

Asia: VN/29418/2023

Hallituksen esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksiksi lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamiseksi

Lausunnonantajan lausunto

1. Edustaako vastaaja

Jotakin muuta

2. Toteuttaako ehdotettu säädöskokonaisuus tavoitetta lasten ja nuorten mielenterveyden varhaisen vaiheen tuen ja hoidon saatavuuden parantamisesta perustason palveluissa?

Ei, vaan tarvittaisiin ehdotetun sijaan ja/tai lisäksi seuraavia toimia [Lakiesitys ei paranna lasten ja nuorten tarpeenmukaista, varhaisen tuen ja hoidon saatavuutta perustason palveluissa, vaan voi pahimmillaan jopa vaarantaaärkevän hoidon toteutumisen. Tämä johtuu lain lähtökohtana olevan ”terapiatakuu” ajattelun virheellisyydestä sekä lakiesityksestä puuttuvista, välttämättömien kansallisten tukirakenteiden luomisesta. Lain tavoitteet eivät tule toteutumaan, ellei näitä puutteita korjata. Lakiesityksessä kuvataan hyvin, kuinka lasten ja nuorten mtp-järjestelmän kokonaisvaltainen ja pitkäjänteinen kehittäminen on ollut Suomessa puutteellista. Lakiesitys ei kuitenkaan tartu tähän keskeiseen ongelmaan, eikä lainkaan yritä korjata ongelman juurisyitä: eli vahvistaa kokonaisjärjestelmän ohjausta, vähentää alueellista variaatiota ja tehostaa palveluita kansallisena kokonaisuutena. Tämä on hämmästyttävää, koska STM on Suomessa viime vuosina tukenut kymmenillä miljoonilla useita psykososiaalisten menetelmien kansallisen ja alueellisen koordinaation tukirakenteita edistäviä hankkeita. Tämä kansallinen terapiatakuuta valmistellut työ näyttää valmistelussa kokonaan unohtuneen. Kansallisten tukirakenteiden turvaaminen onnistuisi käytännössä vain avaamalla ns. keskittämisasiasetus ja säätämällä siinä kansallisesta mielenterveyspalveluiden osaamiskeskuksesta, sekä vahvistamalla YTA-kohtaisten osaamiskeskusten rooleja ja tehtäviä. Näin maahan syntyisi välttämätön osaamiskeskusten verkosto, jonka avulla psykososiaalisten hoitojen kehittymistä voitaisiin jatkaa. Kääntäen mikäli kansallista kehittämistyötä ei tässä lakiesityksessä huomioida ja sen muuttumista pysyviksi rakenteiksi turvata, STM käytännössä itse aiheuttaa viime vuosina rahoittamansa koordinaatio- ja kehittämistyön sekä kansallisen psykososiaalisten menetelmien yhteiskehittämisen ja kansallisten tukipalveluiden alasajon. Kansallisen yhteistyön keskeinen tavoite on yhtenäistää hoitojen sisältöjä ja niiden porrastusta niin, että kansalaisten yhdenvertaiset palvelut toteutuvat. Nykyisellään lakiesitys ei lainkaan huomioi tätä perustuslainkin kannalta keskeistä velvoitetta. YTA-kohtainen yhdenvertaisuus ei oleärkevä eikä juridisesti kelvollinen yhdenvertaisuustavoite. Lisäksi lakiesityksen logiikalta on

pudonnut pohja perusterveydenhuollon hoitotakuun 3kk pidentämisen myötä. Terapiatakuu ei voi olla ensimmäinen ”taattu” hoitomuoto peruspalveluissa. Tämä edellyttää lain kirjoittamista perusteita myöden uudelleen. Nykymuotoisen terapiatakuun seuraus on hyvinvointialueiden toiminnan ohjautuminen terapiatakuun kirjaimen täyttämiseen, mikä on helpoiten toteutettavissa ulkoistamalla terapiavaihe kokonaan. Tämä romuttaa pahimmillaan jo muutenkin huonossa talous- ja henkilöstötilanteessa olevat mielenterveyspalvelut. Lakiesitys pitäisi siis kirjoittaa logiikaltaan uudestaan niin, että se huomioi kesken valmistelun toteutetun perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentämisen. Tässä vaiheessa terapiatakuun voimaantuloa tulisi lykätä 2026 alkuun, ja lakiesitykseen lisätä onnistumisen edellyttämät kansalliset tukirakenteet.]

3. Onko sääntely takuun piiriin kuuluvista psykososiaalisista interventioista terveydenhuoltolain 53 §:n ja opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:n säännöksissä soveltamisen kannalta toimiva?

Ei, vaan säännöksiä olisi muokattava seuraavalla tavalla [Lain lähtökohta, jossa spesifejä hoitomenetelmiä ei säädetä lailla tai asetuksella on oikea lähestymistapa. Samoin yliopistollisten hyvinvointialueiden rooli siinä, että ne toisaalta arvioivat ja seuraavat vaikuttavien menetelmien kehittymistä, ja toisaalta tukevat hyvinvointialueita menetelmien ylläpidossa on pääpiirteissään oikea. Terminologisesti lakiesityksessä on keksitty jo valmiiksi sekavalle kentälle vielä aivan uusi, kansainvälistä vertailukohtaa vailla oleva ilmaisu ”psykoterapiasta johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito”. Tämä on sinänsä hyvä yritys kuvata vaikeaa asiaa, mutta käytännössä yhtään uutta termiä ei saisi lainsäädäntöön enää kirjoittaa. ”Psykososiaalinen interventio” riittäisi termiksi hyvin, kunhan lainsäädäntöön kirjoitetaan selkeästi prosessi jolla sen sisältö määritellään. Käytännössä tämä prosessi on jo keskittämisesetuksen myötä olemassa; puuttuu vain kansallisen osaamiskeskuksen toteuttama koordinaatio. Lakiesitykseen sisältyvä käsite ”perusterveydenhuollossa annettava psykoterapia” ei vastaa hyvinvointialueilla rakentuvia käytäntöjä eikä alan hoitosuosituksia. Hoitosuositusten mukaisesti perusterveydenhuoltoon kuuluvat erilaiset matalan kynnyksen hoitomuodot (1. porras) sekä määrämittaiset lyhytterapiat (2.porras) mutta varsinaisen psykoterapian järjestäminen tai tuottaminen ei ole perusterveydenhuollon vastuulla. Lakiesitys ylittää tässä kohdin juridisen mandaattinsa pyrkiessään muuttamaan toisaalta hoitosuosituksia (sisältöohjauksen) että toisaalta järjestämislain mukaisen hyvinvointialueiden oikeuden järjestää tarpeenmukainen psykoterapia haluamallaan tavalla. Lakiesityksen perustelumiestio vilisee erilaisia copyright – suojattuja hoitomuotoja, joiden käyttö tuskin Suomessa jää kovin pitkäikäiseksi. Näiden käyttö esimerkkinä aiheuttaa absurdin lopputuloksen, kun kustannusvaikuttavuuslaskelmat perustetaan niihin. Lakiesityksen oletusten mukaisesti nuorten masennusta voitaisiin hoitaa 7 käynnillä ja ahdistusta 11 käynnillä. Mitään tieteellisiä perusteita tällaisille pituus oletuksille ei tosiasiaassa ole. Nettiterapia – eri tavoin digitaalisesti tuettu terapia – on arkipäivää jo nyt, ja tulee yleistymään jatkossa eri muodoissaan. Kyse ei ole itsenäisestä hoitomuodosta, vaan hoidon toteuttamistavasta. Terapiaa voidaan toteuttaa video-, puhelin- tai chat- pohjaisesti, synkronissa tai epäsynkronisesti. Suomessa tarjottava nettiterapia on käytännössä CBT:tä. Sen vaikuttavuus on kattavasti osoitettu. Lakiesityksessä ei tulisi ottaa kantaa hoidon toteuttamistapaan, vaan pohtia ainoastaan potilaiden oikeutta päästä vaikuttavaan terapiaan. Digituettujen hoitomuotojen poissulku ei ole tieteellisesti perusteltua, ja vaikeuttaa entisestään hyvinvointialueiden palveluiden järjestämistä.]

4. Onko takuun piiriin kuuluvan psykososiaalisen hoidon aloittamisen enimmäisajan määrittely terveydenhuoltolain 53 §:ssä ja opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:ssä soveltamisen kannalta toimiva?

Ei, vaan säännöstä olisi muokattava seuraavalla tavalla [Kuukauden alkamisaika on sinänsä hyväksyttävä ja perusteltu hoitomuodoille, joita ei ole tarkoitettu 1. portaan eli ensilinjan

hoitomuodoiksi. Ongelma syntyy siitä, että koko lainsäädäntö on kirjoitettu tästä lähtökohdasta: eli että ennen terapiatakuuta potilaille ja asiakkaille on tarjottu muunlaista apua osana perusterveydenhuollon palveluita. Tämä lähtökohta poistui perusterveydenhuollon hoitotakuun pitkittyessä. Laki pitäisi kirjoittaa uudestaan niin, että se edellyttäisi 1. portaan hoitojen kokeilemista niin nopeasti, että kuukauden aikarajan kohdalla voitaisiin jo arvioida mikäli 1. portaan hoidot riittivät vai pitääkö hoidon intensiteettiä nostaa. Toisin sanoen PTH-hoitotakuun poistuessa tähän lakiin pitäisi selkeästi kirjata mitä ennen terapiatakuun käynnistymistä pitäisi tehdä.]

5. Onko takuun piiriin kuuluvan mielenterveystyön palveluna annettavan psykososiaalisen tuen ja psykososiaalisten työmenetelmien määrittely sosiaalihuoltolain 25 a §:ssä soveltamisen kannalta toimiva?

En osaa sanoa

6. Onko takuun piiriin kuuluvaa mielenterveystyön palvelua koskevan päätöksen toimeenpanon sääntely sosiaalihuoltolain 45 §:ssä soveltamisen kannalta toimiva?

En osaa sanoa

7. Onko esitetty 2 a §:n sääntely valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta riittävä terveydenhuollon menetelmien osalta?

Ei

Perustelut ja mahdolliset kehittämisehdotukset

Hyvinvointialueet ovat valmistelleet jo YTA-sopimuksiaan pitkälle, ja prosessi on selkeästi osoittanut, että psykososiaalisten menetelmien sääntely yhteistyösopimuksessa ei tule onnistumaan. Käytännössä YTA- sopimusprosessissa on mahdollista sopia vain asioista, joista kaikki alueet ovat täysin yksimielisiä. Tämän vuoksi ei ole realistista olettaa sopimusmekanismin toimivan tässä tapauksessa, kun tavoitteena olisi myös siirtää rahaa ja määrittelyvaltaa YTA-tasoisien koordinaation ja koulutusten toteuttamiseen.

Keskittämisasiasetus on ollut pitkään voimassa ilman että sitä on noudatettu. Ei ole mitään perusteita olettaa asian nyt äkillisesti muuttuvan, kun hyvinvointialueiden taloustilanne on ennennäkemättömän heikko. Käytännössä YTA- ja kansallisen tason koordinaatio voi toteutua vain, mikäli keskittämisasiasetus avataan, kansallinen osaamiskeskus määritellään ja tehtävät kirjoitetaan selkeästi nykyistä sitovammin.

Päätelmä yhteistyön toteutumisesta ilman asetuksen muuttamista on näkemyksemme mukaan selkeästi eduskuntaa harhaanjohtava:

"Valmistelussa pohdittiin myös keskittämisasiasetuksen 4 §:n 6 kohdan täydentämistä niin, että psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito toteutettaisiin valtakunnallisessa yhteistyössä. Kohtaa ei kuitenkaan täydennetty, koska yhteistyön katsottiin toteutuvan yliopistosairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden välillä ilman asetuksen muuttamista."

Mitään mekanismeja tai rakenteita kansalliselle yliopistosairaaloitten väliselle yhteistyölle ei ole olemassa, ellei niitä lainsäädännöllä erikseen perusteta.

8. Onko esitetty 2 a §:n sääntely valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta riittävä sosiaalihuollon menetelmien osalta?

Ei

Perustelut ja mahdolliset kehittämissuhteet

Myös sosiaalihuollon osalta olisi välttämättä saatava perustettua kansallinen sosiaalialan menetelmien osaamiskeskus. Tämä tekisi yhteistyötä psykososiaalisten menetelmien ja digitaalisten mielenterveyspalveluiden osaamiskeskuksen sekä vaikuttavuuskeskuksen kanssa mm. tässä takuulainsäädännössä määriteltävien asioiden yhdenvertaiseksi toteuttamiseksi.

9. Miten lasten ja nuorten terapiatakuun enimmäisaikojen toteutumisen seuranta olisi tiedonhallinnan näkökulmasta tarkoituksenmukaista toteuttaa?

Toteutetaan kuten lakiesityksessä on ehdotettu. Hyvinvointialueet veloitetaan seuraamaan määräaikoja omista järjestelmistään. Tämä onnistuu, kuten muidenkin hoitotakuiden seuranta on onnistunut.

10. Millaista kansallista ohjausta ja toimenpiteitä esitetyn lainsäädännön onnistunut toimeenpano mielestänne edellyttää?

Nykyinen keskittämisasiasetuksen lähtökohta siitä, että psykososiaalisten menetelmien arviointi ja osaamisen ylläpito on toteutettava palvelujärjestelmän sisäisenä yhteistyönä, on yhä kestävä lähtökohta. Menetelmien arviointia ei voi erottaa koulutusten ja osaamisen ylläpidosta, koska menetelmien käyttöönotossa on kyse vuosien mittaisista prosesseista ja pitkistä sitoutumisista, joita ei palvelujärjestelmän ja järjestämisvastuun ulkopuolelta voi määrällä. Järjestämisvastuun ja sisältöohjauksen on kuljettava käsi kädessä, koska näitä ei voi psykososiaalisten menetelmien osalta selkeästi erottaa.

Käytännössä keskittämisasiasetusta ei kuitenkaan ole noudatettu johtuen toisaalta a) ympäröivästä sananmuodoista ja b) kansallisen koordinaatiotahon puutteesta.

Kansallisen koordinaatiotahon (osaamiskeskuksen) mallisia toimijoita Suomessa on jo useita, näistä vakiintuneimpana kansallinen syöpäkeskus. Malli on osoittautunut erittäin toimivaksi suomalaisessa kontekstissa - ja käytännössä välttämättömäksi, jotta yliopistollisten hv-alueiden (ja YTA-alueiden) yhteistyörakenteet ja verkostot saadaan pidettyä yllä.

Käytännössä kansallinen koordinaatio tulisi toteuttaa määrittelemällä nykyisen lainsäädäntöprosessin osana keskittämisasiasetukseen ”kansallinen psykososiaalisten menetelmien ja digitaalisten mielenterveyspalveluiden osaamiskeskus” ja konkretisoimalla vastaavasti YTA-tasojen osaamiskeskusten tehtävät.

11. Hallituksen keväällä 2024 tekemä päätös perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentämisestä 14 vuorokaudesta 3 kuukauteen tulee kiireettömän hoidon osalta vaikuttamaan ensimmäisen hoitotapahtuman järjestämisen enimmäisaikaan perusterveydenhuollossa. Edellyttäisikö tämä muutos toteutuessaan mielestänne muutoksia terapiatakuusääntelyyn?

Kyllä

Perustelut ja mahdolliset ehdotukset

Perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentäminen 3 kuukauteen vaikuttaa oleellisesti terapiatakuuseen, ja edellyttää, että koko lainsäädäntö mietitään ja kirjoitetaan uudelleen.

Terapiatakuun käynnistyminen edellyttäisi useita erilaisia toimenpiteitä ennen terapiajonoon pääsyä: kokonaisvaltaisia arvioita, somaattisia tutkimuksia, tukea ja 1. portaan nopeita hoitoja. Mikäli nämä kaikki jäävät pois, tulee terapiasta ensilinjan hoito, mikä olisi selkeästi hoitosuosituksen vastainen toimintatapa.

Terapiatakuusäntely tulee näin ollen kirjoittaa uudestaan huomioiden perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentyminen eli esitystä tulee korjata sisältöjen ja takuuajkojen osalta kompensoimaan perusterveydenhuollon hoitotakuun muutokset

Käytännössä laki edellyttää niin suuria muutoksia, että sen voimaantuloa tulisi lykätä vuoden 2026 alkuun. Samalla ehdittäisiin säätää kansallisesta ja YTA-tasoisista osaamiskeskuksista keskittämisasetuksella, sekä valmistautua asiaan kunnolla.

12. Muu palaute liittyen hallituksen esitysluonnokseen

Kansallinen yhteistyö ja kansalliset tukipalvelut ovat välttämättömiä terapiatakuun toteuttamiseksi ja tehokkaan psykososiaalisten hoitojen järjestelmän ylläpitämiseksi Suomessa.

Osaamiskeskusmallin pohdinta ja soveltaminen mielenterveysalalla olisivat merkittävä edistysaskel mielenterveysalalle. Nykyisellään mielenterveyspalvelujen kysyntä on niin suurta, että tuottavuuden lisääminen on mahdotonta ilman digitalisaation uusia ratkaisuja. Ehdotettu Kansallinen osaamiskeskus on keskeinen sekä psykososiaalisten menetelmien käyttöönotolle ja ylläpidolle, mutta myös turvalliselle digitaalisten mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi Suomessa. Tämä on välttämätöntä, mikäli palveluiden tehostamisessa halutaan onnistua.

Suomalaisten mielenterveyspalveluiden pitkän tähtäimen kehittymisen kannalta keskeistä olisi, että ns. keskittämisasiasetus avattaisiin ja palvelujärjestelmään perustettaisiin sekä kansallinen osaamiskeskus että osaamiskeskusten verkosto selkeillä tehtävillä. Ilman näitä rakenteita ei ole odotettavaa, että nyt esitettävä terapiatakuu parantaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita Suomessa.

Jääskeläinen Erika
Suomen Psykiatriyhdistys