

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 [Vastaus: Ei, sillä takuu ei kohdennu lasten ja nuoren erilaisten mielenterveyden oireiden aiheuttamaan palvelutarpeeseen ja hoitovajeeseen palvelujärjestelmässä. Nykyisellään säädöskokonaisuus ei määrittele etenkään lasten ja nuorten osalta riittävällä tavalla vanhemmuuden, kasvuympäristön tai arkielämän tukea psyykkisissä oireissa. Kolmannen hoitotakuuajan säätäminen rajattuun interventioon ei ole perusteltu kansalliseksi ohjelmaksi, sillä säädöskokonaisuuden vaikutus jää pistemäiseksi, eikä vastaa lievien ja keskivaikeiden häiriöiden palveluvajeeseen lapsilla ja nuorilla. 1) Esityksessä tulisikin huomioida alueiden kehittämä perustason sisältöpohjainen hoidon porrastus, joka mahdollistaa myös matalamman kynnyksen hoitojen kehittämisen ja toteuttamisen lasten, nuorten ja nuorten aikuisten kokonaispalvelutarve huomioiden tarjoten systemaattisen lähestymispolun eri häiriöihin, alkaen nopeista ja keveistä hoidoista. Porrasteinen hoitomalli on välttämätön myös kustannus- ja resurssitehokkuuden näkökulmasta, jolloin yksittäinen takuuinterventio, kuten lyhytpsykoterapia, ei määriyty ensimmäiseksi toteutettavaksi interventioksi. 2) Nykytilanteessa lasten ja nuorten palveluihin pääsy vaihtelee perustasolla merkittävästi palvelujärjestelmän hajanaisuudesta sekä hyvinvointialueiden lasten ja nuorten perustason erilaisista rakenteista johtuen. Näkemyksemme mukaan kansallinen yhteistyö ja kansalliset tukipalvelut ovat välttämättömiä terapiatakuun toteuttamiseksi ja tehokkaan psykososiaalisten hoitojen järjestelmän ylläpitämiseksi Suomessa. Terapiatakuun onnistumisen edellytyksenä ovat uudistusta tukevat kansalliset tukirakenteet, kuten muille yhteiskunnallisesti ja kansanterveydellisesti merkittävillä sairausryhmille perustetut osaamiskeskukset, (vrt. syöpäkeskus) sekä alueellinen koordinaatio psykososiaalisten menetelmien saatavuuden ja menetelmäohjaamisen sekä ylläpidon ja implementoinnin varmistamiseksi. Psykososiaalisten hoitojen kokonaisuuden kehittämisessä tarvitaan perinteisen osaamiskeskustoiminnan ohella kansallisen tason osaamiskeskus, jossa voidaan kehittää kansallisen tason koulutusjärjestelmä ja kustannustehokkaita, digitaalisesti tuettuja vaikuttavia hoitoja

hyvinvointialueille. Sääntely yhteistyösopimuksessa on osoittautunut riittämättömäksi tukemaan psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton edellyttämää yhteistyötä. Ehdotettu YTA-sopimuksen täydentäminen ei siten ole riittävä muutos, vaan keskittämisesetuksen avaaminen ja uudelleenkirjoittaminen on välttämätöntä terapiatakuun onnistumiseksi.

3) Perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentäminen 3 kuukauteen vaikuttaa myös oleellisesti terapiatakuuseen, eli odotusajan pitenemiseen tapauksissa, joissa ensimmäinen hoitotapahtuma ennen psykososiaalista interventiota tai lyhytpsykoterapiaa on todennäköisimmin perusterveydenhuollossa: somaattisin oirein ilmenevä masennus, tai somaattisten syiden poissulku masennuksen yhteydessä, perusterveydenhuollon lääkärin suorittama arvioiti ennen lyhytpsykoterapiaa. Hoitotakuun muutos on siis välttämättä huomioitava esityksessä, joka keskittyy takuuajkaan, sen toimeenpanoon ja seurantaan. Saatavuus varhaisen tuen sekä hoidon osalta jäävät toteutumatta ilman edellä mainittuja toimenpiteitä ja kysyntä ohjautuu esim. opiskeluterveydenhuoltoon ja jopa erikoissairaanhoidon.]

### **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 [Interventioiden määrittely, psykoterapiasta johdettu lyhytpsykoterapia, psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito ei ole onnistunut. On järkevää, ettei yksittäisiä menetelmiä ole enää tässä kohtaa mainittu, mutta olisi ollut oleellista säätää menetelmien valinnasta eli tähän tarvittavasta arvioinnista ja yhteistyöstä palvelujärjestelmässä, sillä ilman tätä palveluvalikoima ei muodostu alueellisesti yhdenvertaiseksi. Valitettavaa on rajaus takuun ulkopuolelle jäävistä perustason porrasteiseen hoitoon oleellisesti kuuluvista matalan kynnyksen hoidoista sekä 'palvelujärjestelmän ulkopuolisista hoidoista', joka saattaa ohjata päätöksen tekoa vain lakisääteisen hoidon tarjoamiseen. YTA-alueella tulee olla autonomia arvioida käyttöön otettavia psykososiaalisia menetelmiä (ks. keskittämisesetus). Mikäli tutkimusnäyttö puoltaa hoitomenetelmää, ei lainsäädännöllä ei tule määritellä menetelmän pois rajaavaa kriteeristöä. Nettiterapioita, ajasta ja paikasta riippumattomia, osittain automatisoituja mutta kliinikon tukemia psykoterapioita tuotetaan kansallisena psykoterapeuttisena interventiona erikoissairaanhoidosta käsin koko maahan (Etäkuntoutus, toim. Salminen, Hiekkala, Stenberg, 2016). Kansainvälisen tutkimusnäytön perusteella nettiterapiat ovat kustannustehokkaita ja vaikuttavia hoitomuotoja (Vigerland et al., 2016, Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis) eikä esityksessä kognitiivisen terapian rajaaminen lainsäädännön kasvokkaiseen terapiaan ole perusteltua (Esfandiari et al., 2021; Internet-delivered versus face-to-face cognitive behavior therapy for anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis). Ajasta ja paikasta riippumattomia nettiterapiaa voidaan liittää osaksi tavanomaista, kasvokkaista hoitoa. Kuntoutuksen lisäksi etäyhteyksiä voidaan hyödyntää erilaisissa konsultaatioissa, hoivapalveluissa ja kuntoutuksen seurannassa. Erityisesti pitkien etäisyyksien alueella nettiterapian mahdollisuuksien hyödyntäminen olisi ollut aivan keskeistä. Kustannusvaikutuslaskelmat sääntelyyn nyt ehdotetuista psykososiaalisista interventioista ovat epäjohdonmukaisia; nuorten osalta laskelmissa on oletettu, että interventiot olisivat 7 kerran (masennus) tai 11 kerran (ahdistus) interventioita. Näin ollen nuorilla interventiot painottuvat keskimäärin lyhyempiin interventioihin kuin aikuisilla jättäen perustelut tähän avoimeksi. Sääntelyssä todetaan psykososiaalisten hoitojen käyntikerroiksi maksimissa 25 kertaa ja lyhytpsykoterapioiden osalta vaihteluväliksi 20–25 kertaa. Koska takuun oletetaan vastaavan lieviin ja keskivaikeisiin häiriöihin, on vaikea ymmärtää, miten nuorilla 3-6+1 arviointikerran IPC oletetaan riittäväksi interventioiksi ja sisältävän itsessään nuorten masennuksen hoidon vaikuttavat elementit? Aikuisille tarjotaan takuussa lähtökohtaisesti pidempää ja perustellusti riittävää hoitoa. Käytännössä valitettavasti IPC:n käytön laajentaminen saattaakin olla

takuun ainoa toteutuksen muoto nuoruusikäisillä. Lähtökohta joka pohjimmiltaan lähtee tietyistä copyright menetelmistä, jotka otettaisiin käyttöön ainoana menetelminä (IPC, CK) johtaa kustannusvaikutuslaskelmiin, jotka eivät ole hyödynnettävissä palvelujen järjestämistä ja ikäryhmän palvelutarvetta ajatellen. Yhden tahon alla olevien copyright menetelmien käyttö takuuinterventioina, vaikka palveluvalikoimasta on keskustelu useissa tilaisuuksissa, on ongelmallista lainsäädännön avoimuuden ja puolueettomuuden näkökulmasta, puhumattakaan takuun ulkopuolelle kokonaan jäävien lasten ja nuorten määrästä. Esimerkiksi neuropsykiatristen häiriöiden esiintymistä väestössä ei voi pitää 'harvinaisena', vaan kyse useissa tapauksissa aikuisuuteen jatkuvista ja kustannuksiltaan ja tautitaakaltaan merkittävistä tiloista, jotka altistavat syrjäytymiselle, psykiatrisiin komorbideihin häiriöihin, päihteidenkäyttöön ja jopa rikollisuudelle (Karlen et al, 2020). Kriteerinä hoitomallin valinnalle ja kustannuslaskemille pitäisi olla vähintään nuorilta löydetty näyttö vaikuttavuudesta, kun rakennetaan kansallista ohjelmaa. Suomalainen ja kansainvälinen tieteellinen näyttö ei toistaiseksi edes puolla IPC:n priorisointia nuorilla, (Parhiala et al. 2020, National Institute for Health and Care Excellence, 2019). IPC tai Cool Kids eivät myöskään ole Käypä hoito -suositusten mukaista hoitoa (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019; Depressio: Käypä hoito -suositus, 2024). Perusterveydenhuollossa annettu lyhytpsykoterapia nykyisessä rahoitusmallissa ei voi toteutua mitenkään muuten kuin ostopalveluna. Interventioina psykoterapia lapsille ja nuorille edellyttää lisäksi laadun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta myös lasten ja nuorten asianmukaista arviointia. Ehdotettu sääntely johtaa käytännössä ostopalvelutarpeen lisääntymiseen (lääkärit ja psykoterapeutit). Ostopalvelujen laaja käyttö vaikuttaa koko järjestelmään dynaamisesti, mikä ja tulee johtamaan henkilöstön siirtymiseen yksityisille palveluntuottajille. Tämä pahentaa julkisen sektorin henkilöstöpulaa ja nostaa järjestämisvastuullisen tahon kustannuksia vaarantaen ja jopa kaataen koko järjestelmän. Laissa psykoterapian järjestämisvastuuta ei tule siirtää perustasolle.]

#### **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 [Kuvaus ei ole riittävä, vaikka tausta-aineistossa on tunnistettu takuuta edeltävien toimien ja hoidon tarvetta, ei tämän voi uskottavasti olettaa ohjaavan hoitoon pääsyä näihin ilman laissa tarkentamista. Ennen takuuinterventiota tarvittavat toimet tulee ottaa mukaan lakiin: Ennen takuuta tapahtuvasta arvioinnista, sen aikarajasta ja vastuutahosta tulisi olla selkeä määrittely, mikäli kyse ei ole kiireellisestä arvioinnista. Perusterveydenhuollon hoitotakuun siirtyminen 3 kuukauteen vaikuttaa kriittisesti takuuajan toteutumiseen ja vaarantaa jopa lasten ja nuorten mielenterveyssegmentin potilasturvallisuutta. 2)Takuuajan kuvauksessa tulisi edellyttää 1. portaan matalamman kynnyksen hoitojen mahdollistamista heti arvion ja tarpeen toteutuksen jälkeen sekä niiden vasteen arviointia viimeistään kuukauden kohdalla eli hyödyntää hoidon porrasteisuutta. Tarvittaessa tämän jälkeen lapsen ja nuori tulisi ohjata tasoltaan vaativampaan interventioon. Lapsille ja nuorille, joille ei ole olemassa takuun piiriin kuuluvaa interventiota, esim. arjen tuesta ja neuropsykiatrisesta valmennuksesta hyötyvät tarkkaavuushäiriöt ja autismin kirjoja omaavat, tulisi määritellä takuuajaa asianmukaisen tuen piiriin.]

#### **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 [Esityksen mukaisesti sosiaalihuoltolain mielenterveystyön palveluja koskevaan 25 a §:ään lisättäisiin säännös, jonka mukaan lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille olisi sosiaalihuollon mielenterveystyön kohdennettuna palveluna järjestettävä psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia ja

aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Käytännössä uusi lainsäädäntö velvoittaa ja mahdollistaa sosiaalihuollossa tapahtuvan mielenterveyden häiriöiden ja oireiden arvioinnin sekä vaikuttavat hoitomenetelmät. Tämä on ristiriidassa sosiaalihoitolain 25§ kanssa, jonka mukaan sosiaalihuollon mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki sekä yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen. Kielteiset tunteet, masennusoireet ja depression erottaminen toisistaan vaativat kuitenkin täysin erilaista koulutusta ja tietoa mielenterveydenhäiriöistä. Mielenterveyden häiriöiden hoito sosiaalialan ammattilaisen kuten sosionomin vastaanotolla on siten epäkohta sääntelyssä lapsille, nuorille ja nuorille aikuisille sekä sosiaalihoitolain näkökulmasta että alan osaamisvaateet huomioiden. Sosiaalityön toteuttamaan ehkäisevään työhön soveltuvia interventioita psykososiaalisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden vahvistamiseksi ei myöskään voitane rinnastaa terapiatakuun tavoitteeseen vaikuttavista psykososiaalisista hoidoista lievien ja keskivaikeiden mielenterveydenhäiriöiden hoitoon. ]

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

Ei, vaan sitä olisi muokattava seuraavalla tavalla [Osa ilmaisuista, kuten 'asian vireilletulo' on käsitteenä epäselvä ja voi mahdollisesti asettaa sosiaalihuollossa asioivat eriarvoiseen asemaan. Valituskelpoinen päätös itsesään mahdollistaa ja lisää byrokratiaa tarpeettomasti, arvion pitäisi riittää.]

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

Ei

#### **Perustelut ja mahdolliset kehittämissuhteet**

Psykososiaalisten menetelmien osalta sääntely yhteistyösopimuksessa ja osana prosessia on jo osoittautunut riittämättömäksi tukemaan psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien edellyttämän yhteistyön osalta. YTA- sopimusprosessissa on mahdollista sopia vain asioista, joista kaikki alueet ovat täysin yksimielisiä, mikä ei ole ollut realistista huomioiden hyvinvointialueiden väliset erot. Ehdotettu YTA-sopimuksen täydentäminen ei siten ole riittävä muutos, eikä käytännössä mahdollista psykososiaalisten menetelmien kannalta keskeistä yhteistyötä. Myöskään keskittämisasiasetus ei nykyisellään ja varsinkin yleisellä tasolla ei ole riittävällä tavalla ohjannut velvoitteita, ja keskittämisasiasetuksen avaaminen ja uudelleenkirjoittaminen onkin välttämätöntä terapiatakuun onnistumiseksi. Keskittämisasiasetus tulisi uudelleenkirjoittaa siten, että säädetään kansallisesta osaamiskeskusrakenteesta, jonka tehtävänä on tukea terapiatakuun toteuttamista. Lisäksi yliopistollisten HV-alueiden velvoitteita tulee selkeyttää YTA-tasoisien osaamiskeskusverkoston muodostamiseksi.

'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 yliopistosairaalaan ylläpitävien hyvinvointialueiden välillä ilman asetuksen muuttamista.'

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

Ei

**Perustelut ja mahdolliset kehittämisehdotukset**

Myös sosiaalihuollon osalta olisi saatava perustettua kansallinen sosiaalialan menetelmien osaamiskeskus. Tämä tekisi yhteistyötä kansallisen 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?**

Kuten luonnoksessa on ehdotettu.

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

Keskittämisasiasetuksen avaaminen ja uudelleen kirjoittaminen siten, että säädetään kansallisesta osaamiskeskuksista, jonka tehtävänä on tukea terapiatakuun toteuttamista. Lisäksi yliopistollisten HV-alueiden velvoitteita tulee selkeyttää YTA-tasoisesta osaamiskeskusverkoston muodostamiseksi. Osaamiskeskusmallista voidaan toteuttaa tarvittaessa selvitys.

**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, eli viivästyttää takuuta, käytännössä vesittäen terapiatakuun; sääntely johtaa odotusajan pitenemiseen tapauksissa, joissa ensimmäinen hoitotapahtuma ennen psykososiaalista interventiota tai lyhytpsykoterapiaa on todennäköisimmin perusterveydenhuollossa; somaattisiin oirein ilmenevä masennus, tai somaattisten syiden poissulku masennuksen yhteydessä, perusterveydenhuollon lääkärin suorittama arviointi ennen lyhytpsykoterapiaa. Muutos vaikuttaa takuuajkaan, sen toimeenpanoon ja seurantaan.

Terapiatakuusääntely tulee näin ollen kirjoittaa kokonaan uudestaan huomioiden perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentyminen, esitystä tulee korjata sisältöjen ja takuuajkojen osalta kompensoimaan perusterveydenhuollon hoitotakuun muutokset.

## **12. Muu palaute liittyen hallituksen esitysluonnokseen**

Näkemyksemme mukaan 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. Kansallinen osaamiskeskus on keskeinen myös onnistuneelle ja turvalliselle digitaalisten palveluiden kehittämiselle ja siten välttämättömälle palveluiden tehostamiselle.

Tämän saavuttamiseksi ns. keskittämisasetus tulee avata uudelleen ja kirjoittaa siten, että säädetään kansallisesta osaamiskeskuksesta, jonka tehtävänä on tukea terapiatakuun toteuttamista. Lisäksi yliopistollisten HV-alueiden velvoitteita tulee selkeyttää YTA-tasoisesta osaamiskeskusverkoston muodostamiseksi.

Santti Elina  
HUS - HUS Psykiatria