjestöjen roolien tarkempaa määrittelyä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Myös Irti Huumeista toivoi omaisen määritelmän lisäämistä sosiaalihuoltolain 1 luvun §:ään. Myös Porin kaupunki toivoi kokemusasiantuntijatoiminnan lisäämistä sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin. Myös MIELI Suomen Mielenterveys ja Kondis kommentoivat kokemusasiantuntijatoiminnan kirjaamisesta lakiin. MIELI Suomen Mielenterveys katsoi lisäksi, että työnohjaus tulisi kohdentaa myös sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdepalveluihin.

THL kommentoi, että määritelmiä tulisi täsmentää erityisesti riippuvuustyön osalta ja että siinä ei ole huomioitu ennaltaehkäisynäkökulmaa. Se muotoilisi sosiaalihuoltolain 3 §:n 7 kohdan siten, että päihde- ja riippuvuustyöllä tarkoitettaisiin hyvinvointialueen toteuttamia sosiaalipalveluja ja muuta yksilöön ja yhteisöihin kohdentuvaa toimintaa, jolla ehkäistään, vähennetään ja poistetaan päihteisiin ja riippuvuuskäyttämiseen (mukaan lukien tupakka- ja nikotiiniuotteiden käyttöön, rahapelaamiseen ja digipelaamiseen) liittyviä, terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä, vastataan päihteiden ongelmakäytöstä tai muusta riippuvuuskäyttämisestä aiheutuvaan tuen ja kuntoutuksen tarpeeseen sekä tuetaan päihteettömyyttä, päihteiden käytön ja riippuvuushaittojen vähentämistä ja riippuvuuskäyttämistä irrottautumista. Lisäksi se ehdotti lain perusteluissa ”rahapeliongelmaisen” muuttamista vähemmän leimaavaksi niin, että kohtaan

lisättäisiin uutena ”muu riippuvuuskäyttäytyminen”, jolla viitataan toiminnallisiin riippuvuuksiin, kuten raha- ja digipeliriippuvuuteen sekä tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöön. THL totesi myös, että sosiaalihoitolain 14 §:ään tulisi lisätä omina kohtinaan päihde- ja riippuvuuspalvelut ja mielenterveystyö, sillä näiden kuvaaminen vain toteuttamisena kuten sosiaalihoitolain 33 b §:ssä ei riittävästi velvoittaisi hyvinvointialueita järjestämään niitä sosiaalihuollon palveluina, ja saatavuus voisi heikentyä. Tällöin annettavasta palvelusta ei myöskään tehtäisi hallintopäätöksiä, mikä vaarantaisi oikeusturvaa. THL ehdotti myös, että lakitekstiin lisättäisiin viittaus ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että eri ammattiryhmien rooleja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisesti toteuttamissa palveluissa olisi tarpeen täsmentää.

Suomen Päihderiippuvaiset katsoi, että sosiaalihoitolakiin ehdotetusta sääntelystä puuttuu päihdeettömyyden ja kokonaisvaltaisen toipumisen tukemisen integrointi osaksi sosiaalihuollon palveluja, työelämänäkökulma ja yhteys työterveydenhuollon palveluihin sekä työntekijöiden oikeus työnohjaukseen. Humaania päihdepolitiikkaa nosti esiin käyttöhuoneista säätämisen tarpeen. Suomen Psykiatriayhdistys katsoi, että lääketieteellinen näkökulma jää puutteelliseksi.

VALLI katsoi, että ikääntyneiden erityisyys tulisi tuoda paremmin esiin. Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että esityksessä pitäisi huomioida myös neurologiset häiriöt, jotka usein muodostavat esteen esimerkiksi asumispalveluihin tai päihde- ja mielenterveyspalveluihin samalla tavoin kuin päihde- ja mielenterveyspotilailla on haasteita päästä neurologian palveluihin.

5 Terveydenhuollon palvelut

5.1 Onko mielenterveyden edistämistä koskevan pykälän (terveydenhuoltolaki 20 §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 112 lausunnonantajaa, joista 31,3 % vastasi ”kyllä”, 45,5 % ”kyllä pääosin”, 1,8 % ”ei pääosin” ja 21,4 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Posion kunnan näkemyksen pykälä olisi laaja ja kattava näin toteutuessaan. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue arvioi, että kaikkienensa terveydenhuoltolakiin esitettävät säädösmuutokset ovat kannatettavia. Muutokset liittyvät lähtökohtaisesti toiminnallisuuteen ja sote-palveluiden integraatioon. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä arvioi, että riippuvuuksien sisällyttäminen pykälään on hyvää ajantasaistamista, samoin kuin se, että on korostettu palvelujen monimuotoisuutta. Lisäksi se katsoi, että kotikatkaishuolto sopisi myös muille kuin ikäihmisille. Tampereen kaupunki piti hyvänä kunnan ja hyvinvointialueiden yhteistyön korostamista.

SAMOK kannatti ehdotusta ja nosti esiin, että myös korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyden edistäminen ja ongelmien ennaltaehkäisy kuuluu kuntien ja hyvinvointialueiden vastuulle, vaikka suurin osa korkeakouluopiskelijoista kuuluu Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palveluiden piiriin. Opiskelijoiden mielenterveyteen tulee panostaa yhteistyössä YTHS:n ja korkeakoulujen kanssa.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, EPT-verkosto, ETKL, Into, Irti Huumeista, Karjaan Ratatupa, Kuntoutussäätiö, PÄIVYT, Suomen sosiaali- ja terveysministeriön seura, Valvira ja VAK sekä Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että pykälään tulisi lisätä päihde- ja riippuvuushäiriöiden edistäminen ja haittojen vähentäminen osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Lisäksi pykälässä ehdotettiin mainittavaksi ehkäisevä päihdetyö ja sen kehittäminen, josta säädetään erikseen laissa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä. Lisäksi EK, HALI ja Suomen sosiaali- ja terveysministeriön seura katsoivat, että hyvinvointialueen ja kunnan yhteistyön lisäksi olisi hyvä määritellä keinot, joilla toiminnan onnistumista seurataan.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia katsoi, että perusteluja tulisi täydentää siltä osin kuin ehdotettu säännös ei täysin vastaa voimassa olevaa sääntelyä.

Espoon kaupunki piti pykälän sisältöä pääosin tarkoituksenmukaisena ja katsoi, että laissa pitäisi näkyä vastuutahot ja resurssit. Lisäksi Espoon kaupunki piti tulkinnanvaraisena sitä, että samasta asiasta säädetään useissa laeissa: niin sosiaalihuolto- kuin terveydenhuoltolaissa ja lisäksi yleisemmin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa. Puutteena nähtiin myös se, ettei ehdotuksessa ole kirjausta kunnan ja hyvinvointialueen sekä järjestösektorin ja yritysmaailman yhteistyöstä. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue toi esiin samoja seikkoja kuin Espoon kaupunki.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot pitivät yhteisessä lausunnossaan pykälää liian yleisluonteisena. Siitä ei selviä mihin se tarkkaan ottaen velvoittaa kuntia ja hyvinvointialueita. Tämä voi johtaa siihen, että tavoite ei toteudu.

Helsingin kaupunki katsoi, että pykälään tulisi lisätä mielenterveyshäiriöiden lisäksi päihde- ja riippuvuushäiriöt sekä -ongelmat. HUS katsoi, että lapset ja nuoret tulisi mainita pykälässä erikseen, sillä heidän kohdallaan mielenterveyden edistämisen menetelmiä tulisi kohdentaa erityisesti päiväkotiin ja kouluihin.

Kuntaliitto katsoi, että mielenterveyden edistäminen sisältyy sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain mukaiseen yleiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävään. Järjestämisvastuun siirron jälkeen hyvinvointialueiden toimialaan liittyviä kunnan tehtäviä koskevaa sääntelyä ei tule sisällyttää sote-alan sektorilainsäädäntöön vaan ensisijaisesti järjestämislakiin.

MIELI Suomen Mielenterveys katsoi, ettei mielenterveyden edistäminen voi onnistua ilman kohderyhmän ja kansalaisyhteiskunnan osallistumista toimintaan, ja ehdotti, että pykälän ensimmäinen lause muokattaisiin muotoon: Kunnan ja hyvinvointialueen on yhteistyössä asukkaiden ja kansalaisjärjestöjen kanssa kehitettävä elinolosuhteita siten, että ne ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä ja vahvistavat mielenterveyttä suojaavia tekijöitä.

SAK katsoi, että työterveyshuolloissa ja työelämässä tehtävä mielenterveystyö sekä alan järjestöjen kanssa tehtävä yhteistyö puuttuvat. Myös JHL kommentoi työterveyshuollon huomioon puuttumisesta.

SAKKI esitti muotoiluun lisäystä, että kunnan ja hyvinvointialueen on yhteistyössä keskenään ja asukkaiden kanssa kehitettävä väestön olosuhteita. Rauman kaupunki ja Talentia katsoivat, että jää epäselväksi, miten yhteistyön toteutuminen varmistetaan konkreettisesti ja miten huolehditaan siitä, että mielenterveysosaamista on kunnan eri toimialoilla riittävästi. VALLI katsoi, että tälle työlle on luotava hyvät edellytykset. SuPer katsoi, että kunnilta puuttuvat kannustimet ja se vaarantaa kuntien

roolin mielenterveyden edistämistä koskevissa toimissa. Suomen Psykiatriyhdistys kommentoi, että pykälää tulisi tarkentaa siten, että kunnan viranomaisilla tarkoitetaan viranomaisia kaikilta kunnan palvelusektoreilta.

SLL ja THL katsoivat, että pykälässä tulisi viitata ensin mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistamiseen ja tämän jälkeen mielenterveyshäiriöiden syntyminen ehkäisemiseen.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että pykälässä puhutaan mielenterveystyön edistämisestä hyvin yleisellä tasolla eikä mielenterveyttä edistävän toiminnan ja ehkäisevän mielenterveystyön tarkemmista sisällöistä sekä toiminnan koordinoinnista vielä tämän pykälän perusteella synny selkeää kuvaa. Jos halutaan aidosti siirtää painopistettä edistävään ja ehkäisevään työhön, tarvitaan valtakunnallista ohjeistusta yhteiskunnallisen ja rakenteellisen edistävän ja ehkäisevän mielenterveystyön sisällöistä, jotta tämän työn toteutumista voidaan myös seurata ja arvioida. Lisäksi jää epäselväksi, miten kunnissa on tarkoitus käytännössä toteuttaa ehkäisevää mielenterveystyötä suuren osan tätä nykyisin toteuttavasta henkilöstöstä siirtyessä hyvinvointialueiden palvelukseen.

Tehy katsoi, että asukkaiden ja yhteisöjen laaja-alainen osallistaminen ja kokemusasiantuntijoiden konsultointi on tärkeää. Yhteisöjen kanssa tehtävä osallisuustyö vaatii hyvää yhteistyöosaamista. Osallistumisen reunaehdot ja vaikuttamisen mahdollisuudet on tuotava selkeästi esille. Yhteistyöhön on tärkeää panostaa muun muassa täydennyskoulutusten muodossa.

Teuvan kunta katsoi, että perusteluihin tulee kuitenkin kirjata selkeämmin hyvinvointialueen rooli asiantuntijatukena ja resurssina kunnissa tehtävälle ehkäisevälle mielenterveys- ja päihdetyölle sekä väkivaltaa ehkäisevälle työlle.

Työ- ja elinkeinoministeriö katsoi, että perusteluissa voisi täsmentää matalan kynnyksen monialaisten palveluiden mahdollisuuksia nuorten mielenterveyttä vahvistavan työn toiminta-alustana.

5.2 Onko mielenterveyspalveluja koskevan pykälän (terveydenhuoltolaki 27 §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 110 lausunnonantajaa, joista 27,3 % vastasi ”kyllä”, 53,6 % ”kyllä pääosin”, 1,8 % ”ei pääosin”, 0,9 % ”ei” ja 16,4 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue piti palvelujen asiakas- ja potilaslähtöisen kehittämisen kannalta hyvänä, että säädöstekstissäkin tuodaan esiin palveluiden monimuotoisuuden tarve, hoidon tarpeen jatkuvuuden turvaaminen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö sekä mielenterveyspalveluiden sekä muun sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus. Välimuotoisten monialaisessa yhteistyössä järjestettävien, uusien palvelumuotojen, säädösten tuominen on erittäin kannatettavaa kuntalaisten hyvinvoinnin, palveluiden vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta. SAMOK piti hyvänä monimuotoisten palveluiden korostamista ja näki niiden edistävän oikea-aikaista hoitoa. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä arvioi, että riippuvuuksien sisällyttäminen pykälään on hyvää ajantasaistamista, samoin kuin se, että on korostettu palvelujen monimuotoisuutta. Lisäksi se kiinnittää huomiota siihen, että kotikatkaaisu sopia myös muillekin kuin ikäihmisille. VALLI katsoi, että erityisesti potilaita/asiakkaita lähelle menevät palvelut ovat

tarkoituksenmukaisia ja edistävät pääsyä avun piiriin. Kotona tehtävässä työssä on huomioitava sosiaalisen tuen merkitys.

Akava piti tärkeänä huomioida työkäisten kohdalla työkykyä tukevien toimijoiden, kuten työterveyshuollon ja kuntoutusta toteuttavien tahojen välinen yhteistyö ja integraatio. Työterveyslaitos katsoi, että työelämä tulee nähdä osana mielen hyvinvoinnin tukemista ja päihitteettömyyttä, mikä vaatii palveluiden koordinoitua eri tahojen välillä saumattomasti siten, ettei yksittäinen työntekijä tipahda eri palvelujärjestelmien väliin. Myös SAK ja Rauman kaupunki kommentoivat työelämän ja työterveyden roolista osana mielenterveyttä. Se katsoi, että tässä kohdassa tulisi huomioida hyvinvointialueiden palvelut mukaan lukien perusterveydenhoito, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuolto, työterveyshuolto, järjestöjen palvelut, TE-palvelut ja erilaiset kuntoutuksen muodot kolmas sektori mukaan lukien. Yhteistyötä ja koordinaatiota eri toimijoiden kesken tulee vahvistaa säädöksin. Talentia kommentoi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön sekä samanaikaisten fyysisten ja psyykkisten terveysongelmien hoidon ja sosiaalisen tuen tärkeydestä.

A-klinikka katsoi, että olisi perusteltua viitata myös potilaan oikeuteen saada päihdepalveluja, sillä ne esiintyvät usein päällekkäin mielenterveyden ongelmien kanssa.

ETKL, Irti Huumeista, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, PÄIVYT ja VAK sekä Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat lisäisivät 1 momentin 2 kohtaan alaikäisten lasten huoltajille annettavan vanhemmuuden tuen monimuotoisina palveluina. Palveluja tulisi antaa henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä tuen, hoidon ja kuntoutustarpeen perusteella. Raskaana olevien ja alle 1-vuotiaiden lasten vanhempien psykiatrinen hoito olisi toteutettava välittömästi, ja perheen mielenterveyttä tulisi hoitaa toiminnallisesti sujuvana kokonaisuutena yhteistyössä sosiaalipalvelujen kanssa. Alle 1-vuotiaasta lasta ja hänen ensisijaista hoitajaansa tulisi hoitaa samassa hoitoyksikössä lapsen edun salliessa. Myös Suomen perinataalimielenterveyden, Äimän, ETKL:n ja Psykologiliiton yhteisessä lausunnossa ehdotettiin vastaavaa lisäystä. Kuntoutussäätiö esitti myös, että laki-luonnokseen lisättäisiin mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus sekä alaikäisten lasten huoltajille annettava vanhemmuuden tuki.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia katsoi, että aluehallintovirastojen veloitteesta yhteistyökokousten järjestämiseen tulisi säätää muualla kuin sosiaalihuolto- ja terveydenhuoltolaissa. Lisäksi lausunnossa todettiin, että uusien käsitteiden, kuten monimuotoisten palvelujen, sisältö ei avaudu riittävän selkeästi.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue katsoi, että raskaana olevien henkilöiden oikeus välttämättömiin päihde- ja muihin terveydenpalveluihin sekä yhteistyövelvoite sosiaalihuollon kanssa tulisi lisätä.

FinFami ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Savon ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset pitivät myönteisenä ja tarkoituksenmukaisena perheen ja muiden läheisten psykososiaalista tukea ja sen yhteensovittamista sekä hoidon jatkuvuuden turvaamista. Ne korostivat lasten huomioimista aikuisten palveluissa. Pykälään toivottiin kuitenkin omaisen-sanon lisäämistä perheen ja muiden läheisten lisäksi. Omaishoitajaliitto piti tärkeänä pohtia omaisen tiedonsaantiin liittyviä kysymyksiä silloin, kun omainen käytännössä vastaa läheisensä hoidosta.

Hankasalmen kunta piti ehdotusta tutkimus-, hoito-, ja kuntoutuspalveluiden järjestämisestä monimuotoisina hyvänä, mutta jäi pohtimaan, mistä resurssit tähän saadaan, ja voisivatko etähoivan

muodot olla tässä apuna. Monimuotoisten palveluiden järjestäminen vaatii sen arvion mukaan toiminnallisia muutoksia ja koulutusta.

Keski-Uudenmaan sote–kuntayhtymä katsoi, että perusterveydenhuollossa toteutettavaa lasten ja nuorten mielenterveystyötä ja sen vastuita tulisi vahvistaa ja selkeyttää. Kotkan kaupunki katsoi, että yhdyspinta kuntien ja hyvinvointialueen välillä tulisi tunnistaa ja kirjata esitettyä tarkemmin.

Kuntaliitto totesi pykälän olevan liian yksityiskohtainen ottaen huomioon, että terveydenhuoltolaki on yleislaki. Kuntaliiton mukaan terveydenhuoltolaissa ei tule pyrkiä pykälätasolla määrittelemään kunkin palvelun tarkkaa sisältöä vaan laissa tulee pitäytyä palvelujen luokittelun ja järjestämistehtävän määrittelyn kannalta tarpeellisissa asioissa. Järjestämistehtävän määrittämistä koskevalla sääntelyllä varmistetaan, että hyvinvointialueella on tarvittavat puitteet, tilat, osaaminen ja palvelut potilaiden hoidon järjestämiseksi. Yksittäisen potilaan hoidon sisältö taas määrittyy potilaslaissa edellytettyä laadultaan hyvää hoitoa koskevien ammattistandardien ja hoitosuosituksen sekä potilaan yksilöllistä tarvetta koskevan harkinnan kokonaisuutena. Kuntaliitto katsoi, että pykälään ehdotettu lisäys ”monimuotoiset palvelut” on tulkinnanvarainen. Yksityiskohtaisissa perusteluissa käsitteellä viitataan liikkuviin ja kotiin vieviin palveluihin, joita on olemassa jo nykyisin. Kuntaliitto ehdotti, että säännöstä muutetaan siten, että kuvaukset monimuotoisista palveluista sekä integraatiosta siirretään perusteluosioon. Lisäksi Kuntaliitto katsoi, että mielenterveysasetuksesta lakiin tuotu, aluehallintoviranomaisille kohdistuva velvoite järjestää alueellisia yhteistyökokouksia lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelujen ja -työn sekä työnjaon kehittämiseksi näyttäytyä irrallisena, ja kysyi, onko kokouksen järjestämisestä välttämätöntä säätää lailla.

Lastensuojelun Keskusliitto piti kannatettavana Aluehallintovirastojen veloitetta koordinoita lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämistä. Se painotti palvelujen riittävyttä ja monialaisen yhteistyön tärkeyttä. Perhehoitoliitto katsoi, että alueellisissa yhteistyökokouksissa tulee olla myös sijaishuollon edustus sijaishuollossa elävien lasten ja nuorten mielenterveystyön ja –palvelujen kehittämiseksi. Pesäpuu toivoi mainintaa siitä, ketä alueellisiin yhteistyökokouksiin kutsutaan.

MIELI Suomen Mielenterveys esitti, että pykälän kohtaan 1 lisätään sana ”yhteisö”. Pykälän 2 momenttiin esitettiin samalla lisättäväksi perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluista seuraavaa: Perusterveydenhuollossa tulee olla tarjolla mielenterveyden häiriöiden arviointia ja monipuolinen hoitovalikoima.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollinen keskussairaala nosti esiin, miten sosiaali- ja terveydenhuoltolaissa säädettävät ohjaus ja neuvonta eroavat toisistaan ja pohti, kannattaako neuvontaa erottaa hoidon kokonaisuudesta. Lausunnossa esitettiin huoli siitä, miten yhteensovittaminen varmistetaan. Koska terveydenhuollon sosiaalityö on tärkeä osa siirtymävaiheen suunnittelua, tiedonvaihtoa ja onnistumista, tulisi laissa taata asiakkaan oikeus sosiaalityön ammattilaisen tukeen terveydenhuollossa ja tietojen siirtoon. PSHP katsoi, että kuntoutustarpeen ja varhaisen vaiheen työkyvyn tuen ja ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien arviointia tulisi korostaa ja pohti, tulisiko kohdassa mainita työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon yhteistyö.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä piti pykälää sisällöllisesti tarkoituksenmukaisena, mutta totesi kuitenkin, että perusterveydenhoidon osuutta tulisi korostaa. Lisäksi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, että hoidon jatkuvuuden sanamuodoista saa helposti sen virheellisen käsityksen, että asumispalvelu olisi myös terveydenhuoltoa, mitä se ei ole. Terveydenhuollon jatkuvuudesta tulisi sekä somaattisesti että psyykkisesti huolehtia asumispalveluihin siirryttäessä.

Oikeusministeriö katsoi jäävän osin epäselväksi, sisältääkö pykälän 1 momentin 2 kohdan monimuotoisuuden käsite uusia palvelun toteuttamismuotoja, joista olisi hyvä olla säännös lain tasolla. Oikeusministeriö piti erityisen tärkeänä, että perusteluiden mukaan huomioidaan mielenterveyden ja fyysisten terveysongelmien kokonaisuus sekä tarpeenmukaisen hoidon jatkuvuus siirtotilanteissa. Myös säännöstekstistä voisi vielä perusteluissa ilmenevällä tavalla tulla esiin, että terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuudella tarkoitetaan mm. psyykkisten ja fyysisten sairauksien hoidon yhteen sovittamista ja sitä, että hoidon jatkuvuus, oikea-aikaisuus sekä tarvittavien terveyspalvelujen kokonaisuus toteutuisi. OM kiinnitti huomiota siihen, että perusteluissa todetaan, että ”Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ehkäisevät palvelut tulisi sovittaa yhteen perusterveydenhuollon avosairanhoidon palvelujen kanssa niin, että potilas pääsee psyykkisten ja myös fyysisten terveysongelmien kiireettömään hoitoon perusterveydenhuollon hoitoon pääsyt mukaisesti.” Edellä mainittu ei kuitenkaan vaikuttaisi suoraan ilmenevän lain tasolta, vaikka kirjaus vaikuttaisi merkittävältä nuorten mielenterveyspalveluiden yhteen sovittamisen ja hoitoon pääsyt osalta.

Sosiaaliamiehet kysyi, onko ammatillinen lisätuki siirtymävaiheisiin hoidon jatkuvuuden turvaamiseen riittävää. On suuri riski ja myös aiempien hoitojen alihyödyntämistä, jos hoidon tarvitsija joutuu odottamaan lähes vuodenkin terapiaan tai seuraavaan hoitovaiheeseen pääsyä.

Suomen Psykiatryhdistys kommentoi, että pykälään kirjatut monimuotoiset palvelut tulisi määritellä ja vuosittaiset alueelliset yhteistyökokoukset mielenterveyspalvelujen ja –työn työnjaon kehittämiseksi tulisi laajentaa koskemaan kaikkia ikäluokkia. Lisäksi tulisi mainita, että hoidon jatkuvuus tulee turvata, kun potilas siirtyy lastenpsykiatrialta nuorisopsykiatrialle ja sieltä aikuispsykiatrialle, koska siirtymävaiheissa mahdollisuus saada hoitoa voi käytännössä merkittävästi muuttua.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että monimuotoisen mielenterveyshoidon huomioiminen on lähtökohtaisesti palveluiden saavutettavuuden ja vaikuttavuuden kannalta erittäin perusteltua, mutta käytännön tasolla siirtyminen esimerkiksi erikoissairanhoidon ja peruspalveluiden yhdessä toteuttamaan tehostetun avohoidon työskentelyyn tai jalkautuvien palveluiden laajempaan tuottamiseen on terveydenhuollon nykyisten resurssien puitteissa haastavaa toteuttaa ja aiheuttaa lisäkustannuksia, jotka tulisi huomioida paremmin lakiesityksen kustannusvaikutuksissa. Lisäksi liittyen perus-terveydenhuollon ja erikoissairanhoidon yhteistyöhön erittäin keskeistä huomata, että perustasolla mielenterveystyö ja sen kohtaamat potilaat ole välttämättä ole kokonaisuudessaan psykiatrian ydinosaamista. Mielenterveys ja sen tukeminen on muutakin kuin mielen sairauksien hoitoa. Psykiatrian erikoisala ei siis kata perusterveydenhuollon mielenterveystyötä, jossa varhaisten hoidollisten interventioiden lisäksi on erittäin tärkeää olla osaamista laaja-alaisempaan potilaan elämäntilanteen ja hoidon tarpeen arvioon sekä fokus siinä, kuinka saataisiin reagoitua riskitekijöihin jo siinä vaiheessa, jossa voitaisiin ennaltaehkäistä mielenterveyden häiriöiden syntyä, jotta ei tarvittaisi psykiatrista hoitoa. Erikoissairanhoidosta käsin ohjautuvan työn vaarana on, että perustason hoidosta muodostuu yksinomaan psykiatrisen hoidon alkupää, ja kokonaisvaltaisempi näkemys mielenterveydestä ja sen edistämisestä jää jalkoihin. Lisäksi on hyvä huomata, että psykiatrisessa erikoissairanhoidossa on haasteita suoritua jo nykyisellään sille osoitetuista tehtävistä, joten esimerkiksi koordinoivien tai kehittämistehtävien lisääminen ei ole mahdollista ilman merkittävää lisäresursointia. Lausunnossa kommentoitiin myös, että opiskeluterveydenhuollon tulee kuitenkin integroitua vahvasti osaksi opiskelijoiden arkea ja toteutua lähipalveluna tiiviissä yhteistyössä oppilashuollon kanssa, ja että aluehallintovirastojen koordinoimien yhteistyökokousten lisäksi tarvitaan myös valtakunnallista koordinaatiota.

THL kommentoi, että monimuotoisen palvelun käsite olisi tärkeä määritellä tarkemmin, jotta velvoitetta tulkittaisiin jatkossa yhdenmukaisesti. Kohdasta ”mielenterveyspalveluja on toteutettava myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä” ehdotettiin poistettavaksi sana ”myös” ja kohdassa ”mielenterveyspalveluja saavalle potilaalle on turvattava hänen tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuus” ehdotettiin ”saavalle”-sanan sijaan ”tarvitsevalle”-sanaa, ja tätä ehdotettiin myös terveydenhuoltolain 28 §:ään. Lisäksi se suositteli, että pykälässä mainittu Aluehallintoviraston vuosittainen lasten ja nuorten mielenterveystyön ja –palvelujen kehittämiseksi järjestettävä alueellinen yhteistyökokous tulisi järjestää myös lasten ja nuorten päihde- ja riippuvuustyön osalta.

Tehy katsoi, että linkityksen ennalta ehkäisevään työhön (muun muassa koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon ja neuvoloihin) tulisi olla vahvempi, jotta saumaton hoitoketju tosiallisesti toteutuu. Ehkäisevän terveydenhuollon toimijat ovat usein ensivaiheen toteajia palvelun tarpeesta mielenterveys- ja päihdekysymyksissä. Ennaltaehkäisyn puolella työskentelevät osallistuvat usein alkuvaiheen lisäksi jatkohoitovaiheen palveluun ja seurantoihin.

Tampereen kaupunki kommentoi monimuotoisten palvelujen laajentamisesta koskemaan myös iltoja ja viikonloppuja. Palvelujen laajentaminen virka-ajan ulkopuolelle vaatisi lisää työntekijäresurssia ja nykyisten etävastaanottoratkaisujen tehokkaampaa käyttämistä. Turun kaupunki nosti esiin, tulisiko palvelujen monimuotoisuutta määritellä tarkemmin, jotta tulkintamahdollisuudet pienenisivät ja toteuttaminen paranisi. Lisäksi se katsoi, että mielenterveyspalveluja saavalle potilaalle on turvattava hänen tarvitsemansa terveyden-, sairaanhoidon ja sosiaalihuollon kokonaisuus. Lisäksi se nosti esiin tarkemmat velvoitteet hoidon jatkuvuudesta.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, ettei pykälässä tulisi erotella mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluja vaan mainita, että riippuvuussairauksien hoito kuuluu mielenterveyspalveluihin. Lisäksi lausunnossa kiinnitettiin huomiota kirjoitusasuun siltä kannalta, ettei asiakkaan oikeusturvan tulisi vähetä.

5.3 Onko päihde- ja riippuvuuspalveluja koskevan pykälän (terveydenhuoltolaki 28 §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 110 lausunnonantajaa, joista 27,3 % vastasi ”kyllä”, 43,6 % ”kyllä pääosin”, 9,1 % ”ei pääosin”, 2,7 % ”ei” ja 17,3 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Hankasalmen kunta piti pykälää hyvänä, koska se parantaa esim. rahapeliriippuvaisten asemaa. JHL piti hyvänä kokemusasiantuntijoiden ja omaisten huomioimista. Kirkkohallitus katsoi, että säännös tukee päihdehäiriön vuoksi terveydenhuollon palveluja tarvitsevien hoidon saatavuutta. Tampereen kaupunki piti hyvänä hoidon jatkuvuuden turvaamista lainsäädännöllä. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä arvioi, että riippuvuussien sisällyttäminen pykälään on hyvää ajantasaistamista, samoin kuin se, että on korostettu palvelujen monimuotoisuutta. Lisäksi se kiinnittää huomiota siihen, että kotikatkaistus sopia myös muillekin kuin ikäihmisille. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue piti välimuotoisten monialaisessa yhteistyössä järjestettävien, uusien palvelumuotojen, säädöstasolle tuomista erittäin kannatettavana kuntalaisten hyvinvoinnin, palveluiden vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus piti tärkeänä, että päihde- ja riippuvuuspalvelut laajenevat myös muihin riippuvuuksiin kuin vain päihderiippuvuuteen.

VALLI kannatti lisäystä muista riippuvuuksista ja monimuotoisista palveluista ja näki kotiin vietävien palvelujen edistävän yhdenvertaisuutta. Pikassos kannatti myös lisäystä monimuotoisista palveluista ja piti tärkeänä, että päihteitä ongelmallisesti käyttävien ja muita riippuvuussairauksia sairastavien hoito, tutkimus ja kuntoutus voidaan järjestää ja toteuttaa potilaan tilanteen vaatimalla tavalla, esimerkiksi osin liikkuvien palvelujen turvin.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia kiinnitti huomiota siihen, ettei perusteluista käy ilmi mihin perustuu se, etteivät muut riippuvuudet esityksen mukaan laajenna asiakasryhmää. Perusteluja tulisi täydentää myös siltä osin, millä tavoin nykyisin päihdehuoltolain 7 §:ssä säädettyjen soveltamisala muuttuu, kun sisältö siirretään terveydenhuoltolakiin terveydenhuollon palvelujen osalta. Lisäksi lausunnossa kiinnitettiin huomiota monimuotoisten palvelujen termin käyttöön.

EPT-verkosto katsoi, että pykälässä oleva ohjaus ja neuvonta tulee kuvailla lain perusteluihin. Ohjaus ja neuvonta ovat esimerkiksi mini-interventioiden, AUDIT-testien ja muiden työkalujen käyttöä asiakkaiden kanssa. Lisäksi lausunnossa ehdotettiin lisättäväksi lakitekstiin päihdehäiriöiden rinnalle termit päihteiden riskikäyttö ja haitallinen käyttö. Haitat voivat olla haittoja läheisille, lähiyhteisöille tai turvallisuudelle. Lisäksi päihteitä voi käyttää haitallisesti, vaikka niitä käytäisi satunnaisesti.

Essote toivoi selkeyttämistä sosiaalityön ja terveydenhuollon roolista. Kuntoutussäätiö katsoi, että on tarkoituksenmukaista, että päihteiden käytön arviointiin saa apua myös tilanteessa, jossa asiakkaalla ei ole diagnoosia. Talentia katsoi, että riippuvuuden määritelmä on hyvä laajentaa koskemaan myös toiminnallisia riippuvuuksia. Vastaavanlainen pykälä tulisi kuitenkin säilyttää myös sosiaalihuoltolaissa ehdotettujen muutosten sijaan, jotta sosiaalihuollon palveluvalikoima ei kavennu. Myös Rauman kaupunki katsoi samaa, että pykälä tulisi säilyttää sosiaalihuoltolaissa eikä sosiaalihuollon palveluita tulisi kaventaa.

Helsingin kaupunki katsoi, että pykälässä tulisi viitata psykososiaaliseen tukeen ja tuen yhteensovittamiseen vastaavasti kuin 27 §:ssä.

Keski-Uudenmaan sote –kuntayhtymä katsoi, että riippuvuusongelmista myös digipelaaminen ja internetin käyttö olisi tunnistettava ja painavammin huomioitava erityisesti lasten ja nuorten näkökulmasta.

Kotkan kaupunki katsoi, että muu viranomaistason yhteistyö tulisi kirjata tarkemmin. Myös ehkäisevän päihdetyön näkökulmasta tulisi tarkemmin kirjata miten vastuu jaetaan ja miten asiat hoidetaan yhdessä.

Päihdelääketieteen yhdistys katsoi, että riippuvuussairauksien tutkiminen ja hoito on osa terveydenhuoltoa ja piti tämän selkeyttämistä lainsäädännön tasolla hyvänä. Haittoja vähentävän toiminnan korostamista osana terveydenhuoltoa toivottiin ja nostettiin esiin käyttöhuoneiden perustaminen keskeisenä huumekuolemien ehkäisystrategiassa.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri / Kuopion yliopistollisen keskussairaala muistutti, että huomioidaanhan alaikäisen päihdepalvelun turvaaminen ja toteutus. PSHP kommentoi samaa kuin kohdassa 3.2. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri arvioi, että sanamuodon muuttaminen selkeyttämään eroa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä annetun lain mukaiseen päihdetyöhön on perusteltua selkeyttämistä vaativan lainsäädännön muotoilussa. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin mukaan muiden riippuvuuksien mainitseminen päihderiippuvuuksien rinnalla on tarkoituksenmukainen ja arvokas muutos, joka saattaa lain sanamuodon vastaamaan nykyajan tarpeita, sillä

riippuvuusongelmat kietoutuvat usein yhteen ja käytännössä hoidon vaikuttavuus kärsii, jos kokonaiskuvaa ei tunnisteta. Vaikkei täsmennys luo uusia tehtäviä, on oleellista, että myös muiden riippuvuuksien olemassaolon tiedostaminen sanoitetaan. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri arvioi myös, että ongelman sanoittaminen lisää tietoisuutta tai lisää kansalaisen arvostusta lainsäätäjän toimintaan. Momentin 2 kohdan täydennys monimuotoisista palveluista ei Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin arvion mukaan synnytä uusia tehtäviä, mutta tukee terveydenhuollon tehtävissä tarvittavan liikkumavaran ja jouston käyttöön mm. luonnoksen perusteluissa mainittujen potilasryhmien vaikea tavoitettavuus huomioiden. Säädöksen muotoilu saattaa sen mukaan tukea innovatiivisuutta ja palvelujen muotoilua resurssien kannalta järkevämmäksi sekä potilaiden tarpeisiin vastaavaksi. Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen on päämääränä sinänsä tarkoituksenmukainen ja todennäköisesti toivottu. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin näkemyksen mukaan perusteluissa mainittu iäkkäiden henkilöiden kotikatkaisuhuolto ei kuitenkaan välttämättä palvele tarkoitustaan esimerkkinä, sillä usein iäkkäiden henkilöiden katkaisuhuoltoon ja vieroitusoireisiin liittyy erityisen seurannan tarvetta, jota ei kotona voida toteuttaa ilman perusteellista potilasvalintaa sekä hoitajaresursseja. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri muistutti, että palvelujen monimuotoisuutta voi käytännössä uhata resurssipula. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri piti palveluiden eriyttämisen aiheuttamien riskien tunnistamista ja potilaan oikeuksien turvaamista 3 momentissa tärkeänä, sillä riippuvuusongelmaisilla potilailla on huomattavaa komorbiditeettia, ja voimavarat sekä asioinnin kyvyt voivat olla puutteelliset, joten heille suunnatuissa palveluissa on perusteltua pyrkiä integraatioon. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri muistutti, että siirryttäessä yksiköiden tai sektorien välillä on huolehdittava tarpeellisesta ja katkeamattomasta tietojenkulusta, joka kuitenkin täyttää tietosuojan asettamat vaatimukset, eikä tietosuoja saisi muodostua esteeksi potilaan hoidon tai huollon toteuttamiselle. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri toi esiin, että pykälän 4 momentin korostus palveluiden suunnittelemisesta ja toteuttamisesta toimivana kokonaisuutena on myös siksi tarpeellinen. Moniammatillisuus ja päällekkäisyyden vähentäminen mahdollistavat resurssien tarkoituksenmukaisemman jaon sekä tehokkaamman palvelun. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri piti tärkeänä, että tämän potilasryhmän yhdenvertaista oikeutta terveyspalveluihin täsmennetään lain tasolla, ja mainitsi että lakiviittaus sosiaalihuoltolakiin saattaa selkeyttää lainsäädännön kokonaisuuden ja yhteisvaikutusten tavoittamista.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, ETKL, HALI, Karjaan Ratatupa, PÄIVYT ja VAK katsoivat, että terveydenhuoltolain 28 §:n 1 momentin 2 kohtaan tulisi lisätä päihteiden haitallinen käyttö. A-Kiltojen Liitto, EHYT, HALI, Irti Huumeista, PÄIVYT ja VAK sekä Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat lisäisivät erikseen myös päihteiden riskikäytön ja kommentoivat, että lain perusteluissa tulisi myös selventää, mitä tässä pykälässä tarkoitettun ohjauksen ja neuvonnan tulee käytännössä sisältää ja miten sitä toteutetaan esimerkiksi antamalla esimerkkejä ohjauksen ja neuvonnan menetelmistä. Suomen sosiaalioikeudellinen seura katsoi, että ehdotettavan pykälän 1 momentin 1 kohtaan tulisi tarkentaa koskien vielä diagnosoimattomien henkilöiden oikeutta saada apua päihteiden käytön arvioinnissa. Myös A-klinikkasäätiö kommentoi palvelujen tarpeesta ennen diagnoosin saantia.

Kuntaliitto katsoi, että perusteluissa tulisi täsmentää, mitä toiminnallisilla riippuvuuksilla tässä yhteydessä tarkoitetaan. Kuntaliitto katsoi myös, että lisäys riippuvuuksista laajentaa asiakasryhmää, mikäli muutkin riippuvuudet kuin rahapeliriippuvuus huomioidaan. Tehtävälajennus tulisi huomioida vaikutusten arvioinnissa ja osoittaa toimintaan määrärahat. Lisäksi Kuntaliitto totesi, että kuvaus monimuotoisista palveluista tulisi siirtää perusteluihin samoin kuin mielenterveyspalveluiden kohdalla.

Oikeusministeriö huomautti jäävän osin epäselväksi, sisältääkö pykälän 1 momentin 2 kohdan monimuotoisuuden käsite uusia palvelun toteuttamismuotoja, joista olisi hyvä olla säännös lain tasolla. Pykälässä voitaisiin myös selkeämmin ilmaista lain tasolla, että terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuudella tarkoitetaan myös muiden psyykkisten ja fyysisten oireiden hoitamista päihdeongelman lisäksi samassa kokonaisuudessa. Lisäksi pykälän perustelut vaikuttaisivat osaksi ilmentävän lain tasolle kuuluvaa sisältöä esimerkiksi siitä, missä päihde- ja riippuvuuspalveluita voitaisiin järjestää. Myös Lääkäriliitto katsoi, että monimuotoiset palvelut –käsite tarvitsee täsmennystä. Se totesi, että päihde- ja mielenterveyspalveluja tulee saada matalalla kynnyksellä ja edellytyksenä tälle ovat toimivat, riittävästi resursoidut päihdetiimit, joissa on mukana päihdelääkäri. Henkilöstöresurssien lisäksi tarvitaan merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten päihde- ja mielenterveysosaamisen vahvistamista. Myös A-klinikka kommentoi, että monimuotoisten palvelujen määrittely ja se, voiko ilman diagnoosia oleva henkilö saada palvelua jää epäselväksi. Lisäksi ei ole säädetty siitä, miten sosiaalihuollossa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lähetetyn potilaan osalta toimitaan.

Perhehoitoliitto katsoi, että palveluja annettaessa tulee huomioida sijaishuollossa kuten toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa olevien lasten ja nuorten perhehoitajien tuen tarpeet, jotta he pystyvät tukemaan lasten ja nuorten päihteettömyyttä ja toimimaan riippuvuuksilta suojaavasti tehtävässään.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä totesi pykälän olevan valtaosin selkeä ja arjen toimintaa tukeva, mutta kritisoi muotoilua palvelujen antamisesta henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä tuen, hoidon ja kuntoutustarpeen perusteella. Erityisesti perheen tai läheisen tuen tarpeen perusteella annetusta terveydenhuollon palvelusta ei ole olemassa kansallisia linjauksia tuen tarpeen arvioinnista, tuen sisällöstä ja toteutuksesta tai kestosta. Lisäksi suhde sosiaalihuollon kautta tarjottaviin palveluihin jää tältä osin epäselväksi.

SLL toivoi, että jatkovalmistelussa perusteluihin lisättäisiin muitakin riippuvuuksia kuin rahapeli-riippuvuus, kuten peli-, shoppailu-, netti-, some- ja seksiriippuvuus. Myös Vammaisfoorumi kommentoi, että muiden riippuvuuksien osalta tarvitaan yksityiskohtaisempaa kuvaamista ja muut riippuvuudet tulee tunnistaa sosiaali- ja terveystaloudessa. Suomen Psykiatriyhdistys katsoi, että toiminnallisten riippuvuuksien hoidon nostaminen päihdeongelmien hoidon rinnalle on tärkeää. Pykälään tulisi lisätä, että jos potilaalla on sekä mielenterveys- että päihde-/riippuvuusongelma, tulisi tarjota samanaikaisesti mielenterveys ja päihdepalveluita.

THL ehdotti laajennettavaksi kohdan 1 määritelmää siten, että päihde- ja riippuvuuspalveluihin kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä, päihteiden käytön ja riippuvuushaittojen vähentämistä ja riippuvuuksilta suojaavia ja niitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin ja riippuvuuksiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Lisäksi se tarkentaisi hieman kohdan 2 viimeistä kappaletta.

SAK katsoi, että työelämänäkökulma ja työterveyshuollon rooli puuttuvat. Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että pykälä tulisi sisällyttää mielenterveyspalvelupykälään. Erottelu mielenterveys- ja päihdepalveluihin ei tue hoidon saatavuutta silloin, kun henkilöllä ilmenee molemmat.

5.4 Onko opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa opioidilääkkeillä koskevan pykälän (terveydenhuoltolaki 28 a §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 107 lausunnonantajaa, joista 26,2 % vastasi ”kyllä”, 15,9 % ”kyllä pääosin”, 27,1 % ”ei pääosin”, 4,7 % ”ei” ja 26,2 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Yleisesti pidettiin hyvänä sitä, että asetuksentasoinen sääntely siirtyisi laintasoiseen. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä kommentoi, että kyseessä on äärimmäisen hyvä ja vakiintunut hoitomuoto. Tampereen kaupunki näki lisäyksen parantavan päihdeitä käyttävien potilaiden asemaa esimerkiksi yhteispäivystyksissä. Päihdelääketieteen yhdistys katsoi, että opioidikorvaushoito on selkeästi terveydenhuollon toimintaa, ja sen toteuttamiseen tulee olla riittävä terveydenhuollon osaaminen. Sosiaalihuollon alaiset yksiköt voivat hakea terveydenhuollon toimilupia silloin, kun niillä on riittävä osaaminen. Riittämätön osaaminen lääkehoidon toteutuksessa voi vaarantaa potilaiden turvallisuutta.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikka, A-klinikkasäätiö, EHYT, EK, EPT-verkosto, Espoon kaupunki, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, ETKL, HALI, Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö, Irti Huumeista, Jyväskylän kaupunki, Karjaan Ratatupa, Kuntoutussäätiö, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Lääkäriliitto, MIELI Suomen Mielenterveys, Porin kaupunki, Päihdetyön Talentia, Pikassos, PÄIVYT, PÄMi, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Rauman kaupunki, STTK, Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen sosiaaloikeudellinen seura, SuPer, Talentia, VAK ja Yhdenvertaisuusvaltuutettu sekä Tampereen, Vantaan, Oulun ja Pohjois-Lapin A-Killat katsoivat, että vieroitus- ja korvaushoitoa tulisi antaa muussakin kuin terveydenhuollon yksikössä. Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö piti lisäksi tarpeellisena säädellä ja rajata opioidikorvaushoitolääkkeiden kotiannostelua.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia kiinnitti huomiota siihen, että perusteluista tulisi selkeästi käydä ilmi, jos kyse on pelkästä teknisestä muutoksesta ilman sisältöä koskevia muutoksia. Mahdollisesti lisättävien muutosten tarkoituksenmukaisuuden arvioinnin tulisi voida perustua esityksen perusteluissa annettuun tietoon. Olennaista olisi myös tuoda esiin, miltä osin ja mistä johtuen sääntelyä ollaan jättämässä osin asetustasolla säädettäväksi ja osin säädettäisiin lailla.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot totesivat yhteisessä lausunnossaan, että Valviran ja aluehallintovirastojen ohjeessa Luvan myöntämisen edellytykset opioidikorvaushoitoa tarjoaville yksityisille terveydenhuollon palveluntuottajille (Dnro V/2360/2021) on mahdollistettu se, että sosiaalihuollon asumispalveluyksiköiltä ei edellytetä yksityisen terveydenhuollon lupaa, jos vastuu opioidikorvaushoidosta on toisella (terveydenhuollon) organisaatiolla ja hoito toteutetaan vastuorganisaation suorassa ohjauksessa. Aluehallintovirastot katsoivat, että laissa tai sen perusteluissa tulisi selkeyttää hoidon antaminen tarkoitamaan vastuuta hoidon toteuttamisesta. Lääkkeen antaminen hoito-vastuullisen yksikön ohjeen mukaan tulisi olla vakiintuneissa tilanteissa mahdollista sosiaalihuollon asumisyksiköissä, kuten muissakin sairauksissa.

Hämeenlinnan kaupunki kommentoi, että korvaushoidosta olisi hyvä saada kansallinen ohjeistus asetuksen lisäksi, joka sisältäisi esimerkiksi ohjeistuksen yhtenäisistä toimintatavoista ja hoitoon pääsystä. Posion kunta katsoi, että toteutus mahdollisimman lähellä asuinpaikkaa on hyvä, ja että

vastuiden tulee olla hyvin määritetty. Posion kunta muistutti, että korvaushoito lisää avohoidon työtä, vaatii tiivistä työskentelyä, ja että valvonnan osuus on merkityksellinen.

Kymsote katsoi, että pykälä kaipaa selkeyttämistä siltä osin, mitä tarkoitetaan riittävällä perehtyneisyydellä. Voimaan jäävää asetusta tulee päivittää käytettävien lääkkeiden osalta ja tulisi selkeyttää, milloin lääkkeitä voidaan luovuttaa kolmannelle osapuolelle, kuten esimerkiksi asumispalveluun. Myös Tampereen kaupunki näki tarvittavan tarkennusta sille, mitä tarkoitetaan päihdelääketieteen erityispätevyttä vastaavalla perehtyneisyydellä.

Niuvanniemen sairaala kommentoi, että valtion sairaaloiden osalta on tärkeää, että niiden rooli opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidossa tulee määritellyksi, mutta nyt lausuttavana olevan ehdotuksen mukaan nämä pykälät tulevat sisällymään muutettavaan mielenterveyslakiin. Myös vankiterveydenhuollon suhteen asiasta säädetään muussa lainsäädännössä tulevaisuudessa.

Oikeusministeriö piti perusteltuna, että asetuksesta on otettu tarkempi säännös lain tasolle. Oikeusministeriö kuitenkin huomautti, että perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan kaikki yksilön oikeusasemaan vaikuttavat perussäännöt tulee ilmetä laista. Ehdotettu sääntely jää vielä laissa jossakin määrin epätäsmälliseksi, eikä laista ilmene, kuka esimerkiksi arvioi korvaushoidon tarpeellisuutta. Lisäksi perusteluissa jää avoimeksi, mistä asetuksesta on kysymys ja mitä säännöksiä asetus sisältää tämän aiheen osalta. Sääntelyä ja sen perusteluja tulisi täydentää tältä osin.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollisen keskussairaala toi esiin, että alaikäisten päihderiippuvuuksien hoito ei ole aina psykiatrista hoitoa vaan joskus puhtaasti aineriippuvuuden hoitoa. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri piti korvaushoidon siirtämistä asetuksesta lain tasolle tarpeellisenä, sillä kyseessä ovat yksilön oikeuksiin ja velvollisuuksien perusteisiin kuuluvat asiat. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri ehdotti edelleen, että STM:n asetuksella voitaisiin antaa tarkempia säännöksiä korvaushoidon edellytyksistä ja toteuttamisesta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri kiinnitti huomiota siihen, että lain tasolla on tarkoitus säätää vain hoidosta vastaavasta lääkäristä, toiminnan edellyttämästä muusta henkilökunnasta, sekä soveltuvia tiloja koskevasta perusedellytyksestä, mutta että nykyinen STM:n asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008) käsittelee muitakin yksilön oikeusasemaan liittyviä seikkoja, joiden jättäminen asetuksen varaan ei välttämättä ole oikeudellisesti aukotonta ja joihin rinnastettavia asioita on muualla lakiesityksessä korostettu laintasoisena säännöksenä (esimerkiksi luonnoksen esitys terveydenhuoltolain 28 §:n 3 momentiksi). Korvaushoitoasetuksessa säännellään muun muassa hoidon edellytyksistä sekä hoidolle asetetuista tavoitteista ja ilmeisesti luonnoksen tarkoituksena on jättää nämä edelleen asetuksen tasolle. Kuitenkin käytännössä hoidon edellytykset määrittävät esimerkiksi hoitoon pääsyä ja hoidolle asetetut tavoitteet määrittävät potilaan oikeuksia sekä niiden rajoituksia hoidon toteuttamisessa.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, että valmistelussa käytetty ajatus päihdelääketieteen erityispätevydestä hoidosta vastaavana lääkärinä toimimiseen on arjessa ehdottomasti liian tiukka vaatimus johtuen tällaisten lääkärin pienestä määrästä ja siitä, että iso osa heistäkin on psykiatreja, joista on pulaa myös muissa toimenkuvissa.

Vammaisfoorumi esitti huolen opioidikorvaushoitoa antavien yksikköjen esteettömyydestä. Kondis toivoi korvaushoitoon lisäksi psykososiaalista tukea. SAK kommentoi, että pykälässä ei huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palveluja.

Humaania päihdepolitiikkaa nosti esiin, voisiko käyttöhuoneita pilotoida samoihin tiloihin, joissa opioidikorvaushoitoa toteutetaan, mikäli kyseiset tilat soveltuvat siihen.

5.5 Onko kiireellistä hoitoa koskevaan pykälään (terveydenhuoltolaki 50 §) ehdotettu lisäys tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 109 lausunnonantajaa, joista 54,1 % vastasi ”kyllä”, 27,5 % ”kyllä pääosin”, 0,9 % ”ei pääosin”, 1,8 % ”ei” ja 15,6 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

A-klinikkasäätiö, EPT-verkosto, Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot, Hankasalmen kunta, Myllyhoitoyhdistys, sisäministeriön poliisiosasto, Teuvan kunta, Valvira ja Vammaisfoorumi pitivät ehdotettua lisäystä hyvänä. Kirkkohallitus katsoi, että lakiesitys parantaa päihteistä johtuvassa välittömässä terveysvaarassa olevien tilannetta. Posion kunta piti hyvänä psykososiaalisen tuen näkymistä pykälässä, ja sitä että välitöntä katkaisuhoidon tulee saada kotipaikasta riippumatta myös vieraalla paikkakunnalla. Leppävirran kunta katsoi säädösmuutoksen vahvistavan päihdehuollon asiakkaan palvelua. SOSTE totesi olevan tärkeää, että osana kiireellistä päihdehoitoa päihdepotilaille olisi saatavilla myös päivystysluonteisia hoitopaikkoja asianmukaisen katkaisuhoidon toteutumiseksi. Päihtymys ei saisi estää henkilön hoitoa ja seurantaa. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä piti hyvänä, että päihtyneenä on mahdollista päästä hoitoon. Sen arvion mukaan deliriumin hoito onnistuu myös muualla kuin somaattisella osastolla, esimerkiksi päihdehoidon yksikössä, jossa on riittävä perehtyneisyys ja am-mattiosaaminen.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia piti säännöksen selkeyttämistä ehdotetulla tavalla tarkoituksenmukaisena. Kuitenkin säännöksen ja sääntelykokonaisuuden vaikutuksia käytännön toimintaan tulisi tarkastella perusteluissa luonnoksessa esitettyä enemmän.

Humaania päihdepolitiikkaa kommentoi, että kiireelliselle hoidolle tulisi määritellä hoitotakuu ja aikaraja. Esimerkiksi katkaisuhoidon pääseminen kestää nykytilanteessa liian kauan. A-Kiltojen Liitto, A-klinikka, EHYT, ETKL, Irti Huumeista, PÄIVYT, Suomen sosiaali- ja terveysministeriön seura, VAK sekä Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat korostivat, että kiireellisen hoidon tulkintaan tulee antaa selkeät ohjeistukset ja varmistaa, ettei henkilöä jätetä heitteille. Mikäli paikkakunnalla ei esimerkiksi ole erillistä katkaisuhoidon yksikköä, tulee kiireellinen päihdehoito toteuttaa somaattisessa yksikössä. Näin totesi myös HALI, joka toivoi lisäksi kiireellisyyden määritelmän selventä-mistä. Myös Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi, että kiireellisyys tulisi määritellä. ETKL ehdotti lisättäväksi, että kiireellisen hoidon tarpeella tarkoitettaisiin myös tilanteita, joissa vanhemman sairaus tai vakavasti omaa tai toisten turvallisuutta vaarantava käytös heikentävät heidän kykyään turvata omat sekä alaikäisten tai vielä syntymättömän lapsen perustarpeet. A-klinikka kommentoi, onko perusteltua pitää katkaisu- ja vieroitushoitoa erillisinä termeinä, sillä hoidollisesti niillä tarkoitetaan samaa. THL katsoi, että pykälässä voitaisiin käyttää terminä pelkkää vieroitushoitoa puhuttaessa välittömästä katkaisu- ja vieroitushoidon tarpeesta. Se totesi, että sen lisäksi olisi tarpeen järjestää lyhytaikaista selviämishoitoa tilanteissa, joissa voimakkaasti päihtynyt henkilö tarvitsee valvontaa turvallisuutensa vuoksi. Suomen Psykiatriyhdistys katsoi, että jää epäselväksi, miten katkaisu- ja vieroitushoidon sisältö määritellään, ja tarkoitetaanko sillä ensisijaisesti laitospäihdehoitoa vai sisältääkö se myös aiemmin mainitun opioidivieroituksen.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri piti ehdotettua lisäystä tärkeänä ja täsmentävänä, potilaan oikeuksia sanoittavana muutoksena. Kiireellisen päihdehoidon mainitsemisen lisäksi Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri piti lain täsmentämistä laajemminkin tarpeellisena. Lakitekstin selkeyttäminen on tarpeellista, vaikka oikeus vastaavanlaiseen hoitoon syntyy jo voimassaolevan lainsäädännön pohjalta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri toi esiin, että luonnoksessa on keskitytty muutoinkin sanallisen muotoilun parantamiseen ja esimerkiksi terveydenhuoltolain 28 §: ään ehdotetaan lisättäväksi mainintaa riippuvuuspalveluista. Kiireellisen hoidon osalta olisi sen näkemyksen mukaan riittävää, ettei riippuvuussairauksia toistaiseksi korosteta 50 §: ssä, sillä niihin ei liene erityistä katkaisui- tai vieroitushoitoon vertautuvaa kiireellistä hoitomuotoa, ja potilaat todennäköisesti pääsevät oikeuksiinsa esimerkiksi mielenterveydellisiin syihin perustaen. Täydennys on Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin arvion mukaan omiaan vahvistamaan haavoittuvassa asemassa olevan potilasryhmän oikeuksien toteutumista. Kiireellistä päihdehoitoa varten perusteluissa mainitaan päivystysluonteisten hoitopaikkojen tarjoaminen katkaisuhoidon toteuttamiseksi. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri arvioi, että uudistuksessa valittu kirjoitusasu korostaa velvollisuutta tarjota tosiasiallisesti käyttökelpoisia palveluita eli palveluita, joihin asiakkaalla on aito mahdollisuus päästä, ja jatkaa että sen lisäksi, että järjestetään henkeä turvaava hoito, on palvelut muotoiltava sellaiseksi, että kohderyhmä tosiasiallisesti pääsee niihin. Vaikkei lain sanamuodon täsmentämisellä pyritä luomaan uusia velvoitteita voi Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin arvion mukaan käytännössä valitulla kirjoitusasulla olla muutoksen luova vaikutus. Palveluiden tosiasiallisen saavutettavuuden tarkastelulle syntyy ehkä vahvempi tarve ja lainsäätäjän tarkoituksen toteutumista käytännössä tulee seurata. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri piti tärkeänä, että preventiivistä oikeussuojaa toteuttava säännös on käytännössä tehokas, sillä sen tarkoituksena on suojella erityisen haavoittuvassa asemassa olevaa potilasryhmää akuuttia hoitoa edellyttävässä tilanteessa. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri kiinnitti huomiota siihen, että uudistuksen myötä on syytä arvioida tiukasti hoitoon pääsulle asetettavia edellytyksiä, estävätkö hoitoon pääsulle asetetut edellytykset lain tarkoituksen toteutumisen ja ovatko ne kohtuullisia potilaan tilanne huomioiden.

Kuntaliitto katsoi, että katkaisuhoidon lisääminen säännökseen on tarkoituksenmukaista, ja esitti kysymyksen mitä tarkoitetaan välittömällä vieroitushoidolla.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto toivoi pykälään lisättäväksi kiireellisellä hoidolla tarkoitettavan myös tilanteita, joissa vanhemman sairaus tai vakavasti omaa tai toisten turvallisuutta vaarantava käytös heikentävät heidän kykyään turvata omat sekä alaikäisten tai vielä syntymättömän lapsen perustarpeet.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue kommentoi, että säädöksen tarkennuksen myötä palveluohjauksen kehittäminen, integraation vahvistaminen sekä päivystyksellisten vastaanottojen mahdollinen laajentaminen tulee vaatimaan toiminnallisia muutoksia ja resursointia. PSHP toivoi tarkennusta siihen, missä kiireelliset katkaisuhoitopaikat olisivat. Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus kommentoi, että osana kiireellistä päihdehoitoa tarvitaan päihdepotilaille päivystysluonteisia hoitopaikkoja asianmukaisen katkaisuhoidon toteuttamiseksi. Myös Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä kiinnitti huomiota siihen, että kiireelliseen tai välittömään katkaisuhoitoon pääsy ei saisi olla kiinni laitoksen paikkatilanteesta.

Päihdelääketieteen yhdistys kommentoi, että akuuttihoitossa tehtävien hoidon tarpeen arvioiden ja jatkohoitosuunnitelman toteutumisen varmistaminen on keskeistä, ja pääsy vieroitushoitoon kiireellisenä terveydenhuollon palveluna tulee varmistaa. Se korosti selviämisasematoiminnan tärkeyttä ja ehdotti niiden sijoittamista päivystyksiin sekä kiireellisen vieroitushoidon ottamista osaksi

päivystys- ja akuuttityön palvelukokonaisuutta. Lisäksi se kommentoi, että akuuttitilanteissa riippuvuushäiriöihin liittyvän itsemurhariskin arviointia tulisi tehostaa.

SAK kommentoi työelämänäkökulman ja työterveyshuollon kanssa tehtävän yhteistyön puuttumisesta. Lisäksi se katsoi, että lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdehoidon tarpeita tulisi lähtökohtaisesti pitää aina kiireellisinä ja kiireellisellä hoidolla tulisi tarkoittaa myös tilanteita, joissa vanhemman sairaus tai turvallisuutta vaarantava käytös heikentävät heidän kykyään turvata omat sekä alaikäisten tai vielä syntymättömän lapsen perustarpeet.

Talentia ja Rauman kaupunki katsoivat, että kiireellisyys tulisi määritellä tarkemmin, ja epäselväksi jää, miten hoitopaikan saaminen turvataan. Myös Kuntoutussäätiö ja Omaishoitajaliitto toivoivat kiireellisyyden määritelmän selventämistä. Kondis katsoi, että tulisi konkretisoida, mitä välitön hoito tarkoittaa käytännössä ja ajallisesti.

5.6 Ovatko terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyötä koskevaan pykälään (terveydenhuoltolaki 50 a §) ehdotetut muutokset tarkoituksenmukaisia?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 108 lausunnonantajaa, joista 44,4 % vastasi ”kyllä”, 34,3 % ”kyllä pääosin”, 4,6 % ”ei pääosin”, 4,6 % ”ei” ja 12,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

A-klinikkasäätiö piti muutosta perusteltuna ja korosti mielenterveys-, päihde- tai riippuvuuspalveluja tarvitsevan asiakkaan hoidon ja palvelujen jatkuvuuden turvaamista. Myös Hankasalmen kunta piti pykälää tarpeellisena, jotta kriisitilanteessa on selkeä toimintamalli ja työnjako. Kirkkohallitus katsoi, että johtovastuun selkiyttäminen on perusteltua erityisesti tilanteissa, joissa äkillisyys ja kiireellisyys voivat aiheuttaa koordinaation puutteita ja joissa johdonmukainen työnjako ja toiminta on ensiarvoisen tärkeää, ja että äkillisen kriisin laaja-alaisen vaikutusten vuoksi on tärkeää, että ihmisen elämäntilanne otetaan huomioon kokonaisuudessaan. Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus kommentoi, että johtovastuun määrittely on kannatettavaa. Turun kaupunki painotti hoidon ja palvelujen jatkuvuuden turvaamista ja monialaista yhteistyötä. Vammaisfoorumi katsoi, että yhteisötasolla ehdotettu sääntely edistää väestön turvallisuutta ja on osa väestönsuojelua ja kriisivalmiutta, ja lisäksi yksilötasolla koituu merkittäviä hyötyjä.

FinFami ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Savon ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset kannattivat muutosta, mutta nostivat esiin sen tärkeyden, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa palveluja todella on jatkossa tarjolla tarpeen mukaisesti. Tämä tukee myös omaisten jaksamista. Myös HALI kommentoi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden omaisten jaksamisen huomioimisesta.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue arvioi, että säännökset selkeyttävät kiireellisten tilanteiden psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtamista niin käytännön toiminnan kuin lainsäädännön tasolla. Se piti tavoitetta kansallisesta toimintamallista kannatettavana, koska esim. suuronnettomuuksissa osallisina saattaa olla usein eri kuntien asukkaita. Säädöksissä on Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen käsityksen mukaan selkeästi määritelty akuutti kriisityö ja erotettu käsite psykososiaalisen tuen käsitteestä, mutta huomion kiinnittämistä palveluiden saumattomuuteen tarvitaan. Esimerkiksi koulu- ja oppilaitosympäristöissä on olemassa omat Opetushallituksen opetussuunnitelman perusteissa esitettyjen ohjeiden mukaisesti laaditut kriisityötä koskevat

kriisisuunnitelmat. Käytännössä tulisi pyrkiä varmistamaan, että päivystyksen tekemä akuuttivaiheen kriisityö nivoutuu luontevasti muun kriisityön kanssa, jota toteutetaan Opetushallituksen ohjeen mukaan laaditun opetussuunnitelman perusteella. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue huomautti, että säädökset edellyttävät, että hyvinvointialueen tulee varmistaa akuutin vakavan traumaattisen kriisin jälkeinen palveluohjaus, jotta asiakkaan saa tarvitsemansa tuen myös akuutin traumaattisen kriisin jälkeen.

Soite kommentoi, että johtovastuun määrittely on kannatettavaa. Toisaalta nostettiin esiin, että olisi tärkeä määritellä myös ensivaiheen järjestämismääräykset. Katsottiin, että terveydenhuollossa päivystysaikana järjestettävät psykososiaaliset palvelut on tarkoitettu ensisijaisesti erikoissairaanhoidon vaativiin tilanteisiin, joten äkillisen kriisitilanteen psykososiaalinen tuki olisi määriteltävä myös järjestämismääräyksiin osalta ensisijaisesti sosiaalipäivystyksen tehtäväksi.

A-klinikka kommentoi, että hoidon ja palvelujen jatkuvuuden tarkoitus jää epäselväksi, ja olisi perusteltua lisätä, että palvelut ja hoito tulee toteuttaa potilaan tarpeiden mukaan ilman viivästyksiä. A-Kiiltojen Liitto, EHYT, EK, HALI, Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö, Kuntoutussäätiö, PÄIVYT, Suomen sosiaalioikeudellinen seura ja VAK sekä Tampereen, Vantaan ja Oulun A-Killat katsoivat, että sosiaalipäivystykselle lisättävä velvoite kiireellisen tilanteen psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtovastuusta edellyttää koulutuksen lisäämistä päihde- ja mielenterveysasioista. Myös THL nosti esiin koulutuksen tarpeen. Lisäksi pidettiin tärkeänä sitä, että kiireellisissä tilanteissa puhelut ohjautuvat oikealle viranomaiselle, ja että sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämismääräyksiin vaihtuessa hyvinvointialueille alueen kansalaisia tiedotetaan mahdollisista muutoksista esimerkiksi päivystysnumeroissa. Tämän toteuttamiseksi ehdotettiin jokaiseen talouteen lähetettävää kirjallista infopakettia.

Espoon kaupunki ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue katsoivat, ettei ole toimivaa, jos poikkeustilanteiden ja päivittäistilanteiden rakenteet eroaisivat vahvasti toisistaan.

Hämeenlinnan kaupunki näki ongelmallisena luonnoksessa esitetyn voimakkaan rajauksen sosiaalihuollollisiin ja terveydenhuollollisiin tehtäviin. Nykyisellään sosiaali- ja kriisipäivystyksessä työskentelee sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia, jotka toteuttavat sosiaalihuollon palvelutehtävää ja kirjaukset tehdään sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiin. Kriisityöntekijän kelpoisuusehtoina on Hämeenlinnan kaupungissa joko sosiaali- tai terveydenhuollon AMK-tasoinen tutkinto ja kaikki tekevät kriisityötä samalla tavalla. Luonnoksessa terveydenhuollon tehtäväksi rajattu akuutti kriisityö on sisällöltään täysin samaa työtä, mitä tällä hetkellä sosiaali- ja kriisipäivystyksessä toteutetaan sosiaalipalveluna. Äkillisten, traumaattisten tilanteiden kriisityö ja päivystyksellisesti tarvittavien sosiaalihuollon palvelujen tarpeen arvioiminen on havaittu nivoutuvan usein tiiviisti yhteen ja asiakastyössä on haastava erottaa, mikä osuus asiakastapaamisesta on mitään. Hämeenlinnan kaupunki kommentoi, että nykymuotoisen sosiaali- ja kriisipäivystyksestä annettavan kriisityön keskeisenä tavoitteena on olla välittömästi järkyttävän tilanteen jälkeen käynnistyvä tarkoituksenmukainen interventio. Oikein ajoitettuna se ehkäisee tarvetta raskaammille terveydenhuollon palveluille (psykiatria) sekä posttraumaattisen stressihäiriön muodostumista. Sosiaali- ja kriisipäivystyksestä annettava kriisityö ei ole hoitotyötä eikä suurin osa kriisityön asiakkaista tarvitse terveydenhuollon jatkopalveluita. Keskeinen osa työtä on kuitenkin myös asiakkaan ohjaaminen ja saattaminen tuetusti terveydenhuollon palveluiden piiriin, mikäli hänen tilanteensa vaatii hoidon tarpeen arvioimista. Tämän tekee tarkoituksenmukainen terveydenhuollon ammattihenkilö terveydenhuollon toimintayksikössä. Hämeenlinnan kaupungin näkemyksen mukaan yllä kuvattu toimintamalli on toimiva ja selkeä, sillä siinä terveydenhuollon palvelut alkavat

hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Myös asiakkaan näkökulmasta tämä on tarkoituksenmukaista. Hämeenlinnan kaupunki huomautti myös, että tietojärjestelmäkirjaukset jäävät luonnoksessa edelleen ongelmallisiksi. Luonnos lähtee siitä, että riippumatta toimintayksikön hallinnollisesta organisoinnista kirjaukset tehtäisiin annettavan palvelun mukaisesti joko sosiaali- tai terveydenhuollon tietojärjestelmään. Tämä voi monen muun sosiaalihuollon palvelun osalta selkiyttääkin tilannetta, mutta sosiaali- ja kriisipäivystystyön kannalta jaottelu on haastavaa. Pahimmillaan sääntely voi muodostaa kaksoiskirjaamisen tarpeen, jos samaa asiakastapausta koskevia merkintöjä olisi tehtävä terveydenhuollon järjestelmään kaikilta niiltä osin, kun kyse on akuutista kriisityöstä, mutta samoja asioita olisi tarpeen kirjata myös sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään asiakasprosessiin liittyvän tiedonsiirron mahdollistamiseksi sosiaalihuollon jatkopalveluissa. Hämeenlinnan kaupungin näkemyksen mukaan olisi tarkoituksenmukaista, että jatkossakin kriisityö kirjattaisiin sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiin. Tilanteissa, joissa asiakas etenee akuutista kriisityöstä terveydenhuollon palveluihin, kriisityön asiakirjat voidaan asiakkaan luvalla luovuttaa hoitavalle yksikölle. Hämeenlinnan kaupunki arvioi, että häiriötilanteiden valmiuteen ja varautumiseen liittyvä yhteistyön tiivistäminen ja koordinoiva rakenne sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä on kannatettava asia. Kun alkuvaiheen psykososiaalisen tuen johtovastuu selkeästi määritellään sosiaali- ja kriisipäivystyksen tehtäväksi, on tärkeää luoda selkeät rakenteet sille, miten tilanteen pitkittyessä tarvittavien pidempikestoisten (mielen-)terveyspalveluiden johtaminen ja organisointi toteutetaan. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon keskinäiselle yhteistyölle ei ole vielä toimivia rakenteita ja siksi on tarpeellista ja kannatettavaa, että se kirjataan lainsäädäntöön.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä katsoi, ettei sosiaalipäivystyksellä ole kokemusta eikä kompetenssia johtaa terveydenhuollon työtä.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri huomautti, että yhteistyöstä säädettyä tulee varmistaa, ettei lakien välille jää ristiriitoja. Tärkeää on myös selventää sosiaalityön ja terveydenhuollon väliset vastuu- ja johtosuhteet, jotta kiireisessä asiassa palvelu etenee saumattomasti. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri muistutti, että terveydenhuollollisissa asioissa vastuu on aina terveydenhuollon ammattilaisella. PSHP piti yhteistyötä tarkoituksenmukaisena, mutta näki tarpeellisena huolehtia, että kaikille on samat häiriö- ja oireiden vakavuusperustaiset kriteerit erikoissairaanhoidon palveluihin. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä piti ehdotusta hoitoon ohjauksesta hyvänä, mutta huomautti, että vaatii vielä asetuksella tarkat määrittelyt, mitä hyväksyty hoito tarkoittaa.

Kuntaliitto ehdotti, että johtovastuun sijaan käytettäisiin termiä ”ensivaiheen koordinaatiovastuu”. Kuntaliitto totesi, ettei sosiaalipäivystys ole välttämättä ensimmäinen eikä luonteva kontaktipiste psykososiaalisen tuen tarpeessa olevalle henkilölle. Lähiomaisen kuollessa yhteydenotto voi olla terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon. Lisäksi Kuntaliitto piti 5 momenttia tulkinnanvaraisena.

MIELI Suomen Mielenterveys ehdotti pykälän ensimmäiseksi lauseeksi muotoilua: Terveydenhuolto toteuttaa psykososiaalista tukea kiireellisissä tilanteissa yhdessä sosiaalipäivystyksen ja järjestöjen kanssa.

Rauman kaupunki katsoi, että pykälä on pääosin tarkoituksenmukainen, mutta että ehdotus jättää epäselväksi, miksi kriisityö olisi jatkossa vain terveydenhuollon tehtävää.

SAK kommentoi, että työelämänäkökulma ja työterveyshuollon kanssa tehtävä yhteistyö puuttuu.

Suomen Psykologiliitto toi esiin, että voimassa olevan terveydenhuoltolain 27 §:n perusteluissa on todettu, että poikkeuksellisten kriisitilanteiden välitön ja pidemmän aikavälin psykososiaalinen tuki

on ensisijaisesti terveydenhuollon koordinoimaa moniammatillista toimintaa, jollei paikallisesti ole toisin sovittu, ja että myös sosiaalitoimen rooli on merkittävä ja välttämätön. Esitys siirtäisi kiireellisten tilanteiden psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtovastuun selkeästi sosiaalihuollon alla toimiville sosiaalipäivystyksille. Äkillisten traumaattisen tilanteiden psykososiaalisen tuen kehittämisen työryhmä suositteli psykososiaalisen tuen toteuttamista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintana sosiaali- ja kriisipäivystyksessä. Työryhmä lähti suosituksissaan siitä ajatuksesta, että ensikontakti olisi sosiaalipäivystyksessä ja sitä välittömästi seuraavassa varhaisessa puuttumisessa keskeisessä roolissa olisivat moniammatilliset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä muodostetut kriisiryhmät. Lakiin tulisivin sisällyttää velvoittavaksi työryhmän loppuraportissa esittämä suositus siitä, että psykososiaalista tukea tulisi toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintana sosiaali- ja kriisipäivystyksessä.

Duodecim, Lääkäriliitto ja Suomen Psykiatriyhdistys kommentoivat samaa kuin kohdassa 2.4.

5.7 Onko äkillisissä järkyttävissä tilanteissa annettavan psykologisen tuen pykälän (terveydenhuoltolaki 50 b §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 110 lausunnonantajaa, joista 30,9 % vastasi ”kyllä”, 42,7 % ”kyllä pääosin”, 8,2 % ”ei pääosin”, 5,4 % ”ei” ja 12,7 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Hankasalmen kunta arvioi, että ehdotettu sääntely selkeyttää käytänteitä. Myös Kuntoutussäätiö piti lisäystä tarkoituksenmukaisena. HUS piti erinomaisena ja selkeyttävänä sitä, että akuutti kriisityö olisi terveydenhuoltoa. Kirkkohallitus katsoi, että pykälä vahvistaa palveluiden järjestämisen velvoittavuutta tilanteissa, joissa niitä tarvitsevan on tilanteensa vuoksi erityisen haastavaa itse hankkia tarvitsemaansa tukea. Posion kunta piti välitöntä tukea hyvänä, samoin kuin sitä, että kriisipäivystys, jossa osana kriisityö, on erikseen kirjattu. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/ Kuopion yliopistollinen keskussairaala piti muutosta hyvänä, sikäli kun yhteensovittamisen idea toteutuu, eikä tapahdu yksilön/perheen siirtelyä sosiaalitoimen ja terveydenhuollon välillä melko samanlaisen palvelun saamiseksi. Valkeakosken sosiaali- ja terveystieteiden keskus katsoi, että on hyvä, että sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa ja yhteistyötä psykososiaalisen tuen osalta tarkennetaan. Rauman kaupunki piti lisäystä hyvänä.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, ETKL, Into, Irti Huumeista, PÄIVYT, Suomen sosiaalioikeudellinen seura ja VAK sekä Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat pitivät lisäystä hyvänä ja kannatettavana. A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, ETKL, HALI, Irti Huumeista, PÄIVYT, SAK, SuPer ja VAK sekä Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat nostivat esiin myös muun kuin äkillisiin ja järkyttäviin tilanteisiin tarkoitettua psykososiaalisen tuen tarpeen. Myös Omaishoitajaliitto kommentoi, että olisi tarpeen pohtia psykososiaalisen tuen laajempaa käyttöä.

Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys toivoivat pykälään lisättävän, että psykososiaalisen tuen tulee sisältää lääketieteellinen arvio. Lisäksi toivottiin äkillisen järkyttävän tilanteen määrittelemistä. Pesäpuu nosti esiin, miten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö järjestetään.

FinFami ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Savon ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset pitivät pykälän sisältöä pääosin

tarkoituksenmukaisena, mutta toivoivat siihen omainen-sanana lisäämistä yksilön, perheen ja yhteisön lisäksi. Lisäksi ne kommentoivat, että terveydenhuollon kriisityön ja sosiaalityön yhteistyön on veloitettava huomioimaan alaikäiset lapset aina vanhemman psyykkisen sairastumisen yhteydessä. Myös HALI ry oli tätä mieltä. Myös pykälän perusteluihin toivottiin lisäystä niin, että äkillisellä kriisitilanteella tarkoitettaisiin myös psyykkisen sairastumisen sairastuneelle, omaisille, perheelle ja muille läheisille tuottamaa kriisitilannetta.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue arvioi esitettyjen sosiaalihoitolain 29 b § ja terveydenhoitolain 50 b § muodostavan vaikeasti hahmotettavan kokonaisuuden, sillä esitetyn lainsäädännön tarkoitus on erotella sosiaalihoito ja terveydenhuolto tehtävät äkillisissä järkyttävissä tilanteissa, mutta määrittelyissä ne menevät pitkälti päällekkäin. Esimerkiksi Etelä-Karjalassa on yhdistetty sosiaali- ja kriisipäivystys, joka vastaa äkillisissä järkyttävissä tilanteissa annettavasta kriisityöstä ja psykososiaalisesta tuesta osana sosiaalipäivystystä. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen mielestä uusi laki-kokonaisuus jakaisi toimintaa terveydenhuoltoon ja sosiaalihoitoon, ja akuutti kriisityö kuuluisi terveydenhuollolle ja kiireellinen sosiaalityö sosiaalihoitolle, jolloin kirjauksia tulisi sekä asia- ja potilasrekistereihin.

Jyväskylän kaupunki katsoi, että psykososiaalinen tuki tulisi kirjata pykälään siten, että se järjestetään sosiaalihoitoon palveluna ja säätelee sitä sosiaalihoitoilain. Vaihtoehtoisesti pykälä tulisi kumota.

Kuntaliitto katsoi, että olisi selkeämpää, jos psykososiaalisesta tuesta olisi oma pykälänsä. Nyt psykososiaaliseen tukeen ja sen toteuttamiseen viitataan useissa eri pykälissä eikä kokonaisuus avaudu. Ehdotetussa pykälässä käytetyt käsitteet eivät ole selkeitä eikä pykälä selkiytä sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa.

MIELI Suomen Mielenterveys katsoi, että psykososiaalisen tuen saatavuutta tulee edistää muokkaamalla pykälän tekstiä tukemaan kokonaisvaltaista, sosiaalihoitoon ja terveydenhuoltoon yhteisen psykososiaalisen tuen tarjoamista.

Oikeusministeriö kiinnitti huomiota siihen, että toisin kuin sosiaalihoitolain 29 b §:ssä, kriisityön osalta ei olisi vastaavaa virkasuhdetta koskevaa edellytystä, eikä tätä tarkemmin perustella. Perusteluissa voisi vielä selkeyttää, milloin psykososiaalista tukea on annettava osana muuta terveydenhuoltoa kuin kriisipäivystyksen toimintaa.

Pikassos kommentoi vastaavasti kuten sosiaalihoitolain psykososiaalisen tuen osalta, että esitys pirstaloi akuutteihin traumaattisiin kriiseihin liittyvää työskentelyä ja haastaisi monialaista työtettä ja toivoi psykososiaalisen tuen määrittelemistä sosiaali- ja terveydenhoitoilain sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhteiseksi monialaiseksi työskentelyksi, jota toteutetaan sosiaalihoitoon sosiaalityön menetelmin ja terveydenhuollossa terveydenhuoltoon menetelmin.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen käsityksen mukaan säädöksissä on selkeästi määritelty akuutti kriisityö ja erotettu käsite psykososiaalisen tuen käsitteestä, mutta huomion kiinnittämistä palveluiden saumattomuuteen tarvitaan.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, että akuutin kriisityön määrittely vain terveydenhuoltoon ammattilaisten työksi poikkeaa nykytilanteesta, jossa kriisityöntekijäksi on voinut kouluttautua myös sosiaalihoitoon ammattilainen. Pykälän perusteella akuutti kriisityö määrittyisi vain terveydenhuoltoon ammattilaisen tuottamaksi palveluksi, mikä muuttaisi palvelujärjestelmää medikalisoivampaan suuntaan ja aiheuttaisi sosiaali- ja kriisipäivystyksissä eri rekisterien käytön.

sekä johtamishaasteita kahden eri lainsäädännön mukaan toimivan osion vuoksi. Myös Espoon kaupunki ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue katsoivat, että kriisityötä tehdään tällä hetkellä paljolti sosiaalihuollon puolella ja sosiaalihuollon ammattilaisten toimesta. Ehdotettu muutos veisi tämän osaamisen pois kriisityön asiakkaiden käytöstä.

Tampereen kaupunki katsoi, että esityksessä tulisi selkeästi määritellä psykososiaalisen tuen, akuutin kriisiavun ja kriisityö sisällöt ja tarkoitus ja vastaavasti kuten sosiaalihuoltolain psykososiaalisen tuen osalta totesi jäävän epäselväksi, miksi kriisityö tulisi siirtää terveydenhuollon palveluksi.

Talentia katsoi, että on epäselvää, miksi kriisityö on kirjattu jatkossa vain terveydenhuollon tehtäväksi ja että lakiesityksessä on mainittu, että sosiaalihuollon ammattihenkilöiden oikeus tarjota kriisityötä edellyttää riittävää koulutusta kriisityöhön, joten tällainen edellytys tulisi olla myös terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskien.

SAK ja Työterveyslaitos katsoivat, että tulisi mainita myös työssä tapahtuvat kriisitilanteet. THL ja SLL kommentoivat samaa kuin kohdassa 2.5.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että psykososiaalinen tuki tulisi määritellä yhtenevästi sosiaali- ja terveydenhuoltolaissa. Laissa tulisi säätää, että kiireellisten tilanteiden psykososiaalista tukea tulisi toteuttaa nimenomaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä toimintayksiköissä sosiaali- ja kriisipäivystyksenä, sekä määritellä myös tämän yhteisen yksikön psykososiaalisen tuen henkilöstön moniammatillisesta kokoonpanosta. Lisäksi terminä psykologinen tuki psykososiaalisen tuen sijasta saattaisi yleisemmällä tasolla katsottuna olla varteenotettava termi, mikäli halutaan lainsäädännössä selkeämmin erottaa, milloin tarkoitetaan sosiaalista tukea ja milloin psykologista tukea, ja mitä palveluita tai toimintoja niiden alle on lainsäädännössä tarkoitettu kuuluvan.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue totesi, että sosiaali- ja kriisipäivystyksissä traumaattisen kriisin kohdanneen asiakkaan ensikontaktointi toteutetaan välittömästi tiedon saannin jälkeen ja ensimmäinen pyritään toteuttamaan 24 tunnin sisällä tapahtuneesta. Traumaattisen kriisin kohdannut henkilö ei ole automaattisesti terveydenhuollon palveluiden tarpeessa. Oikea-aikaisilla kriisi-interventioilla pystytään useissa tapauksissa ennaltaehkäisemään terveydenhuollon palveluiden tarve.

Äänekosken kaupunki katsoi, että psykososiaalisen tuen määrittelyn tulisi olla yhdenmukaista sosiaali- ja terveydenhuollossa ja piti perusteltuna, että jatkossa sosiaali- ja kriisipäivystyksissä toimii sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Palvelun järjestämistä voisi selkeyttää, jos palvelu olisi määritelty toteutettavaksi sosiaali- ja kriisipäivystyksessä.

5.8 Onko sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymää hoitoa huumausainerikoksissa koskevan pykälän (terveydenhuoltolaki 78 b §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 101 lausunnonantajaa, joista 29,7 % vastasi ”kyllä”, 23,8 % ”kyllä pääosin”, 4,0 % ”ei pääosin” ja 42,6 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Kirkkohallitus katsoi, että laissa säätämisen avulla voidaan vahvistaa hoidon asemaa rikosseuraamuksen vaihtoehtona ja hoidon toteutusmahdollisuuksia tukee lakiesityksen mukainen

ratkaisu, jossa toimintayksiköjä ei rajata tarkemmin. Leppävirran kunta katsoi ehdotuksen vahvistavan hoitoonohjausta ja selkeyttävän toimijoiden rooleja. Posion kunta piti päihdetyön näkökulmasta hyvänä ajatusta hoidon tarjoamisesta ja syyllistämisen vähenemisestä.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, Irti Huumeista, PÄIVYT, Suomen sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalioikeudellinen seura, VAK ja Valvira sekä Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat kannattivat säännöksen nostamista lain tasolle ja sitä, että siinä ei rajata hoitoa antavia toimintayksiköjä. Ne katsoivat, että ehdotetun 78 b § 2 momentin sisältöä tulisi potilaan oikeusturvan parantamiseksi muuttaa niin, että hoitoa antava toimintayksikkö voi luovuttaa potilaan tietoja hänen kirjallisella suostumuksellaan. Lisäksi katsottiin, että perusteluihin tulee lisätä kohta koskien sen varmistamista, että hoito kestää riittävän pitkään ja että sitä annetaan tarpeeseen perustuen. Myös Rauman kaupunki ehdotti samaa lisäystä perusteluihin.

A-klinikka katsoi, että tulee huolehtia yksiköiden riittävydestä ja että niihin pääsy ei vaadi erillistä päätöstä, vaan on nopeaa ja joustavaa. Tulee varmistaa, ettei toimintaa rajata vain julkiseksi tehtäväksi, vaan myös yksityiset palveluntarjoajat voivat tarjota sitä.

Humaania päihdepolitiikkaa ry kommentoi, että huumeiden käytön dekriminointi edistäisi parhaiten huumeita käyttävien asemaa ja hyvinvointia. Päihdelääketieteen yhdistys kommentoi, että huumausaineiden käyttörikkokseen syyllistyneen hoitoonohjaamismahdollisuutta käytetään ilmeisen vähän ja toivoi painopisteen siirtämistä hoitoon pääsemisen edistämiseen ja huumausaineiden käytön dekriminointiin.

Kymsote katsoi, että toimintayksiköistä ja hoidosta tarvitaan tarkemmat säännökset. Soite katsoi, että hoito tulisi määritellä tarkemmin ja nosti esiin, voitaisiinko potilaan hoitoa koskevia tietoja luovuttaa tarvittaessa myös ilman suostumusta.

Tampereen kaupunki totesi, että sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa tarkemmista säädöksistä tulisi ottaa huomioon resurssien rajallisuus ja yhdenvertaisuus asiakasryhmien välillä. THL katsoi, että on tärkeää ottaa huomioon myös huumausainerikokseen syyllistyneen henkilön sosiaalinen tilanne ja kuntoutuminen. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä piti ehdotusta hoitoon ohjauksesta hyvänä, mutta huomautti, että vaatii vielä asetuksella tarkat määrittelyt, mitä hyväksyty hoito tarkoittaa.

Vammaisfoorumi katsoi, että pykälässä tarkoitettujen hoidon järjestämisessä ja toimintayksiköiden tilojen suunnittelussa tulee ottaa huomioon esteettömyys ja saavutettavuus eri tavoin vammaisten ihmisten kannalta.

5.9 Onko työnohjausta koskevan pykälän (terveydenhuoltolaki 78 c §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 106 lausunnonantajaa, joista 53,8 % vastasi ”kyllä”, 25,5% ”kyllä pääosin”, 3,8 % ”ei pääosin”, 0,9 % ”ei” ja 16,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Posion kunta piti ehdottoman tärkeänä päihde- ja mielenterveyspalveluiden säännöllistä työnohjausta. Myös Tampereen kaupunki kommentoi työnohjauksen vahvistavan ammattilaisten jaksamista ja taitoja. Hämeenlinnan kaupunki piti työnohjauksen järjestämisen velvoitteen

laajentamista koskemaan mielenterveyspalvelujen lisäksi myös päihde- ja riippuvuuspalveluja hyvänä. Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus kommentoi, että on tärkeää, että mielenterveyslaissa oleva työnohjausvelvoite laajennetaan koskemaan päihdepalveluja sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa. Teuvan kunta piti lisäystä kannatettavana ja huomautti, että työnohjauksen järjestäminen on huomioitava myös järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavissa palveluissa. Turun kaupunki nosti esiin, että työnohjauksen lakisääteisyys olisi kannatettavaa myös niiden työntekijöiden osalta, jotka tekevät potilas- tai asiakastyötä, ja voisiko työnohjauksen määrää määrittää lakiin.

A-Kiltojen Liitto, A-klinikka, A-klinikkasäätiö, EHYT, ETKL, HALI, Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö, Into, Irti Huumeista, JHL, Keski-Suomen mielenterveysomaiset – FinFami, Kuntoutus-säätiö, Pikassos, Päihdetyön Talentia, PÄIVYT, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Rauman kaupunki, STTK, Suomen sosiaali oikeudellinen seura, SuPer, Talentia, THL, Valvira ja VAK sekä Tampereen, Vantaan, Oulun ja Pohjois-Lapin A-Killat katsoivat, että työnohjauksesta tulisi lisätä vastaavat säännökset myös sosiaalihuoltolakiin sosiaalihuollon henkilöstölle, jotka työskentelevät mielenterveys- ja päihde- ja riippuvuuspalveluissa. ETKL katsoi lisäksi, että lisäyksen tulee koskea myös lain 50 § b mukaista psykososiaalista työtä ja päihde- ja riippuvuustyötä tekeviä työntekijöitä. A-klinikka katsoi, että ostopalvelujen osalta työnohjaus tulisi huomioida kustannuksia lisäävänä tekijänä esimerkiksi hankintojen yhteydessä. KT nosti esiin, että sopivia työnohjaajia voi löytyä myös työnantajan omasta palveluksesta ja näiden käyttö voi olla koordinoitumpaa kuin ostopalvelut, vaikka niitäkin voidaan käyttää. Rauman kaupunki katsoi lisäksi, että työnohjaus tulisi laajentaa koskemaan terveyden- ja sosiaalihuollon toimintaa laajemmin, koska mielenterveystyöstä suurin osa toteutetaan erikoissairaanhoidon ulkopuolella.

Karjaan Ratatupa katsoi, että työnohjausta tulee järjestää mielenterveys-, päihde- ja riippuvuus-työn palveluissa työskentelevän henkilöstön lisäksi myös terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteleville. Myös Leppävirran kunta katsoi, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulee olla säännöllinen työnohjaus. Työterveyslaitos kommentoi, että mielenterveystyöstä suurin osa toteutetaan erikoissairaanhoidon ulkopuolella, joten työnohjauksen tulisi koskea laajemmin terveyden- ja sosiaalihuollon toimintaa, ja tämä tulisi huomioida myös työturvallisuuslaissa sekä asetuksessa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista. SAK oli samaa mieltä työnohjauksen laajentamisesta ja kommentoi, ettei pykälässä huomioida työnantajan työturvallisuuslain mukaista velvollisuutta riskinarviointiin tai työterveyshuollon roolia.

Perhehoitoliitto katsoi, että hyvinvointialueella tulee olla lakisääteinen työnohjauksen järjestämisvastuu hyvinvointialueen sosiaalipalveluna mielenterveystyöntekijöille hoitaville toimeksiantosuhteisille perhehoitajille.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että esityksessä tulisi tarkentaa mitä toimivalla työnohjausjärjestelmällä tai valmiuksien edistämällä tarkoitetaan. Riittävän työnohjauksen toteutuminen sekä mielenterveyspalveluissa että päihde- ja riippuvuuspalveluissa on turvattava määrittelemällä työnohjaukselle laissa minimivaatimukset. Lisäksi työnohjausta koskevat laskelmat myös päihdehoidon osalta on tehty tällaisten täysin riittämättömien laskelmien pohjalta. Esityksen mukaan koko valtakunnan päihdehuollon henkilöstön kattavan lakisääteisen työnohjauksen toteuttaminen lisäisi työnohjaajien tarvetta 1,6 henkilötyövuotta. Tämä laskelma on ikävä kyllä täysin epärealistinen, eikä tällainen työnohjaus ole millään tavalla riittävää vastatakseen tarpeeseen, johon työnohjausta lakiesityksessä esitetään ratkaisuksi.

Tehy piti merkittävänä puutteena ennaltaehkäisevää työtä tekevien rajautumisen työnohjauksen ulkopuolelle. Osaamisen tarve päihde- ja mielenterveyskysymyksiin on ennalta ehkäisyn puolella tunnistettu ja henkilöstöä on yhä enenevässä määrin koulutettu esimerkiksi IPC-menetelmän osajiksi, mikä vahvistaa mielenterveystyövalmiuksia ennaltaehkäisevässä työssä. Tämä mielenterveystyön painottuminen toimii perusteena sille, että mielenterveys- ja päihdetyöperusteella annettava työnohjaus on ulotettava myös ennaltaehkäisevän työn puolelle

5.10 Onko terveydenhuoltolakiin ehdotettu sääntely mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta riittävä ja tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 104 lausunnonantajaa, joista 22,1 % vastasi ”kyllä”, 46,2 % ”kyllä pääosin”, 3,8 % ”ei pääosin”, 2,9 % ”ei” ja 25,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Hankasalmen kunta piti ehdotettua sääntelyä hyvänä ja stigmaa vähentävänä. Ehdotukset lisäävät kokonaisvaltaisuutta, yhtenäistävät palveluja ja palvelukokonaisuuksia. Myös Espoon kaupunki katsoi, että ehdotukset tukevat kokonaisvaltaisen terveydenhuollon kehittämistä.

Kotkan kaupunki katsoi, että rikosseuraamusasiakkaiden asema jää epäselväksi, ja kommentoi myös päihdehuoltoasemista säätämisen puuttumista. Kuntoutussäätiö katsoi, että laissa tulee tarkentaa, onko henkilöllä, jolla ei ole diagnoosia, oikeus saada tukea päihteiden käytön arviointiin.

Pikassos katsoi, ettei olisi tarkoituksenmukaista, jos kaikki päihderiippuvuuksien kuntoutus olisi vain terveydenhuoltolain nojalla toteutettavaa. Lisäksi esitys olisi omiaan johtamaan siihen, että päihdekuntoutusta voisi saada vain diagnoosiin perustuen.

PSHP kommentoi, että lainsäädäntötasolla tulisi vielä tarkastella sote-palvelujen integraatiota sekä integraatiota työterveyshuoltoon ja työllisyyttä edistäviin palveluihin.

SAK kommentoi, että työikäisten näkökulmaa ja työn roolia voimavarana sekä toipumista edistävänä tekijänä ei huomioida. Lisäksi työterveyshuollon rooli palveluverkostossa ja yhteistyökumppanina puuttuu. STTK kommentoi samoin kuin kohdassa 2.10.

Teuvan kunta piti monimuotoisiin palveluihin keskittymistä osittain kannatettavana. Se arvioi, että tällöin on huomioitava kuitenkin perheen kokonaistilanne sekä kuultava erityisesti sosiaalihuollon näkemykset omaisten kyvystä vastaanottaa ja huolehtia terveydenhuollon laitoshoidon jaksolta avohoitoon kotiutuva potilas, jotta mielenterveys- ja päihdeomaisille ei kohdistu raskaita, omasta tahdosta riippumattomia omaishoitovelvoitteita. Teuvan kunta muistutti, että monimuotoisten palveluiden ei tule myöskään muodostua laitospalvelu- tai osastohoidon korvaajaksi niille potilaille, joille on tarkoituksenmukaisempaa järjestää perheen ja läheisten kokonaistilanteen johdosta vaativammat hoito- ja tukijaksot ja -palvelut riittävän pitkänä jaksoina pois kotoa. Potilaan siirtyessä palveluketjussa eri palveluiden välillä on siksi kuunneltava erityisesti omaisten arviota potilaan tilanteesta ja toimintakyvystä sekä hyödynnettävä kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä hoitoketjun toimivuudesta ja potilaan siirron, läpιοhjauksen tai ohiohjauksen tarkoituksenmukaisuudesta. Teuvan kunta piti hoidon jatkuvuutta edistäviä kohtia uudistuksessa tarkoituksenmukaisina ja kannatettavina. Tuki nivelvaiheissa tulee olla yhdenvertaisesti saatavilla myös maaseudulla ja muilla haja-asutusalueilla, ilman kohtuutonta kulkemista palveluihin tai palveluiden välillä.

Valtiovarainministeriö katsoi, että mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluihin tehdyn monimuotoista hoitoa koskevan lisäyksen osalta jää epäselväksi, lisääkö esitys asiakasmääriä enintään arvioidun 20 prosenttia vai laajeneeko alueiden velvoite toteuttaa monimuotoisia palveluja tosiasiallisesti varattua määrärahaa enemmän. Hoidon jatkuvuuden osalta valtiovarainministeriö totesi, että yhden lisäkäynnin vaikutus ongelman ratkaisuun jää epäselväksi.

Valvira katsoi, että lakiesityksen yhteydessä tulisi säätää terveydenhuoltolain 27 §:ssä ja 28 §:ssä potilaan oikeudesta samanaikaisesti järjestettävistä mielenterveys- ja päihdepalveluista, mikäli potilaalla on samanaikaisesti mielenterveys-, päihde- ja/tai riippuvuusongelmia. Näin voitaisiin parantaa niiden potilaiden asemaa, jotka nykyisin voivat jäädä ilman tarvitsemiin palveluja, mikäli palveluja ei järjestetä potilaan tarpeen mukaisesti samanaikaisesti.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi ongelmalliseksi, että laissa käsitellään päihde- ja riippuvuuspalveluja erillisenä mielenterveyspalveluista. Tämä asettaa haasteita erityisesti nuorten kohdalla.

5.11 Puuttuuko terveydenhuoltolakiin ehdotetusta sääntelystä jotain keskeistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta?

(kyllä / ei)

Kysymykseen vastasi 95 lausunnonantajaa, joista 62,1 % vastasi ”kyllä” ja 37,9 % ”ei”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

A-Kiltojen Liitto, A-klinikkasäätiö, EHYT, EK, ETKL, HALI, Irti Huumeista, Jyväskylän kaupunki, Karjaan Ratatupa, Kuntoutussäätiö, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollisen keskussairaala, Päihdelääketieteen yhdistys, PÄIVYT, PÄMi, Soite, Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen sosiaali- ja terveysalan ammattiliiton seura, SuPer, VAK ja Valvira sekä Tampereen, Vantaan, Oulun ja Pohjois-Lapin A-Killat katsoivat, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin tulisi lisätä selviämishoito. Päihdelääketieteen yhdistys katsoi lisäksi, että sääntelystä puuttuu myös painotus haittoja vähentävään työhön ja riittävästä riippuvuushäiriöiden resursoinnista säättäminen. Suomen Psykiatriyhdistys katsoi lisäksi, että lakiin tulisi lisätä, että työnantajalla tulisi olla velvollisuus järjestää tai tarjota riittävä koulutus. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollinen keskussairaala toi esiin, ettei esitetty lakimuutos korjaa opiskelu- ja kouluterveydenhuollon välistä epäsuhtaa suhteessa sairauden hoitoon, kun kouluterveydenhuolto painottuu ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon, eikä sisällä hoitoa toisin kuin opiskeluterveydenhuoltolaki.

FinFam ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Savon ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset ehdottivat, että terveydenhuoltolain 1 luvun 3 §:ään lisätään mielenterveysomaisen määritelmä ja että lakiin kirjataan omaisen käsite kaikkiin kohtiin, joissa viitataan perheen ja lähipiiriin tukeen, lisäksi perhetyö muutetaan omais- ja perhetyö. Lisäksi terveydenhuoltolain 1 luvun 3 §:ään ehdotettiin lisättäväksi kokemusasiantuntijan määritelmä, ja että lakiin kirjattaisiin, että palveluiden kehittämisessä, arvioinnissa ja toteuttamisessa tulee hyödyntää kokemusasiantuntijoiden sekä muiden palvelun käyttäjien asiantuntemusta. Lisäksi toivottiin järjestöjen roolien tarkempaa määrittelyä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Myös Porin kaupunki ehdotti kokemusasiantuntijatoiminnan lisäämistä lakiin.

Humaania päihdepolitiikkaa nosti esiin käyttöhuoneista säättämisen tarpeen. Kehitysvammaliitto ja Vammaisfoorumi katsoivat, että muuta riippuvuusikäyttäytymistä ei ole kuvattu tarpeeksi

lakiesityksessä. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri katsoi, ettei säädöksissä ole määritelty resursseja suhteessa tarpeeseen. Kymsote katsoi, että lasten, nuorten, perheiden ja ikääntyneiden asemaan ei ole otettu riittävästi kantaa.

HUS piti ehdotettuja muutoksia pääosin erittäin kannatettavina. Se toivoi kuitenkin mainintaa lasten ja nuorten päihde- ja riippuvuushoidosta ja ennaltaehkäisystä. Se kommentoi, että lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen vastuu perusterveydenhuollossa tulisi määritellä selkeästi, koska toimintaa on tällä hetkellä vain satunnaisesti terveydenhuollon palveluissa. Sosiaali- ja terveystoimen välistä työn- ja vastuunjakoa pidetään epäselvänä. HUS kommentoi, että Perhekeskus mainitaan keskeisenä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen tuottajana, mutta sen organisoituminen ja palvelujen tarjonta on eri puolilla maata hyvin vaihtelevaa.

Into katsoi, että palveluja on tarvittaessa voitava järjestää myös yhdistettynä päihde- ja mielenterveystyönä. Ihmisen kokonaisvaltaisen tilanteen huomioimisella päästään kestävämpiin tuloksiin.

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä katsoi että lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja tulisi vahvistaa sekä lisäksi tunnistaa, määritellä ja näin vahvistaa lainsäädännön tasolla myös lasten ja nuorten vieroitus- ja päihdehoito sekä kaksois- ja monidiagnoosiasiakkaiden oikeutta saada palveluita tarpeen mukaan myös samanaikaisesti.

Kuntaliitto katsoi, että alaikäisen päihdevieroituksen ja -hoidon mahdollistavat säännökset puuttuvat kokonaan. Kun säännöksiä ei ole, kieltäytyy terveydenhuolto usein kokonaan osallistumasta alaikäisten päihdevieroituksen ja -hoidon järjestämiseen lapsen asuessa kotona tai ollessa sijaishuollossa. Monesti vanhemmat ovat valmiita tukemaan ja auttamaan lastaan, mutta eivät yksin kykene selviämään lapsen päihdehoidon haasteista. Sijaishuolto on tarkoitettu ensi sijassa lapsen kodiksi oman kodin sijasta, ei korvaamaan puuttuvia päihdehuollon palveluja, joita päihteitä käyttävät lapset tarvitsevat.

Lastensuojelun Keskusliitto esitti huolen siitä, että terveydenhuoltolain 70 §:n velvoittavuus selvittää lapsen hoidon ja tuen tarve, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, ei käytännössä aina toteudu. Pykälässä olisi lisäksi hyvä nostaa esiin sosiaalihuoltolain 35 §:n mukainen velvollisuus ilmoittaa sosiaalihuollon tarpeesta kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle. Myös Mannerheimin Lastensuojeluliitto kiinnitti huomiota terveydenhuollon 70 §:ään ja totesi, että tulisi korostaa lapsen kuulemista ja haastattelemista ilman huoltajien läsnäoloa ja riittävän monta kertaa. Palveluissa tulee alaikäisten lasten tilanteen ja tuen tarpeen lisäksi varmistaa, että lapsi myös saa tarvitsemansa tuen.

Niuvanniemen sairaala huomautti, että pitkäaikaista vaikeaa mielenterveyshäiriötä sairastava potilas tarvitsee selviytyäkseen avohoidossa jatkuvaa, pitkäaikaista ylläpitävää kuntoutusta sekä arjen toimintavalmiuksissa että sosiaalisessa toimintakyvyssä. Mielekkään arjen mahdollistava päivätoiminta on oleellinen osa sairauden vaikeiden vaiheiden ja sairaalahoidon tarpeen uusiutumisen ehkäisemiseksi. Näiden tulee olla riittävän selkeästi määritelty lainsäädännössä.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että eri ammattiryhmien rooleja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisesti toteuttamissa palveluissa olisi tarpeen täsmentää.

Pikassos katsoi, että kaksois- ja monidiagnoosiasiakkaiden palvelut tulisi turvata lainsäädännön tasolla ja kannatti, että terveydenhuoltolakiin sisällytettäisiin sääntelyä siitä, että mikäli asiakkaalla

on samanaikaisesti sekä päihderiippuvuus tai muu riippuvuus sekä mielenterveyden sairaus, tulisi palveluita tarjota asiakkaan tarpeen mukaisesti samanaikaisesti. Myös Tampereen kaupunki piti tärkeänä kaksois- ja monidiagnoosiasiakkaiden osalta oikeutta samanaikaisiin päihde- ja mielenterveyspalveluihin ja ehdotti, että velvollisuus järjestää näitä palveluja asiakkaan tarpeiden mukaisessa laajuudessa tarvittaessa samanaikaisesti kirjattaisiin lainsäädäntöön.

PSHP katsoi, että sääntelystä puuttuu monialaisen kuntoutuksen tarpeen huomioiminen, työkyvyn tukeminen, yhteistyö työterveyshuollon kanssa ja ammatilliseen kuntoutukseen ohjaaminen. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, ettei hoitotakuu eli nopea hoitoon pääsy ole riittävä mielenterveyden ja päihdesairauksien osalta.

SAMS katsoi, että riippuvuudet tulisi kuvata laajemmin. Nyt kuvaus jättää monet riippuvuudet mainitsematta. Turun kaupunki nosti esiin, tulisiko terveydenhuoltolain 70 §:ssä turvata myös muiden potilaasta riippuvaisten ihmisten sekä eläinten hoito.

Työterveyslaitos katsoi, että esityksestä puuttuu elämän nivelvaiheiden haavoittuvuuden huomioiminen ja palveluiden yhteneväisyys sekä työelämäsidonnaisuus. Työvoiman terveys ja turvallisuus tulee taata käytettävissä olevilla resursseilla hyödyntäen myös työterveyshuoltojen osaamista. Lisäksi se kommentoi, ettei esitys riittävästi edistä sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota, eikä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja tai lasten ja nuorten palvelutarvetta huomioida riittävästi. Myös JHL ja SAK kommentoivat, ettei työterveyshuoltoja huomioida. JHL näki myös järjestöjen roolin puuttuvan. STTK näki myös terveydenhuoltolain osalta aiheellisena kehittää työterveyshuollon ja julkisen sektorin välistä yhteistyötä. Myös Rauman kaupunki katsoi, että työelämä tulee nähdä osana mielenhyvinvoinnin tukemista ja päihdeettömyyttä, ja että palveluja myös työikäisillä tulisi koordinoita saumattomasti eri palvelujärjestelmien välillä.

VALLI katsoi, että ehdotetusta sääntelystä puuttuu ennaltaehkäisevä työ ja kevyempien palveluiden täsmennykset.

6 Mielenterveyslaki

6.1 Ovatko ohjausta ja valvontaa koskevaan pykälään (mielenterveyslaki 2 §) ehdotetut muutokset tarkoituksenmukaisia?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 100 lausunnonantajaa, joista 41,0 % vastasi ”kyllä”, 17,0 % ”kyllä pääosin” ja 42,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Etelä-Karjalan hyvinvointialue arvioi, että olisi tarpeen säätää lakitasoisesti aluehallintovirastojen valvonta-asioiden käsittelyajoista, koska kyseessä on iso kansalaisten oikeusturvakysymys. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri katsoi, että valituskanavien ja –tahojen selkeyttämistä tarvitaan.

SAK katsoi, että omavalvonnan kehittäminen ja ohjeistaminen sekä viranomaisvalvonnan riittävä resursointi on tärkeää. Myös Rauman kaupunki totesi, että omavalvontajärjestelmä on hyvä saada yhdenvertaiseksi koskemaan kaikkia palveluiden tuottamisen muotoja.

SAMOK piti järkevänä monien lakien päällekkäisen tulkinnan veloitteen poistamista, mutta nosti esiin huolen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen roolin unohtumisesta mielenterveystyössä kirjauksen poistamisen myötä.

6.2 Onko tahdosta riippumattoman hoidon järjestämisestä koskevan pykälän (mielenterveyslaki 3 §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 101 lausunnonantajaa, joista 44,6 % vastasi ”kyllä”, 10,9 % ”kyllä pääosin”, 3,0 % ”ei pääosin” ja 41,6 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen näkemyksen mukaan tahdosta riippumattoman hoidon järjestämisestä koskevan pykälän sisältö on tarkoituksenmukainen ja looginen liittyen hyvinvointialueiden perustamiseen.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue katsoi, että laissa tulisi säätää nykyistä tarkemmin poliisin veloitteesta tarjota virka-apua terveydenhuollolle, kun potilas on toimitettava tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arvioon. Myös Tampereen kaupunki katsoi, että virka-avun turvaaminen tulisi huomioida aiempaa paremmin mielenterveyslainsäädännössä ja poliisin päätösvaltaa tilanteiden arvioinnissa kaventaa. Myös Lääkäriliitto kiinnitti huomiota ongelmaan saada riittävästi poliisin virka-apua mielenterveyspotilaiden hoidon turvaamiseksi ja totesi, että lainsäädäntöä tulisi täsmentää siten, että poliisi antaisi virka-apua tilanteissa, joissa se on välttämätöntä potilaan hoitoon saamiseksi. Hämeenlinnan kaupunki katsoi, että poliisin virka-apuveloitetta koskien pitäisi selkeästi määrätä, että poliisi on velvollinen antamaan virka-apua psykoottiseksi ja itselleen ja/tai ympäristölleen vaaraksi epäillyn ihmisen toimittamiseksi lääkärin arvioon, sillä tällä hetkellä poliisi antaa virka-apua vasta kun M1-lausunto on tehty.

Kehitysvammaliitto nosti esiin huolen tahdonvastaisen hoidon järjestämisen resursseista. Myös Soite kiinnitti huomiota resursseihin ja katsoi, että jatkuvasti pahenevan henkilöstöpulan vuoksi kaikki hyvinvointialueet eivät välttämättä pysty jatkossa järjestämään itsenäisesti tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa, joten pykälään tulisi lisätä, että hyvinvointialue voisi järjestää tahdosta riippumatonta hoitoa tarvittaessa myös yhteistyössä lähialueiden muiden hyvinvointialueiden kanssa. Myös Rauman kaupunki esitti samansuuntaisen ehdotuksen.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin näkemyksen mukaan erikoislaki, jossa säännellään vain tahdosta riippumatonta hoitoa ja opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa, vaikuttaa hankalasti ymmärrettävältä laadukasta kokonaisuutta ajatellen. Lisäksi mielenterveislain nykyisen nimen säilyttäminen sellaisenaan tällä sisällöllä ei välttämättä ole paras ratkaisu.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto ehdotti pykälään seuraavaa lisäystä: tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan alle 1-vuotiaan lapsen vanhemman hoito tulee toteuttaa siten, että lapsen edun salliessa vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta voidaan tukea vanhemman psykiatrisen hoidon ohella.

MIELI Suomen Mielenterveys katsoi, että jatkovalmistelussa tulisi pyrkiä varmistamaan, että lainsäädäntö ei velvoita hyvinvointialueita vahvemmin tahdosta riippumattoman hoidon osalta kun muun hoidon osalta. Pykäläehdotus voi ohjata hyvinvointialueiden resursseja viimesijaiseen

tahdosta riippumattomaan hoitoon, kun sekä inhimillisempää että kustannusvaikuttavampaa olisi tarjota varhaista avohoitoa ja vapaaehtoista sairaalahoitoa.

THL katsoi, että on tärkeää, että hyvinvointialueet järjestävät psykiatrisen sairaalahoidon asukkaiden tarpeiden mukaisesti ja että tämän tulisi koskea myös vapaaehtoista hoitoa.

6.3 Onko opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa koskevan pykälän (mielenterveyslaki 6 a §) sisältö tarkoituksenmukainen?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 100 lausunnonantajaa, joista 48,0 % vastasi ”kyllä”, 8,0 % ”kyllä pääosin”, 3,0 % ”ei pääosin”, 1,0 % ”ei” ja 40,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Niuvanniemen sairaala kommentoi, että ehdotettu pykälä vastaa nykyistä toimintaa ja on valtion mielisairaalassa hoidettavien potilaiden hoidon kokonaisuuden kannalta merkittävä hoitomuoto. Suomen Psykiatriyhdistys kommentoi, että on tärkeää, että korvaushoitoa koskevat säädökset valtion mielisairaaloissa ovat yhtenäiset yleisten säädösten kanssa.

Hämeenlinnan kaupunki huomautti, että korvaushoidosta olisi hyvä saada asetuksen lisäksi kansallinen ohjeistus, joka sisältäisi esimerkiksi ohjeistuksen yhtenäisistä toimintatavoista ja hoitoon pääsystä.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin näkemyksen mukaan erikoislaki, jossa säännellään vain tahdosta riippumatonta hoitoa ja opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa, vaikuttaa hankalasti ymmärrettävältä laadukasta kokonaisuutta ajatellen. Lisäksi mielenterveyslain nykyisen nimen säilyttäminen sellaisenaan tällä sisällöllä ei välttämättä ole paras ratkaisu.

Soite nosti esiin, onko tarvetta säätää valtion mielisairaaloissa annettavasta opioidikorvaushoidosta erikseen, kun kaikilla on kuitenkin oikeus yleiseen terveydenhuoltoon. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä katsoi, että pykälää on tarkennettava vielä asetuksella.

7 Päihdehuoltolaki

7.1 Onko mielestänne perusteltua, että mahdollisuus määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon väkivalta-perusteella poistettaisiin?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 100 lausunnonantajaa, joista 29,0 % vastasi ”kyllä”, 20,0 % ”kyllä pääosin”, 8,0 % ”ei pääosin”, 12,0 % ”ei” ja 31,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

A-klinikka, A-Klinikkasäätiö, Lääkäriliitto, Pikassos, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, PSHP, Päihdetyön Talentia, Suomen Psykiatriyhdistys ja Tampereen kaupunki pitivät väkivalta-perusteiden poistamista tarkoituksenmukaisena. A-klinikka katsoi lisäksi, että perustetta on käytetty harvoin ja olisi vaikea määrittellä, mikä väkivaltaisuus olisi peruste tahdonvastaiselle hoidolle. Talentia katsoi lisäksi, että on epäselvää, miksi pykälän mukaista hoitoa ei ole käytännössä toteutettu, ja että

asiassa tulee huomioida yleinen ja yksilöiden turvallisuus. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen näkemyksen mukaan säännös on käytännössä ollut käyttökelvoton ja jäänyt soveltamatta.

A-Kiltojen Liitto, EHYT, PÄIVYT, Suomen sosiaali- ja terveysministeriön seura, VAK sekä Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, ettei väkivaltaperusteiden poistaminen sen nojalla, ettei sitä ole sovellettu, ole relevantti peruste, koska tarvetta on kuitenkin ajoittain ilmennyt. Katsottiin kuitenkin, että väkivaltaperuste voidaan poistaa, jos rajoitustoimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa tulevat säädettäväksi myöhemmin. Niistä tulee säätää tarkkarajaisesti, mutta siten, että niitä on mahdollista soveltaa viimesijaista huolenpitoa vaativissa tilanteissa, kun henkilön itsemääräämisoikeus ei toteudu. HALI katsoi, että rajoitustoimenpiteille on aika ajoin tarvetta sekä väkivaltaisuus- että terveysperusteisena, vaikka vapaaehtoinen päihdehoito ja –kuntoutus ovatkin ensisijaisia.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue katsoi, että käytännössä säädöstä ei ole sovellettu, mutta että väkivallan perusteella terveydenhuollon piiriin ohjaamisen kokonaisuutta tulisi kuitenkin selvittää jatkovalmistelussa, ja selvittää tarkoituksenmukaista vastuujakoa poliisiviranomaisen ja terveydenhuollon välillä.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot katsoivat yhteisessä lausunnossaan, ettei tahdosta riippumattoma hoitoa ole toteutettu sosiaalihuollon yksiköissä väkivaltaisuuden vuoksi käytännössä lainkaan. Siksi sen poistaminen lainsäädännöstä on aluehallintovirastojen mielestä perusteltua. Lisäksi lausunnossa esitettiin tarkemmin perustellen, että myös päihdehuoltolain 18, 24 ja 25 §:t kumottaisiin osana lakimuutosta. Aluehallintovirastot esittävät, että päihdehuoltolain 18 § kumotaan osana nyt käsitellyssä olevaa lakimuutosta. 18 §:n mukaan aluehallintovirasto hyväksyy ne toimintayksiköt, joissa päihdehuoltolain mukaista hoitoa tahdosta riippumatta voidaan antaa.

Espoon kaupunki ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue katsoivat, että väkivaltaisuuden kriteereitä tulisi laissa tarkentaa siten, että lakia voitaisiin tosiasialisesti myös käyttää tahdosta riippumattomaan hoitoon. Kynnys lainkohdan käyttämiseen on tällä hetkellä liian korkea, vaikka lainkäytön tarve on usein olemassa. Myös Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö, Kotkan kaupunki ja Sosiaaliamiehet katsoivat, ettei perustetta määrätä hoitoon väkivallan vaaran aiheuttamisen vuoksi tulisi poistaa laista. Lisäksi Sosiaaliamiehet katsoi, että päätökseen, joka koskee henkilöön määräämistä tahdosta riippumattomaan hoitoon, voisi olla sosiaalihuollon asioiden yleinen 30 päivän valitusaika perusteltu 14 päivän sijasta.

ETKL näki, että mahdollisuutta määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon väkivaltaperusteella ei tulisi poistaa sekä tekijän että uhrien turvallisuuteen perustuen. Katsottiin, ettei aina ole perusteltua, että uhrin joutuisivat lähtemään turvakotiin pakoon väkivaltaista läheistä, vaan väkivallan kierre tulisi katkaista tekijän saattamisella hoitoon ja palvelujen piiriin. Myös Irti Huumeista ja Posion kunta katsoivat, että jatkossa tulisi olla mahdollista tahdosta riippumattomaan hoitoon väkivaltaperusteella, sillä näin voidaan turvata asiakasta tai potilasta ja muita henkilöitä. STTK totesi, että mahdollisuus määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon väkivaltaperusteella tulisi säilyttää yleisen turvallisuuden ja henkilöstön turvallisuuden takaamiseksi ja olisi perusteltua selvittää, miksi mahdollisuutta ei ole käytetty viime vuosina. SuPer kommentoi, että mahdollisuudella tahdosta riippumattomaan hoitoon voi olla ennaltaehkäisevää vaikutusta. Myös Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Rauman kaupunki ja Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus kommentoivat, että mahdollisuus määrätä tahdosta riippumattomaa hoitoon väkivaltaperusteella tulisi säilyttää. Kuntaliitto ja THL ehdottivat, että väkivaltaperusteiden poisjättäminen jätettäisiin tarkemmin arvioitavaksi itsemääräämisoikeutta koskevaa lainsäädäntöä valmistelevalle työryhmälle, ja että se jäisi toistaiseksi päihdehuoltolakiin.

Essote nosti esiin, miten hoito mahdollistettaisiin tilanteissa, joissa henkilö päihteiden käytön vuoksi olisi vaarallinen itselleen tai toiselle, jos mahdollisuus määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon väkivaltaperusteella poistettaisiin. Se totesi, että pykälän käytännön soveltamiseen vaikuttavat myös hoitopaikkojen määrä ja saatavuus.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri huomautti, että mikäli jäljelle jää mahdollisuus määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon muilla perusteilla päihdehuoltolain mukaisesti, on kysyttävä ratkaisun tarkoituksenmukaisuutta, ja miettivät onko päihdehuoltolain terveysvaaraperustetta käytännössä käytetty ja onko tähän soveltuvia hoitopaikkoja olemassa, ja onko terveydenhuoltohenkilöstöllä tarvittava tieto menettelystä päihdeasiakkaan tahdonvastaisen hoidon tarpeen arvioimiseksi. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri kommentoi, että jos päihdehuoltolaissa ei ole määriteltä tästä asiasta, voi se johtaa epäselviin tilanteisiin muun muassa mielenterveyslain soveltamisessa tällaisissa tapauksissa.

Päihdelääketieteen yhdistys katsoi, että tahdosta riippumattoman hoidon vaikuttavuutta päihdehäiriöiden hoidossa ei ole selkeästi osoitettu ja väkivaltaperustetta ei ole sovellettu, koska sen soveltamiselle ei ole ollut ohjeistusta koskien esimerkiksi itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Suomessa ei myöskään käytännössä ole yksiköitä, joissa perustetta voitaisiin soveltaa. Riippuvuushäiriöiden osalta tahdosta riippumatonta hoitoa on sovellettu lähinnä henkeä uhkaavan terveysvaaran perusteella, eikä kyse siis ole ollut riippuvuussairaudesta vaan somaattisen henkeä uhkaavan komplikaation hoidosta. Esiin nostettiin, ettei perusteltuna voida pitää pitkiä tahdosta riippumattomia hoitoja, kun vapaaehtoiseen hoitoonkaan ei välttämättä pääse, ja jaksot ovat lyhyitä.

Sisäministeriön poliisiosasto katsoi, että mikäli päihdehuoltolain väkivaltaperuste poistetaan, tulisi vastaava sisältö sisällyttää esimerkiksi mielenterveyslain 8 §:ään, jossa säädetään tahdosta riippumattomasta hoidosta. Se, että tahdosta riippumattoman hoidon perusteena ei huomioida yksilön käyttäytymistä muihin ihmisiin ja näiden oikeushyviin nähden yhteiskunnassa, on riittämätöntä vakavien henkeen ja terveyteen kohdistuneiden tekojen estämisen kannalta.

VALLI katsoi, että asiakasturvallisuus ja työolot on kyettävä turvaamaan, joten kohdan poistaminen voi osoittautua haasteeksi. Tahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuus tulee olla olemassa, mutta se vaatii tarkat määrittelyt, itsemääräämisoikeuden huomioimisen ja rajoitustoimenpiteistä ohjeistamisen.

Valvira katsoi, että päihdehuoltolain 2 luvun 18 §, jonka mukaan aluehallintovirasto hyväksyy ne toimintayksiköt, joissa hoito voidaan antaa, voitaisiin kumota tarpeettomana, koska päihdehuoltolain mukaiseen hoitoon määrääminen väkivallan perusteella esitetään poistettavaksi ja jatkossa hyvinvointialueen tulee järjestää päihdehuoltolaissa tarkoitettua tahdosta riippumattoman hoidon järjestämisestä perusterveydenhoitona ja erikoissairaanhoitona.

8 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista

8.1 Ovatko Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 18 §:ään ehdotetut muutokset perusteltuja?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 100 lausunnonantajaa, joista 25,0 % vastasi ”kyllä”, 13,0 % ”kyllä pääosin”, 6,0 % ”ei pääosin”, 25,0 % ”ei” ja 31,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Ahvenenmaan maakuntahallitus totesi, että ehdotettujen muutosten osalta on otettava huomioon, että Päihdehuoltolaki (41/1986) on voimassa Ahvenanmaalla Ahvenanmaan toimivaltaan kuuluvissa asioissa sellaisena kuin se on muutettuna 31.12.1992. Ahvenanmaalla kuntoutus voidaan siten päättää järjestää myös 31.12.2022 jälkeen päihdehuoltolain 3 §:n nojalla. On varmistettava, että Ahvenanmaalla päihdehuoltolain nojalla kuntoutusta saavat henkilöt eivät jää ilman oikeutta Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetussa laissa säädettyihin etuuksiin.

A-Kiltojen Liitto, EHYT, EPT-verkosto, ETKL, HALI, Helsingin kaupunki, Kangasniemen kunta, Kirkkohallitus, Päihdetyön Talentia, PÄIVYT, PäMi, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Suomen sosiaali oikeudellinen seura, Tampereen kaupunki ja VAK, sekä Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat totesivat, että nykyinen muutosesitys heikentäisi mahdollisuutta myöntää kuntoutusrahaa sosiaalihuollon itsenäisenä arviona, esimerkiksi päihde- tai riippuvuushäiriön yksilökohtaisen laitospuolittaisen kuntoutuksen osalta, ilman, että vaadittaisiin tietty lääketieteellinen diagnoosi. Talentia kommentoi myös, että jatkossakin oikeus kuntoutusrahaan tulisi säilyä sosiaalisena kuntoutuksena toteutettavassa laitospuolittaisessa yksilö- ja perhekuntoutuksessa sekä avokuntoutuksessa. Helsingin kaupunki kommentoi myös, että kuntoutusrahaa tulisi lisäksi myöntää myös intensiivisen avokuntoutuksen ajalta. A-klinikkasäätiö kommentoi, että päihde- ja riippuvuushäiriöistä kärsivien oikeus kuntoutusrahaan on tärkeä turvata sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon kuntoutuksessa. Kuntoutussäätiö kommentoi, että muutos heikentäisi sosiaalihuollon päihdetyön ja päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä asiakkaan asemaa ja oikeuksia saada sosiaalihuoltolain mukaisia päihde- ja riippuvuuspalveluja.

Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi, että sotien perustaso ei kykene todennäköisimmin laatimaan laadukkaita asiakas- ja kuntoutussuunnitelmia tarpeeseen nähden. Myöskään Kelan kuntoutusyksiköitä ei ole riittävästi.

Kansaneläkelaitos kannatti ehdotettuja muutoksia. Kuntaliitto ehdotti, että samalla korjattaisiin päihdekuntoutujan kuntoutusrahaoikeus koskemaan myös avomuotoista suunnitelmallista kuntoutusta. Rauman kaupunki katsoi, että jatkossakin sosiaalisena kuntoutuksena toteutettavassa laitospuolittaisessa yksilö- ja perhekuntoutuksessa tulisi säilyä oikeus kuntoutusrahaan. Myös sosiaalihuoltolain mukaisena palveluna toteuttavassa avokuntoutuksessa tulisi säilyä oikeus kuntoutusrahaan.

Pikassos katsoi, että esitysluonnos heikentäisi asiakkaan edellytyksiä saada kuntoutusrahaa. Se tulkitsi, että sosiaalihuoltolain mukaista kuntoutustarpeen arviointia ei voitaisi toteuttaa sellaisena, että asiakkaalle syntyisi oikeus kuntoutusrahaan. Se kommentoi, että mikäli jatkossa ei voisi saada kuntoutusrahaa laitospuolittaisesta sosiaalisesta kuntoutuksesta, heikentäisi tämä asiakkaan asemaa ja taloudellista tilannetta ja haastaisi tuen tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen järjestämistä.

Päihdelääketieteen yhdistys kommentoi, että riippuvuushäiriöiden hoito on sairauden hoitoa ja näin ollen osa terveydenhuollosta. Sosiaalisella kuntoutuksella voidaan hoitaa sairauteen liittyviä sosiaalisia haittoja, muttei itse sairautta.

Suomen Psykiatriyhdistys kommentoi, että kuntoutusta haettaessa sosiaalihuollon kautta asiakas/potilas jää ilman lääketieteellistä diagnostista arviota, jolloin mahdolliset hoitoa vaativat sairaudet jäävät huomioimatta. Se nosti esiin kysymyksen siitä, kuka määrittelee, kenelle suositellaan kuntoutusrahaa asiakassuunnitelmalla, ja kenelle terveydenhuoltolain mukaisella kuntoutussuunnitelmalla, ja voiko fyysisissä sairauksissa hakea kuntoutusrahaa sosiaalityön arvion perusteella.

Työterveyslaitos nosti esiin tarpeen tukea enemmän myös kuntouttavaa työtoimintaa ja arvioida työterveyshuollon Kela-korvausjärjestelmää uudelleen. SAK kommentoi, että esitys sisältää riskin, että kuntoutusrahan maksaminen vaikeutuu joillakin sosiaalihuollon asiakkailta. Tämä ei ole tavoiteltava suuntaus, vaan tulisi pyrkiä kuntoutusrahan asiakaslähtöisempään ja joustavampaan käyttöön erilaisissa elämäntilanteissa ja palvelumalleissa. Myös Akava näki riskinä, että tukea tarvitsevien oikeus kuntoutusrahaan kaventuisi.

Valvira katsoi, että esityksen perusteella Kelan kuntoutusrahan saaminen edellyttäisi jatkossa päihde- tai riippuvuushäiriötä, minkä toteaminen ja määrittely vaativat lääkärin tekemää diagnoosia. Asiakkaalla tulee olla myös jatkossa mahdollisuus päästä yksilökohtaiseen laitospalveluun myös sosiaalihoitolain mukaisen itsenäisen palvelutarpeen arvioinnin ja asiakassuunnitelman perusteella, kun muut yleiset ehdot täyttyvät.

9 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista

9.1 Ovatko ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 2 §:ään ehdotetut muutokset perusteltuja?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 96 lausunnonantajaa, joista 33,3 % vastasi ”kyllä”, 13,5 % ”kyllä pääosin”, 2,1 % ”ei pääosin”, 1,0 % ”ei” ja 50,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

EETU nosti esiin huolen ikääntyneiden lisääntyneestä alkoholinkäytöstä sekä koronapandemian ja Ukraina-tilanteen aiheuttamasta henkisestä kuormituksesta. VALLI kommentoi, että jos laissa ei mainita ikääntyneitä mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta, on vaarana, että ikääntyneet jäävät ilman palveluja tai saavat niitä puutteellisesti.

10 Laki Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisista lastensuojeluyksiköistä

10.1 Ovatko Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisista lastensuojeluyksiköistä annetun lain 1 §:ään ehdotetut muutokset perusteltuja?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 95 lausunnonantajaa, joista 33,7 % vastasi ”kyllä”, 6,3 % ”kyllä pääosin”, 60,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot esittivät yhteisessä lausunnossaan, että selvyuden vuoksi vähintäänkin perusteluosuudessa tarkennettaisiin mitä sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain mukaisia mielenterveyspalveluja kyseissä lastensuojeluyksiköissä voidaan antaa. Myös Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi jäävän avoimeksi, miten turvataan riittävät mielenterveys – ja päihdepalvelut lastensuojeluyksiköissä.

11 Huumausainelaki

11.1 Ovatko huumausainelain 4 §:n 2 momenttiin ehdotetut muutokset perusteltuina?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 98 lausunnonantajaa, joista 50,0 % vastasi ”kyllä”, 4,1 % ”kyllä pääosin” ja 45,9 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

THL ehdotti, että pykälän 2 momenttiin lisättäisiin viittaukset sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin.

12 Laki vankiterveydenhuollon yksiköstä

12.1 Onko Vankiterveydenhuollon yksiköstä annettuun lakiin ehdotettu uusi 16 a § perusteltu?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 95 lausunnonantajaa, joista 29,5 % vastasi ”kyllä”, 18,9 % ”kyllä pääosin”, 2,1 % ”ei pääosin” ja 49,5 % ”ei kantaa”. Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

A-klinikkasäätiö, EK, ETKL, Irti Huumeista, Rauman kaupunki ja Suomen sosiaalioikeudellinen seura katsoivat, että lääkärin ja muun henkilökunnan kelpoisuusedellytykset tulee olla kirjattuna lakiin.

Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi, että tulisi säätää myös henkilöstön koulutuksesta ja osaamisesta. Lisäksi olisi hyvä mahdollistaa laadukas ostopalvelujen käyttö vaikeassa ja pahenevassa henkilöstötilanteessa.

Päihdelääketieteen yhdistys katsoi, että korvaushoidon toteutuminen vankeinhoidossa tulee varmistaa ja korvaushoidon tarpeen arvioiden tekemistä vankeusaikana edistää. Lisäksi lakiin tulisi kirjata vankiterveydenhuollon velvoite tarjota haittoja vähentävää hoitoa, muun muassa ruiskujen ja neulojen vaihtoa. Nostettiin esiin vaikeasti päihderiippuvaisten vankien tilanne, pistoskäyttöön liittyvät infektiot ja suonensisäisten huumeiden käyttäjien keskuudessa todetut HIV-tartunnat.

Soite nosti esiin, onko tarvetta säätää vankiterveydenhuollon yksikössä annettavasta opioidikorvaushoidosta erikseen, kun kaikilla on kuitenkin oikeus yleiseen terveydenhuoltoon. A-klinikka kommentoi, että tulisi vahvistaa sitä, että hoitopäätös tulee tehdä lääketieteellisin perustein, sillä muun muassa vankeusrangaistuksen pituus vaikuttaa siihen, aloitetaanko korvaushoitoa, vaikka tarve olisi ilmeinen.

Suomen Psykiatriyhdistys katsoi, että on tärkeää, että korvaushoitoa koskevat säädökset vankiterveydenhuollossa ovat yhtenäiset yleisten säädösten kanssa.

Valvira piti hyvänä asiasta säätämistä lain tasolla, mutta esitti harkittavaksi, tulisiko asiasta säätää Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetun lain asemasta vankeuslain 10 luvussa ja tutkintavankeuslain 6 luvussa. Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa ei säädetä vankiterveydenhuollon tarkemmasta sisällöstä. Lain 2 §:ssä viitataan tältä osin vankeuslain 10 lukuun ja tutkintavankeuslain 6 lukuun. Pykälän esitöiden mukaan pykälässä määriteltäisiin Vankiterveydenhuollon yksikön tehtävät. Yksikön tehtävänä olisi järjestää vankien ja tutkintavankien terveyden- ja sairaanhoito sekä oikeuspsykiatriset arvioinnit. Vankiterveydenhuollon yksikkö myös tuottaisi palvelut pääosin omana toimintanaan. Järjestämisvastuun tarkemmasta sisällöstä säädettäisiin edelleen, kuten nykyisin Rikosseuraamuslaitoksen osalta, vankeuslain 10 luvussa ja tutkintavankeuslain 6 luvussa. Valvira katsoo, että nyt ehdotettu 16 a § liittyy järjestämisvastuun tarkempaan sisältöön ja pykälän tulisi olla sekä vankeus- että tutkintavankeuslaissa. Sinne tulevat esimerkiksi uudet säännökset hoitoon pääsystä. Lisäksi Valvira esitti harkittavaksi, tarvitseeko 16 a §:ssä mainita erikseen lihavoitu kohta, että Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämissä terveystalouksissa ja sen tiloissa voidaan antaa opioidiriippuvaiselle potilaalle vieroitus- tai korvaushoitona opioidilääkkeitä. Se kommentoi, että lähtökohtaisesti vangeille annetaan hoitoa aina Vankiterveydenhuollon yksikön tiloissa. Muualla annettavaan hoitoon liittyviä säännöksiä on esimerkiksi vankeuslain 10 luvun 2–4 §:ssä ja tutkintavankeuslain 6 luvun 2–3 §:ssä.

13 Siviilipalveluslaki

11.1 Ovatko siviilipalveluslain 93 §:ään ehdotetut muutokset perusteltuja?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 93 lausunnonantajaa, joista 23,7 % vastasi ”kyllä”, 3,2 % ”kyllä pääosin” ja 73,1 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

SuPer katsoi, että siviilipalvelusta suoritetaan usein haavoittuvien ihmisryhmien kanssa ja silloin siviilipalvelusta suorittavien henkilöiden taustat on voitava selvittää riittävän kattavasti.

14 Laki henkilötietojen käsittelystä Puolustusvoimissa

14.1 Ovatko henkilötietojen käsittelystä Puolustusvoimissa annetun lain 35 §:ään ehdotetut muutokset perusteltuja?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 94 lausunnonantajaa, joista 26,6 % vastasi ”kyllä”, 1,1 % ”kyllä pääosin” ja 72,3 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Puolustusministeriö kannatti ehdotusta ja esitti lisäksi harkittavaksi, tulisiko samassa yhteydessä korjata myös Henkilötietojen käsittelystä Puolustusvoimissa annetun lain 35 §:n 1 momentin 2 kohdan vanhentunut viittaus kumotun sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä

käsittelystä annetun lain (159/2007) 14 §:ään viittaukseksi voimassa olevan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (784/2021) 6 §:ään.

SuPer katsoi, että palvelusta suorittavien taustat on voitava selvittää riittävän kattavasti, sillä se antaa mahdollisuuden torjua ennalta vaaratilanteita, joita palveluksen aikana muuten voisi syntyä.

15 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista

15.1 Ovatko sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin ehdotetut muutokset tarkoituksenmukaisia?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 96 lausunnonantajaa, joista 32,3 % vastasi ”kyllä”, 31,3 % ”kyllä pääosin”, 1,0 % ”ei pääosin”, 3,1 % ”ei” ja 32,3 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

A-klinikkasäätiö katsoi, että päiväkeskuksen ja tilapäisen majoituksen lisääminen päihdetyön maksuttomiksi palveluiksi on perusteltua asiakaskunnan tilanne huomioiden. Leppävirran kunta katsoi, että ehdotetut muutokset vähentävät asiakasprosesseissa syntyvää viranhaltijoiden päällekkäistä työskentelyä ja päätöksentekoa.

A-Kiltojen Liitto, EHYT, PÄIVYT, Suomen sosiaali oikeudellinen seura ja VAK sekä Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että 9 kohtaan ehdotettu lisäys terveydenhuoltolain 28 §:ssa tarkoitettujen palvelujen maksuttomuudesta silloin, kun ne annetaan päihde- ja riippuvuuspalvelujen toimintayksikössä avohoitona lisää tasa-arvoa päihde- ja riippuvuuspalveluiden ja mielenterveyspalveluiden välillä ja yhdenmukaistaa alueellisia toimintakäytäntöjä ja asiakasmaksuja. Myös THL kannatti ehdotusta tällä perusteella. Muutoin ehdotettujen muutosten katsottiin edellyttävän päihde- ja riippuvuustyöstä säätämistä sosiaalihuoltolain 3 luvussa 4 luvun sijaan.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot pitivät yhteisessä lausunnossaan ehdotettuja muutoksia tarkoituksenmukaisina. Lisäksi lausunnossa esitettiin harkittavaksi, tulisiko mielenterveys- ja päihdepalveluita tarvitsevien potilaiden tasa-arvoa lisätä laitoshoidon asiakasmaksujen osalta. Lausunnon mukaan psykiatrisessa sairaalassa hoitopäivämaksu on alempi kuin esimerkiksi päihdehoitoa ja -kuntoutusta tarjoavissa laitoksissa, joissa maksu on sama kuin somaattisessa erikoissairaanhoidossa.

Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi ongelmaksi jäävän edelleen sen, että palvelua käyttävä asiakas on erilaisessa asemassa asiakasmaksujen osalta riippuen siitä, saako hän tarvitsemansa päihdehoidon terveydenhuollon palveluna vai sosiaalihuollosta.

JHL kommentoi jäävän jonkin verran epäselväksi, miten asiakasmaksuja voidaan periä ja korosti, viimesijaisten palvelujen maksuttomuuden tärkeyttä. Kehitysvammaliitto ja Vammaisfoorumi kommentoivat, että asumispalvelujen asiakasmaksuja koskevaa sääntelyä pitää uudistaa.

Kuntaliitto katsoi, ettei sosiaalihuoltolain 4 luvussa oleville säännöksille voi määrätä maksua tai määritellä maksuttomuutta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri huomautti, että toisaalla perusteluissa mainitaan ruokailumahdollisuus kuuluvana maksuttomaan päiväkeskustoimintaan ja toisaalla esitetään, että esimerkiksi järjestetystä lounaasta voisi pyytää maksun.

Päihdetyön Talentia ja Talentia katsoivat, että sosiaalisena kuntoutuksena toteutetusta päihdeettömästä asumispalvelusta ja laituskuntoutuksesta tulee voida periä maksuja. Päihdelääketieteen yhdistys toivoi nykyisten muutosten lisäksi, että riippuvuussairauksien hoito ja kuntoutus osasto- tai laitosoiloissa olisi potilaille maksutonta.

SAK katsoi, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulisi olla mahdollisimman laajasti maksuttomia ja siltä osin kun maksuja perittäisiin, niiden ei tulisi olla ulosottokelpoisia. Myös Lääkäriliitto ja VALLI kommentoivat mielenterveys- ja päihdepalvelujen maksuttomuuden tärkeydestä.

SAMS kommentoi asiakasmaksulainsäädännön uudistamisen tarvetta erityisesti asumispalveluista perittävien maksujen osalta sekä asiakasmaksun perimisen ja alentamisen osalta.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että mielenterveys- ja päihdehoito tulisi olla maksutonta yksiköstä riippumatta, myös perustason terveystaluuissa. Lisäksi laissa olisi hyvä määrittää, että sakkomaksuja ei perittäisi peruuttamattomista käynneistä.

16 Vaikutusten arviointia, toimeenpanoa ja aikataulua koskevat kysymykset

16.1 Ovatko arviot esityksen kustannusvaikutuksista realistiset?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 96 lausunnonantajaa, joista 6,3 % vastasi "kyllä", 15,6 % "kyllä pääosin", 27,1 % "ei pääosin", 27,1 % "ei" ja 35,4 % "ei kantaa".

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

A-Kiltojen Liitto, EHYT, ETKL, HALI, Porin kaupunki, PÄIVYT, PäMi, Suomen sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalioikeudellinen seura ja VAK sekä Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan A-Killat totesivat, että kustannusvaikutuslaskelmia ei ole tehty siitä, mitä seuraa, kun esityksessä poistettaisiin järjestämisvelvollisuuden piiristä sosiaalihuoltolain 24 §. Todettiin, että THL:n hyvinvointialueiden 2021-2022 arviotutkimuksissa on selvitetty, että alueilla, jossa ei ollut päihdetyön erityispalveluja, kustannukset lisääntyivät erikoissairaanhoidossa. Myös Rauman kaupunki ja Talentia katsoivat, että esitys on kaventamassa sosiaalihuollon palveluja ja toimintamahdollisuuksia, mikä aiheuttaa ongelmien kasvua ja tilanteiden kriisiytymistä ja näiden myötä lisäkustannuksia. EPT-verkosto ja Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö kommentoivat samansuuntaisesti. Helsingin kaupunki kommentoi lisähoitajatarpeesta, jos hoitajia tarvitaan esityksen mukaisesti jatkossa tekemään päihdehoidon tarpeen arviointeja.

Essote katsoi, että hyvinvointialueille siirryttäessä rahoituksessa tapahtuu niin suuria muutoksia, ettei sen riittävyttä ja kohdistumista voida arvioida realistisesti.

Hankasalmen kunta piti kustannusten hallinnan kannalta tärkeänä sekä yhteistyön että jatkuvuuden kehittämistä terveydenhuollon perus- ja erityistason välillä, eri erikoisalojen välillä ja terveyden- ja sosiaalihuollon välillä. Kunnan näkemyksen painotuksen siirtyminen varhaiseen tukeen on oikean suuntaista.

HUS katsoi, että kustannusvaikutuksissa ei ole mainittu lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saattamista riittäväälle tasolle.

Irti huumeista katsoi, ettei kustannusvaikutuksia ole arvioitu riittävästi. Lausunnon mukaan alkuvaiheeseen tarvittaisiin isompi budjetti, sillä osa ehdotuksessa esiintuoduista uudistuksista vaatisi uudenlaisen toiminnan käynnistämistä alueellisesti, johon on varattava riittävästi resursseja henkilöstön koulutukseen, tilojen hankkimiseen, viestintään ja asiakkaiden sitouttamiseen. Henkilöstön riittämätön koulutus ja tuki horjuttavat palveluiden laatua ja kestävyttä. Irti Huumeista katsoi myös, että henkilöstön lisäämisen tarve sekä henkilöstön palkkaus on arvioitu liian matalasti.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä katsoi, että lainsäädännön muutoksesta johtuvat kustannukset tulee huomioida lisätehtävinä ja rahoitusta lisätä. Myös Into totesi, että uudistus vaatii riittävät resurssit palvelujen tuottamiseksi. Myös Sosiaaliamiehet katsoi, ettei hyvinvointialueiden vastuulle tuleviin lisätehtäviin ole huomioitu lainkaan tai riittäviä henkilöstö- ja muita kustannusvaikutuksia.

Kuntaliitto katsoi, että soveltamisalalaajennus toiminnallisiin riippuvuuksiin laajentaa kohderyhmää ja siten myös siihen liittyvät vaikutusten arvioinnit ja rahoitus olisi lisättävä esitykseen. Kuntaliitto katsoi myös, että päiväkeskustoimintaan ja tilapäiseen majoitukseen varattu 1,7 miljoonaa ei ole riittävä määrä. Toimintaan tarvitaan ympärivuorokautinen vartiointi sekä merkittävä ammatillinen työpanos asiakasmääristä riippumatta. Palveluiden jatkuvuuden turvaamisessa lähettävän ja vastaanottavan tahdon yhteiskäynneillä olisi huomioitava, että yhteiskäynteihin käytetty aika on uuden asiakkaan käynneistä pois. Liikkuvissa palveluissa tulisi huomioida siirtymiin kuluva aika. Nuorisopsykiatrian palveluiden tarve on ollut kasvusuuntainen, joten vuoteen 2019 perustuvat arviot ovat liian pieniä. Myös omatyöntekijää koskevan säännöksen vaikutukset on arvioitava paremmin. Toiminnan muutoksista seuraa aina myös ICT järjestelmämuutoksia ja kustannuksia, joita ei esityksessä ole huomioitu.

Kuntoutussäätiö katsoi, ettei vaikutusarviointeja ole tehty kokonaisvaltaisesti ja piti tärkeänä, että arvioitaisiin muun muassa kustannusrakennetta tilanteessa, jossa hyvinvointialueella ei olisi päihdetyön erityispalveluita, sekä mitä vaikutuksia tällä olisi esimerkiksi lastensuojelun kustannuksiin.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin/ Kuopion yliopistollisen keskussairaalan näkemyksen mukaan sairaalahoidosta avohoitoon siirtymisestä tulisi soveltaa yksilöllistä palvelutarvetta eikä kategorisia määrä- tai aikaraja kriteereitä, jolloin oikea-aikaisuus ja tarpeenmukaisuus toteutuisivat paremmin. Laissa tulisi olla velvoittavia hyviä periaatteita kuvaamaan, toteuttamaan ja seuraamaan toimia. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin mukaan lyhyen aikavälin kustannuskasvu on hyväksyttävää, mikäli palvelumuutoksilla saadaan aikaan muutoksia, joiden tuotto näkyy myöhemmin, ja sen näkemyksen mukaan pidemmällä aikavälillä palveluiden parantamisella voidaan arvioida olevan välillisesti myös kustannuksia säästäviä vaikutuksia, kun päihde-, riippuvuus- ja mielenterveysongelmiin voidaan tarttua nykyistä aikaisemmin ja tehokkaammin.

Leppävirran kunta katsoi, ettei kustannusten kasvua välttämättä synny esitetyin määrin henkilöresurssilisäyksinä ja että on huomioitava, että esimerkiksi terveydenhuollossa laitoshoidon purku mahdollistaa avohoitoon ja ennaltaehkäisyyn panostamisen. Toisaalta esimerkiksi sosiaalipäivystyksissä on lisättävä henkilöstöresursseja muutosten myötä.

Pelastakaa Lapset ei pitänyt esitettyjä avohoidon paremman saavutettavuuden positiivisia vaikutuksia kotitalouksien talouteen realistisina vaan katsoi, että taloudelliset vaikutukset kotitalouksille tulisi arvioida asiakas-, hoito- ja osastomaksujen lisäksi myös muiden liitännäiskustannusten kautta. Lasten ja nuorten psykiatriset hoitajaksot ja kuntoutusterapiat lisäävät

perheissä hoitoon liittyviä muita elämisen kustannuksia. Pelastakaa Lapset painotti riittävää resursointia ennaltaehkäiseviin ja psykiatrisen hoidon alkuvaiheen aktiiviseen ja pitkäjänteiseen maksuttomaan avohoitoon,

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue katsoi, että vaikuttavaa työtä ei voida tehdä ilman riittävää perustason resursointia. Muun muassa omatyöntekijyyteen ja kotiin annettava monialaisen työn säädökset edellyttävät panostusta sekä työntekijäresursseihin että osaamisen vahvistamiseen. Kustannusvaikutukset eivät näin ollen vastaa lainsäädännön edellyttämiä resurssitarpeita, joten valtion laskennalliset korvaukset tulisi olla suuremmat. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue toi esiin, että uudenlaisten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon integraatiota vahvistavien eri vuorokauden aikoihin annettavien asiakkaiden ja potilaiden kotiin ja kasvu- ja kehitysympäristöihin annettavien palveluiden muodot vaativat resursointia sekä työntekijätasolla että osaamisen vahvistamisen näkökulmasta. Erityisesti perustason lääkäriyöpanosta tarvitaan. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue kannatti mielenterveys- ja päihdelainsäädännön kokonaisvaltaista uudistusta ja näki, että erilliset sääntelymuutokset ovat pääsääntöisesti tarkoituksenmukaisia ja vastaavat toteutuessaan hyvinvointialueen strategiaa, ja että hyvinvointialueen organisaatorakenne tukisi myös lakiuudistusta. Tällä hetkellä erilliset mielenterveys- ja päihdelainsäädännöt ovat osin aiheuttaneet sen, että palvelut ovat eriytyneet muusta sosiaali- ja terveydenhuollosta, ja vastuu paljon palveluita tarvitsevien kuntalaisten palveluista silloin, kun heillä on tarve mielenterveys- ja päihdepalveluille, on hajautunut liian monelle toimijalle. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden sisällyttäminen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon yleislainsäädäntöä edesauttaa lisäksi sitä, että vastuu palveluiden ja hoitojen kokonaisvaltaisesta suunnittelusta on keskitetympää. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue huomautti kuitenkin, että kustannusvaikutusten uudelleen tarkastelu ja valtion laskennallisten korvausten nostaminen ovat kuitenkin välttämättömiä lainsäädännön edellyttämien toiminnallisten uudistusten toteuttamiselle.

Päihdelääketieteen yhdistys nosti esiin terveydenhuoltoon tarvittavat lisäresurssit koskien riippuvuussairauksien hoitoa ja henkilöstön koulutusta. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, ettei ole riittävää varautuva vain henkilöstökuluihin. Uudistukset edellyttävät henkilöstön lisäresursointia, tiloja ja muita toimintakuluja. Päihdetyön Talentia ja SuPer kommentoivat, että uudistus edellyttää riittävien resurssien varaamista hyvinvointialueille palvelujen tuottamiseksi. SuPer katsoi myös, että sosiaalihuollon kustannusten siirtäminen terveydenhuoltoon voi tuoda lisäkuluja, kun palvelua ei saada oikea-aikaisesti ja ongelmat pitkittyvät ja syvenevät.

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca katsoi, että mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen erottaminen kahteen eri lakiin voi lisätä entisestään palvelujen väliin putoamista, mikä kasvattaa kustannuksia niiden alentamisen sijaan.

SAK katsoi, että kustannusvaikutusten arviointi on puutteellinen ja kapea-alainen. Palvelujen tuottamiseen ja henkilöstön varmistamiseen liittyvät kustannukset on arvioitu alakanttiin. Toisaalta, mikäli asiakkaiden työ- ja toimintakyky kohentuu uudistusten myötä, ovat positiiviset vaikutukset merkittäviä, eivätkä tästä esitetyt arviot riittävästi eritelleet kustannuseriä tai odotettavissa olevia hyötyjä. Myös Akava katsoi, että kustannusvaikutuksia ei ole arvioitu riittävän kattavasti. STTK kommentoi, että kustannusvaikutusten arviointia on vaikeuttanut se, etteivät hyvinvointialueet ole vielä toiminnassa ja alueiden välisiä eroja ei ole pystytty arvioimaan. STTK piti olennaisena, että todellisia kustannuksia ja niiden vaikuttavuutta tarkastellaan hyvinvointialueiden käynnistyttyä.

Sininauhaliitto piti esitettyjä taloudellisia vaikutuksia alimitoitettuina. Päiväkeskus, yhteisösosiaalityö ja etsivätyö tuottavat sen mukaan enemmän kuluja kuin esityksessä on arvioitu, mutta pitkän

tähtäimen syntyvät säästöt ovat merkittävästi suurempia kuin kulut. Myös Suomen Psykologiliitto katsoi, että esitetyt muutokset aiheuttavat todennäköisesti paljon enemmän resurssien lisätarvetta ja kustannuspaineita kuin kustannusvaikutusten pohjaksi on arvioitu. Yksinomaan pyrkimys hoidon monimuotoisuuden lisäämiseen vaatisi toimiakseen käytännössä jo ajankäytöllisesti väljempää raameja. Lisäksi lasten, nuorten ja perheiden palvelut ovat nykyisellään aliresursoituja, ja palveluiden nostaminen riittävälle tasolle vaatisi huomattavaa lisäresurssia mielenterveys- ja sosiaalipalveluihin. Myös työnohjaukseen budjetoitu rahoitus on täysin riittämätön vastaamaan tarpeenmukaisen ja laadukkaan työnohjauksen toteutumista koko mielenterveys- ja päihdepalveluiden kentällä.

Tehy katsoi, että uudistuksessa tavoitellut kotiin jalkautuvat ja liikkuvat työmuodot tulee huomioida palkkakustannuksissa. Kaikki eivät halua tehdä jalkautuvaa vuorotyötä ja jo tällä hetkellä kotiin vietävissä palveluissa on rekrytointihaasteita. Myös turvallisuusasioihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, jos palveluiden toteuttamispaikka siirtyy keskitetystä palvelusta liikkuviksi ja kotiin vietäviksi palveluiksi tai asiakas voi asioida palveluissa nimettömänä. Kuntasektorin palkkaushaasteet voivat johtaa henkilöstön siirtymään yksityiselle sektorille. Mikäli näin tapahtuu, on varauduttava ostopalveluna toteutettavien palveluiden mukaiseen kulurakenteeseen.

THL katsoi, että velvoite tarjota monimuotoisia palveluita jää osittain epäselväksi, ja tämän vuoksi esityksen kustannusvaikutuksia on vaikea arvioida.

Työterveyslaitos katsoi, ettei työelämässä tehtyjä toimia ole arvioitu esityksessä, ja että jos työnohjaus laajennetaan koskemaan kaikkia toimintayksikköjä, tulevat kustannukset olemaan suuremmat kuin arvioitu määrä.

VALLI katsoi, että ennaltaehkäisevällä työllä on kustannuksia hillitseviä vaikutuksia, mutta niiden osoittaminen on haastavaa ja nosti esiin, onko työntekijäresurssien lisäys realistinen muutoksiin nähden. Lisäksi tulisi ottaa huomioon kolmannen sektorin työn resursointi.

Valtiovarainministeriö totesi, että esityksen arviointiin sisältyy merkittävää epävarmuutta, paljon kyselytietoa ja asiantuntija-arvioita. Lausunnon mukaan on olemassa riski, että esityksen toimeenpanosta aiheutuvat kustannukset nousevat korkeammiksi kuin uudistukseen on varattu rahoitusta. Vaikutukset tulisi arvioida voimaantulovuoden hintatasoon. Lisäksi valtiovarainministeriö esitti, että esityksen arviointiin liitettäisiin arvio esitykseen varatun määrärahan hyvinvointialueellisesta jakaumasta, jotta sitä onko rahoitus riittävä ja kohdentuuko se oikein, pystyttäisiin tosiasiallisesti arvioimaan. Lausunnossa esitettiin myös, että esityksessä konkretisoitaisiin arviota syntyvien säästöjen toteutumisen aikajänteestä ja suuruusluokasta. Valtiovarainministeriö kiinnitti huomiota myös siihen, että esitykseen sisältyy useita säännöksiä tehtävien täsmennyksistä, joilla ei ole arvioitu olevan taloudellisia vaikutuksia. Näiltä osin valtiovarainministeriö esitti, että tällaiset ehdotukset koottaisiin esitykseen listaksi ja perusteltaisiin, miksi kustannusvaikutuksia ei arvioida niiden osalta olevan. Kokonaisuutena valtiovarainministeriö totesi, että jatkovalmistelussa tulisi varmistaa, ettei ehdotettu sääntely tosiasiallisesti lisää varattua rahoitusta enemmän hyvinvointialueiden kustannuksia ja siten rahoitusmallin tarkistuksiin perustuen valtion rahoitustarvetta taikka johda alueellisiin lisärahoitustarpeisiin.

16.2 Ovatko arviot lapsivaikutuksista realistiset?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 87 lausunnonantajaa, joista 12,6 % vastasi ”kyllä”, 19,5 % ”kyllä pääosin”, 12,6 % ”ei pääosin”, 24,1 % ”ei” ja 31,0 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Leppävirran kunta katsoi, että esitys turvaa lasten oikeuksia ja asemaa päihde- ja mielenterveyspalveluissa, mutta toisaalta palvelujen saatavuuden haasteet ovat mittavia. Posion kunta katsoi, että lakiesitys huomioi lapsinäkökulman. PSHP piti lapsivaikutuksia realistisena ja näki tärkeänä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen parantamiseen liittyvän kehitystyön jatkamisen tulevilla hallituskausilla. STTK katsoi, että luonnoksessa on huomioitu päihde- ja mielenterveysongelmien vaikutus lasten palveluntarpeeseen ja pyritty varmistamaan lasten oikeus palveluihin myös vanhempien palvelujen osana.

A-Kiltojen Liitto, EHYT, EPT-verkosto, ETKL, HALI, Kirkkohallitus, Kuntoutussäätiö, Porin kaupunki, PäMi, PÄIVYT, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Suomen sosiaaloikeudellinen seura, Talentia ja VAK sekä Oulun, Tampereen ja Vantaan A-Killat katsoivat, että uudistuksessa heikennettäisiin sosiaalipuolen päihdepalveluja, kuten esimerkiksi oikeutta saada päihdehuoltolain ja sosiaalihuoltolain perusteella kuntoutusta laitospalveluissa, jolla olisi suora heikentävä vaikutus myös lasten asemaan. Myös Irti Huumeista ja Rauman kaupunki totesivat, että jos sosiaalihuollon palveluja ja toimintamahdollisuuksia heikennetään, on sillä suora vaikutus myös lapsiin.

Akava katsoi, että lapsivaikutuksia ei ole arvioitu riittävän kattavasti. SAK katsoi, että lapsivaikutusarviot jäävät suppeiksi koskien tilanteita, joissa lapsi itse tai hänen huoltajansa on palvelujen tarvitsija. Lisäksi vaillinaiseksi jää koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelujen ja vanhemman tai lapsen mielenterveys- ja päihdepalvelujen puutteiden seurausten arviointi.

Helsingin kaupunki katsoi, että arviointi on riittämätöntä ja jättää huomioimatta voimassa olevan lainsäädännön aiheuttamat vakavimmat ongelmat lasten näkökulmasta. Ehdotetulla lainsäädännöllä on arvioinnissa huomioimatta jääneitä, merkittäviä positiivisia vaikutuksia haavoittuvimmassa asemassa olevien lasten oikeuksiin. Vakavasti päihteitä käyttävät lapset eivät saa tällä hetkellä terveydenhuoltolain mukaisia palveluja, koska päihderiippuvuuksien hoitoa, tutkimusta ja kuntoutusta ei ole selkeästi määritelty terveydenhuollon lakisääteiseksi tehtäväksi. Lasten katkaisu-, vieroitus- ja laitoshoidon toteutuvat tällä hetkellä käytännössä lastensuojelulaitoksissa, joissa ei ole saatavilla terveydenhuollon antamaa lääketieteellistä hoitoa.

HUS piti lapsivaikutuksia melko realistisina, mutta edellytti, että perusterveydenhuollon vastuut määritellään tarkemmin. Se esitti, että lapselle voitaisiin määritellä vastuuhenkilö prosessin eri vaiheissa, mikä voisi turvata hoidon jatkuvuuden ja tiedonkulun.

Kuntaliitto katsoi, että säännöksissä ei erikseen huomioida alaikäisen asemaa ja oikeutta palveluihin. Ehdotetut muutokset kohdentuvat kaikkiin ikäryhmiin, mikä tarkoittaa Kuntaliiton mukaan käytännössä sitä, että lasten palvelujentarve jää sivurooliin tai sysätään yksin lastensuojelun palvelujärjestelmän vastuulle. Sijaishuollosta on tullut korvaava palvelu puuttuville lasten mielenterveys- ja päihdepalveluille. Se, että lapsi on sijaishuollossa, merkitsee monesti sitä, että hänet jätetään sivuun hänen tarvitsemiensa terveys- tai vammaispalvelujen palvelujärjestelmästä. Sijaishuolto voi tarjota mielenterveyden tukea, mutta ei päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoa.

Lastensuojelun Keskusliitto piti tärkeänä, että esityksessä oli huomioitu ehdotusten vaikutukset lapsiin välillisesti vanhempien tai muiden huoltajien päihde- ja mielenterveyspalvelujen kautta.

Lisäksi pidettiin hyvänä, että esitys korostaa lapsiperheiden oikeutta saada lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömiä sosiaalipalveluja. Lasten ja nuorten näkemysten huomioimisen katsottiin puuttuvan.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto katsoi, että esityksestä puuttuu systemaattinen lapsivaikutusten arviointi sekä lasten ja nuorten päihdepalveluja koskevat esitykset. Avoimeksi jää miten lasten ja nuorten päihde- ja mielenterveyspalvelujen laatua ja saatavuutta parannetaan, kun esitykset koskevat kaikenikäisten palveluja.

Pelastakaa Lapset katsoi, että lapsivaikutuksista erityistä huomiota tulee kiinnittää riittävään lapsiperheiden kotipalvelujen ja perhetyön saavutettavuuteen, kun palvelua järjestävät hyvinvointialueet. Se katsoi, että lapsivaikutuksia tulisi arvioida tarkemmin oikeusnäkökulmasta niin, että lasten oikeus riittävään hyvinvointiin, kasvun ja kehityksen tukemiseen arjessa, toteutuu myös haavoittuvassa asemassa olevissa perheissä, kuten esimerkiksi yhden vanhemman perheissä, pienituloisissa perheissä, erityislasten perheissä tai maahanmuuttajaperheissä.

Pikassos katsoi, että lapsivaikutuksia on arvioitu esitysluonnoksessa varsin niukasti. Olisi keskeistä huomioida, että alaikäinen lapsi ei välttämättä ole esitettävän lainsäädännön toissijainen kohde vain perheeseen kuulumisensa perusteella, vaan säännökset voivat tulla sovellettavaksi suoraan myös häneen itseensä.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Kuopion yliopistollinen keskussairaala totesi, että tällä hetkellä sijaishuollossa olevien lasten asioiden päätösvallan käytössä on ongelmia, kun eri viranomaisilla on ei valtuutuksia, vaikka samaa lasta autetaan, ja päätösvallan epäselvyys estää lapsen hyvän toteutumista.

Tampereen kaupunki katsoi, että eri kunnissa asuvien lasten palveluiden yhdenvertainen saatavuus on turvattava ja kiireellisen avun saamiseen tulisi määritellä tarkemmat aikamääreet palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi. Lasten huomioimiseen ja näkyväksi tekemiseen myös aikuisille suunnatuissa palveluissa on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Tehy kritisoi sitä, että ennaltaehkäisevä terveydenhuolto ei ole lakiesityksessä mukana. Nykyiset terveydenhoitajatyön mitoitukset eivät kouluissa- ja oppilaitoksissa eivät vastaa muuttuneeseen palvelutarpeeseen. Kouluille tulee saada psykiatriset sairaanhoitajat, jotta saumaton palveluketju mahdollistuu. Lasten ja nuorten pitää saada palvelut matalalla kynnyksellä ja nopeasti omassa arkiympäristössään. Viivästys hoitoon pääsyssä kroonistaa ongelmia, jolloin ne eivät enää hoidu matalan kynnyksen psykososiaalisilla interventioilla. Nivelvaihe nuorisopalveluista aikuispalveluihin pitää saada myös toimivaksi.

THL katsoi, että päihde-, riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen piirissä olevien lasten tilanteen huomioiminen jää toteutumatta lain tarkoittamalla tavalla, ellei sen toteutumista seurata ja ellei palveluja kehitetä kokonaisuutena. Lasten ja nuorten osalta terveydenhuollon työpanos kohdennetaan valtaosin yleisen terveydentilan seurantaan, jolloin riskiryhmiin kuuluvien ja moniongelmaisten auttamiseen jää riittämättömästi resursseja. Hyvinvointialueilla tulisi olla vastuuhenkilö lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen suunnittelussa ja tämän tulisi tehdä yhteistyötä kun-tien sivistystoimen, sosiaalipalvelujen ja psykiatrian erikoisalojen kanssa. Lisäksi lastensuojelun avo- ja sijaishuollon asiakkaina olevien lasten ja nuorten riittävät mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut tulisi järjestää viipymättä ja riittävässä laajuudessa.

Vammaisfoorumi katsoi, että tässä yhteydessä olisi voitu hyödyntää THL:n kouluterveyskyselyn tuloksia yläasteikäisistä ja toisen asteen opiskelijoista, joilla on toimintarajoitteita. Lisäksi tulisi nostaa esiin äidin alkoholinkäytön aiheuttama neuropsykiatrinen oireyhtymä FASD. Oireyhtymää sairastavat lapset ovat usein vaikeasti hoidettavia, joka yhdistettynä vanhempien päihteiden käyttöön aiheuttaa kohonneen heitteillejättöriskin. Myös Kehitysvammaliitto nosti esiin FASD-oireyhtymän ja katsoi epäkohtaksi, että lapsivaikutusarvioinneissa ei ole otettu huomioon FASD-lasten ja nuorten tuen tarpeita. Myös SAMS katsoi samaa. SAMS toi esiin myös tarpeen huomioida paremmin vammaisia lapsia koskevat tutkimukset.

16.3 Ovatko arviot muista vaikutuksista realistiset?

(kyllä / kyllä pääosin / ei pääosin / ei / ei kantaa)

Kysymykseen vastasi 96 lausunnonantajaa, joista 10,4 % vastasi ”kyllä”, 18,8 % ”kyllä pääosin”, 8,3 % ”ei pääosin”, 22,9 % ”ei” ja 39,6 % ”ei kantaa”.

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Sininauhaliitto katsoi, että esityksessä luodaan selkeä kuva vaikutuksista STEA-rahoitteiseen toimintaan ja selkeytetään ja vahvistetaan sosiaalisen kuntoutuksen asemaa ja piti hyvänä sitä, että esiin oli nostettu vaikutukset julkisen ja kolmannen sektorin toimintojen yhteistyöhön.

A-Kiltojen Liitto, EHYT, Irti Huumeista, Kuntoutussäätiö, PÄIVYT, PäMi, Rauman kaupunki, Talentia ja VAK sekä Oulun, Pohjois-Lapin, Tampereen ja Vantaan, A-Killat katsoivat, että kokonaisuudessaan muutokset heikentäisivät päihdepalveluja tarvitsevien asemaa, oikeuksia ja mahdollisuuksia päästä tarpeenmukaisiin palveluihin. EHYT kommentoi lisäksi, että päiväkeskustoiminnan osalta yleishyödyllisiin järjestöihin kohdistuvien vaikutusten arviointi tulee tehdä huolellisesti siten, etteivät lakimuutokset aiheuta heikennyksiä niiden toteuttamaan kohtaavaan toimintaan. Päiväkeskus voi sanana tarkoittaa hyvin laajaa joukkoa erilaisia toimintoja. Tarvitaan tarkennusta muun muassa siihen, mitä esitysluonnoksen tarkoittama päiväkeskus tarkoittaa, mikä STEA-rahoitteinen toiminta kuuluu kyseisen määritelmän ja lakimuutoksen alle ja miten rahoituslähteen muutos toteutetaan, jos valtionavustuksen sijaan rahoitusta haetaan hyvinvointialueella. Myös EPT-verkosto kommentoi samansuuntaisesti.

Helsingin kaupunki katsoi, että muutosten voimaantuloon tarvitaan useamman vuoden siirtymäaika. Muutokset edellyttävät palvelujärjestelmässä merkittäviä toiminnallisia muutoksia ja myös riittävien voimavarojen turvaamista. Henkilöstön riittävyys on kriittinen ja paheneva ongelma koko sosiaali- ja terveydenhuollossa eikä se korjaudu velvoittavaa lainsäädäntöä lisäämällä.

JHL katsoi, että vaikutusarvioinneissa on ohitettu vaikutukset esimerkiksi kolmannen sektorin järjestöihin, jotka kuitenkin tuottavat suuren osan erityisesti sosiaalipalveluista. Lisäksi henkilöstövaikutuksia ei ole juurikaan käsitelty.

KT ei pitänyt esityksen arvioita tarvittavista henkilöstötyövuosista realistisena ja näki ongelmallisena, että mielenterveys- ja päihdepalveluja uudistetaan ilman, että palvelujen toteuttamista varten olisi realistisesti osoitettavissa ammattilaisia.

Opetus- ja kulttuuriministeriö ei pitänyt arvioita muista vaikutuksista realistisina. Opetus- ja kulttuuriministeriö ilmaisi huolensa siitä, miten esityksessä on otettu huomioon lainsäädännön uudistamisesta aiheutuvat osaamis- ja koulutustarpeet. Erityisesti palvelujen integrointi osaksi yleislakeja edellyttää, että kaikilla sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöillä on osaamista

ennaltaehkäistä, tunnistaa, hoitaa, ohjata ja arvioida mielenterveys ja päihdetyönasiakkaiden hoitoprosessia. Hallituksen esityksen vaikutusarvioinnit eivät vastaa kysymykseen siitä, miten, missä, milloin, kenen toimesta ja millä rahoituksella tarvittava ko-lutus aiotaan toteuttaa.

Pikassos katsoi, ettei luonnoksessa ole eksplisiittisesti arvioitu vaikutuksia, jotka liittyvät esitykseen kytkeytyvään lääketieteellistymiskehitykseen. Esimerkiksi nostettiin, millaisia oikeusvaikutuksia ja vaikutuksia asiakkaan asemaan olisi päihdepalveluihin liittyvän kuntoutuksen järjestämisvastuun siirtämisellä terveydenhuoltolain soveltamisalaan.

PSHP kommentoi, että päihde- ja mielenterveyspalvelujen kytkeminen tiiviimmäksi osaksi terveydenhuollon kokonaisuutta vähentää syvään juurtunutta jakoa fyysiseen ja psyykkiseen, mikä on vaikeuttanut esimerkiksi kuntoutuspalvelujen kehittämistä ja näki jaon purkamisen vähentävän stigmatisointia ja eriarvoisuutta. Resurssiongelmien vuoksi vaikuttavuus palvelujen saatavuuteen voi kuitenkin jäädä vähäiseksi.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, että esityksessä on kuvattu liian optimistisesti avohoitoon panostamisen vaikutuksia. Myöskään varhaisempi ja kattavampi palveluiden saanti ei välttämättä vähennä erikoissairaanhoidon käyttöä, sillä osa vaikeistakin oireista kärsiviä on tällä hetkellä hoidon ulkopuolella ja heidän saamisensa palveluihin voi lisätä kysyntää.

SAK katsoi, että työelämä- ja tasa-arvovaikutuksien arvioinnit jäivät suppeiksi. SAMS katsoi, että esityksessä puuttuu vammaisvaikutusten arviointi.

Sisäministeriön poliisiosasto piti niin päihde- ja mielenterveysongelmaisten kuin kansantaloutemme näkökulmasta arvioituna välttämättömänä, että esityksessä käsiteltäisiin ja arvioitaisiin nykyistä laajemmin käytettävissä olevien resurssien eli sote-henkilöstön ammattitaidon sekä johtamisen kehittämisen tarjoamia mahdollisuuksia työn vaikuttavuuden lisäämisessä ja laajentamisessa. Vastaa-vaan tapaan esityksessä tulisi tarkastella nykyistä selkeämmin myös moniammatillisen työn mahdollisuuksia päihde- ja mielenterveysongelmaisten palveluiden järjestämisessä sosiaali ja terveydenhuollon alaa laajemmin. Lausunnon mukaan esityksessä päihde- ja mielenterveysongelmaisten palveluiden järjestäminen näyttäytyy vahvasti sote-henkilöstön totuttamana yhteistyönä, jossa ulkopuolisten asiantuntijoiden roolia tai tiedonvaihdon sekä moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia on vaikeaa hahmottaa. Uudistuksen vaikutukset viranomaistoimintaan -osiossa ei ole käsitelty käytännössä lainkaan tai enintään hyvin ohuesti uudistuksen vaikutuksia poliisin työhön. Myöskään vaikutuksia sisäiseen ja kansalliseen turvallisuuteen ei ole juurikaan tunnistettu tai arvioitu esityksessä. Sisäministeriön poliisiosasto totesi kannattavansa vahvasti etsivän työn ja liikkuvien ja kotiin vietävien palveluiden lisäämistä sekä muita ehdotettuja kehittämistoimia, joilla pyritään katkeamattomaan hoitoketjuun, esimerkiksi siirryttäessä laitoshoidosta avohoitopalveluiden piiriin. Se kiinnitti kuitenkin huomiota siihen, että esityksessä ei ole arvioitu tämän uuden toiminnan mahdollista virka-apatarvetta eikä sen vaikutuksia poliisin toimialalla. Jatkovalmistelussa tämä tulisi tehdä yhteistyössä sisäministeriön kanssa.

STTK katsoi, että esityksen seurauksena päihdepalveluihin pääsy voisi heikentyä ja sosiaalihuollon toimintamahdollisuudet kaventua ja toivoi, että esityksen yhteiskunnallisia vaikutuksia tarkasteltaisiin kattavammin. Myös SuPer katsoi, että uudistus heikentäisi heikoimmassa asemassa olevien pääsyä palveluiden piiriin, mikä puolestaan voisi aiheuttaa kuormitusta muissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä esimerkiksi asumispalveluissa ja päivystyksissä.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että vaikutukset järjestöjen toimintaan (yhteisösosiaalityössä) ja niiden kanssa tehtävään yhteistyöhön voivat olla suuremmat kuin nyt on arvioitu.

Suomen sosiaali oikeudellinen seura katsoi, että sosiaalityöntekijöiden on jo tähän mennessä ollut vaikea soveltaa sosiaalihuoltolakia koskien sitä, milloin päihdeidenkäyttäjää on erityisen tuen tarpeessa ja että tämän vuoksi on välttämätöntä, että sosiaalihuoltolain päihde- ja riippuvuuspalveluita koskeva pykälä säilytetään selkeänä ja tunnettuna. Tämä edellyttäisi sosiaalihuoltolain päihde- ja riippuvuuspalvelujen säätämistä järjestämisvelvoitteen piiriin.

THL katsoi, että on tärkeää varmistaa, ettei erityislainsäädännöstä luopuminen johda mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluiden resurssien heikkenemiseen. Yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon vaikutusarvioihin olisi tarvittu lisää tarkempia perusteluja ja monimuotoiset palvelut tulisi määritellä tarkemmin. Vaikutuksissa kotitalouksien taloudelliseen asemaan ei ole myöskään nostettu esiin omaisia.

Valtiovarainministeriö kiinnitti huomiota esityksessä arvioituihin henkilöstön lisästarpeisiin ja katsoi olevan epäselvää kykenevätkö kaikki hyvinvointialueet suoriutumaan käytännössä kaikkien lakisääteisten velvoitteidensa toimeenpanosta henkilöstön saatavuuden ongelmien vuoksi. Sen vuoksi esityksessä on lausunnon mukaan varmistettava, että siitä seuraavat velvoitteet, niihin kohdennettava rahoitus sekä riittävän henkilöstön tosiasiallinen saatavuus ovat tasapainossa, myös alueellisesti tarkasteltuna. Valtiovarainministeriö kiinnitti huomiota myös ehdotusten vaikutuksiin järjestötoimijoihin ja STEA:n rahoitukseen ja totesi, että arviointi tulisi tältä osin täydentää.

Vammaisfoorumi totesi, että olisi ollut syytä tehdä vammaisvaikutusten arviointi, sillä mielenterveys, päihdekäyttö ja muu riippuvuusikäyttäytyminen koskevat myös vammaisia ihmisiä. Vammaisille on varmistettava esteettömät ja saavutettavat palvelut. Lisäksi nostettiin neuropsykiatristen oireyhtymien lisääntyminen ja tarve hoitopolkujen sujuvoittamiseen esimerkiksi siirryttäessä lastenpsykiatrialta nuorisopsykiatrialle. Erikoissairaanhoidon lähetemäärät nuoriso- ja lastenpsykiatriassa ovat kasvaneet, ja nykytilanteessa ei pystytä palvelemaan riittävästi erityistason palveluja tarvitsevia. Vaikutuksia koskevassa arvioinnissa olisi syytä kiinnittää huomiota lisäksi raskausajan alkoholinkäytöstä johtuvan FASD-oireyhtymän esiintyvyyden kasvuun ja siitä seuraaviin kustannuksiin, ja asia tulisi huomioida lainsäädännön tasolla.

16.4 Kommentit koskien ehdotusta lakimuutosten voimaantuloajasta 1.1.2023 ja muutosten toimeenpanoa

Asiasta lausuttiin muun muassa seuraavaa:

Kymsote piti aikataulua sopivana. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri toivoi lakimuutosten mahdollisimman nopeaa voimaantuloa.

Ahvenanmaan maakuntahallitus huomautti, että valtakunnan lainsäädännön muuttaminen näin suppealla aikataululla vaikeuttaa tai estää Ahvenanmaan mahdollisuutta tehdä tarvittavat muutokset maakuntalainsäädäntöön ajoissa. Oikeudenaloilla, jossa lainsäädäntövalta on jaettu, kuten voimassa olevien päihde- ja mielenterveyslakien kohdalla, ilmenee usein tällaisia mukautustarpeita. Valtakunnan uuden lainsäädännön voimaantulon ja maakuntalainsäädäntöön tehtävien mukautusten voimaantulon välisenä aikana oikeusturvapuutteita voi syntyä maakuntalainsäädännön piirissä oleville henkilöille.

A-Kiltojen Liitto, EHYT, PÄIVYT, Suomen sosiaali oikeudellinen seura ja VAK sekä Tampereen, Vantaan, Oulun ja Pohjois-Lapin A-Killat katsoivat, että sosiaalihuoltolain pykäliin 24 §, 25 §, 33 b § ja 33 c § on ehdotettu merkittäviä muutoksia, ja ne tulisi ottaa uudelleen käsittelyyn, mikä

todennäköisesti pidentäisi voimaantuloaika. Myös Kuntoutussäätiö katsoi, että aikataulu on liian kireä, jos luonnoksesta korjattaisiin palvelujen heikentymiseen johtavat pykälät.

Essote kommentoi aikataulun tiukkuudesta ottaen huomioon uudistuksen vaatimat rakenne- ja resurssiuudistukset. Etelä-Karjalan hyvinvointialue totesi, että tarvitaan riittävä siirtymäaika erityisesti päiväkeskustoiminnan järjestämisessä.

Into, Irti Huumeista ja Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca eivät pitäneet ehdotettua voimaantuloaika realistisena. Leppävirran kunta, Keski-Uudenmaan sote – kuntayhtymä, SAK, Suomen Psykiatryhdistys, Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus ja valtiovarainministeriö kommentoivat, että muutosten toimeenpano samaan aikaan hyvinvointialueiden käynnistymisen kanssa on haastavaa. Myös JHL mainitsi myös henkilöstöpulan ja hyvinvointialueiden alkamisen haasteet. Jyväskylän kaupunki katsoi, että tarvitaan 6-12 kuukauden siirtymäaika.

Kangasniemen kunta ja Valvira katsoivat, että mikäli lakiesitykseen ei ehditä tehdä tarvittavia muutoksia ennen eduskuntakäsittelyä, tulisi harkita voimaantuloajan 1.1.2023 lykkäämistä myöhemmäksi, jotta muutosten valmisteluun jäisi riittävästi aikaa.

Lääkäriliitto kommentoi, että muutos edellyttää suunnittelua palvelujen järjestämisestä edellytetyllä tavalla, mikä vie aikaa, eikä pitänyt realistisena, että lakien tavoitteet toteutuisivat täysimääräisesti ensi vuoden alusta lukien. Pikassos katsoi, että esitykset toisivat toteutuessaan merkittäviä muutoksia päihde- ja mielenterveyspalvelujen nykytilaan, ja tältä kannalta hyvinvointialuevalmistelulle jää liian vähän aikaa valmistautua muutoksiin ja organisoida hyvinvointialueen toiminta siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto pystytään toteuttamaan esityksen mukaisesti. Myös Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri / Kuopion yliopistollinen keskussairaala kommentoi, että lakiehdotukset ovat laajoja, ja lain voimaan tulo edellyttää toimintojen mukautusta ja ammattilaisten perehdyttämistä sekä työyksikköjen ohjeistuksien tarkentamista. Näin ollen 1.1.2023 on aivan liian lähellä panna laki velvoittavana voimaan, ja tarvittaisiin siirtymäaika 6 - 12 kk. Myös Porin ja Turun kaupungit pitivät aikataulua kiireisenä.

Päihdetyön Talentia katsoi, että aikataulu on epärealistinen ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon nykyiset resurssit. Henkilöstön rekrytointi ja toimintatilojen saaminen heti vuoden alussa ovat erittäin haasteellisia, muiden isojen muutosten ohella.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä katsoi, että lain voimaantulo uusien toimintojen osalta voisi myöhentää. SAMOK esitti huolen kiireessä valmisteltujen muutosten pitkäjänteisyydestä ja toimivuudesta.

Soite totesi, että pienellä hyvinvointialueella ei ole mahdollisuutta esitettyihin muutoksiin rekrytointihaasteiden takia, ja että rahoituksen tulisi olla realistinen ja suhteutettu vaadittaviin uudistuksiin. SAK kommentoi sosiaali- ja terveysalan henkilöstön kuormittuneisuuden ja jatkovalmistelutarpeiden huomioonottamisesta ja ehdotti muutosten voimaantuloajaksi 1.1.2024.

Suomen Psykologiliitto katsoi, että esityksen voimaantulolle tarvitaan siirtymäaika. Voimaantulo samanaikaisesti hyvinvointialueiden aloittamisen kanssa on haastavaa.

THL katsoi, että monimuotoisten palvelujen kehittäminen ja implementointi edellyttävät toimeenpanon tukea ja tutkimuksellista arviointia.

mielenterveyspalveluja kehitettäessä ja toteutettaessa, ja että vertaistoimintaa tulee olla tarjolla julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon päihde- ja mielenterveyspalveluiden rinnalla. Tampereen A-Kilta kommentoi, että vertaistukitoimintaa järjestävien organisaatioiden toimintaedellytykset olisi hyvä kirjata lakiin. Erityisesti päihdetoipumisessa vertaistukiyhteisöllä nähtiin olevan erittäin merkittävä rooli. EHYT kannatti vertaistoimintaa osana sosiaali- ja terveydenhuollon päihde- ja mielenterveyspalveluita. Myös EPT-verkosto ja Irti Huumeista kommentoivat vertaistuen huomioisesta lainsäädännössä.

A-klinikkasäätiö ehdotti, että sosiaalihuoltolain 33 b §:ään ja 33 c§ :ään ja terveydenhuoltolain 27 a §:ään ja 28 a §:ään tulisi lisätä kokemusasiantuntijatoiminta. Palveluja kehitettäessä, toteutettaessa ja arvioitaessa olisi hyödynnettävä kokemusasiantuntijoiden, yhdistysten, säätiöiden ja muiden tahojen vertaistojen sekä muiden palvelujen käyttäjien asiantuntemusta ja kokemusaamasta. Perusteena ehdotetulle lisäyksille on A-klinikkasäätiön mukaan riittävän pitkäkestoisen tuen takaaminen, vertaistuen saavutettavuuden parantaminen sekä johdonmukaisuus valtioneuvoston päihde- ja riippuvuusstrategian kanssa. Lisäksi todettiin, että sosiaalihuoltolaissa tulisi olla kirjaus asiakkaan ohjaamisesta riittävien tai tarpeenmukaisten palvelujen piiriin kuten terveydenhuoltolaissa. Myös EPT-verkosto, Irti Huumeista ja VAK kommentoivat kokemusasiantuntijatoiminnasta ja toivoivat sen huomiointia selkeämmin lakiesityksen perusteluihin.

Aspa-säätiö kommentoi, että palvelut tulee määritellä yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveydenhuoltolaissa, ja mielenterveystyö ja päihdetyö tulee jatkossakin säilyttää sosiaalipalveluina ja omina pykälinä sosiaalihuoltolaissa vastaavalla tavalla kuin niitä esitetään nyt sisällytettäväksi terveydenhuoltolakiin. Mikäli vakava mielenterveyden häiriö on sellainen, että henkilö tarvitsee vammaispalvelulain mukaisia palveluita yhdenvertaisen osallisuutensa toteutumiseksi yhteiskunnassa, on hänellä oltava tosiasiallinen oikeus ja pääsy näihin erityispalveluihin.

Avominne kommentoi, että lakiluonnoksessa nykyisessä lainsäädännössä korostuva subjektiivinen oikeus on kirjoitettu näkyviin tulkinnanvaraisesti. Päihderiippuvaisen subjektiivinen oikeus päihdepalveluun tulee taata tulevassa lainsäädännössä. Lain ja käytännön tasolla tulee korostaa ohjauksen merkitystä sekä monituottajamallia ja päihderiippuvaisen valinnanvapautta valita hoitopaikka Aluehallintoviraston ja Valviran hyväksymistä hoitopaikoista. Lainsäädännön tulee tunnistaa erilaiset palvelumallit ja tukea erilaisia malleja päihdehoidon antamiseen. Päihderiippuvaisen hoidossa tulee korostaa kuntoutusta, eikä lainsäädännöllä saa estää tai hankaloittaa kuntouttaviin päihdeettömiin hoitoihin pääsemistä. Korvaushoitoa voidaan antaa siihen erikoistuneissa hoitopaikoissa, mutta pääpaino tulee olla päihdeettömissä päihdehoidoissa ja palveluissa. Ennaltaehkäisy siihen liittyvine palveluineen ja päihdepsykiatria oli lainsäädännössä tuotu hyvin esiin. Esiin nostettiin, että päihdesairaus on oma sairautensa eikä sitä pidä sotkea psykiatriin sairauksiin. Lailla toivottiin säädettävän päihdepalvelujen vaikuttavuuden tutkimuksesta ja vaikuttavien hoitomuotojen esiintuomisesta, ja korostettiin avohoitoa ja yhteistyötä prosessin eri vaiheissa. Painopistettä toivottiin haittoja vähentävästä hoidosta toipumiskeskiseen hoitoon.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia katsoi, että esitysluonnos on hyvin keskeneräinen. Perusteluja tulisi monelta osin täydentää. Säännösten yksityiskohtaisista perusteluista tulisi käydä jokaisen ehdotetun muutoksen osalta selkeästi ilmi, mikä seikka on muuttumassa verrattuna siihen, miten asiasta nykyisin on säädetty. Lisäksi esityksen yleisperusteluista tulisi käydä selkeästi ilmi, paitsi se mikä on ehdotetun kokonaisuuden tavoite, myös valittujen keinojen kokonaisuus ja keinojen arvioitu kokonaisvaikutus. Kokonaisvaikutusten arviointi kustannusten näkökulmasta puuttuu myös. Lausunnon mukaan tulisi myös mainita, että pykäläehdotukset tarkoittaisivat käytännössä sitä, että

moni nykyisin sosiaalipalveluna annettava päihdepalvelu olisi jatkossa osa terveydenhuoltoa. Esityksessä ei ole arvioitu lainkaan sitä, miten asiakkaiden mahdollisuus saada päihdepalveluja muuttuisi ehdotetun sääntelyn perusteella sen johdosta, että päihdehoitoa ja -kuntoutusta annettaisiin nykyistä enemmän terveydenhuollon palveluna ilman, että asiasta tarvitsisi tehdä hallinnollisia päätöksiä. Mikäli esitys sisältää tällaisia muutoksia, se tulisi lausunnon mukaan laittaa uudelle lausuntokierrokselle. Lisäksi esityksen perus- ja ihmisoikeusvaikutuksia tulisi arvioida laajemmin ja perusteellisemmin.

Espon kaupunki ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue totesivat, että päihdehoitoa tulisi tarjota eri kohderyhmille tarvetta vastaavasti, esimerkiksi ottaen nais erityisyys huomioon. Myös Tehy katsoi, että tunnistettuihin erityisryhmiin, kuten miehet ja maahanmuuttajat, tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Lapin, Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot nostivat yhteisessä launnossaan esiin pykäläkohtaisten kommenttinsa lisäksi seuraavia mielenterveys- ja päihdelainsäädännön ajankohtaisia muutostarpeita: mielenterveyslain poliisin virka-apua koskevan pykälän muuttaminen poliisihallituksen ohjeistuksen johdosta, huumeidenkäyttäjien terveysneuvonnasta ja käyttövälineiden vaihdosta säättäminen sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa, koulukotien valvontavastuun selkeyttäminen ja vastuun siirto aluehallintovirastoille ja Valviralle sekä huumausainetestaukseen liittyvän lainsäädännön kehittäminen.

FinFami ja sen Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen, Satakunnan, Savon ja Varsinais-Suomen jäsenyhdistykset kommentoivat, että ehdotetut lakimuutokset eivät riittävällä tavalla korjaa nykyisiä puutteita psyykkisesti sairastavan ja hänen omaistensa osalta. Nykyinen mielenterveyspalvelujen heikko saatavuus ja hoidon jatkuvuuden haasteet lisäävät merkittävästi omaisten taakkaa ja kuormittumista ja omaiset eivät saa riittävästi tukea sosiaali- ja terveyspalveluista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamisen määrittävässä lainsäädännössä tulisi toteutua omais- ja perhelähtöisyys. FinFami ja sen jäsenyhdistykset edellyttävät mielenterveysasiakkaan omaisen sekä kokemusasiantuntijoiden määrittelyä lainsäädännössä ja omaisen käsitteen lisäämistä niihin kohtiin, jossa viitataan perheeseen ja lähipiiriin. Lisäksi kommentoitiin esityksen painottuvan haastaviin mielenterveysongelmiin ja korostettiin ennaltaehkäisevän mielenterveystyön ja varhaisen puuttumisen tärkeyttä. Psykososiaalisesta tuesta toivottiin säädettävän myös kiireettömissä tapauksissa. Huomiota kiinnitettiin erityisesti psyykkisesti sairastuneen läheisten kuormitukseen ja riskiin sairastua itse psyykkisesti tai fyysisesti ja ehdotettiin, että jatkovalmistelussa huomioitaisiin perheelle annettavan tuen lisäksi omaisen henkilökohtainen asiakkuus, joka sisältäisi omaisen yksilöllisesti arvioidun tuen ja neuvonnan. Mielenterveysasiakkaiden osalta puutteita nähtiin hoito- ja kuntoutussuunnitelman osalta, sillä koettiin, että nykytilanteessa hoitosuunnitelma puuttuu monelta tai sitä ei seurata tai päivitetä. Todettiin, että lainsäädännön tulisi taata jokaiselle mielenterveysasiakkaalle hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jonka toteutumista seurataan. Omaisilla tulisi olla mahdollisuus osallistua hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekoon. Mielenterveysasiakkaalla tulisi olla vastuuhenkilö, joka huolehtii kokonaisuuden toteutumisesta. Lisäksi nostettiin esiin tasavertainen kohtelu ja tarve huolehtia, että mielenterveysasiakas ja omainen saa tarpeenmukaista ja laadukasta hoitoa asuinpaikasta riippumatta, ja että hoidon jatkuvuus turvataan, vaikka palveluntarjoaja vaihtuisi tai asiakkaan kotipaikka muuttuisi ennen kuntoutussuunnitelman päättymistä. Myös Omaishoitajaliitto ja Tehy korostivat omaisten tuen tarpeiden huomiointia. Suomen Päihderiippuvaiset kommentoi, että päihderiippuvuuksista toipuneiden, heidän läheistensä ja toipuneiden ammattilaisten asiantuntemus on suurelta osin sivuutettu lainvalmistelussa ja vaati päihdepalvelulainsäädännön uutta valmistelua.

HALI piti yleisesti kannatettavana, että päihde- ja mielenterveyspalveluista säädetään jatkossa sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa, mutta kommentoi, että terveydenhuollon ja sosiaalihuollon lainsäädännön rakenteet ja rahoitusjärjestelmät ovat lähtökohtaisesti erilaiset ja tämä tulee ottaa huomioon lakiesityksen jatkovalmistelussa. Lainsäädäntöuudistuksella ei voida heikentää asiakkaiden asemaa ja on huolehdittava muun muassa palvelujen jatkuvuudesta ja eri palvelujen samanaikaisuudesta tarvittaessa. HALI koki, että esitetty lainsäädäntö kiinnittää huomiota lähinnä vaikeisiin mielenterveys- ja päihdeongelmiin ja toivoi varhaisen puuttumisen huomioimista esimerkiksi kouluterveydenhuollossa. Kiireellisen hoidon huomiointia pidettiin hyvänä, mutta kuntoutuksen ja hoidon suunnittelun katsottiin jääneen vähäiselle huomiolle. HALI ei kannata sosiaalihuoltolain 3 luvun 24 § ja 25 §:n siirtämistä 4 lukuun. Jatkovalmistelussa tulisi ottaa paremmin huomioon asiakkaiden tasavertainen kohtelu asuinpaikasta riippumatta. Esiin nostettiin myös huoli hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta ja neuropsykiatrisia erityisvaikeuksia omaavien lasten ja nuorten tilanteesta. Lisäksi erilaisia toiminnallisia riippuvuuksia toivottiin otettavan paremmin huomioon. Työterveyden rooli päihde- ja mielenterveystoimijana nostettiin esiin. Enemmän huomiota toivottiin kiinnitettävän yksityisen sektorin toimijoiden asemaan, ja katsottiin, että tarvittavien palveluiden tuottamisessa tulee hyödyntää kaikkia käytettävissä olevia resursseja potilaiden ja asiakkaiden etu edellä. Hoitotakuuesityksen määräaikoja tulee valvoa ja mikäli julkinen toimija ei pysty noudattamaan aikavelvoitteita, tulee se velvoittaa hankkimaan palvelut muulta toimijalta. Palveluiden kehittämisen osalta jatkovalmistelussa toivottiin kiinnitettävän huomiota enemmän kuntouttaviin avo- ja laitospalveluihin sekä niiden tukipalveluihin. Päihde- ja mielenterveyspalveluissa työskentelevien ammattilaisten saatavuuteen toivottiin kiinnitettävän huomiota ja todettiin, että työvoiman saatavuus voi muodostua haasteeksi uudistuksen toimeenpanossa. Vaikutusarviointiin toivottiin täsmennystä esimerkiksi julkisten ja yksityisten palveluntuottajien toiminnan osalta. Lisäksi nostettiin esiin psyykkisesti sairastavan omaiset ja heidän kuormituksensa tunnistaminen.

Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö katsoi esityksen jättävän epäselväksi, miten hyvinvointialueet hankkivat jatkossa palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi esityksessä ei ole huomioitu riittävästi asiakkaita, joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelmia.

Helsingin kaupunki katsoi, että lakiesityksen systematiikka ei avaudu yksiselitteisesti voimassa olevaan nähden. Palvelujen järjestämisessä tulisi lainsäädännöllä mahdollistaa asiakas- ja potilastietojen joustava käyttö tilanteessa, jossa asiakkaalla on samanaikainen tarve käyttää useita eri palveluja. Lisäksi lasten ja nuorten osalta olisi tärkeää vielä tarkemmin tarkastella ja jäsentää kokonaisvaltaisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen ja myös päihdepalvelujen kokonaisuuksia. Sosiaalihuoltolaissa olisi syytä säilyttää velvoite järjestää laituskuntoutusta tilanteessa, jossa avopalvelujen keinot eivät riitä. Lausunnossa todettiin myös, että sosiaali- ja terveydenhuollossa käytössä olevat (tai käyttöön otettavat) näyttöön perustuvat menetelmät pitäisi koordinoita yhteen toimivaksi kokonaisuudeksi ja säätää niistä erikseen esimerkiksi asetustasolla.

Humaania päihdepolitiikkaa kommentoi, että kaikkein eniten heikoimmassa asemassa olevia päihdeiden käyttäjiä auttaisi huumeiden käytön dekriminisaatio sekä käyttöhuoneiden mahdollistaminen. Lakien selkeyttämistä ja riippuvuusikäytymisen määrittelyä pidettiin hyvänä. Esiin nostettiin huoli harvaan asuttujen alueiden palvelutarpeiden takaamisesta ja ennaltaehkäisevän työn tarkoituksesta käytännössä.

Kangasniemen kunta kommentoi, että esityksessä tulisi huomioida omaisten palvelutarve ja lisäksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeen pitkäkestoisuus, jolloin muun muassa avohuollon

palveluiden ja vertaistoiminnan kautta mahdollistetaan pitkä toipumispolku ja vertaistuen saanti. Päihderiippuvuuksista toipuneiden, toipuneiden läheisten ja toipuneiden ammattilaisten asiantuntemus tulisi myös huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluja kehitettäessä, toteutettaessa ja arvioitaessa. Moniammatillinen yhteistyö ja päihderiippuvuuden sairauskäsité eivät tule riittävästi esiin lakiesityksessä. Lain tulee lisätä yhteistyötä sekä mahdollistaa palveluiden tasapuolisuus. Diagnoosiperusteen vaarana on, että sen ulkopuolelle jäävät ajautuvat entistä vaikeampaan tilanteeseen. Kokonaisuutena Kangasniemen kunta edellytti uutta lainsäädännön valmistelua.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri toivoi selkeää kuvausta eri yksiköiden toimintavelvoitteista ristiriitojen välttämiseksi ja riittävien resurssien turvaamiseksi.

Kondis kommentoi, että lakeihin tulee määritellä päihde- ja sosiaalihuollon hoitopolut, joiden tukemana asiakkaan tulee päästä mahdollisimman nopeasti tarvitsemiensa palvelujen piiriin. Lisäksi se katsoi, että tahdonvastaiseen hoitoon määräämisen tulisi olla nykyistä helpompaa, sillä läheiset kokevat sen usein parhaaksi tai ainoaksi vaihtoehdoksi pelastaa huumeriippuvaisen henki. Alaikäisten hoitopaikoissa olevien lasten huume-epäilyihin ja käyttöön puuttumisen työkaluvalikoimaa tulisi laajentaa ja päihteidenkäyttäjien läheiset tulisi ottaa hoitoketjuun mukaan yhtenä aktiivisena toimijana ja heidän tiedonsaantioikeuttaan tulisi lisätä.

Kuntaliitto kommentoi, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhtenä tavoitteena on integroidut, asiakaslähtöiset ja tarpeenmukaiset palvelut. Vahvoilla järjestäjillä tulee olla mahdollisuus kehittää palveluita mahdollisimman vaikuttaviksi ja kokeilla erilaisia palvelumalleja. Nyt ehdotetut muutokset eivät kaikilta osin näyttäytyä asiakasrajapinnassa integraatiota tukevana ja mahdollistavana vaan pikemminkin rajaa tehtäviä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä. Tällaista kehitystä ei voi pitää toivottavana ottaen huomioon henkilöstön riittävyyteen liittyvät ongelmat. Lisäksi lakiesityksessä on tehtävälaajennuksia (toiminnalliset riippuvuudet, tilapäinen majoitus, päiväkeskustoiminta) ja palvelumallien muutoksia, joihin ei ole varattu riittäviä määrärahoja. Ehdotusten toimeenpano ei onnistu heti vuoden 2023 alusta. Kuntaliitto ehdotti, ettei päihde- ja mielenterveyslain osittaisuudistusta ei viedä tällaisenaan eteenpäin, vaan valmistelua jatketaan laaja-alaisessa yhteistyössä, jossa huomioidaan myös alaikäisten päihde- ja mielenterveyspalvelujen haasteet ja varataan riittävä rahoitus toiminnan muutoksiin. Toissijaisesti, mikäli esitys kuitenkin etenee, Kuntaliitto esitti taloudellisten vaikutusten arvioinnin täsmentämistä, riittävien määrärahojen varaamista sekä voimaantumisen siirtämistä vuoteen 2024. Kuntaliitto ehdotti myös, että päihdehuoltolain 9 §:n mukainen viranomaisyhteistyötä koskeva säännös lisättäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä koskevan terveydenhuoltolain 32 §:n kolmanneksi momentiksi sekä vastaavasti myös sosiaalihuoltolakiin. Lisäksi Kuntaliitto katsoi, että mielenterveyslain kumottavaksi ehdotettu 1 § tulisi korvata uudella lain soveltamisalan määrittelevällä pykälällä. Tämä olisi tarpeen mielenterveystyötä koskevan sääntelyn kokonaisuuden hahmottamiseksi sekä tahdosta riippumattoman hoidon valvonnan toteuttamiseksi.

Kuluttajaliitto – Konsumentförbundet (Kuluttajaliitto) kommentoi, että hallituksen esitysluonnos sisälsi useita kannatettavia ehdotuksia, jotka toteutuessaan tekevät mielenterveys- ja päihdepalveluista asiakasystävällisempiä. Se piti hyvänä, että esityksessä kiinnitettiin huomiota haavoittuvassa asemassa oleviin asiakasryhmiin esimerkiksi psykososiaalisen tuen ja etsivän työn sääntelyn avulla ja kannatti toiminnallisen riippuvuuskäyttäytymisen palvelutarpeen täsmentämistä lakiin. Lisäksi se toivoi, että mielenterveyspalvelujen kehittämistyötä jatketaan parantamalla niiden

saatavuutta perus- ja erikoissairaanhoidon tasolla sekä varmistamalla psykoterapiapalvelujen saatavuus.

Kuntoutussäätiö kommentoi, että lakiesityksessä tulee kiinnittää esitettyä enemmän huomiota mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaiden hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. Kuntoutussuunnitelmien laadintaa tulee lisätä. Lisäksi järjestöjen ja yleishyödyllisten säätiöiden toimintaedellytykset on turvattava, jotta niiden tarjoamaa apua ja kynnyksetöntä tukea on tarjolla jatkossakin.

Kuurojen liitto totesi, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta viranomaisella tulisi olla velvollisuus järjestää ammattitaitoinen tulkki paikalle tarvittaessa.

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä kommentoi, että saamelaisten palvelut puuttuvat lainsäädännöstä ja että ilman normiohjausta palvelujen järjestäminen ei toteudu aikaisempiin vuosiin verraten. Saamelaisten mielenterveyspalvelujen järjestämisestä tulee säätää laissa ja palvelujen kehittämisen tulee olla kansallista. Suomessa palvelut ovat olleet kuntien vastuulla, ja kehittäminen ollut heikkoa. Lisäksi Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä totesi, ettei termejä ”päihdeäiti” tai ”päihdeperhe” tulisi käyttää.

Lapsiasiavaltuutettu piti esityksen tavoitteita yleisesti kannatettavina. Lausunnon mukaan on välttämätöntä, että mielenterveys- ja päihdelainsäädännön muutoksia arvioidaan huolellisesti lasten oikeuksien ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Lapsilla tulee olla oikeus perus- ja erikoistason mielenterveys- ja päihdehuoltoon niin, että pääpaino on ehkäisevissä ja perustason palveluissa. On erittäin valitettavaa, ettei esitysluonnos koske koulu- ja opiskeluterveydenhuollon järjestämistä, vaikka on tunnustettu riski, että perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoito jää sen osana hajanaiseksi ja tarpeeseen nähden niukaksi. Lasten mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteutumista ja laatua tulee seurata tarkasti ja ryhtyä tarvittaessa lainsäädäntö- tai muihin toimiin, jos nyt ehdotettavat muutokset eivät saa aikaan selkeää ja vaikuttavaa parannusta.

Lastensuojelun Keskusliitto piti ensisijaisen tärkeänä lasten huomioimista aikuisten päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Esityksen ehdotusten, jotka koskevat palvelujen antamista myös henkilön perheen ja läheisten tuen hoidon, avun ja tuen tarpeen perusteella katsottiin tukevan lasten hyvinvointia. Huoli esitettiin siitä, että nuorille suunnattuja päihdepalveluja on Suomessa vähän tai ei ollenkaan ja hoidon tarpeeseen ei pystytä vastaamaan myöskään matalan kynnyksen palveluissa. Lastensuojelun Keskusliitto kommentoi kriisiavun tärkeydestä ja oikea-aikaisen avun saamisen ongelmien seurauksista. Lainsäädännöllä tulisi velvoittaa enemmän lasten nopeaa tuen piiriin pääsemistä niissä instituutioissa, joissa lapsi on arkisessa ympäristössään. Alaikäisille tulee tarjota terveydenhuollon piirissä avo- ja laitospalveluista päihdehoitoa. Erittäin keskeistä on ottaa kaikissa lapsen ja nuorten elämään vaikuttavissa päätöksissä huomioon lapsen etu. Esityksestä katsottiin puuttuvan lasten ja nuorten näkemysten huomioiminen ja lapsistrategian toimenpidesuunnitelman huomioiminen.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto katsoi, että esityksessä tulisi korostaa enemmän perheen ja omaisten mukaan ottamista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien lasten ja nuorten hoitoon. Suomessa on vain vähän tai ei ollenkaan pelkästään nuorille suunnattuja korjaavia päihdepalveluita. Vieroitushoitoon ja kuntoutukseen on vaikea päästä, ellei nuorella ole läheistä, joka vaatii palvelua. Esitys ei ole esittämässä tähän muutosta, vaan terveydenhuoltolakiin ja sosiaali- huoltolakiin ehdotetut muutokset kohdentuisivat kaikkiin ikäryhmiin, mitä ei nuorten näkökulmasta

voi pitää lainkaan riittävänä. Lisäksi lakiuudistuksen toteuttamiseen tulee varata riittävät resurssit ja lain toimeenpanoa ja vaikutuksia arvioida.

Myllyhoitoyhdistys kommentoi, että päihdepalvelujen palveluvalikkoon tulisi ottaa mukaan vakiintuneesti myös intensiivinen avopalvelu. Se on toipumiskeskeistä hoitoa, joka tähtää samalla tavalla päihdeettömyyteen kuin vastaava laitoshoido, mutta asiakas käy hoidossa kotoa käsin. Useissa kunnissa on ollut tämä malli jo käytössä ja tämä tekee hoidosta kustannustehokkaampaa ja sopii joillekin paremmin kuin laitoshoido.

Opetus- ja kulttuuriministeriö totesi esitetyn mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistamisen tarpeelliseksi. Sen mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteuttaminen osana yleislakeja on kannatettava uudistus, joka vähentää palvelujen käytän leimaavuutta ja madaltaa palveluihin hakeutumista. Ottaen huomioon nuorten erityisasema sekä monilta osin heikompi asema mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuuden, elinolojen ja sairastavuuden osalta tulisi erityisesti kyseisen ikäluokan mielenterveys- ja päihdepalveluista kuitenkin säätää vahvemmin osana hallituksen esitystä.

Oikeusministeriö kiinnitti huomiota lakien välisiin pykäläviittauksiin: Terveystuolain 27 §:ssä on viittaus sosiaaliuolain 33 c §:ään, mutta jälkimmäisessä ei viitata tarkemmin ensiksi mainittuun. Sama ilmenee myös muiden pykälien osalta, kun kyseessä sosiaaliuolainissa ja terveydentuolainissa olevat, toisiaan vastaavat pykälät. Joistakin pykälästä, kuten 2. lakiehdotuksen 50 a §:stä puuttuu viittaus vastaavaan sosiaaliuolain 29 a §:ään, vaikka kysymys on nimenomaan terveydentuolon ja sosiaalipäivystysten yhteistyöstä. Tarpeelliset pykäläviittaukset ja niiden johdonmukaisuus tulee tarkistaa esityksessä kauttaaltaan.

Perhehoitoliitto kommentoi, että kehitysvammaisten, ikäihmisten ja muiden erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden päihde- ja mielenterveysongelmiin tarvitaan palveluja, joissa näiden asiakasryhmien erityistarpeet huomioidaan. Näissä edellytetään esteettömyyttä, saavutettavuutta ja yhdenvertaisuuslain sekä YK:n vammaissopimuksen edellyttämiä mukautuksia. Kehitysvammaisten osalta ongelmana on usein myös tunnistaa, milloin oire tai ongelma johtuu vammasta ja milloin mielenterveyden häiriöstä. Tässä vaaditaan tiivistä mielenterveys- ja vammaispalvelujen yhteistyötä. Lisäksi päihde- ja mielenterveyspalveluissa työskentelevien osaamista vammaisuudesta ja ikääntymisen tuomista erityiskysymyksistä tulee lisätä, jotta varmistetaan ohjausosaaminen kyseisiin palveluihin ja heidät osataan kohdata ja löytää heille soveltuvia tukimuotoja. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen järjestämisessä yhtenä vaihtoehtona on toimeksiantosuhteinen perhehoito. Palvelujen järjestämisvastuun siirtyminen hyvinvointialueille tukee hyvän toimeksiantosuhteisen perhehoidon järjestämisen edellytyksiä.

Pikassos arvioi esitysluonnoksen lääketieteellistävän päihde- ja mielenterveyspalveluja epätarkoituksenmukaisella tavalla. Se kommentoi, että jos luonnos etenisi tällaisenaan, sosiaalipalvelujen rooli kaventuisi ja asiakkaiden oikeus saada tuen tarpeisiinsa vastaavia palveluja vaarantuisi. Myös Tampereen kaupunki esitti huolen päihde- ja mielenterveyspalvelujen medikalisoimisesta ja sosiaalihuollon toimintamahdollisuuksien kapenemisesta.

Päihdelääketieteen yhdistys kommentoi, että riippuvuussairaudet ovat psykiatrisia häiriöitä, joiden hoito kuuluu terveydentuoltoon ja näki huolestuttavana sen, että niiden hoitoa toteutetaan sosiaalihuollon alaisuudessa. Lisäksi se kommentoi, että riippuvuussairauksien tutkimisen, hoidon ja kuntoutuksen painopiste on siirtymässä kohti terveydentuolta ja piti tätä hyvänä. Huolenaiheena pidettiin näyttöön perustuvan hoidon puutteellista toteutumista, alueellista epätasa-arvoisuutta sekä

hoidon toteutuksen valvonnan vajavaisuutta. Riippuvuussairauksien hoidon saatavuutta ja laatua tulisi parantaa läpi terveydenhuollon kentän ja täydentää sosiaalihuollon palveluilla.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä totesi, että somatiikan vastuun ja somaattisen hoidon kehittämisen tarve näkyy suhteellisen niukasti varsinaisissa pykälämuutoksissa. Kuten valmistelussa on todettu, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ylikuolevat muuhun väestöön verrattuna erityisesti somaattisiin syihin ja tutkimusten perusteella he saavat muuta väestöä huonompaa hoitoa somaattisiin ongelmiinsa.

PäMi kommentoi, että asiakkaiden osallisuus palveluihin ja niiden kehittämiseen tulee jatkossakin näkyä sosiaali- ja terveydenhuollon laeissa. Lisäksi perheiden avun, tuen ja kuntoutuksen tarpeet tulisi näkyä selkeämmin. Esiin nostettiin huoli järjestölähtöisen matalan kynnyksen päivätoiminnan vaarantumisesta. Todettiin, että laissa tulisi mainita alaikäisten päihdepalvelut ja liityntä lastensuojelulakiin. Lisäksi esiin nostettiin alaikäisten siirtyminen aikuisten palveluihin ja tämän toteuttaminen jatkumona sekä se, että lastensuojelu ei voi olla ainoa alaikäisiä päihteenkäyttäjiä auttava taho. Päihde- ja mielenterveyshoidon ja palvelujen yhteensovittamista ja monialaista yhteistyötä painotettiin ja toivottiin vahvistusta päihteenkäytön aikaiselle tuelle.

Rauman kaupunki katsoi, ettei hoidon tarpeen arviointia ja hoidollisia interventioita ei tule poistaa sosiaalihuollosta. Mielenterveys- ja päihdehoidon ja -kuntoutuksen toteuttaminen vain terveydenhuollossa ei ole kestävä ratkaisu. Palvelut tulee määrittellä yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Rauman kaupunki toi esiin myös huolen henkilöstön riittävydestä lääkäreiden, psykologien ja sosiaalityöntekijöiden osalta. Sosiaalihuollon sosiaalityöntekijöille ja sosiaaliohjaajille tulisi saada sitovat mitoituslakit.

SAMOK piti lakimuutosten tavoitteita hyvinä. Se nosti esiin kynnyksettömät palvelut, jotka parantavat hoidon pariin löytämistä ja hoitoon sitoutumista ja totesi, että näitä palveluja tulee olla tarjolla erityisesti hoito- ja koulutuspolun siirtymävaiheissa oleville nuorille. SAMOK oli huolissaan siitä, ettei korkeakouluopiskelijoita ollut mainittu esitysluonnoksessa. Se totesi, että he ovat iso väestöryhmä, jonka mielenterveysongelmat ovat kasvaneet viime aikoina. Hyvinvointialueiden ja YTHS:n yhteistyötä tulisi korostaa ja opiskelijat huomioida hyvinvointialueen palveluita koskevissa päätöksissä. Lisäksi esiin nostettiin huoli mielenterveystyötä tekevän henkilöstön riittävydestä.

Sisäministeriön poliisiosasto piti hallituksen esityksen tavoitteita lähtökohtaisesti myönteisinä. Sisäministeriön poliisiosasto totesi, että huolta aiheuttavien henkilöiden osalta tehtävä moniammattillinen yhteistyö (poliisi yhdessä terveyden- ja sosiaalihuollon kanssa) uhka-arvioiden laatimiseksi, tunnistettu sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelutarve ja nopea palveluun pääsy tulisi turvata normaalirakenteita nopeammin. Sisäministeriö on aiemmin esittänyt sosiaali- ja terveysministeriölle erillISRakenteiden luomista osana hyvinvointialueiden uudistusta tilanteissa, joissa poliisin tiedossa on yksilön aiheuttama vakava henkeen ja terveyteen kohdistuva uhka sivullisille ja yhteiskunnalle. Vain siten yhdessä riittävien toimivaltuuksien kanssa voidaan turvata, että vaikutukset yksilölle itselleen, sivullisille ja koko yhteiskuntaan jäisivät mahdollisimman pieniksi. Sisäministeriön näkemyksen mukaan näihin nykytilan puutteisiin tulisi vastata ehdotetun uudistuksen yhteydessä. Sisäministeriön poliisiosaston mukaan esityksessä ei ole tunnistettu selviämispalveluita osana keskeisiä päihdepalveluita. Selviämispalveluiden tarpeessa olevia henkilöitä sijoitetaan tänä päivänä poliisin säilytystiloihin riittämättömien selviämispalveluiden puuttuessa. Selviämispalveluiden tarpeessa olevat eivät ole poliisin palveluiden tarpeessa, vaan he tarvitsevat sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan palveluita. Mikäli poliisin päihtyneiden

säilyttämistä koskevaa lainsäädäntöä koskevaa uudistusta ei tulla antamaan hallituskaudella, selviämispalvelut tulee huomioida osana nyt kyseessä olevaa hallituksen esitystä.

Sosiaali- ja kriisipäivystysten esimiehet totesivat, että sosiaalihuoltolain uudistuksen yhteydessä olisi ollut tarpeen uudistaa myös sosiaalihuoltolain monialaista yhteistyötä koskeva 41 §, joka ei ole enää nykyaikana toimiva.

SLL esitti toisen asteen opiskelijoiden mielenterveystyön kehittämiseksi toimenpiteitä, joita olivat riittävä palvelujen resursointi, opiskeluhuollossa tarjottava ensivaiheen tuki mielenterveys- tai päihdehoitoa tarvitsevalle, moniammatillisten mielenterveystiimien perustaminen opiskeluterveydenhuoltoon, täydennyskoulutusten järjestäminen ja järjestölähtöisen toiminnan huomioiminen.

Suomen Kuntoutusyritykset kommentoi, että esityksen tavoitteita voitaisiin tukea valtakunnallisesti yhtenevillä perustason mielenterveyspalveluilla, jotka nyt ovat puutteelliset. Se totesi, että perustason terveydenhuollon osana tulee olla mielenterveyspalveluja, joihin pääsee kohtuullisessa ajassa. Perustasolla apua tulisi saada matalalla kynnyksellä ja päästä nopeasti ensitapaamiseen, josta pääsisi lyhytkestoiseen moniammatilliseen psykososiaaliseen tukiprosessiin. Hoitovalikoimassa tulisi huomioida potilaiden yksilölliset tarpeet. Lisäksi se edellytti psykososiaalisten hoitojen ja psykoterapian monimuotoisuuden säilyttämistä. Se esitti psykoterapiakoulutusjärjestelmän uudistamista kolmiportaiseksi, jossa ensimmäisellä tasolla olisivat 1-2 vuoden koulutuksen käyneet ns. perustason terapeutit, jotka toimisivat julkisen sektorin hoitotyössä osana moniammatillista tiimiä. Toisella tasolla olisivat 4 vuoden koulutuksen käyneet erityistason psykoterapeutit, jotka tuottavat muun muassa Kelan kuntoutuspsykoterapiaa. Kolmannella tasolla olisivat erityistason koulutuksen ja kahden vuoden lisäkoulutuksen käyneet kouluttajapsykoterapeutit, jotka toimisivat psykoterapiakoulutettavien työhönohjaajina ja psykoterapiakoulutusten kouluttajina.

Suomen nuorisolan kattojärjestö Allianssi kommentoi, että esityksessä on tunnistettu hyvin hoidon jatkuvuuden haasteet esimerkiksi nuorten siirtyessä nuorten palveluista aikuisten palveluihin. Allianssi piti tärkeänä Kelan kuntoutuspsykoterapiaan pääsemisen turvaamista ja esitti, että sen tulisi olla nuorille maksutonta. Se näki, että nuoria tulisi osallistaa palvelujen kehittämisessä ja että nuorten palvelut tulisi rakentaa yhteistyössä nuoren kanssa tämän itse määrittelemien tarpeiden pohjalta. Lisäksi nuorilla tulisi olla mahdollisuus antaa nimettömästi palautetta hoidosta siten, että palaute huomioidaan hoidon kehittämisessä. Allianssi piti positiivisena sitä, että toiminnalliset riippuvuudet mainittaisiin lain tasolla. Se esitti kuitenkin huolensa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävydestä ja nuorten lisääntyneestä mielenterveysoireilusta. Suomen Opiskelija Allianssi – OSKU nosti myös esiin huolen mielenterveysongelmien runsaasta kasvusta, hoitajanoista ja puutteellisesta hoitoonpääsystä. Se piti välttämättömänä palvelujen pariin pääsyn varmistamista kaikille apua tarvitseville ja korosti, että mielenterveyden häiriöiden hoitoon tarvitaan moniammatillista ja osaavaa henkilökuntaa.

Suomen perinataalimielenterveys, Äidit irti synnytysmasennuksesta, Ensi- ja turvakotien liitto ja Psykologiliiton Varhaisen kehityksen ja perhesuhteiden ammatillinen työryhmä antoivat yhteisen lausunnon. Ensi- ja turvakotien liitto antoi myös oman lausunnon. Ne kommentoivat, ettei esitys huomioi odottavien tai synnyttävien äitien ja heidän perheidensä tilannetta mielenterveyslainsäädännön osalta. Lisäksi lakiehdotuksesta puuttuvat perinataalijan eli lasta toivovien, raskaus- ja vauva-ajan menetyksiä kokeneiden, raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien sekä vauva-perheiden mielenterveyspalvelut. Ne esittivät, että lakiin tulee kirjata velvollisuus järjestää

ennaltaehkäisevät sekä välittömän hoitoon pääsyn takaavat perinataalijalan mielenterveyspalvelut lähipalveluina perheille, ja että Suomeen tulisi luoda perinataalimielenterveyteen erikoistuneita perus- ja erityistason yksiköitä, joissa vanhempia ja vauvaa voitaisiin hoitaa yhdessä. Lisäksi raskaana olevan tai pienen lapsen vanhemman mielenterveyden hoidossa tulee huomioida mielenterveyden hoito, vanhemmuuden tukeminen ja vuorovaikutuksen sekä perhesuhteiden hoito ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen arvioinnissa tulee huomioida syntymättömän lapsen hyvinvointi ja vauvan kehitykselliset, vuorovaikutukselliset ja mielenterveydelliset riskit. Lausunnossa ehdotettiin useita edellä mainitut ehdotukset sisältäviä muutoksia sosiaalihuoltolain, terveydenhuoltolain ja mielenterveyslain pykälien sisältöön.

Suomen Psykiatriyhdistys kommentoi, että lääketieteellisen arvioinnin merkitys sosiaalipuolella tulisi huomioida tarkemmin.

Suomen Psykologiliitto kommentoi muun muassa siitä, että perustason palveluissa tulisi olla riittävä henkilöresurssi ja käytettävissä mielenterveystyöhön myös psykologien osaamista osana moniammatillisia työryhmiä sekä suunnittelemassa ja toteuttamassa vaativimpia hoitoja että tukemassa muita sote-ammattilaisia palveluiden toteuttamisessa. Lausunnon mukaan on vaarana, että varsin väljä lainsäädäntö johtaa siihen, että hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa ja jakaessa niukkoja resurssejaan, mielenterveys- ja päihdepalvelut jäävät edelleen muun somaattisen terveydenhuollon ja ns. raskaan sosiaalihuollon alle huolimatta siitä, että ne on laissa tuotu yhteen, ja kansalaiset ovat myös alueellisesti epätasa-arvoisessa asemassa palveluiden saatavuuden suhteen. Erityisesti ennaltaehkäisevä työ jää lakiesityksessä varsin epämääräiseksi. Lisäksi lausunnon mukaan esityksessä kuvatuissa muissa maissa on perusterveydenhuollossa mahdollista hakeutua myös psykologin vastaanotolle, ja psykologeilla on hyvin vahva rooli mielenterveyspalveluissa. Suomalainen lainsäädäntö ei ole käytännössä lainkaan huomioinut psykologien ammattitaidon hyödyntämistä osana mielenterveyspalveluiden suunnittelua, toteutusta ja johtamista.

Suomen sosiaalioikeudellinen seura totesi, että lainsäädäntöuudistuksessa korostetaan sosiaalihuollon painopisteen siirtymää varhaiseen tukeen vahvistamalla yhteisösosiaalityötä sekä mielenterveyden edistämistä. Tätä ei kuitenkaan nähty riittävänä. Katsottiin, että uudistuksen kohderyhmää ovat erittäin heikossa asemassa olevat monien kokonaisvaltaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvitsijat, minkä vuoksi olisi välttämätöntä, että sosiaalihuoltolain mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut säädetään jatkossakin hyvinvointialueiden järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvaksi. EHYT ja Talentia olivat samaa mieltä. Talentia totesi, että sosiaalihuollon rooli viimesijaisena toimijana tulee ymmärtää, eikä sen toimintamahdollisuuksia tule kaventaa. STTK piti tärkeänä, ettei esitys heikennä hoitoon pääsyä tai siirrä päihdehuollon järjestämistä liian voimakkaasti terveydenhuollon vastuulle.

Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus STHL (STHL) piti hallituksen esityksen tavoitteita kannatettavina. Se piti kuitenkin epämääräisenä ilmaisua, että ”perusterveydenhuollon palvelujen on oltava saatavilla riittävässä määrin ja niiden on oltava riittävän laadukkaita ja toimivia” ja näki, että ilmaisu jättää mahdollisuuden eritasoisten palvelujen järjestämiseen eri alueilla ja asiakkaiden epätasa-arvoiseen kohteluun ja palvelujen saamiseen. Se kannatti pyskososiaalisen tuen järjestämistä yhteistyössä terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen kanssa sekä työnohjauksen järjestämisvelvoitteen laajentamista. Se piti keskeisenä sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden toimijoiden yhteistyötä ja yhteistyön resursointia sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen rahoitusta ja henkilöstön

saatavuuden varmistamista ja nosti esiin perusterveydenhuollon lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen riittävyyden, laadun ja toimivuuden.

Suomen ylioppilaskuntien liitto piti hyvänä lakimuutosten tavoitteita. Se kuitenkin näki, ettei esitysluonnoksessa huomioida korkeakouluopiskelijoita. Hyvinvointialueiden ja YTHS:n yhteistyötä ja sen merkitystä mielenterveydelle tulisi korostaa ja korkeakouluopiskelijoiden pääsy hyvinvointialueiden sosiaalipalveluihin tulee turvata.

Svenska Finlands folkting kommentoi, ettei esityksessä ole tuotu esiin sitä, miten ehdotukset vaikuttavat kielellisiin oikeuksiin ja miten pääsy palveluihin varmistetaan yhtäläisin perustein suomen- ja ruotsinkielisille kaksikielisillä hyvinvointialueilla. Tällä hetkellä osassa maata ruotsinkielisten on vaikea saada sosiaali- ja terveyspalveluja ruotsinkielellä. Erityisesti psyykkisiin ongelmiin kohdentuvissa palveluissa on suurta puutetta ruotsinkielentaitoisesta henkilöstöstä, esimerkiksi psykoterapeuteista. Svenska Finlands folkting ehdotti, että ruotsinkielisten pääsy mielenterveys- ja päihdepalveluihin arvioidaan esityksen nykytilassa ja että tilanteen parantamiseksi selvitetään ja esitetään tarpeelliset ehdotukset. Kielellisten oikeuksien toteutumiseksi tarvitaan erityisiä toimenpiteitä.

Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan hyvinvointitieteiden yksikkö kommentoi ensinnäkin, että nykyisessä lainsäädännössä asiakkaalla ja hänen läheisillään on subjektiivinen oikeus tarpeenmukaisesti päihdepalveluihin, ja tämä tulisi kirjata lakiluonnokseen täsmällisemmin, koska se säätelee asiakkaan tosiasiallisesti saamia palveluita. Lisäksi se totesi, että sosiaalihuoltolain 3 luvun 24 §:n päihdetyön siirtäminen 4 lukuun tarkoittaisi esimerkiksi, ettei sosiaalityöntekijä voisi jatkossa itsenäisesti arvioida päihdepalvelujen asiakkaan kuntoutustarvetta. Riski on, että sosiaalihuollon asiantuntemus ohitetaan päihteitä ongelmallisesti käyttävien kohdalla, jos palvelutarvetta arvioidaan vain terveydenhuollon näkökulmasta. Itsenäisen arvioinnin ja palveluohjauksen mahdollisuuksien heikentäminen vaikuttaa negatiivisesti myös asiakkaan valitusoikeuteen, millä on merkittävä rooli oikeuksien toteutumiselle käytännössä. Lisäksi katsottiin, että lakiluonnos rajaisi liikaa asiakkaalle tarjottavaa palveluvalikoimaa. Palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen ja yhteensovittamiseen tulee kiinnittää huomiota ja psykososiaalinen tuki tulisi tunnistaa palvelumuotona lääkkeellisten hoitojen rinnalla.

Terveen rahapelikultuurin puolesta ry esitti, että rahapeliongelma sanallistetaan sosiaalihuoltolakiin, terveydenhuoltolakiin ja päihdehuoltolakiin. Rahapeliongelma tai sen vakavampi muoto, rahapeli riippuvuus, on haitoiltaan ja esiintyvyydeltään niin merkittävä sekä yksilöä että yhteiskuntaa koskeva terveydellinen, sosiaalinen ja taloudellinen ongelma, ettei sitä tulisi käsitellä lainsäädännössä yläkäsitteen ”muut riippuvuudet” alle.

Terveyssosiaalityöntekijät piti mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevan lainsäädännön uudistamista ja käsillä olevaa esitysluonnosta tarpeellisenä. Se kommentoi, että lakimuutokset korostavat sosiaali- ja terveydenhuollon erillistä lainsäädäntöä, mikä on monelta osin tarpeellista, ettei jää epäselvyyttä siitä, kenen vastuulle palvelujen järjestäminen kuuluu. Se kuitenkin näki, ettei lainsäädäntö huomioi jo kentällä tehtävää moniammatillista integroitua työtä, jota tehdään esimerkiksi mielenterveys- ja päihdehuollon yhteistyössä. Asiakkaan edun mukaista on sekä sosiaali- että terveydenhuollon rinnakkain tehtävä työ. Terveyssosiaalityöntekijät toivoi, että sosiaalihuoltolain 29 a §:ssa korostettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden sisällä tehtävää moniammatillista työtä. Se piti tärkeänä, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaille on tarjolla myös matalan kynnyksen palveluja ja näki tärkeänä mielenterveyden edistämistä koskevan pykälän. Se kommentoi, että sosiaalihuoltolain 7 § ja 24 § vahvistavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden mahdollisuutta

hakeutua palveluihin halutessaan ja terveydenhuoltolain 27 § ottaa kantaa siirtymätilanteisiin palveluista toiseen, jotta asiakkaan toimintakyky ei pääse laskemaan tai asiakas ei tipu pois palvelupolusta. Se totesi, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tuen tarpeissa tulisi korostua varhaisen vaiheen työkyvyn tuen ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi ja lainsäädännössä tulisi käyttää termejä sosiaalihuollon ammattihenkilö tai sosiaalihuollon työntekijä ja määritellä, milloin käyttö on asiakkaan palveluiden suunnitelmien teossa asiakkaan palvelukokonaisuuden kannalta paras. Lisäksi moniammatillisen työn tulee korostua kaikessa mielenterveys- ja päihdelainsäädännössä.

Teuvan kunta toi esiin, että monimuotoisten palveluiden toimivuuden takia tulee nuorten osalta korostaa palvelujärjestelmässä nuorisotyön, etsivän nuorisotyön, koulujen ja muiden oppilaitosten opiskelija- ja oppilashuollon sekä perustason sosiaali- ja terveystalveluiden yhteensovittamisen ja verkostoitumisen tarvetta. Nuoren tulee päästä palvelupolulle ensikontaktista lähtien, tulee tämä tarve esille sitten missä tahansa julkisessa palvelussa, myös kuntien nuorisotyössä tai kouluilla muutoin kuin yksilökohtaisessa oppilas- ja opiskelijahuollossa.

THL kommentoi, että lakiuudistuksen yhtenä haasteena ovat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon erilaiset terminologiat ja ammatilliset perinteet, ja integroimisessa tuleekin huolehtia riittävästä käsitteellisestä yhtenäisyydestä. Kokemus- ja vertaistytön merkitys mielenterveys- ja päihdehoidossa tulee huomata. Tanskan mielenterveyspalvelujen esittelemistä toivottiin ja Iso-Britannian osalta kuvausta pidettiin puutteellisena. Lisäksi THL esitti, että sosiaalihuoltolain 3 §:ssä voisi käyttää muotoilua yksilöön ja yhteisöön kohdistuvasta työstä ja että sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain keskinäiset viittaukset tulee tarkistaa. Myös muutamiin tekstissä esiintyviin kirjoitusvirheisiin esitettiin korjauksia ja kommentoitiin ”päihdeongelmainen” –sanon käytön välttämistä.

Työterveyslaitos kommentoi, ettei esityksessä ole tuotu esiin työelämää tukevien toimijoiden roolia nykytilan kuvauksessa, säännöskohtaisissa perusteluissa tai itse lainsäädännössä. Työterveyshuollon rooli työntekijöiden työssä selviytymisen seurannan ja edistämisen sekä kuntoutukseen ohjaamisessa on asetukseen kirjattu velvollisuus, ja työterveyshuolto toimii muun terveydenhuoltojärjestelmän ja työelämän yhdyspinnalla. Myös Akava, EK, JHL ja SAK kommentoivat työterveyshuollon roolin puuttumisesta. SAK kannatti yleisesti esityksen tavoitteita, mutta näki, että esitetyt muutokset johtaisivat suurelta osin päinvastaiseen suuntaan eli palvelujen heikkenemiseen, integraation vaikeutumiseen ja asiakkaiden yhdenvertaisuuden ja sosiaaliturvan ongelmiin. KT kommentoi myös työterveyshuollon ja opiskelijaterveydenhuollon huomioinnin puuttumisesta.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (ETENE) kannatti mielenterveys- ja päihdepalvelujen siirtämistä osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon yleislainsäädäntöä, mutta totesi, ettei palvelutaso saa heikentyä siirtämisen seurauksena. Se ei nähnyt kaikilta osin selväksi, millaisia muutoksia esitys tuo voimassa olevaan lainsäädäntöön ja käytäntöihin. ETENE katsoi, että perheenjäsenten ja läheisten huomioimista palvelutarpeen arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa olisi hyvä korostaa vahvemmin, ja kokemusasiantuntijoiden ja vertaistukihenkilöiden roolin vahvistamista mielenterveys- ja päihdepalveluissa tulisi selvittää. Psykososiaalisen tuen osalta se katsoi, että käytännössä voi olla vaikea määrittää, onko kyseessä sosiaali- vai terveydenhuollon palvelu, ja näki, että esityksen tavoitetta olisi hyvä tarkentaa tältä osin. Lisäksi se nosti esiin lasten ja nuorten vaikeutuneen tilanteen mielenterveyspalvelujen saamisessa sekä sen, että mielenterveys- ja päihdepalveluja käsittelevissä osioissa oli puutteellisesti tietoa

iäkkäiden mielenterveys- ja päihdeongelmista ja toivoi myös tältä osin tarkennusta. Myös kielellisten oikeuksien toteutumista pidettiin ensiarvoisen tärkeänä.

Valtioneuvoston oikeuskansleri katsoi, että lausunnoilla ollut esitysluonnos on puutteellinen sääntämisympäristöjen osalta liittyen väkivaltaperusteen poistoon päihdehuoltolaista. Esityksessä tulisi käsitellä kyseisen säännöksen suhdetta tahdosta riippumatonta hoitoa koskeviin perus- ja ihmisoikeuksiin ja niiden rajoittamisedellytyksiin sekä esityksen perustuslainmukaisuutta tältä osin. Lisäksi sosiaalihuoltolakiin ehdotetun päihdetyön palveluna järjestettävän päiväkeskustoiminnan ja tilapäisen majoituksen osalta tulisi käsitellä perustuslain 21 §:n oikeusturvaa koskevan säännöksen kannalta. Myös sosiaalihuollon omatyöntekijän virkasuhteisuuteen tehdyn muutoksen osalta tulisi arvioida muutosta perustuslain 6 §:ssä säädetyn yhdenvertaisuuden kannalta.

Valvira nosti esiin esityksen sivun 145, jossa todetaan, että ”päihdehuoltolaissa oleva valtuus vahvistaa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella päihdehuoltolaissa tarkoitettuja päätöksiä annettaessa käytettävien lomakkeiden kaavat ehdotetaan muutettavaksi siten, että lomakkeiden kaavoja ei vahvistettaisi jatkossa ministeriön asetuksella vaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston määräyksellä. Kyse on teknisluonteisesta asiasta, joka ei edellytä lain tai asetuksen tasoista sääntämistä.” Valvira katsoi, että kyse ei ole teknisluonteisesta asiasta, koska muutoksen perusteella Valviralle säädettäisiin uusi tehtävä. Valviran mielestä tehtävä soveltuisi paremmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimivaltaan. Jos se säädettäisiin kuuluvaksi Valviralle, tulisi jatkovalmistelussa huomioida siihen tarvittavat resurssit. Lisäksi Valvira piti palveluiden kehittämisen ja vaikuttavuuden kannalta tärkeänä, että palveluiden käyttäjien, kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden kokemukset ja näkemykset palveluiden toimivuudesta otetaan aiempaa paremmin huomioon erityisesti, kun palvelujen järjestämisvastuu on siirtymässä uusiin rakenteisiin hyvinvointialueille. Se katsoi, että tämä olisi hyvä tuoda selkeästi esille sekä sosiaalihuoltolain että terveydenhuoltolain perusteluissa.

Vammaisfoorumi kommentoi, että lakikokonaisuuden rakenne on sinänsä selkeä ja perusteltu. Mielenterveys- ja päihdepalveluilta edellytetään saatavuutta ja esteettömyyttä koskien tiedonsaannin saavutettavuutta ja toimintaympäristöjen esteettömyyttä. Vammaisfoorumi nosti esiin myös oikeuden saada palveluita suomeksi, ruotsiksi, viittomakielellä tai saamelaisalueella saamen kielellä. Lisäksi se totesi, että kehitysvammaisten tai autismin kirjoon kuuluvien kohdalla on voitu virheellisesti päätyä tahdonvastaisiin hoitoratkaisuihin, kun ei ole ollut resursseja vastata vammasta johtuvaan yksilölliseen hoidontarpeeseen, joka ei välttämättä johdu mielenterveyden häiriöstä. Toisaalta kehitysvamma voi estää pääsyn mielenterveyspalveluihin, kun oireilu nähdään osana vammaisuutta. Katsottiinkin, että sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon yhteistyötä pitäisi tiivistää ja päihde- ja mielenterveysammattilaisten osaamista vammaisuudesta lisätä. Lisäksi huomautettiin, että yhdenvertaisuuslaki edellyttää muun muassa viranomaisen ja palveluntarjoajan tekemään yksittäistapauksessa kohtuullisia mukautuksia myös mielenterveys- ja päihde- tai muiden riippuvuusikäytymisen palveluiden saamiseksi, joissa voi olla kyse esimerkiksi toimitilaan pääsystä, kuten pyörätuoliluisen hankkimisesta tai itse mielenterveys- tai päihde- tai muiden riippuvuusikäytymisen palveluiden mukauttamisesta vammaisen ihmisen tarpeisiin nähden. Myös Sininauhaliitto edellytti palvelujen esteettömyyden huomioimista ja katsoi, että läheisten päihdepalvelujen tulee kattaa myös tilanteet, joissa läheisen tuen tarve jatkuu päihteitä käyttäneen kuoleman jälkeen.

Vammaisten henkilöiden oikeuksien neuvottelukunta VANE piti esityksen tavoitteita hyvinä ja perusteltuina ja katsoi, että siinä on hyvin huomioitu vammaisyleissopimus sekä muut keskeiset perus- ja ihmisoikeusvelvoitteet ja että esitys edistää vammaisten ihmisten oikeutta saada tarvitsemiaan palveluja ja hoitoa yhdenvertaisesti muiden kanssa. Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen toteuttamisen osana yleisiä palveluja katsottiin vähentävän niihin liittyvää stigmaa ja madaltavan siten mahdollisesti kynnystä hakeutua palvelujen piiriin. Huomiota kiinnitettiin riippuvuuksien moninaisuuteen ja vammaisten henkilöiden tosiasialliseen yhdenvertaisuuteen mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen saamisessa.

Vanhusasiavaltuutettu kannatti useita esityksen tavoitteita ja piti erityisen hyvänä esitystä liikkuvan avohoidon palvelumuodoista, jotka kohentaisivat esimerkiksi ikääntyneiden kansalaisten mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta. Se kommentoi kuitenkin, että esitysluonnoksessa oli vain harvoissa kohdissa mainittu muutosten vaikutuksista ikääntyneiden henkilöiden asemaan ja piti tärkeänä, että uudistuva lainsäädäntö tukee iäkkäiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen tosiasiallisen saatavuuden parantamista sekä sosiaalityön vahvistamista ja kynnyksettömien kohtaamispaikkojen tarjoamista kaikenikäisille.

Vankiterveydenhuolto totesi, että vankiterveydenhuolto tulisi asemoida selkeästi valtion sairaaloiden (Vanhan Vaasan sairaalan ja Niuvaniemen sairaalan) kanssa THL:n alaisuuteen valtion palveluihin.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että päihdehoito tulee määritellä sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain tavoitteeksi, jos päihdehoito määritellään erikseen näissä laeissa. Asiakkaan oikeusturva ei saa vähentyä ja asiakkaalla tulee olla vahva oikeus saada kiireellistä ja akuuttia päihdehoitoa sekä päästä päihdehoitoon oikea-aikaisesti ja tarpeensa mukaisesti. Lisäksi lausunnossa katsottiin, että esityksessä käytetyt termit, esimerkiksi päihdehoito, päihdetyö ja päihderiippuvuus-palvelut, jäävät epäselviksi. Ne tulisi määritellä tarkemmin sekä eritellä tarkemmin, mitkä palvelut kuuluvat terveydenhuoltoon ja mitkä puolestaan sosiaalihuoltoon.

Yhdenvertaisuusvaltuutettu kommentoi, että se pitää esityksen päätavoitetta parantaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asemaa kannatettavana ja kannatti myös sitä, että esitys yhdenmukaistaisi sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisia asiakasmaksukäytäntöjä ja vähentäisi palveluiden järjestämisen alueellista vaihtelua. Se totesi kuitenkin, etteivät uudistuksen tavoitteet toteudu, jos nykyisen järjestämisvelvollisuuden piirissä olevat päihdetyön mukaiset säännökset (sosiaalihuolto-lain 24 §) jätettäisiin ehdotuksen mukaisesti järjestämisvelvollisuuden ulkopuolelle. Se kommentoi lisäksi, että esityksen perus- ja ihmisoikeuksia koskevassa vaikutusarviointiosiossa ei ole peilattu oikeutta sosiaali- ja terveyspalveluiden toteutumiseen eri syrjintäperusteiden osalta. Omaa erillistä kappaletta lapsivaikutuksista pidettiin hyvänä, mutta yhdenvertaisuusvaikutusten arviointia toivottiin sellaisten potilaiden kohdalla, joihin kohdistuu moniperusteisen syrjinnän uhka.

YTHS piti suurinta osaa ehdotetuista uudistuksista ongelmattomina. Se nosti kuitenkin esiin, että terveydenhuoltolain 1 §:ssä ei mainita, että lakia sovelletaan osittain, terveydenhuoltolain 17 §:n mukaisesti myös Kelan järjestämässä korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollossa ja piti välttämättömänä säätää tarkemmin siitä, miltä osin terveydenhuoltolain uudet säädökset koskevat YTHS:n tuottamia palveluja. Esitysluonnoksessa esitetään terveydenhuoltolain 3 lukuun lisättäväksi pykälät 27 § ja 28 § koskien mielenterveys- ja päihde- ja riippuvuuspalveluja, ja jos nämä määrittelevät jatkossa opiskeluterveydenhuollon sisältöä, laajenevat opiskeluterveydenhuollon tehtävät selvästi. Lisäksi opioidikorvaushoidosta säädettäisiin jatkossa terveydenhuoltolaissa, jolloin olisi riski, että niiden tuottamisen tulkittaisiin kuuluvan opiskeluterveydenhuoltoon. Lisäksi terveydenhuoltolain 27 §:ssä esitetään säädettäväksi, että mielenterveyspalveluja on toteutettava

myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä, mihin liittyisi merkittäviä haasteita Kelan järjestämän opiskeluterveydenhuollon osalta.