

Asia: VN/36135/2023

Luonnos hallituksen esitykseksi laeiksi terveydenhuoltolain 7 a §:n, sosiaalihuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

Taustatiedot lausunnonantajalta

Organisaatio tai vastaajataho

Muu järjestö tai yhdistys

Kysymys viranomaisille, mikä on lausuntoa käsitelleen toimielimen nimi ja käsittelypäivämäärä?

-

Lausunnonantajan lausunto

Onko ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista säätämisestä kannatettava?

Kyllä

Perustelut ja lisähuomiot esityksen kannatettavuutteen liittyen.

Palveluvalikoiman periaatteet (tarve, turvallisuus, vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus sekä läpileikkaavat periaatteet kuten yhdenvertaisuus ja saavutettavuus) ovat oikeansuuntaisia vahvistamaan läpinäkyvyyttä ja vähentämään alueellista vaihtelua.

Nykyisessä muodossaan lakiehdotukset ovat kuitenkin liian tulkinnanvaraisia ja jättävät hyvinvointialueille liikaa liikkumavaraa tilanteessa, jossa talousohjaus on tiukkaa. Ilman täsmennyksiä tämä voi käytännössä johtaa siihen, että kustannusohjaus syrjäyttää tarveperiaatteen ja "palveluvalikoiman vähimmäistasosta" tulee tosiasiallinen enimmäistaso. Tämä riski kohdistuu erityisesti ihmisiin, joilla on kasautunutta kuormitusta ja monikanavaista palvelutarvetta, kuten päihde- ja riippuvuussairauksiin liittyvissä tilanteissa.

Kannatettavuus edellyttää siksi kolmea asiaa:

1. Valtakunnallinen ohjaus ja yhdenmukaiset soveltamiskriteerit. Pelkkä periaatelista ei riitä. Tarvitaan kansalliset soveltamisohjeet ja vähimmäisvaatimukset, jotka sitovat käytäntöä ja turvaavat yhdenvertaisuuden.
2. Punnintatapa näkyväksi. Esityksessä tulee kuvata selkeästi, miten tarve, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus punnitaan silloin, kun ne ovat ristiriidassa. Nyt punninnan logiikka jää auki ja altistuu talouspaineelle.
3. Vaikutusarviointi haavoittuville ryhmille sekä pitkän aikavälin vaikutukset. Esitystä on täydennettävä erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien osalta (mm. päihteitä käyttävät ihmiset / addiktioon sairastuneet ihmiset). Lisäksi on arvioitava pitkäaikaiset sosiaaliset ja yhteiskunnalliset vaikutukset, kuten osallisuus, työ- ja toimintakyky, asunnottomuus, väkivaltariskit ja palveluihin kiinnittyminen.

Lisäksi on varmistettava, että digipalveluiden lisääntyminen ei muodosta saavutettavuuden estettä: palveluihin on päästävä myös ilman digivälineitä tai vahvoja digitaitoja.

Lain selkeys, oikeusturva, seuranta ja toimeenpanon ohjaus ratkaisevat, vahvistaako esitys yhdenvertaisuutta vai lisääkö se alueellista ja ryhmäkohtaista eriarvoisuutta.

Palveluvalikoiman käyttöönottoa tulee seurata kansallisesti. Seurannan tulee kattaa vähintään:

- alueellinen vaihtelu palvelujen saatavuudessa
- palveluihin kiinnittyminen ja hoidon/tuennan jatkuvuus
- vaikutukset haavoittuvien ryhmien hyvinvointiin sekä pitkän aikavälin kustannusvaikutukset myös sosiaalisten seurausten näkökulmasta.

**Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten taloudellisista vaikutuksista (jakso 4.2)?
Voitte perustella näkemystänne tähän.**

Esitysluonnoksen taloudellisten vaikutusten arvio on puutteellinen eikä anna riittävän tarkkaa kuvaa esityksen todellisista kustannuksista tai kustannusten kohdentumisesta.

Esityksessä esitetyt säästöoletukset jäävät teoreettisiksi, eikä niiden laskennallista perustaa avata.

Toimeenpano edellyttää käytännössä järjestelmä- ja tiedonhallintamuutoksia, henkilöstön koulutusta, ohjeistusta, seurantaa ja arviointirakenteita. Näiden kustannuksia ei arvioida uskottavasti.

Vaikutuksia ei arvioida riittävästi haavoittuvimpien ryhmien näkökulmasta. Jos palveluja rajataan tai kriteerejä kiristetään, kustannukset eivät katoa vaan ne siirtyvät myöhempään, raskaampiin palveluihin ja myös muihin järjestelmiin (mm. päivystys, lastensuojelu, asumispalvelut, rikosseuraamusjärjestelmä).

Taloudellinen arvio tulee täydentää kuvaamalla toimeenpanon kustannukset, riskiskenaariot (palvelujen kaventuminen) sekä pitkän aikavälin säästö- ja siirtovaikutukset.

Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten muista vaikutuksista (jakso 4.2)? Voitte perustella näkemystänne tähän.

Esityksessä kuvataan muita vaikutuksia yleistasolla, mutta vaikutusarviointi on vajaa.

Erityisesti puuttuvat:

- vaikutukset haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin
- vaikutukset osallisuuteen, syrjäytymisen ehkäisyyn ja palveluihin kiinnittymiseen
- vaikutukset palveluketjujen toimivuuteen (integraatio)
- riskit, jos kustannusvaikuttavuus tulkitaan käytännössä ensisijaiseksi ohjausperiaatteeksi.

Onko lakiehdotuksilla jotain sellaisia vaikutuksia, joita esitysluonnoksessa ei vielä ole otettu huomioon, ja jos on, niin millaisia vaikutuksia?

Esitysluonnoksessa on vaikutuksia, joita ei ole arvioitu riittävästi.

1. Tulokinnanvaraisuus ja toimeenpanon ohjaus. Periaatteiden kirjaaminen ei yksin turvaa yhdenvertaisia ja vaikuttavia palveluja. Esityksessä ei kuvata riittävästi, kuka vastaa valtakunnallisesta ohjauksesta, millä kriteereillä periaatteita sovelletaan, eikä miten soveltamista seurataan. Tämä lisää riskiä aluekohtaisille tulkinnoille ja heikentää yksilön oikeusturvaa.
2. Punnintaperusteet jäävät auki. Vaikutusten kannalta ratkaisevaa on, miten tarve, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus punnitaan ristiriitatilanteissa: kuka määrittelee ”riittävän” terveys- tai hyvinvointivaikutuksen ja ”kohtuulliset” kustannukset ja millä perusteella. Kun punnintamalli puuttuu, periaatteiden todellisia vaikutuksia yksilön kannalta on vaikea arvioida.
3. Haavoittuvat ryhmät ja kasautuvat vaikutukset. Vaikutusarviointi on puutteellinen päihteitä käyttävien, addiktioon sairastuneiden sekä mielenterveyshäiriöisiä oireita kokevien ihmisten osalta. Nämä ryhmät ovat sosiaalihuollossa erityisen tuen tarpeessa, ja palveluihin kiinnittyminen on usein vaikeaa. Jos palveluja kavennetaan tai kriteerejä kiristetään, seuraukset kohdistuvat epäyhtenäisesti ja voivat lisätä palvelujen ulkopuolelle jäämistä.
4. Väestötason arvio vs. yksilöllinen tarve – ”minimistä maksimi” -riski. Esitys mahdollistaa väestötasoisien tarkastelun palveluvalikoimaa määritettäessä. Tiukassa talousohjauksessa tämä voi käytännössä johtaa siihen, että palveluvalikoiman vähimmäistasosta tulee tosiasiallinen

enimmäistaso, vaikka yksilöllinen tarvearvio periaatteessa mahdollistaisi laajemman tuen. Tätä riskiä ja sen vaikutuksia yksilön oikeuksiin sekä myöhempiin seurauksiin tulisi arvioida selvästi.

5. Laajat yhteiskunnalliset vaikutukset ja siirtovaikutukset. Esityksen vaikutuksia yhdenvertaisuuteen, osallisuuteen ja huono-osaisuuden kehitykseen ei arvioida riittävästi. Lisäksi on merkittävä riski, että priorisointi siirtää oikea-aikaista palvelujen käyttöä myöhemmäksi, jolloin ongelmat kasautuvat ja kustannukset kasvavat raskaammissa palveluissa ja muissa järjestelmissä.

6. Taloudelliset vaikutukset: toimeenpanon kustannukset ja vaikutukset palvelujärjestelmän reunoilla. Taloudellinen arvio on puutteellinen erityisesti niiden ryhmien osalta, jotka ovat jo valmiiksi palvelujärjestelmän ulkolaidoilla. Esitystä tulee täydentää erillisellä vaikutusarviolla haavoittuvien ryhmien palveluista, nykyisestä tarjontavajeesta sekä pitkän aikavälin kustannus- ja siirtovaikutuksista.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Terveysturvalaki 7 a §

Terveysturvalain 7 a §:ään ehdotetut palveluvalikoiman periaatteet (tarve, turvallisuus, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus) ovat lähtökohtaisesti kannatettavia. Ne voivat vähentää hyvinvointialueiden välisiä eroja sekä lisätä päätöksenteon läpinäkyvyyttä ja ennakoitavuutta. Ihmisarvon ja syrjimättömyyden kirjaaminen läpileikkaaviksi periaatteiksi on tärkeä täsmennys, joka vahvistaa oikeusturvaa erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien osalta, kuten päihteitä käyttävien ja addiktioon sairastuneiden ihmisten kohdalla. Avoimet ja julkiset perustelut lisäävät ymmärrystä siitä, miksi menetelmiä sisällytetään palveluvalikoimaan tai rajataan sen ulkopuolelle.

Periaatteet voivat myös tukea vastuullista resurssien käyttöä ja ehkäistä tilannetta, jossa yksittäinen kriteeri, erityisesti kustannus, alkaa ohjata päätöksiä kohtuuttomasti. On myönteistä, että esitys mahdollistaa epävarmemman tutkimusnäytön hyväksymisen tilanteissa, joissa muuta vaikuttavaa hoitoa ei ole saatavilla. Tämä on käytännössä tärkeää pienille potilasryhmille sekä moniongelmaisille ihmisille.

Uudistuksen toimeenpanoon liittyy kuitenkin merkittäviä riskejä, jotka korostuvat päihde- ja riippuvuustyössä:

1. Tulkinnanvaraisuus ja alueellinen vaihtelu. Laaja kokonaisharkinta voi johtaa vaihteleviin ratkaisuihin eri hyvinvointialueilla, erityisesti silloin, kun tutkimusnäyttö on niukkaa ja arviointi nojaa laadulliseen tietoon tai ammatilliseen kokemukseen. Tämä heikentää yhdenvertaisuutta.
2. Mittaamisen vinouma ja viivevaikutukset. Päihde- ja riippuvuuspalveluissa vaikuttavuus näkyy usein viiveellä ja osa hyödyistä on vaikeasti mitattavia. On riski, että resursseja ohjautuu helpommin mitattaviin, lyhytkestoisiin palveluihin pitkäjänteisten psykososiaalisten interventioiden kustannuksella.
3. Kustannusvaikuttavuuden ylikorostuminen. Kustannusvaikuttavuus voi käytännössä muodostua ensisijaiseksi tulkintaperusteeksi erityisesti talouspaineessa. Tämä voi heikentää sellaisten palvelujen saatavuutta, joissa alkuinvestointi on suuri tai joissa asiakasryhmän tilanteet ovat monimutkaisia, kuten korvaushoito, vieroitushoito, psykoterapia ja pitkäkestoiset kuntoutuspalvelut.

4. Liian kapea tarveperiaatteen tulkinta. Jos tarveperiaatetta tulkitaan liian diagnoosikeskeisesti, varhaisessa vaiheessa oireilevien nuorten tai päihkeitä käyttävien ihmisten palvelutarve voi jäädä tunnistamatta, vaikka varhainen tuki olisi vaikuttavaa ja kustannuksia ehkäisevää.

5. Hallinnollinen kuormitus ja epäselvyydet kliinisessä arjessa. Avoimuus- ja perusteluvälitteet lisäävät dokumentointia ja voivat hidastaa uusien menetelmien käyttöönottoa. Lisäksi tarvitaan selkeät linjaukset siitä, miten kansalliset linjaukset suhteutuvat ammattilaisen kliiniseen harkintaan ja milloin poikkeussäännöstä voidaan käyttää, jotta hoito ei viivästy tilanteissa, joissa tarve muuttuu nopeasti.

Lisäksi on varmistettava, että haavoittuvimmassa asemassa olevat eivät jää palvelujen ulkopuolelle. Käytännössä tämä edellyttää monikanavaista palveluun pääsyä ja matalan kynnyksen vaihtoehtoja. Digipalvelujen lisääntyminen ei saa muodostua saavutettavuuden esteeksi ihmisille, joilla ei ole laitteita, digitaitoja tai kykyä asioida itsenäisesti.

Uudistuksessa on myös mahdollisuus vahvistaa yhdenvertaisuutta päihde- ja riippuvuustyössä: se voi tasoittaa korvaushoidon, katkaisuhoidon ja psykososiaalisten palvelujen saatavuutta sekä vahvistaa vaikuttaviksi osoitettujen menetelmien käyttöönottoa. Samalla on tärkeää varmistaa, etteivät toiminnallisesti merkittävät työmuodot ja tukimuodot, kuten matalan kynnyksen tuki, vertais- ja yhteisötoiminta sekä kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen, jää käytännössä ulos vain siksi, että tutkimusnäyttö on perinteisin mittarein niukempaa.

Kokonaisuutena 7 a § voi selkeyttää päätöksentekoa ja lisätä yhdenvertaisuutta, mutta tämä edellyttää valtakunnallisesti yhtenäisiä soveltamisohjeita, riittäviä resursseja ja arviointiosaamista sekä seurantaa, jolla varmistetaan, ettei palveluvalikoimaa sovelleta tavalla, joka heikentää haavoittuvien ryhmien palveluja tai siirtää kustannuksia myöhemmäksi raskaampiin palveluihin.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sosiaalihuoltolaki 30 a §

A-klinikkasäätiön näkemyksen mukaan esityksen tavoite on yleisellä tasolla kannatettava. Esitykseen sisältyy kuitenkin kohtia, joita on täsmennettävä, jotta soveltaminen on yhdenmukaista ja yksilön oikeusturva toteutuu.

1) Kokonaisharkinta ja periaatteiden keskinäinen punninta jää epäselväksi

Esityksen taustamateriaalissa todetaan, että periaatteet voivat olla ristiriidassa ja niitä tulee punnita suhteessa toisiinsa. Punninnan käytännön toteutusta ei kuitenkaan kuvata. Tältä osin lakiehdotus jää tulkinnanvaraiseksi, mikä lisää riskiä alueellisille eroille.

Yksilön oikeusturvan kannalta on välttämätöntä täsmentää kokonaisharkintaa prosessina ja ohjeistaa sen soveltamista siten, että

- hyvinvointialue ei voi määrittää palveluvalikoimaa ensisijaisesti kustannusperusteisesti, ja

- erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden, kuten päihteitä käyttävien ja addiktioon sairastuneiden ihmisten, kohdalla palvelujen valinta perustuu edelleen yksilölliseen tarvelähtöiseen arvioon.

2) "Riittävä näyttö" ja "kohtuulliset kustannukset" – kuka määrittelee ja millä kriteereillä?

Pykälän periaatteet "vaikuttavuus hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää" ja "kustannukset ovat saavutettavissa olevaan hyvinvointihyötyyn nähden kohtuulliset" ovat sisällöllisesti ymmärrettäviä, mutta niiden soveltamisen kannalta olennaiset kysymykset jäävät auki:

- Kuka arvioi, milloin näyttö on "riittävää"?
- Kuka ja millä menetelmällä määrittää "kohtuulliset" kustannukset?
- Miten varmistetaan, ettei kustannusnäkökulma käytännössä syrjäytä tarve- ja yhdenvertaisuusperiaatetta?

Periaatteiden toimeenpano edellyttää siksi tarkempia määrittelyjä, kansallisia soveltamisohjeita sekä seuranta- ja mittareita, joiden avulla voidaan arvioida, toteutuvatko periaatteet yhdenmukaisesti. Lisäksi alueita tukisi yhteinen tiedonkeruun ja seurannan ratkaisu; ilman yhteentoimivia tietopohjia jatkuva arviointi jää helposti hajanaiseksi.

3) Väestötason tarve asiakkaan edun rinnalla – ristiriidat on ennakoitava

Esityksessä väestötason tarve nostetaan asiakkaan yksilöllisen palvelutarpeen rinnalle ennaltaehkäisy- ja vahvistamiseksi. Tavoite on kannatettava, mutta sosiaalihuollon ensisijainen periaate on asiakkaan etu. Väestötason arvio ja asiakkaan etu voivat olla ristiriidassa ja johtaa erilaisiin ratkaisuihin palveluissa ja palvelupoluissa.

Tällaiset ristiriitatilanteet tulee ennakoida, ohjeistaa ja kytkeä seurantaan, jotta yksilön yhdenvertaisuus ja palvelujen laatu voidaan turvata kaikissa hyvinvointialueissa.

Erityisesti päihdetyössä yksilön oikeudet voivat vaarantua, jos palveluja tarkastellaan ensisijaisesti rakenteellisella tasolla ja resursseja kohdennetaan yleisten painotusten perusteella. Päihteitä käyttävien ja addiktioon sairastuneiden ihmisten palveluihin pääsy sekä palveluihin kiinnittyminen vaativat usein erityisiä rakenteita, matalan kynnyksen toimintaa ja osaamista, vaikka ryhmä ei olisi määrällisesti suuri.

4) Ennaltaehkäisy on tärkeää – mutta ei korjaavien palvelujen kustannuksella

Painotuksen siirtyminen ennaltaehkäisyyn on tervetullutta, mutta se edellyttää myös resursointia. Esimerkiksi nuorten päihteiden käytön tunnistaminen ja palveluihin ohjautuminen eivät nykyisellään

toimi riittävällä tasolla. Samalla on varmistettava, ettei ennaltaehkäisevien palvelujen korostuminen johda siihen, että korjaavista ja intensiivisistä palveluista karsitaan.

5) Järjestöjen rooli on turvattava osana kokonaisuutta

Järjestöillä on sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudessa hyvinvointialueiden rinnalla erityinen rooli: ne toimivat lähellä ihmisiä, tavoittavat syrjäytymisvaarassa olevia ja pystyvät reagoimaan nopeasti muuttuviin tarpeisiin. Päihdetyön ennaltaehkäisevässä ja haittoja vähentävässä työssä järjestöjen rooli tulee turvata siten, ettei vastuu siirry oletusarvoisesti yksin hyvinvointialueille tai yksityisille toimijoille. Lakimuutosten tulee tukea moniammatillista yhteistyötä ja saumattomia palveluketjuja, joissa järjestöt ovat aktiivisia kumppaneita.

Yleistä lakiehdotuksesta

Olemme erityisen huolissamme siitä, turvaako esitys päihteitä käyttävien ja addiktioon sairastuneiden ihmisten mahdollisuudet saada tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti ja riittävällä intensiteetillä. Moni voi tarvita hoito- ja tukijaksoja, joiden kustannusvaikuttavuus ei näy välittömästi, mutta jotka parantavat pitkällä aikavälillä palveluihin kiinnittymistä, vähentävät haittoja ja tuottavat myönteisiä kustannusvaikutuksia julkiselle taloudelle.

Addiktioissa on lisäksi tärkeää tunnistaa myös pienet myönteiset muutokset, jotka vähentävät kuolleisuutta ja sairastavuutta. Ennaltaehkäisevät ja haittoja vähentävät päihdepalvelut tulee tunnistaa olennaiseksi osaksi palveluvalikoimaa. Palveluvalikoimaa on myös kyettävä päivittämään, kun tutkimus ja käytäntö tuottavat näyttöä toimivista uusista toimintamalleista.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sote-järjestämislaki 36 §

Sote-järjestämislain 36 § on keskeinen perusta palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiselle. Jotta toimeenpano olisi yhdenvertainen ja vaikuttava, pykälän soveltamista on kuitenkin täsmennettävä valtakunnallisilla ohjeilla ja yhtenäisillä arviointi- ja seurantamittareilla. Lisäksi monialainen palvelutarve tulee huomioida nykyistä paremmin, jotta palveluketjut eivät pirstoudu.

Pykälän tavoitteiden kannalta on erityisen tärkeää turvata haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien palvelujen saatavuus ja kokonaisvaltainen tuki, mukaan lukien mielenterveyden häiriöitä kokevat sekä päihteitä käyttävät ja addiktioon sairastuneet ihmiset.

Muutokset 36 §:ään voivat parhaimmillaan edistää päihde- ja riippuvuuspalvelujen yhdenmukaisuutta, laatua ja vaikuttavuutta, jos yhteistyöalueiden rakenteet rakennetaan vahvan kansallisen ohjauksen varaan ja suunnittelussa huomioidaan sektorin erityispiirteet.

Ilman riittävää valtakunnallista koordinaatiota on kuitenkin riski, että rakenteet lisäävät hallinnollista kerroksellisuutta tai että kustannusvaikuttavuus alkaa käytännössä ohjata palveluvalikoimaa haavoittuvimpien ryhmien oikea-aikaisen tuen kustannuksella.

Liittyykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?

Palveluvalikoiman periaatteet ovat lähtökohtaisesti kannatettavia, mutta soveltamiseen liittyy useita haasteita, jotka voivat heikentää yksilön oikeusturvaa ja palvelujen yhdenvertaisuutta. Keskeiset haasteet ja ratkaisuehdotukset ovat seuraavat:

1. Tulkinnanvaraisuus ja alueellinen vaihtelu. Periaatteiden painotukset voivat vaihdella hyvinvointialueittain (tarve, vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus), mikä voi johtaa eriarvoisiin käytäntöihin.

Ratkaisu: valtakunnalliset soveltamisohjeet, vähimmäistasot sekä säännöllinen kansallinen seuranta ja arviointi, joilla tulkintaa yhtenäistetään.

2. Saavutettavuus ja oikeuksien toteutuminen haavoittuvilla ryhmillä. On riski, että palveluvalikoiman rajaukset kohdistuvat käytännössä niihin, joilla on heikoin kyky hakea palveluja tai vaatia oikeuksiaan.

Ratkaisu: monikanavainen asiointi ja matalan kynnyksen palvelut on turvattava; sähköisten palvelujen rinnalla tulee varmistaa vaihtoehtoiset asiointitavat esimerkiksi ikääntyneille, vammaisille, taloudellisesti haavoittuvassa asemassa oleville sekä päihteitä käyttäville ja addiktioon sairastuneille ihmisille.

3. Näyttö- ja vaikuttavuusarvioinnin kapeus. Osa palveluista tuottaa vaikutuksia viiveellä ja epäsuorasti; erityisesti päihde- ja riippuvuustyössä hyödyt näkyvät usein pitkällä aikavälillä ja voivat olla vaikeasti mitattavia.

Ratkaisu: alakohtaiset soveltamissuosituksen ja palvelukohtaiset mittarit, jotka huomioivat myös elämänlaadun, toimintakyvyn, palveluihin kiinnittymisen ja syrjäytymisen ehkäisyn. Vaikuttavuutta on arvioitava kokonaisuutena, ei vain välittöminä kliinisinä tuloksina.

4. Kustannusvaikuttavuuden ylikorostumisen riski. Lyhyen aikavälin kustannukset voivat ohjata palveluja pois vaativista asiakasryhmistä, mikä lisää pitkän aikavälin ongelmia ja kustannuksia.

Ratkaisu: kustannusvaikuttavuus ei voi toimia yksin poissulkevana perusteena; arvioinnissa on painotettava pitkäaikaisia hyötyjä ja tehtävä haavoittuvuusvaikutusten arvio. Tarvittaessa päihde- ja riippuvuustyölle tulee laatia omat soveltamis- tai palveluvalikoimasuosituksen.

5. Diagnoosikeskeisyys ja varhainen tuki. Liian diagnoosiperusteinen tulkinta voi rajata palvelujen ulkopuolelle nuoria, varhaisessa vaiheessa oireilevia ja moniongelmaisia ihmisiä.

Ratkaisu: tarveperiaatteen tulee kattaa myös toimintakyvyn heikkeneminen, riskitilanteet ja varhaisen vaiheen tuen tarve; matalan kynnyksen palveluihin tulee päästä ilman diagnoosia tai lähetettä.

6. Palvelukokonaisuuksien pirstoutuminen. Päihde- ja riippuvuussairauksiin liittyvä tuki edellyttää usein useiden palvelujen yhteensovittamista; menetelmäkohtainen tarkastelu ei riitä.

Ratkaisu: palveluvalikoimaa tulee arvioida ja johtaa myös hoitoketjuina ja palvelukokonaisuuksina (terveydenhuolto, sosiaalipalvelut, asuminen, työllistyminen, matalan kynnyksen tuki). Lisäksi on tunnistettava myös käytännössä toimivien, mutta perinteisin mittarein heikommin tutkittujen tukimuotojen (esim. vertais- ja yhteisötoiminta, kokemusasiantuntijuus) rooli osana kokonaisuutta, jotta ne eivät rajautuisi ulos.

7. Resursointi ja osaaminen. Periaatteiden soveltaminen edellyttää arviointiosaamista, koulutusta, yhtenäisiä mittareita ja toimivia tietopohjia.

Ratkaisu: valtakunnallinen tuki koulutukselle, arviointikäytännöille ja seurannalle sekä tietopohjan ja integraation vahvistaminen, jotta periaatteita voidaan soveltaa johdonmukaisesti ja asiakaslähtöisesti.

Kokonaisuutena periaatteet voivat parantaa yhdenvertaisuutta ja laatua, mutta vain, jos kansallinen ohjaus, seuranta, monipuolinen arviointi ja haavoittuvien ryhmien turvaavat käytännön ratkaisut rakennetaan riittävän vahvoiksi.

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia?

Ei muuta. Edellä esitetyt täsmennykset ovat keskeisiä esityksen toimeenpanon yhdenvertaisuuden ja oikeusturvan varmistamiseksi.

Virolainen Tarja
A-klinikkasäätiö