

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 toteuta merkittävää lasten ja nuorten varhaisen tuen ja hoidon saatavuutta perustason palveluissa, vaan voi pahimmillaan jopa vaarantaa sen toteutumisen. Tämä johtuu toisaalta lain lähtökohtana olevan ”terapiatakuu” – mallin yksipuolisuudesta ja toisaalta lakiesityksestä puuttuvista, mutta terapiatakuun pitkän tähtäimen onnistumiselle välttämättömien kansallisten tukirakenteiden luomisesta. Lakiesityksessä kuvataan, kuinka ”eduskunta onkin edellyttänyt tarvittavia kansallisia toimenpiteitä palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden parantamiseksi erityisesti perustason palveluissa (StVM 4/2022 vp; StVM 21/2022 vp, s.12; StVM 24/2022 vp, s. 7)” (s.21) ja kuinka sekava ja hajanainen lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä on ja kuinka kokonaisvaltainen ja pitkäjänteinen kehittäminen on puutteellista. Tätä taustaa vasten on yllättävää, että lakiesitys tarjoaa ratkaisuksi vain terapiaratkaisua, mutta ei tarjoa terapiatakuun onnistumiselle välttämätöntä toista puolta: yritystä vahvistaa kokonaisjärjestelmän ohjausta, vähentää alueellista variaatiota ja tehostaa palveluita kansallisena kokonaisuutena. Tämä on yllättävää, koska Suomessa on vuosina 2022-23 osana ”psykososiaalisten menetelmien koordinaatiohanketta” ja vuosina 2023-25 osana RRP-hanketta nimenomaisesti kehitetty kansallinen yhteistyöjärjestelmä. Lisäksi on kehitetty kansallisia tukipalveluita, joiden avulla hyvinvointialueiden palveluiden kehittämistä samaan suuntaan voidaan vertaiskehittämisen periaatteilla tukea, ja palvelutuotantoa tehostaa kansallisilla tukipalveluilla. Toisaalta lakiesityksen toiminnalliselta logiikalta on pudonnut pohja perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentämisen myötä. Nykyisellään lakiesitys de facto korostaa pistemäisesti lasten ja nuorten kannalta jopa haitallista toimintamallia, eli lyhytterapiaan pääsyä ensimmäisenä hoitomuotona 1kk kuluessa. Todennäköinen seuraus tästä on hyvinvointialueiden toiminnan ohjautuminen terapiatakuun kirjaimen täyttämiseen, mikä voidaan pahimmillaan toteuttaa esimerkiksi ulkoistamalla terapiavaihe kokonaan. Tämä vähentäisi palvelujärjestelmän kokonaisvaltaisuutta entisestään. Lakiesitys tulisi kirjoittaa logiikaltaan uudestaan niin, että se

huomioi kesken valmistelun toteutetun perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentämisen. Käytännössä tässä vaiheessa edellytettävät muutokset ovat niin merkittäviä, että terapiatakuun voimaantuloa tulisi lykätä 2026 alkuun. Samalla lakiesitykseen tulisi lisätä pitkän tähtäimen 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 [Psykososiaalisten hoitojen määrittelyminen on käsitteellisesti vaikeaa. Lain lähtökohta, jossa spesifejä hoitomenetelmiä ei säädetä lailla tai asetuksella on sinänsä oikea. Samoin on hyvä, että yliopistollisten hyvinvointialueiden roolia korostetaan keskittämisasiasetuksen mukaisesti, eli ne toisaalta arvioivat ja seuraavat vaikuttavien menetelmien kehittymistä, ja toisaalta tukevat hyvinvointialueita menetelmien ylläpidossa. Sen sijaan 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 - joita muualla maailmassa kutsutaan lyhytpsykoterapioiksi). Sen sijaan varsinaisen (suomalaisen lainsäädännön mukaisen) psykoterapian järjestäminen tai tuottaminen ei ole perusterveydenhuollon vastuulla. Psykoterapia voidaan kyllä käynnistää perusterveydenhuollosta, mutta sen antamisesta päättäminen tulisi toteuttaa erikoissairaanhoidon arviona. Käytännössä psykoterapia tulee kyseeseen, kun sekä ensimmäisen portaan hoidot että takuulainsäädännöllä tarkoitettavat toisen portaan hoidot (lyhytterapiat) ovat epäonnistuneet. Tässä vaiheessa lääkärin tutkimus, diagnostiikka ja lääkehoidon arviointi on tarpeellista jo potilasturvallisuuden vuoksi. Lakiesityksessä ei myöskään ole mainittu, että nykyisen Kela-rahoituksen voimassaollessa hyvinvointialueilla ei ole mitään mahdollisuuksia tuottaa itse psykoterapiaa. Psykoterapiaa voidaan kattavasti tuottaa vain ostamalla se yksityisiltä palveluntuottajilta. Tämä ei liene lakiesityksen tarkoitus.]

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 hyvä ja perusteltu aikaraja ns. toisen portaan hoitomuodoille, joita ei ole tarkoitettukaan ensilinjan palveluksi. Ongelma syntyy siitä, että koko lainsäädäntö on kirjoitettu siitä lähdökohdasta, että ennen terapiatakuuta potilaille ja asiakkaille on jo tarjottu muunlaista apua osana perusterveydenhuollon palveluita. Tämä lähtökohta kuitenkin murentui perusterveydenhuollon hoitotakuun pitkittyessä kolmeen kuukauteen. Laki pitäisi kirjoittaa uudestaan niin, että se edellyttäisi 1. portaan hoitojen kokeilemistä niin nopeasti (esimerkiksi viikon sisällä) niin, että kuukauden terapiatakuun aikarajan kohdalla voitaisiin jo arvioida riittivätkö 1. portaan hoidot - vai pitääkö hoidon intensiteettiä nostaa takuun piiriin kuuluvalla terapialla. Tämä säästäisi merkittävästi hyvinvointialueiden resursseja.]

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

Kyllä

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

Suomessa on yritetty yli 20 vuotta edistää viiden alueen mallista yhteistyötä ensin osana ERVA-sopimista ja nyt osana YTA-sopimusta. Kokemus osoittaa, että nykyisen kaltainen lainsäädäntö ja sopimusprosessi muodostuu väijäämättä ”mahdollistavaksi”, eli vain asioista, joista kaikki YTA-alueen toimijat ovat joka tapauksessa yksimielisiä voidaan sopia. Kääntäen voidaan todeta, että työnjakoon ja palveluiden tai kehittämisen keskittämiseen liittyvät sopimukset ovat kaikki epäonnistuneet, ellei hyvinvointialueilla ole jostakin syystä ollut tähän vapaaehtoista tahtotilaa. Tällöin taas YTA- tai ERVA-sopimus on ollut instrumenttina tarpeeton, koska sopimukset olisi tehty muutenkin.

Tällä lainsäädännöllä YTA-sopimisella pyritään toisaalta lisäämään yhdenvertaisuutta, toisaalta YTA-tasosta koordinaatiota ja sen myötä tulevaa tehokkuutta. Lakiesityksessä oletetaan optimisesti – mutta todennäköisen epärealistisesti – että YTA-tasoisesti hyvinvointialueet suostuisivat sopimaan yliopistollisen hyvinvointialueen keskittämisasetuksen mukaisten velvoitteiden toteuttamisesta ja tähän liittyvästä rahaliikenteestä. Tämän toteutumiselle ei kuitenkaan ole aiemman kokemuksen ja nyt menossa olevien YTA-sopimusneuvotteluiden perusteella juuri edellytyksiä. Sopimukset luonnollisesti tehdään, mutta niistä tulee oletettavasti sisällöltään ”mahdollistavia” eli käytännössä merkityksettömiä.

Lisäksi on huomattava, että YTA-sopimus on ylipäättään riittämätön instrumentti terapiatakuun onnistumisen keskeisen edellytyksen, kansallisen yhteistyön ja kansallisten rakenteiden ylläpitämiseksi. Tätä asiaa ei voi korjata vahvistamalla YTA-sopimusta koskevaan sääntelyä, mutta sen voisi toteuttaa avaamalla ns. keskittämisasetus ja kirjaamalla sen piiriin a) selkeä kansallinen yhteistyö- ja tukipalvelurakenne ja tukivelvoite sekä b) selkeämmät yta-tasoiset velvoitteet yliopistollisille hyvinvointialueille.

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 tarpeen perustaa kansallinen sosiaalialan menetelmien osaamiskeskus. Tämä tekisi yhteistyötä terveydenhuollon menetelmiin keskittyvän ”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. Käytännössä nykymallinen takuu mahdollistaa monenlaisen hoitopääsyajoilla ”kikkailun”. Toisaalta tätä kikkailua ei kannata pyrkiä liikaa estämään, koska terapiatakuu pistemäisenä ratkaisuna ei oikeasti vastaa lasten ja nuorten kokonaisvaltaisen hoidon tarpeisiin.

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

Terapiatakuun onnistuminen edellyttää kansallisten ohjausrakenteiden perustamisen hyvinvointialueiden keskinäisen koordinaation lisäämiseksi ja kansallisten terapiatakuun toteutumisen kannalta välttämättömien palveluiden turvaamiseksi.

Psykososiaalisten menetelmien tarpeet ja käyttöperusteet ovat täysin samanlaisia koko maassa; ongelmienkin esiintyvyys on melko samanlaista. YTA-tasoinen tai HVA-tasoinen vaihtelu voi olla perusteltua siirtymävaiheessa, mutta pitkällä tähtäimellä tulisi perusoikeuksienkin vuoksi pyrkiä kohti yhtenvertaista minimipalveluvalikoimaa koko Suomessa.

Terapiatakuun onnistuminen edellyttää kansallista yhteistyötä mm. ammattilaisten koulutuksessa, menetelmäosaamisen ylläpidossa, digitaalisissa tukipalveluissa sekä hoitojen toteutumisen ja vaikuttavuuden seurannassa. Tähän tarvittavat rakenteet on jo perustettu osana ”psykososiaalisten hoitojen koordinaatiohanketta” vuosina 2022-23 ja osoitettu toimiviksi.

Käytännössä keskeistä olisi perustaa kansallinen alan osaamiskeskus ja vahvistaa YTA-kohtaisten osaamiskeskusten veloitteita avaamalla ns. keskittämisasutus ja säätämällä näistä tehtävistä tarkemmin.

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 terapiatakuusäätelyyn?

Kyllä

Perustelut ja mahdolliset ehdotukset

Käytännössä koko laki pitäisi suunnitella uudestaan, koska perusterveydenhuollon hoitotakuun siirtyminen terapiatakuuta pidemmälle vie pohjan 1kk terapiaan pääsyyn perustuneelta järjestelmältä. Pahimmillaan tämä muutos tekee terapiatakuulainsäädännöstä vaarallisen, koska se kannustaa pistemäiseen ”terapiaan kuukaudessa” ratkaisuun kokonaisvaltaisten arviointimallien ja palveluketjun kehittämisen sijaan.

Nykyisessä tilanteessa palvelujärjestelmän ensimmäinen hoitomuoto on takuussa kuvattu terapia. Tämä ei ole lasten ja nuorten kannalta tarkoituksenmukaista. Myös lakiesityksen kustannusvaikuttavuuslaskelmat on tehty sen varaan, että ennen terapiaa on tarjottu ja kokeiltu muita hoitomuotoja. Mikäli nämä jäävät pois, nousee takuun toteutumisen hinta merkittävästi. Käytännössä käynee niin, että saatavilla oleva henkilökunta ei mitenkään riitä, mikäli kaikki psykososiaalista tukea tarvitsevat lapset ja nuoret ohjataan takuun tarkoittamaan kasvokkaiseen terapiaan.

Käytännössä laki pitäisi siis kirjoittaa uudestaan takaamaan porrastettu hoitomalli, eli takuun piiriin pitäisi lisätä lainsäädännöstä muuten poistuva oikeus saada ensilinjan hoitoja noin viikossa. Samalla sen voimaantuloa tulisi lykätä vuoden 2026 alkuun, säätää kansallisesta ja YTA-tasoisista osaamiskeskuksista keskittämisasiasetuksella, sekä järjestää hyvinvointialueille tukea valmisteluajaksi.

12. Muu palaute liittyen hallituksen esitysluonnokseen

Lakiesityksen nykytila-analyysi on puutteellinen, mikä voi antaa eduskunnalle väärän kuvan lakiesityksen onnistumisen mahdollisuuksista.

Ensinnäkin lakiesityksestä puuttuu selkeä analyysi siitä, miksi olemassa olevat hoitotakuun (PTH:n hoitotakuu ja ESH:n hoitotakuu) eivät ole toimineet psykososiaalisten hoitojen osalta. Palveluvalikoimaneuvosto on jo kauan sitten katsonut oikea-aikaisten psykososiaalisten hoitojen kuuluvan palveluvalikoimaan, samoin käypä hoito suositukset, joten nyt terapiatakuulakiehdotuksessa säädettävien hoitojen olisi pitänyt jo aiemmin toteutua ja kuulua joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon hoitotakuun piiriin.

Olisi perusteltua pohtia, miksi nykyisiä hoitotakuumääräyksiä ei ole noudatettu psykososiaalisten hoitojen osalta. Tämä valottaisi niitä syitä, miksi on epätodennäköistä, että asianmukaisesti psykososiaalisiin hoitoihin pääsy ratkeaisi säätämällä vielä kolmas hoitotakuu käytännössä saman ongelman ratkaisemiseksi.

Toisaalta lakiesityksestä puuttuu myös sen ilmiön syiden kuvaus, miksi ns. keskittämisasiasetusta ei käytännössä lainkaan noudatettu ennen kuin sen toteuttamista alettiin edistää valtionavustushankkeilla. Yliopistosairaalat eivät käytännössä reagoineet mitenkään keskittämisasiasetuksen säätämiseen, eivätkä alkaneet koordinoida psykososiaalisia menetelmiä tai niiden osaamista. Syynä oli, että keskittämisasiasetuksen psykososiaalisia menetelmiä koskeva pykälä on kirjoitettu niin yleiseksi, ettei se velvoittanut toimijoita tekemään mitään. Tämän toteaminen olisi samalla osoittanut, ettei YTA-sopimuspykälän lisääminen nyt esitettyssä muodossa tule muuttamaan tätä asiaa. Vaan sama ympäripyöreys tulee siirtymään YTA-sopimukseen. Velvoitteet tulisi kirjoittaa selkeämmin.

Yllättävä kyllä lakiesityksessä todetaan – perustelematta ja vuosien kokemusten vastaisesti – että keskittämisasiasetusta ei tarvitse täydentää, koska YTA-tasoisien ja kansallisen yhteistyön voi olettaa

toteutuvan nykyisenkin sääntelyn puitteissa (s. 77 yliopistosairaalaan ylläpitävän hyvinvointialueen velvoitteet). Tämä kohta lakiesityksestä pitäisi korjata, koska tosiasia on, että keskittämisasiasetusta ei noudatettu eikä minkäänlaista kansallista yhteistyötä tehty ilman erillisen hankerahoituksen käynnistymistä. Yhtä lailla näyttää siltä, että YTA-tasoinen ja kansallinen yhteistyö on nopeasti alkanut vähentyä hankerahoituksen loputtua 2023 lopussa.

Lisäksi lakiesityksestä puuttuu pääosin sen valtavan hanketyön kuvaus, jota Suomessa on perustason psykososiaalisten hoitojen saatavuuden parantamiseksi valtion rahoituksella vuodesta 2020 asti tehty. Tämä hanketyö on rakentanut toteuttamisedellytykset ja rakenteet terapiatakuun onnistumiselle. Valtio on rahoittanut nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoa osana Tulevaisuuden sote-keskushanketta vuosina 2020-22, terapiatakuun onnistumisen edellyttämiä rakenteita osana psykososiaalisten menetelmien koordinaatiohanketta 2022-23 sekä Terapiat etulinjaan – tukipalveluiden (kuten terapiakoulutusjärjestelmän) rakentamista osana sote-rakenneuudistushanketta 2020-21 ja RRP – kehityshankkeita 2023-25. Näiden hankkeiden kuvaus olisi eduskunnalle keskeistä taustamateriaalia lainsäädännön arvioinnissa huomioitavaksi.

Em. hankkeiden ja niiden tulosten kuvaaminen olisi samalla helposti kuvannut terapiatakuun tosiasialliseen onnistumiseen tarvittavat tukirakenteet ja -palvelut. Samalla olisi toki tullut ilmeiseksi, ettei lakiesitykseen sisältyvä YTA-sopimusmenetelmä tule riittämään terapiatakuun onnistumiseksi. Hanketyö on osoittanut, että kansallinen yhteistyö, kansalliset tukipalvelut ja näitä ylläpitävät kansalliset rakenteet ovat välttämättömiä tehokkaan psykososiaalisten hoitojen järjestelmän ylläpitämiseksi Suomessa.

Kansallinen toimija ja sen rahoitusmalli ovat välttämättömiä

Lakiesityksessä kuvataan lyhyesti myös nykyistä lakiesitystä selkeästi paremmin lasten ja nuorten hoitoja edistävä malli ja sen keskeiset osat (5.1.3 ja 5.1.4): terapiatakuu olisi toteutettavissa paljon nykyistä paremmin toteuttamalla asteittain voimaantuleva takuu, kansallisesta palveluita tukevasta toimijasta säättäminen sekä erillinen kehittämisrahoitus palveluiden parantamiseksi hyvinvointialueilla.

Koska lakiesitys pitäisi joka tapauksessa kirjoittaa ja pohtia uudestaan perusterveydenhuollon hoitotakuumuutosten vuoksi, kannattaisi samalla lain peruslähdekohta muuttua tähän suuntaan.

Lakiesityksestä käy toistuvasti ilmi, että virkamiesvalmistelussa olisi löydetty nykyistä parempiakin tapoja vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita, mutta todetaan että nämä eivät vastanneet hallituksen tahtotilaa. Olisi toivottavaa, että hallituksen tahtotila olisi lasten ja nuorten palveluiden kokonaisvaltainen parantaminen, ja erilaisia vaihtoehtoja voitaisiin tarkastella avoimesti tästä näkökulmasta.

Terapiatakuu olisi turvallisesti toteutettavissa esimerkiksi niin, että

- a) lakiesitys korjataan sisältöjen ja takuuajojen osalta kompensoimaan perusterveydenhuollon hoitotakuun muutokset
- b) lakipaketin yhteydessä avataan ns. keskittämisasiasetus niin, että toisaalta säädetään kansallisesta osaamiskeskuksesta, jonka tehtävänä on tukea terapiatakuun toteuttamista, ja toisaalta yliopistollisten HV-alueiden velvoitteita selkeytetään vastaavasti YTA-tasoisien osaamiskeskusverkoston muodostamiseksi.
- c) Takuun voimaantuloa lykätään 1.1.2026 asti ja budjettiin vuodelle 2025 varattu rahoitus kanavoidaan kohdan b mukaisten osaamiskeskusten ja kaikkien HV-alueiden terapiatakuun valmistautumisen tukeen vuosille 2025-27.

Osaamiskeskusmallin pohdinta puuttuu kokonaan

Lakiesityksessä annetaan ymmärtää, että kansallinen terapiatakuuta tukeva toimija mielenterveysalalla voisi muodostaa jonkinlaisen kansallisesti poikkeavan rakenteen. Käytännössä Suomessa on jo laajasti perustettu erilaisia substanssialojen osaamiskeskuksia, joilla ei ole normiohjausvaltaa, mutta joilla on keskeinen rooli hyvinvointialueiden tukemisessa erilaisten muuten täysin päällekkäisten tehtävien osalta. Näistä on pääosin säädetty ns. keskittämisasiasetuksessa.

Esimerkiksi syöpäkeskus, neurokeskus, potilasturvallisuuskeskus ja vaikuttavuuskeskus sisältävät niitä elementtejä, joita kansallisen psykososiaalisten menetelmien osaamiskeskusten kannattaisi ylläpitää. Psykososiaalisten menetelmien osaamiskeskusten voisi ongelmitta perustaa näiden muiden keskusten kaltaisella tavalla keskittämisasiasetusta päivittämällä.

Digitaalisten mielenterveyspalveluiden ja ammattilaisten tukipalveluiden kuvaus ja edistäminen puuttuu

Lakiesitys on kirjoitettu hyvin vahvasti perinteisen kasvokkaisen yksilöhoidon näkökulmasta. Tämä siitäkkin huolimatta, että palvelukysynnän kasvu on niin suurta, ettei siihen mitenkään kyetä vastaamaan ilman digitalisaation tuomaa palveluiden tehostamista. Lisäksi tieteellinen näyttö on yksiselitteistä siitä, että oikein toteutettuna digitaaliset tukivälineet (esim harjoitteet) tai digitaaliset terapian toteuttamisen kanavat (video, chat) voivat olla selkeästi perinteistä kasvokkaista terapiaa kustannusvaikuttavampia hoitomuotoja. Digitalisaatio on koko terapiakentän keskeinen kehityssuunta tällä hetkellä. Myös terapiakoulutuksen siirtäminen osin digipohjaisen pedagogiikan piiriin parantaa oppimistuloksia ja laskee koulutuskustannuksia.

Digitalisaatio edellyttää Suomessa onnistuakseen keskitettyä palvelukehittämistä ja tukirakenteita, eli kansallista toimijaa tai ”osaamiskeskusta”. Tästä syystä osaamiskeskus kannattaakin määritellä ”psykososiaalisten menetelmien ja digitaalisten mielenterveyspalveluiden” osaamiskeskukseksi, koska näitä kahta asiaa ei enää käytännössä voi edottaa toisistaan.

Kustannusvaikutukset

Kustannusvaikutusarviot ovat lähtökohtaisesti epävarmoja, koska järjestelmä on monimutkainen ja sisältää erilaisia dynaamisia vaikutuksia.

Kustannukset on jaettu toisaalta hoitojen lisääntymiseen, toisaalta menetelmien osaamisen ylläpitoon (s. 53). Tässä kohdin on virheellisesti todettu, että hyvinvointialueiden tulee sopia YTA-sopimuksessa psykososiaalisten menetelmien osaamisen ylläpidon rahoituksesta. Näin ei kuitenkaan ole, koska ehdotetussa asetusmuutoksessa nimenomaisesti ei mainita mitään rahoituksesta sopimisesta.

Rahoituksen keskeinen ongelma on, että se on ilmeisesti tarkoitus jakaa kapitaatioperusteisesti hyvinvointialueille. Ei-yliopistollisilla hyvinvointialueilla ei ole intressiä eikä insentiiviä siirtää tästä rahoituksesta mitään yliopistollisille hyvinvointialueille, eikä yliopistollisilla alueilla ole intressiä tuottaa palveluita ilman rahoitusta.

Koulutuskustannusten laskentaperiaate on virheellinen, koska kustannuslaskelmat koulutuksissa on tehty Itä-Suomen YTA-alueen kokemusten pohjalta. Kyseistä mallia on käytännössä sovellettu vain maan pienimmän YTA-alueen nuorisoikäisten hoidon kehittämisessä IPC-menetelmällä. Koko muu maa on valinnut kansallisen yhteistyön mallin osana psykososiaalisten menetelmien koordinaatiohanketta. Olisi asianmukaista tehdä koulutuslaskelmat sen mallin mukaan, minkä 90% Suomesta on jo toteuttanut.

Toinen virhe on laskelma, jonka mukaan koulutuskustannukset ovat yhtä suuret kaikilla YTA-alueilla. Laskelmassa todetaan, että 2/3 koulutusrahoitustarpeesta tarvitaan läsnäolokoulutuksiin ja koulutusten koordinointiin. On selvää, että tämä rahoitustarve riippuu väestön ja hyvinvointialueiden määrästä. Etelä-Suomen YTA-alue on väestöpohjaltaan kaksi kertaa suurempi kuin muut alueet, ja sisältää 8 hyvinvointialuetta sekä sekavan Uudenmaan erillisratkaisun; muualla on vain korkeintaan neljä integroitua hyvinvointialuetta. Uudenmaan rahoitusosuus tulisi korjata vähintään väestöpohjaa vastaten kaksinkertaiseksi.

Rahoituslaskeminen siirtyminen käytäntöön on myös ongelma. Digitaalisen koulutuskokonaisuuden ylläpidon kustannuksiksi arvioidaan 1,25m€ (250t€/hyvinvointialue) mutta tämän rahoituksen kansalliselle käytölle ei esitetä mitään sitovaa mekanismia. Lakiesitys lähtee ilmeisesti siitä, että kaikki hyvinvointialueet – tai YTA-alueet – tekevät erilliset koulutussopimukset kansallisen

terapiakoulutusalueen käytöstä. Lopputuloksena on tarpeeton sopimussekoilu, ja ilmeinen osaoptimointiriski kokonaan valtionrahoitetussa järjestelmässä. On ylipäätään hyvin mahdollista, että hyvinvointialueet eivät rahapulassaan halua lähteä ylläpitämään pitkän tähtäimen kehitystyötä tai kansallisen osaamisen ja kansallisten tukipalveluiden ylläpitoa.

Pahimmillaan nyt esitetty lakiesitys johtaa siis kansallisesti kehitettyjen digitaalisten tuki- ja koulutuspalveluiden alasajoon, valtion rahoituksella vuosina 2020-24 tehdyn kehittämistyön tulosten hukkaamiseen, kansallisten rakenteiden purkuun sekä eriarvoiseen palvelujärjestelmään jossa käytetään erilaisia menetelmiä eri alueilla. Ja loppujen lopuksi koko järjestelmän kustannusten kasvuun.

Saarni Samuli
Tampereen yliopisto - Prof. Samuli Saarni / Terapiat etulinjaan -
toimintamalli