

Asia: VN/29418/2023

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

Lausunnonantajan lausunto

1. Edustaako vastaaja

Muuta valtion viranomaista

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 [THL arvioi, että lasten ja nuorten terapiatakuun tavoite on sinällään kannatettava: sillä mahdollistetaan rahoituksen kohdentaminen hyvinvointialueille lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihde-palveluiden saatavuuden parantamiseksi. Esitetyllä toimenpiteellä voidaan tukea mielenterveysstrategian rahoituksella toteutetun koulutuksen juurtumista sekä mielenterveysstrategian ja päihde- ja riippuvuusstrategian toimeenpanoa. Interventiokoulutuksilla mielenterveysosaaminen paranee ja heijastuu laajemminkin palveluiden laatuun. Jotta terapiatakuu voidaan toteuttaa käytännössä, perustason resursseja täytyy vahvistaa. On ollut epäselvyyttä siitä, keiden ammattilaisten tehtäviin interventioiden toteuttaminen sisältyy. Siksi interventioiden saatavuuden kannalta olisi tärkeää, että lain perusteluissa olisi maininta siitä, että interventioiden toteuttaminen on mm. osa kouluterveydenhuollon erityistä tukea (terveydenhuoltolaki 16 §) ja opiskeluhuollon kuraattorin ja psykologin opiskelijan hyvinvointia ja psyykkisiä valmiuksia tukevaa työtä (oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 7§). Hallituksen esityksen (HE) perusteluissa todetaan, että lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja tuen haaste on palvelujärjestelmän sirpaleisuus. Erityisesti asiaan liittyvissä selvityksissä on noussut esille vastuutahon puuttuminen perusterveydenhuollon lasten ja nuorten mielenterveyspalveluista. Tavoite parantaa lasten ja nuorten mielenterveyden varhaisen vaiheen tuen ja hoidon saatavuutta perustason palveluissa edellyttäisi ensisijaisesti palvelujärjestelmän hajanaisuuden ja em. palveluaukkojen korjaamista, mikä loisi paremmat edellytykset myös vaikuttavien psykososiaalisen tuen interventioiden implementaatiolle. Hallitusohjelman esityksessä (HE:ssä) todetaan, että lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja tuen haaste on palvelujärjestelmän sirpaleisuus. Kasvatus- ja perheneuvonnan osalta on tunnistettu kehittämistarpeita liittyen perustehtävän kirkastamiseen, tiedonhallintaan, resursointiin, saatavuuteen ja osaamisen vahvistamiseen liittyen. Terapiatakuuesitys ei ratkaise rakenteellista hajanaisuutta. Maahanmuuttopalveluissa, vankiterveydenhuollossa ja sijaishuollossa olevat lapset ja

nuoret ovat haavoittuvimmassa asemassa. Ei ole realistista olettaa (kuten HE:ssä tehdään), että lastensuojelun sijaishuollossa, etenkin laitossijoituksessa, ovat pääsevät terapiatakuun piiriin sujuvasti matalan kynnyksen palveluiden kautta. Miten hyvin HE:n määritelmän mukaiset työmenetelmät sopivat näille lapsille ja nuorille? Näissä palveluissa ei ole riittävää osaamista terapiatakuun kuvaamiin lähestymistapoihin. Kuka vastaa koulutuksesta, riittääkö resurssi interventioihin, miten jatkuvuus interventioiden aikana turvataan? Näiden erityisen haavoittuvassa asemassa olevien lasten ja nuorten tarpeiden huomioimiseksi tulisi erikseen varmistaa riittävät resurssit ja osaaminen tarvittaessa monimuotoisiin palveluihin, eikä HE ole tässä riittävä.]

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 [THL tukee terapiatakuun porrastettua käyttöönottoa siten, että takuun piiriin tulevat ensin erikseen nimetyt, määrällisesti rajatut interventiot. Muuten interventioiden toteuttaminen ja osaaminen pirstaloituu ja seurantamahdollisuus heikkenee. Ei kuitenkaan ole realistista, että tässä kohtaa ulotettaisiin palveluvalikoima koskemaan kaikkia väestöryhmiä ja tuen tai hoidon syitä. Uusien avauksien sijaan ehdotetulla rahoituksella tulee vahvistaa niitä asioita, joita ollaan jo tekemässä, eli yleisimpien mielenterveyden häiriöiden interventioiden juurruttaminen. Tässä vaiheessa painottuu jo käyttöönotettujen menetelmien seuranta- ja tukirakenteiden vahvistaminen, kotipesätoiminnan käynnistäminen muutaman menetelmän kautta, koulutusten akkreditointi ja menetelmäohjaukset. Tarve uusien menetelmien valinnalle sekä soveltuvuuden ja käytettävyyden arvioinnille tulee vasta sitten kun nyt levitetyt menetelmät ovat riittävän vahvalla pohjalla. Terapiatakuu-esityksessä ei huomioida, miten päihteitä riskitasolla käyttävien tai riippuvuuden (ml. rahapeli riippuvuus) kanssa elävien lasten ja nuorten tuen ja hoidon tarvetta. Päihdehäiriöiden ja riippuvuuksien jo vaikuttavaksi osoitettujen interventioiden saatavuus on Suomessa heikko, ja stigma taas voi vaikuttaa paitsi palveluihin pyrkimisen esteenä niin myös henkilöstön suhtautumisessa, lähetekäytännöissä ja palveluvalikoimassa yleisesti. Päihteiden käyttö tai riippuvuutta aiheuttava toiminta voi ilmetä vasta hoidon aikana. Nuorten kuolleisuudessa päihteillä on keskeinen rooli. Valmistelut yhdenvertaisen palveluvalikoiman laajentamiseksi esimerkiksi päihdeongelmien, riippuvuuksien, syömishäiriöiden ja nuorten käytöshäiriöiden osalta tulee aloittaa pikaisesti. Lisäksi tulee jatkaa valmistelua, jotta voidaan varmistaa yhdenvertaisuutta erityisesti sellaisissa tilanteissa, joissa lyhyet yksilöön kohdentuvat interventiot eivät ole riittäviä. Lakiesitystä tulee tarkentaa terveydenhuollon keskittämisasiäsetuksen osalta.]

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 [THL ei kannata aikarajaan perustuvaa lain toteutusta. HE esitys ei ole riittävä varmistamaan tiedon keruuta ja tarkennuksia tarvitaan. Yleisellä tasolla olisi toivottavaa, että sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia, eri ikäisille säädettyjä erillisiä aikarajoja lainsäädännössä yhdenmukaistettaisiin. Terveydenhuoltolaki, laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta, oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, lastensuojelulaki, sosiaalihuoltolaki, ja nuorisolaki määrittävät keskenään ristiriitaisia ikä- ja aikarajoja arvioinnin, tuen ja hoidon osalta. Tämä HE tuottaa terapiatakuun piiriin kuuluvien menetelmien/palveluiden osalta yhdenmukaisuutta aikarajoihin, mutta luo myös jälleen uusia aikarajoja. Jokainen eroavaisuus lainsäädännössä tuottaa lisää hallinnollista työtä (asiakasprosessien operationalisointi tietojärjestelmissä sekä palveluiden toteutukseen, seurantaan ja ohjaukseen liittyvien asioiden suunnittelu, viestintä ja toteutus). Takuaikaan perustuva toteutus korostaa

kohdentumista tarkkarajaisiin mielenterveysongelmiin ja yksilöinterventioihin, jolloin erityisesti perheiden, lasten, ryhmämuotoisen ja monimuotoisen tuen tarpeessa olevien tuen ja hoidon saanti uhkaa jäädä takuun ulkopuolelle. Psykososiaalisen hoidon tarpeen toteaminen, määrittely ja motivointi voivat vaatia useita tapaamisia ja mahdollisesti kokeillaan useita lähestymistapoja. Aikarajat tulevat haastetuksi, kun aloitettu interventio ei osoittaudu oikeaksi tai tarve ja toteutus tapahtuvat sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Sosiaalihuoltolain §36 3kk aikaraja palvelutarpeen arvioinnista ja palvelupäätöksestä ja HE 1kk aikaraja terapiatakuulle asian vireille tulosta on mahdotonta yhteensovittaa. Vallitsevassa henkilöstötilanteessa uusien määräaikojen käyttöönottoon liittyy merkittävä riski vuokratyövoiman käytöstä ja henkilöstökustannusten arvaamattomastakin kasvusta. Hyvinvointialueiden vuokratyövoimankäyttöä selvittävän verkoston toimenpide-ehdotuksissa tunnistettiin tarve arvioida mahdollisuuksia lieventää määräaikaista sellaisia tehtäväkohtaisen lainsäädännön säännöksiä, jotka lisäävät henkilöstötarvetta pistemäisesti. Verkoston työskentelyssä nousivat esiin niin henkilöstömitoitus kuin erilaiset hoitoon pääsyn määräajat. Vuokratyövoiman kehitys on useissa ammattiryhmissä ollut nopeaa ja kansallinen tietopohja ja tilannekuva on tällä hetkellä riittämätön.]

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

Ei, vaan sitä olisi muokattava seuraavalla tavalla [THL katsoo, että myös sosiaalihuollossa on jo nyt osittain mahdollista toteuttaa psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Ehdotus siitä, että hyvinvointialue päättää missä näin toimitaan, on kannatettava. Ehdotamme harkittavaksi terapiatakuuesityksen muokkaamista niin, että työ pystytään luontevammin istuttamaan osaksi sosiaalihuollon kokonaistehtävää. Esitys pilkkoo sosiaalihuollon perhepalveluissa tehtävän kokonaisvaltaisen ja perhekeskeisen työn ja irrottaa ao. palveluissa osana asiakkuusprosessia hyödynnettävät menetelmät keinotekoisesti omaksi palvelukseksi. Riskinä on, että tämä vahvistaa samalla ajatusta, että asiakkaat ovat vaikuttavan tuen piirissä ainoastaan saadessaan ao. menetelmin toteutettua tukea. Aikarajoista luopuminen ja sisältöön keskittyminen vähentäisi tätä riskiä sosiaalihuollossa kuten terveydenhuollossakin. Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen ja varhainen tuki sosiaalihuollon perhepalveluissa toteutuu pääasiassa tukemalla vanhempien vanhemmuutta sekä koko perheen toimivia vuorovaikutussuhteita luoden täten edellytyksiä lapsen terveille kasvuille ja kehitykselle. Tästä syystä tämän HE:n piirissä oleviin psykososiaalisen tuen menetelmiin osallistuvat tyypillisesti vanhemmat. Ko. työmenetelmien irrottaminen omaksi palvelukseksi erilleen perheen kanssa tehtävästä kokonaisvaltaisesta työstä on keinotekoisista. Asiaa koskevan sääntelyn näkökulmasta olisikin ollut toimivampi ratkaisu katsoa takuun piirissä olevien interventioiden sisältyvän §25 kuvatulla tavalla §14 lueteltuihin yleisiin sosiaalipalveluihin ja pitää myös näin ollen aikaraja kolmessa kuukaudessa ao. palveluiden lailla, jolloin se olisi vastannut myös budjettiriihen uuden linjauksen mukaista perusterveydenhuollon hoitotakuuta. Sosiaalihuollon seurannan osalta tarvitaan tarkennus HE kirjauksiin, jotta valmius seurantaan voidaan varmistaa vuoden 2026 aikana tapahtuvissa sosiaalihuollon tietorakenteiden uudistuksissa.]

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

Ei, vaan sitä olisi muokattava seuraavalla tavalla [Mielenterveystyön palvelun toimeenpanon aika 1 kk ei voi olla lyhyempi kuin palvelutarpeen arvioinnin keston enimmäisaika, joka on 3 kk. STM on linjannut, että kuraattoripalveluista ei tehdä pääsääntöisesti päätöstä <https://stm.fi/opiskeluhoitopalvelut#Ukkopiskeluhoito>). Esitys terapiatakuun osalta on tästä

poikkeava. Päätösten teolla lisätään hallinnollista työtä ja byrokratiaa. Ei ole perusteltua, että terapiatakuuseen liittyvä työ poikkeaisi menettelytavoiltaan muusta kuraattorityöstä. Kuraattoripalvelu tulee järjestää ja toteuttaa siten, että se on helposti saatavilla ja sen luonne säilyy matalan kynnyksen tukena. Kuraattorit työskentelevät pääsääntöisesti työ- eikä virkasuhteessa ja kaikki kuraattorit eivät ole sosiaalihuollon ammattihenkilöitä (oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 7 §). Hyvinvointialueilla tulee sopia kuka, tai mikä taho päättää terapiatakuun kuuluvien menetelmien käytöstä.]

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

Ei

Perustelut ja mahdolliset kehittämissuhteet

HE:n mukaan yta-alueittain laadittavissa yhteistyösopimuksessa on sovittava lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä siten, että niistä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan yhteensovitettu kokonaisuus. On kannatettavaa, että esityksessä huomioidaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa käytettävät menetelmät ja niiden yhteensovittaminen.

Näemme useita riskejä siinä, että menetelmävalintaa tehtäisiin vain yta-tason ja hyvinvointialueiden yhteistyönä. Menetelmävalikko voi muodostua kansallisella tasolla tarkasteltuna liian sirpaleiseksi, eikä kaikille menetelmille ole mahdollista turvata riittäviä jatkuvuuden, menetelmäkoulutukset ja –tuen varmistavia kotipesärakenteita. YTA-alueiden toimijat alistettaisiin lukuisien menetelmiä ja menetelmäkoulutuksia markkinoivien tahojen viestinnälle ilman kykyä ja resurssia arvioida menetelmien laatua, kustannusvaikuttavuutta ja esimerkiksi taloudellisten intressien vaikutusta. Toisaalta menetelmäkehittämiseen liittyy tarve innovatiivisuudelle sekä ilmiön, ikäryhmän ja menetelmän teoriapohjan tuntemukselle, minkä vuoksi keskittäminen yhdelle taholle ei ole realistista. Olisi mielekkäämpää, jos kutakin ilmiötä tai menetelmäperhettä voi koordinoita osaamiskeskus, ja näitä voisi jakaa eri YTA-alueille. Myös järjestöillä, tutkimusryhmillä ja yrityksillä on osaamiskeskusfunktoita (menetelmän kehittäminen ja käytettävyyden, soveltuvuuden ja vaikuttavuuden varmistaminen).

On myös epäselvää, kuinka YTA-aluepohjainen päätöksenteko soveltuu esimerkiksi lastensuojelun piirissä olevien, maahanmuuttopalveluiden piirissä olevien, tai vähemmistöasemassa olevien lasten ja nuorten tai vankihuollon tarpeiden huomioimiseen. Saamelaisen psykososiaalisen tuen yksikkö tarjoaa palveluita valtakunnallisesti. Sen tuoman kokemuksen avulla voi arvioida, miten terapiatakuun yhdenvertaista toteutumista voitaisiin vahvistaa keskitetysti, esimerkiksi valtakunnallisten etäpalveluiden, teknologia-avusteisuuden, menetelmäkehittämisen ja kouluttamisen tuen avulla.

On epärealistista, että hyvinvointialueilla pystyttäisiin vastaamaan kaikkiin kulttuurisensitiivisyyttä vaativiin kohderyhmiin liittyviin tarpeisiin. Tulkkipalveluita ei ole laskettu arvioituihin kustannuksiin.

Esimerkiksi verkkoterapiaa ja vanhempainohjausta tulisi olla saatavilla suomen ja ruotsin lisäksi muillakin kielillä.

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

Ei

Perustelut ja mahdolliset kehittämissuositukset

ks. kohta 7.

Sosiaalihuollosta puuttuu keskittämisasiasetusta vastaava rakenne toimintamallien ja menetelmien sisällölliselle valmistelulle ja vaikuttavuuden arvioinnille. Tällainen nähdään välttämättömäksi tarpeeksi, ks myös kohta 10.

Sosiaalialan osaamiskeskukset tulee kytkeä vahvasti YTA-alueitasoihin rakenteisiin. Sosiaalihuollolla tulee olla oma vahva rakenne, joka antaa tilaa sosiaalihuollon roolille esim. ihmisoikeustyönä ja psykososiaalisena tukena. Toisaalta siellä missä kyseessä on interventio, jota toteutetaan sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa, tulisi miettiä YTA-tason resurssien käytön, osaamisen ja seurannan koordinaatio niin, että se olisi mahdollista samoilla resursseilla kaikissa sote-palveluissa. Esityksessä ei kuvata, miten OT-keskuskehittämisen aikainen monialainen työ kiinnittyy näihin rakenteisiin.

Lapset ja nuoret vaihtavat usein asuinpaikkakuntaa esimerkiksi liittyen lastensuojelun sijoituksiin, maahanmuuton alkuvaiheeseen tai vankiterveydenhuoltoon. Ehdotettu lakiesitys ei huomioi sitä, miten laissa pystytään varmistamaan psykososiaalisen tuen tarjoamisen jatkuvuus. On myös epätodennäköistä, että näiden palveluiden omat resurssit riittävät tässä tarkoitettuihin interventioihin.

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

Terapiatakuun aikarajojen toteutumisen luotettava seuranta rekistereistä nyt esitettyssä muodossa ei ole mahdollista, jotta esitetyn laajuinen HE voitaisiin toteuttaa esitettyssä aikataulussa. Terveydenhuollossa on tekninen valmius mutta epäyhtenäiset kirjaamiskäytännöt vaativat työtä vertailta-vuoden ja luotettavuuden parantamiseksi. Sosiaalihuollossa on tietorakenteet (sosmeta.thl.fi), mutta asiakastietolaki velvoittaa ottamaan ne käyttöön vasta viimeistään 9/2024. Valtakunnallisesti kattava rekisteritieto voi karttua vasta sosiaalihuollon Kanta-siirtymän ja psykososiaalisen tuen menetelmien seurantaan luotujen toimenpidekoodien käyttöönoton myötä syyskuusta 2026 alkaen.

Ensimmäisinä vuosina seuranta tulisi tehdä erillisellä hyvinvointialueella niille henkilöille, jotka vastaavat terapiatakuun piiriin kuuluvan palvelun järjestämisestä. Erillistiedonkeruulla selvitetäisiin,

kuinka moni alueen asiakkaista on saanut määrääjassa terapiatakuuseen sisältyvää palvelua. Seuranta ei ole järkevää nojata rekisteritiedonkeruuseen ainakaan ennen vuotta 2028 seuraavista syistä: a) edes sosiaalipalveluiden asiakasmääristä ei tulla saamaan kattavaa tietoa ennen asiakastietolain siirtymäaikaisten päätyminen 1.9.2026 ja tai ennen kuin kaikki toimijat ovat tosiasiaa liittyneet arkistoon. b) jotta seuranta olisi edes teknisesti mahdollista, tulisi toteuttaa muutoksia suureen määrään asiakirjoja, joista osa on hyvin laajojen asiakasryhmien käyttämiä, c) THL arvioi, että sosiaalihuollossa toteutettava terapiatakuuseen sisältyvien menetelmien käyttö tulee olemaan alkuvaiheessa vähäistä. Muutoksen kustannusvaikutuksia (tietojärjestelmämuutokset ja työntekijöiden koulutus) on pidettävä niin merkittävänä, ettei muutoksia kannata suunnitella ja toteuttaa ennen kuin Kanta-palveluihin rakenteellisesti tallentavien järjestelmien käytöstä on kokemuksia.

Sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa ongelmana on puuttuva lakipohja tiedon siirrolle koulutusta koordinoivalle taholle sekä kirjaamisen erot (ks kysymys 10, jossa kuvaus ehdotetuista tarkennuksista keskittämisasiasetukseen). Sosiaalihuollon osalta lakiesitykseen tarvitaan muutoksia, jotta seuranta olisi mahdollista, kun tietorakenteet otetaan käyttöön vuoteen 2026 mennessä. Monialaisen tuen kirjaaminen, aikarajojen määrittely ja seuraaminen pitäisi miettiä erikseen eikä nykyisellään ole mahdollista.

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

Sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon osalta kansallisen tason roolit kouluttamisessa, menetelmävalinnassa ja arvioinnissa, uusien menetelmien tarpeen arvioinnissa ja menetelmien muokkauksessa sekä palvelutarpeen ja palveluvalikoiman seurannassa ovat selkeytymättömät ja tilanne sekavuuden vuoksi altis väärinkäytöksille ja päällekkäiselle työlle. On myös tarvetta kriittiselle menetelmävalikoiman kustannusvaikutuspohjaiselle karsimiselle niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin.

THL esittää, että tarvitaan tarkennus koskien voimassa olevaa terveydenhuollon keskittämisasiasetuksen 4 §:ää, joka koskee alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista. Voimassa olevan sääntelyn mukaisesti yliopistosairaala ylläpitävällä hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tehtävänä on psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito terveydenhuollossa (4 § 1 momentin 6 kohta). Kertyneen kokemuksen perusteella on tarvetta tarkentaa keskittämisasiasetusta seuraavasti:

- hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tehtävänä on psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien osaamisen arviointi ja ylläpito omilla alueillaan.
- Tähän tulee liittää hyvinvointialueiden oikeus käsitellä yksilökohtaisia tietoja, joita voidaan käyttää osaamistiedon tarkasteluun. Näin hyvinvointialue voisi tuottaa tarvittavat ryhmäkohtaiset, anonymisoidut tiedot omalle yliopistoklinikalleen ja mahdollisesti kouluttajalle
- YTA-alueelle tulisi tiedonsaantioikeus anonymisoidulle ryhmäkohtaiselle tiedolle osaamisen seurantaan omalla YTA-alueellaan. Tästä näkyisi menetelmää käyttävien henkilöiden määrä, toteutuneiden käytien määrä kokonaisuutena ja per asiakas, sekä toimintakyvyn ja oireiden muutos kullakin interventtiolla.

Sosiaalihuoltoon on syytä valmistella vastaavanlainen keskittämisasiasetus, joka määrittelee vastuutahon sosiaalihuollon psykososiaalisen tuen menetelmien arvioinnille ja siihen liittyvälle osaamisen ylläpidolle.

Näemme tarpeen kansalliselle toimijalle, joka koordinoisi sosiaali- ja terveydenhuollon käyttämien interventioiden soveltuvuutta, käytettävyyttä ja vaikuttavuutta koskevan arvioinnin yhdessä hyvinvointialueiden, yliopistoklinikoiden, yliopistojen ja mahdollisten muiden tahojen kanssa. Tämä toimija tarvitsisi valtuutuksen ja ohjeistuksen, miten toimitaan silloin kun tietopohja ja resurssit eivät vastaa toisiaan. Päävastuu olisi palvelujärjestelmän ulkopuolella mutta palvelun tuottajien näkemykset tulisivat kuulluksi. Näin varmistetaan potilaan oikeuksien näkökulmasta mahdollisimman objektiivinen arviointi ilman, että palvelujärjestelmän säästöpainet tai muut tekijät pääsevät ratkaisevaan rooliin.

Menetelmäkouluttamisesta vastaaminen sopii THL:n arvioimana edelleen koulutuksen instituutioille eli psykoterapian osalta yliopistoille, ja psykososiaalisten interventioiden osalta se soveltuisi ammattikorkeakouluille. Näin varmistetaan parhaimmin myös koulutuksen pedagoginen osaaminen ja kehitys, laatu ja vaikuttavuus, sekä perus- ja täydennyskoulutusten jatkumon koordinointi. Myös koulutusten koordinoinnin resurssia voitaisiin tarjota perustehtävältään pedagogisista instituutioista.

Suomessa on jo ennestään tunnustettuja vaikuttavuuden arvioinnin tahoja. THL kannattaa tutkimustiedon, palveluvalikoiman suositusten, valtakunnan tason toimijoiden, kokemusasiantuntijoiden ja palvelujärjestelmän edustusta, kun psykososiaalisten menetelmien palveluvalikoimasta päätetään.

Suomessa on käytössä ja koulutetaan sellaisia menetelmiä, jotka tiedetään vaikuttavaksi ja joille on tarvetta, mutta joiden saatavuus ei ole yhdenvertaista. Esimerkkinä tästä on nuorten käytös- ja päihdehäiriöiden tai rahapeliriippuvuuden hoitoon sopivat Käypä hoidon ja Palkon suositusten mukaiset psykososiaaliset hoidot. Olisi hyvä sopia, kuka koordinoi tällaisen menetelmän kouluttamista niin että yhdenvertainen saatavuus voidaan turvata.

Siltä osin kuin valmiita vaikuttavaksi osoitettuja menetelmiä ei tunnisteta, tulisi luoda tutkimuspohjaa kartoittavalle, kokoavalle ja soveltavalle työlle pysyvä rakenne ja varmistaa sen rahoitus. Tässä vaiheessa kiireellisimpinä tarpeina olisivat nuorten syömishäiriöiden ja päihdehäiriöiden perustason menetelmän kehittäminen kansainvälisen tiedon pohjalta. Työssä tarvittaisiin yhteistyötä menetelmädaptoinnin ja kyseisen psykoterapeuttisen teorian tietopohjan sekä käytännön työn tekijöiden välillä.

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?

Ei

Perustelut ja mahdolliset ehdotukset

THL ei pidä kestäväenä mallia, jossa vain psyykkisiin oireisiin apua hakevat lapset ja nuoret kuuluvat nopeutettujen palveluiden piiriin, ja vastaavasti pitää tarpeellisena ulottaa hoitotakuu samalla tavalla säädelyksi kuin terapiatakuukin. Kokonaisvaltainen lähestymistapa on välttämätön, jotta lapset ja nuoret saavat tarvitsemansa avun ajoissa ja vältetään pois lähettämistä mielenterveysstrategian tavoitteiden mukaisesti.

Psyykkisiä ja fyysisiä oireita ei voi erottaa lapsen ja nuoren arvioinnissa ja toimenpiteissä. Jos hoitotakuu koskee vain mielenterveyden häiriöitä, voi pääsääntöisesti kehollisesti oireilevan lapsen tai nuoren hoito viivästyä johtaen pitkäkestoisempiin haasteisiin. Lakiesityksessä tulisi tarkentaa, missä menee psyykkisen oireilun raja, eli lasketaanko esimerkiksi neurokirjon häiriön, oppimisvaikeuksien tai neurokognitiivisten vaikeuksien erotusdiagnoosiikka, tuki ja hoito terapiatakuun piiriin.

Kokonaisuudessaan mielenterveyshäiriöihin voi lapsilla ja nuorilla liittyä fyysistä oireilua useammin kuin aikuisilla. Lasten ja nuorten kyky tunnistaa ja ilmaista tunteitaan sanallisesti on usein vielä kehittymässä, minkä vuoksi stressi, ahdistus ja mielialanlasku saattavat ilmetä fyysisinä oireina, kuten päänsärkinä, vatsakipuna tai unihäiriöinä. Myös stigma ja häpeä voivat estää lapsia ja nuoria hakemasta apua suoraan mielenterveyden häiriöihin. Joissakin kulttuureissa hoitoon hakeutuminen on hyväksyttävämpää fyysisten kuin psyykkisten haasteiden vuoksi, mikä tulee huomioida yhdenvertaisuuskysymyksiä tarkasteltaessa.

Esimerkkinä kokonaisvaltaisen arvioinnin tarpeesta ovat syömishäiriöt ja päihdehäiriöt. Moni syömishäiriöön sairastunut tai haitallisesti päihteitä käyttävä lapsi ja nuori hakeutuu hoitoon aluksi somaattisten oireiden vuori. He voivat kokea ongelmansa ensisijaisesti fyysisinä, eivätkä ymmärrä tai tuo esiin niiden yhteyttä psyykkisiin oireisiin. On erittäin tärkeää, että oireilun psyykinen ja fyysinen alkuperä arvioidaan ja hoidetaan samanaikaisesti. Toisaalta häiriön tunnistaminen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, varhainen puuttuminen ja hoitoon ohjaus on liitetty useissa tutkimuksissa parempaan ennusteeseen, vähäisempään osastohoidon tarpeeseen ja siten pienempiin kustannuksiin.

12. Muu palaute liittyen hallituksen esitysluonnokseen

Tällaisenaan ehdotuksessa on vakavia ongelmia, jotka liittyvät erityisesti yhdenvertaisuuteen, sisällön ja määräaikojen toteutukseen sekä seurantamahdollisuuksiin. Ehdotamme hallituksen esitykselle (HE) vaihtoehtoista ratkaisua, jossa terapiatakuu porrastetaan alkamaan ensin jo nyt käytössä olevista vaikuttavaksi osoitetuista menetelmistä ja niiden yhdenvertaisen saatavuuden varmistamisesta. Aikarajan sijaan ikäryhmään suhteutettu tarkastelu toteutumien määristä olisi realistisempi toteuttaa. Toisin kuin ehdotuksessa esitetään, vaiheittainen toteutusmalli ei edellytä uusia rakenteita menetelmien valintaan, koska laajimmin käytössä olevat vaikuttavaksi osoitetut menetelmät ovat tiedossa.

Nähdäksemme voimaantumisen vaihteistaminen on tarpeen, jotta saadaan lisää aikaa selkeyttää hyvinvointialueiden, YTA-alueiden ja valtakunnallisen tason toimijoiden roolit kouluttamisessa, menetelmävalinnassa ja arvioinnissa, uusien menetelmien tarpeen arvioinnissa ja menetelmien muokkauksessa sekä palvelutarpeen ja palveluvalikoiman seurannassa ja priorisoinnissa. Lainsäädäntö-työtä tarvitaan terveydenhuollon keskittämisasiasetukseen liittyvien tarkennusten ja sosiaalihuollon vastaavan säädöspohjan osalta. Poliittisia päätöksiä tarvitaan myös siihen, että resursointi ja toimenkuvat voidaan priorisoida edistävän ja ehkäisevän työn osalta.

Aikarajojen esittäminen ei ole toimiva toteutustapa etenkin suhteessa sosiaalihuollossa ja opiskeluhuoltopalveluissa jo olemassa oleviin, ikäryhmiltään vaihteleviin arvioinnin ja tuen aikarajoihin ja seurannan käytäntöjen ja rakenteiden uudistuksiin. Lain perustaminen aikarajoihin ei ole myös-kään lapsen ja nuoren edun eli palveluiden laadun kannalta tarkoituksenmukaista.

Lasten ja nuorten mielenterveyden näkökulmasta ensisijaista olisi, että koko maassa olisi riittävä henkilöstöresurssi mielenterveyttä edistävään ja riskejä ehkäisevään työhön. Myös koulun opetuksen ja oppimisen tuen henkilökunnan määrä on oleellinen lasten kasvun ja hyvinvoinnin edellytys. Lähtökohtana tulee olla, että jokainen ammattilaisen kohtaaminen on mielen hyvinvoinnille tärkeä. Siksi tarvitaan kaikille kohtaavan alan ammattilaisille sisältävää peruskoulutuksesta täydennyskoulutukseen ulottuvaa mielen hyvinvointiin sekä mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvän osaamisen vahvistamista. Tällöin jokainen ammattilainen osaisi kohdata nuorten tarpeita, tarjota apua ja arvioida terapiaan ohjaamisen tarvetta.

Hyvinvointialueet mahdollistavat aiempaa paremmin palveluiden yhteensovittamisen sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden sekä esimerkiksi perheiden tuen osalta. Terapiatakuussa tai sitä täydentävillä päätöksillä tulisi jo alkuvaiheessa tai vaiheittain huomioida lapset ja nuoret, jotka ovat erityisessä riskissä ja tarvitsevat monialaista tukea. Tiukoista aikarajoista luopuminen mahdollistaa tällaisten tukimuotojen huolellisen suunnittelun ja siten vaikuttavuuden. Monialaista tukea tarvitseville tulee rakentaa palvelujärjestelmässä palveluketjuja ja kokonaisuuksia, joilla varmistetaan oikea-aikainen pääsy myös terapiatakuun kuvaamiin palveluihin. Esimerkiksi lastensuojelun avo- ja sijaishuollossa olevien lasten ja nuorten mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut, sisältäen myös terapeuttisen tuen, tulee järjestää tarvetta vastaaviksi.

Läheisten tuki ja lastensuojelun tarpeet, koulukiusaamisen ja väkivalta ovat ilmiöitä, joissa eri alojen ammattilaisten ja perheiden palveluista tulee muodostaa systeeminen palvelukokonaisuus, jossa yksilöiden lisäksi tunnistetaan ja puututaan yhteisötason ilmiöihin ja tarjotaan yhteisötason interventioita. Ikä, kehitystaso ja erityishaasteet, kuten neurokirjon oireet ja traumakokemukset tulee huomioida erityisesti työskentelyssä lastensuojelun, pakolaistaustaisten tai vankeinhoitoon lasten ja nuorten kanssa työskennellessä. Terapiatakuuesityksen sisältöä suhteessa näihin tarpeisiin tulisi vielä tarkastella.

Yhdenvertaisuuden kannalta on ongelmallista, että erikoissairaanhoidon tarvitsevat lapset ja nuoret voivat kärsiä siitä, että resurssi kohdennetaan lailla tarjoamaan nopeasti apua lievemmin oireileville. Miten varmistetaan, että vakavammin oireilevien tunnistaminen ja palveluohjaus huomioidaan kehittämisessä ja käytännön työssä riittävästi, kun rahoitusta kohdennetaan ja lainsäädännön seuranta kiinnittää erityisesti huomiota terapiatakuun toteutukseen? Tähän mennessä ei myöskään ole kertynyt yksiselitteistä tutkimustietoa siitä, että lyhyet interventiot vähentäisivät vakavampia häiriöitä tai painetta erikoissairaanhoidon tarpeelle.

Terapiatakuuta toteuttavat hyvin eritasoisesti koulutetut ammattilaiset. Miten perustellaan, käytetäänkö interventiota vai ostopalvelopsykoterapiaa, kun menetelmän valintaan ei vaikuta lapsen tai nuoren oireilun vakavuus tai laatu? Edellytetäänkö psykoterapeutilta todistus erillisen lyhytpsykoterapian koulutuksesta? Entä voiko interventioita toteuttaa ostopalveluna? Siellä missä on eniten ostettavissa olevaa psykoterapiaa, on myös julkisella sektorilla eniten toimijoita ja osaamista, jolloin ostopalvelopsykoterapia ei paranna eroja alueellisessa saatavuudessa. Jos paikkakunnan psykoterapeutit keskittyvät tarjoamaan ostopalvelopsykoterapiaa lievemmin oireileville lapsille ja nuorille, joille kevyempi interventio olisi riittävä, riittääkö psykoterapiaa pitkäaikaista terapiaa tarjoaville?

Terapiatakuun toteuttamisen vaatima resurssi voi lisätä painetta lääkinnällisen kuntoutuksen resurssien vähentämiseen ja esimerkiksi psykoterapian KELA-korvauksesta luopumiseen. Tämä lisäisi ennestään eriarvoisuutta lievästi ja kapea-alaisesti oireilevien ja laajempia tuen muotoja tarvitsevien välillä.

Nuorten aikuisten osalta ikärajan ylittyminen kesken interventiojakson ei saisi olla este saada tuki tai hoito riittävän kestoisena. Terapiatakuu voi psykoterapeuttien vähäisyyden vuoksi ohjata resurssia nuoriin ja heikentää saatavuutta aikuisten palveluissa.

Ohjaamoiden ja ylioppilaiden terveydenhuoltosäätöön rooli terapiatakuun toteutuksessa vaatii vielä tarkentamista. Nähdäksemme on järkevämpää kehittää ohjausta ohjaamoista terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon ammattilaisten sijoittaminen tarjoamaan mielenterveyspalveluita ilman terveydenhuollon työryhmän jatkuvaa tukea on johtanut suureen henkilöstön vaihtuvuuteen näissä tehtävissä.

Terapiatakuun toteutus hallituksen esityksen mukaisesti tulee painottamaan resurssia ja seuranta sellaiseen kapea-alaiseen yksilön oireiluun, jossa arviointi ja tuki tai hoito voidaan tarjota nopeasti toteutettuna, määrämittaisena interventiona joko terveydenhuollossa tai sosiaalihuollossa. Yksilöinterventioiden lisäksi on vahvistettava lasten ja nuorten edistävää ja ehkäisevää perheeseen ja yhteisöön kohdistuvaa työtä.

Huomionarvoista on, että painotus jättää eriarvoiseen asemaan lapset, nuoret ja perheet, jotka tarvitsevat monimuotoista tai pitkäaikaista tukea terapeuttisen intervention sijaan tai lisäksi. Erityisesti somaattisesti oireilevien, perheiden, monimuotoista tukea tarvitsevien, lastensuojelun, vankiterveydenhuollon ja maahanmuuttopalveluiden piirissä olevien näkökulmasta ehdotus ei ole riittävä eikä yhdenvertaisuusperiaatteen mukainen. Lasten ja nuorten mielenterveys on riippuvainen myös heidän huoltajiensa voinnista, ja työikäistenkin mielenterveys- ja päihde- ja riippuvuuspalveluiden laadulla on heijastevaikutus lapsiin ja nuoriin.

Linnaranta Outi
THL - Mielenterveystiimi