

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

Ammattijärjestö

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.

Suomen Psykologiliitto ry kiittää mahdollisuudesta lausua palveluvalikoiman periaatteiden määrittelyä koskevista periaatteista, ja kiinnittää lausunnossaan erityistä huomiota siihen, kuinka periaatteet vaikuttavat mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyden häiriöiden hoitoon koskeviin palveluihin.

Lakiesityksen tavoite, jonka mukaan hyvinvointialueet ja muut julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveyspalveluja järjestävät tahot pystyvät palveluvalikoimaa koskevilla valinnoilla ja ohjauksella saamaan aikaan mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia käytettävissä olevien resurssien ja lakisääteisten velvoitteidensa puitteissa on lähtökohtaisesti kannatettava, samoin kuin tavoite siirtää palvelujen painotuksia väestön terveyttä ja hyvinvointia edistävien sekä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia ennaltaehkäisevien palvelujen suuntaan.

Keskeiset palveluvalikoimaa ohjaavat periaatteet, eli tarve, turvallisuus, vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus sekä läpileikkaavina yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus ovat tärkeitä arvoja, joiden toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tulee pyrkiä edistämään. On myös merkittävää, että periaatteissa ennaltaehkäisy sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan yksilön palvelujen rinnalle.

Periaatteiden kirjaaminen lakiin on hyvä lähtökohta, mutta nykyisessä muodossaan lakiehdotukset ovat tulkinnanvaraisia, mikä voi johtaa siihen, ettei palveluiden arvioinnissa tulla tosiasiaa käyttämään kokonaisharkintaa, vaan kustannusvaikuttavuus tulee erityisesti hyvinvointialueiden tiukassa taloudellisessa tilanteesta syrjäyttämään muut periaatteet. Lainsäädännön rinnalla tulee varmistaa riittävä ohjaus ja tuki sen soveltamiseen käytännön työssä asiakkaiden ja potilaiden näkökulmasta yhdenvertaisella tavalla. Ilman konkreettisempaa ohjausta on vaarana, että periaatteet jäävät abstraktille tasolle, mikä mahdollistaa erilaiset tulkinnat, eikä auta vähentämään piilopriorisointia tai ammattilaisten kokemaa eettistä stressiä. Esimerkiksi tarveperiaatteen yhteyteen kirjattu rajanveto "tavanomaisten elämän ilmiöiden" ja sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita edellyttävien tuen tarpeiden välillä on epäselvä.

Esityksessä nostetaan esiin myös sen selvittäminen, että voitaisiin säätää kansallisesta toimijasta, joka voi sitovasti linjata menetelmän kuulumisesta julkiseen palveluvalikoimaan. Suomen Psykologiliitto ry pitää lähtökohtaisesti valtakunnallista yhteistyötä ja koordinaatiota tärkeänä laadukkaiden, asiakkaiden tarpeiden mukaisten sekä kansallisesti yhdenvertaisten palveluiden turvaamiseksi. Tämä kuitenkin edellyttää, että kansallisessa toimitelmässä tulee lakisääteisesti olla kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden arvioinnin kannalta keskeiset tieteenalat edustettuna, ja arvioinnin tulee olla riippumaton julkisen sektorin järjestämisvastuullisten tahojen taloudellisen tilanteen asettamista reunaehdoista sekä muista mahdollisista intressiristiriidoista.

Kansallista toimijaa koskevan säätelyn osalta erityisesti mielenterveyden hoitoon tarkoitettujen psykososiaalisten hoitojen palveluvalikoiman arvioinnissa viittaamme kohteliaimmin Suomen Psykologiliitto ry:n lausuntoon koskien luonnosta valtioneuvoston asetukseksi erikoissairaanhoidon keskittämisasiäsetuksen muuttamiseksi, joka on toimitettu sosiaali- ja terveysministeriöön 19.6.2025. Yhteenvedonä kuitenkin todettakoon, että mielenterveyttä edistävien tai mielenterveyden häiriöiden hoitoon kohdentuvien psykososiaalisten menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen arviointi ei ole kestävää, yhdenvertaista ja riippumatonta ilman laajaa kansallista yhteistyötä tutkimuslaitosten, yliopistojen ja järjestämisvastuullisten toimijoiden välillä, ja jonka pohjana on laaja-alaisesti tarkasteltu tieteellinen tutkimus - mikä lähtökohtaisesti pätee myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden arvioinnissa.

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

Lakiesityksessä tulisi painottaa sitä, että palveluvalikoiman periaatteiden määrittämisen tavoitteena ei ole tuottaa säästöjä sosiaali- ja terveydenhuoltoon, vaan varmistaa asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaiset palvelut sekä olemassa olevien resurssien optimaalinen hyödyntäminen.

Kuten esityksessäkin todetaan, sosiaalipalveluissa tyydyttämätöntä palvelujen tai tuen tarvetta on raportoitu esimerkiksi lapsiperheitä tukevien palvelujen, sosiaalityön ja ikääntyneiden tarvitseman arkipäivän avun osalta, ja terveyspalveluissa noin joka kymmenes koki jääneensä ilman itselle riittäviä palveluja. Palvelutarpeeseen paremmin ja oikea-aikaisemmin vastaamalla saatetaan voida joiltain osin vähentää raskaampien palvelujen käyttöä tai palvelujen käyttöä pitkällä aikavälillä, mutta etenkin lyhyellä aikavälillä se vaatii vahvaa resurssointia sekä edistäviin ja ehkäiseviin palveluihin että raskaampiin palveluihin. Näin ollen tavoiteltava painopisteen siirtäminen terveyttä ja hyvinvointia edistävien sekä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia ennaltaehkäisevien palvelujen suuntaan edellyttää alkuvaiheessa nykyistä suurempaa taloudellista panostusta, mitä ei ole lakiesityksen taloudellisten vaikutusten arvioinnissa huomioitu.

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

Kuten lakiesityksessä todetaan, mikäli sen seurauksena palveluvalikoimaan kuulumista koskeissa päätöksissä tehdään merkittäviä rajoja julkisen palveluvalikoiman ulkopuolelle, yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä voi kasvaa. Tämä puolestaan lisää ihmisten eriarvoisuutta palveluiden saatavuudessa sosioekonomisen statuksen mukaan, mikä ei ole kannatettava kehityssuunta. Palveluiden yhdenmukaistaminen tai rajaaminen ei siis lähtökohtaisesti saa tarkoittaa sitä, että julkisella sektorilla tarjottavia palveluita supistetaan tai heikennetään siinä määrin, että ihmisten on välttämätöntä lähteä hakemaan arvioidun tarpeen mukaisia palveluita yksityissektorilta.

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

Lakiesityksessä todetaan, ettei sillä ole suoraa vaikutusta Kansaneläkelaitoksen järjestämään vaatimaan lääkinnälliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan. Esitys kuitenkin ottaa kantaa siihen, että jatkossa olisi perusteltua arvioida palveluvalikoiman periaatteita koskevien, soveltuvien säännösten lisäämistä myös kuntoutuslakiin koskien Kansaneläkelaitoksen järjestämää ja korvaamaa lääkinnällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa. Esityksen mukaan periaatteista säätäminen tekisi näkyväksi esimerkiksi kuntoutuksen kustannusvaikuttavuuden merkityksen, mutta myös asiakkaiden yhdenvertaisen kuntoutukseen pääsyn toteutumisen turvaaminen tulisi yhtä lailla aiempaa näkyvämmäksi. Kyseisen suosituksen taustalla olevia päätelmiä on kuitenkin vaikea tavoittaa, sillä niitä ei esityksessä tarkemmin avata. Millä tavoin esimerkiksi kuntoutuspsykoterapiassa ajatellaan, että palveluvalikoiman määrittämisen periaatteet tulevaisuudessa ohjaisivat tarjottavia palveluita?

Kuntoutuspsykoterapiana on nykyisin mahdollista saada niitä psykoterapiamuotoja, joiden tuottamiseen suomalaisissa yliopistoissa psykoterapeutteja koulutetaan. Palveluvalikoimaneuvosto on myös vuonna 2018 antanut psykoterapioita koskevan suosituksen, jossa ei ole lähdetty siitä, että palveluvalikoimaa tulisi eri psykoterapiamuotojen osalta lähteä rajaamaan, vaan suositeltu sitä, että vaikuttaviksi todetut psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta niiden kaikissa vaiheissa. Myöskään psykoterapian tieteellinen tutkimus ei tue päätelmää, jonka mukaan eri psykoterapiamuotojen väliset erot olisivat hoidon tuloksellisuuden näkökulmasta suurempia kuin yksilöllinen vaihtelu kunkin psykoterapiamuodon sisällä, sillä kaikille psykoterapiamuodoille yhteisillä tekijöillä (kuten yhteistyösuhteella sekä potilaan odotuksilla ja toiveilla) on menetelmää suurempi yhteys hoidon vaikuttavuuteen ja hoitoon sitoutumiseen. Jotta

kullekin asiakkaalle voidaan valita hoitomuoto, joka on sekä vaikuttava että asiakkaan yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioiva, on erittäin keskeistä säilyttää laaja palveluvalikoima.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Terveystieteellisen huoltolain 7 a §

Terveystieteellisen huoltolain muutoksen säädöskohtaisissa perusteluissa on pääosin nostettu esiin hyvin olennaisia seikkoja, jotka pyrkivät huomioimaan terveystieteellisessä toteutettavien palveluiden moninaisuuden sekä potilaiden erilaiset tarpeet. Sivuilla 33–34 on esimerkiksi todettu, että yleisesti ottaen perustellun terveyden- tai sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen toteuttaminen osana potilaan hoitoa ei edellytä erillistä päätöstä palveluvalikoimaan kuulumisesta, ja terveystieteellistä voidaan pääasiassa toteuttaa terveystieteellisen huoltolain 7 §:ssä tarkoitettujen yhtenäisen hoidon perusteiden sekä käytössä olevien hoitosuositusten, kuten Käypä hoito -suositusten ja Hotus-hoitosuositusten, sekä arkitoiminnassa hyväksi todettujen käytäntöjen mukaisesti osana palveluvalikoimaa. Nämä ovat tärkeitä kirjauksia sen välttämiseksi, ettei terveystieteellisen huollon palveluvalikoimasta muodostu yksittäisten menetelmien luettelo, vaan lähtökohtaisesti terveystieteellistä toteutetaan kokonaisvaltaisesti ammattilaisten arvion ja osaamisen pohjalta potilaan kannalta parhaiten soveltuvalla tavalla yhteistyössä hänen kanssaan, mikä edellyttää laajan palveluvalikoiman olemassaoloa. Herää kuitenkin kysymys, että missä kohtaa raja kulkee, eli milloin edellytetään, että jonkin tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen osalta tulee erikseen arvioida kuulumista palveluvalikoimaan? Tämä olisi tärkeä lakiesityksessä pyrkiä määrittelemään, jotta tulkinnallisilta epäselvyyksiltä vältytään.

Säädöskohtaiset perustelut pohjaavat varsin vahvasti lääketieteelliseen ajattelutapaan, ja osin sivuuttavat sen, että myös terveystieteellisessä palveluvalikoimaan kuuluvat muutkin hoitomuodot kuin lääketieteelliset menetelmät. Esimerkiksi pykälän 1 momentin perustelutekstiin on kirjattu, että "Palveluvalikoima koostuu lähtökohtaisesti nykyisin käytössä olevista lääketieteellisistä ja hammaslääketieteellisistä perusteluista menetelmistä." Tämä jättää huomiotta, että sosiaalihuollon tapaan myös terveystieteellisessä palveluvalikoimaan kuuluvat menetelmien ja toimenpiteiden lisäksi erilaiset palvelut ja työmuodot, sekä myös sen, että esimerkiksi mielenterveyden hoidossa käytetyt menetelmät ja työmuodot ovat lähtökohtaisesti psykologiatieteeseen perustuvia. Muiden kuin lääketieteeseen tai hammaslääketieteeseen pohjaavien palveluiden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin eivät myöskään sovellu täysin samat periaatteet tai kriteerit kuin lääketieteellisiin toimenpiteisiin huolimatta siitä, että niitä toteutetaan terveystieteellisen huollon kontekstissa. Näin ollen säädös käytännön tasolla jättää huomiotta mielenterveyden arvioinnin ja hoidon erityispiirteet suhteessa somaattisen terveyden arviointiin ja hoitoon.

Yllä olevien seikkojen vahvempi huomioiminen säädöskohtaisissa perusteluissa olisi erittäin keskeistä erityisesti ottaen huomioon, että saman momentin perusteluihin on kirjattu, että "Hyvinvointialueilla periaatteet ohjaisivat palveluvalikoiman määrittelyä, resurssien kohdentamista, palvelupolkujen laatimista sekä terveystieteellisen huollon sisältöohjausta." Mikäli säädökset painottuvat vahvasti menetelmäkeskeiseen ajattelutapaan, vaarana on, että hyvinvointialueet lähtevät määrittelemään palveluvalikoimaansa yksittäiset menetelmät edellä, ja kohdentavat myös resurssit vahvasti näiden menetelmien kouluttamiseen ja ylläpitämiseen, ja muut potilaiden tarpeiden mukaiset palvelut ja työmuodot jäävät vailla riittävää resurssointia.

Lisäksi on keskeistä huomioida, että mielenterveysongelmissa tukea ja hoitoa toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa, jolloin palveluvalikoimaan kuulumisen periaatteita tulisi voida tarkastella niissä samojen periaatteiden kautta. Esimerkiksi vaikuttavuuden arviointi edellyttää sekä tutkimusnäyttöä että ammatillisen kokemusperäisen tiedon järjestelmällistä hyödyntämistä, ja vaikuttavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon se, kuinka hyöty konkretisoituu asiakkaan arjessa, sekä millaisia vaikutuksia hoidolla voi olla lyhyen tähtäimen lisäksi myös pitemmällä aikavälillä.

On kiitettävää, että säädöskohtaiseen perusteluun kustannusvaikuttavuuden osalta on kirjattu, että palveluvalikoiman edellytyksenä kustannusvaikuttavuuden periaate sisältää suoran kustannusvaikuttavuuden lisäksi myös menetelmän käyttöönoton kustannukset ja kustannukset palvelujärjestelmässä, esimerkiksi henkilöstön koulutuksen menetelmän käyttöön tai budjettivaikutukset. Nykyisin esimerkiksi psykososiaalisten menetelmien käyttöönotossa on valitettavan usein jätetty nämä seikat huomiotta kustannuksia arvioitaessa.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sosiaalihuoltolaki 30 a §

Sosiaalihuollon palveluvalikoiman määrittelyssä vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus valintaa ohjaavina periaatteina ovat lähtökohtaisesti vielä haastavammat kuin terveydenhuollossa, sillä käytettävissä oleva tietopohja on monilta osin vasta kehityksessä. On siis erittäin tärkeää, että palveluiden arviointia tehdään kokonaisharkinnan pohjalta, ja vaikuttavuutta tarkastellaan tieteellisen tutkimusnäytön rinnalla myös ammatillisen kokemusperäisesti kertyneen tiedon valossa. Väestötason tarpeen nostaminen asiakastarpeen rinnalle ennaltaehkäisevien toimenpiteiden ja ratkaisujen painottamiseksi on erittäin kannatettavaa. Lisäksi merkittävää on, että tarveperiaatteen soveltamisessa tulee huomioida erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien, kuten vammaisten henkilöiden tai ikääntyneiden erityistarpeet.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sote-järjestämislaki 36 §

Lakiesityksen mukaan yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välisiä yhteistyösopimuksia muutettaisiin siten, että jatkossa niissä sovittaisiin käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisten periaatteiden määrittelyn sijaan yhteistyöaluetasoisista yhteistyörakenteista ja ohjauksesta. Lähtökohtaisesti yhteistyö hyvinvointialueiden välillä on erittäin kannatettavaa, jotta vahvistetaan asiakkaiden ja potilaiden alueellista yhdenvertaisuutta. Päätöksenteon tulee olla läpinäkyvää sekä monialaiseen tietoon ja osaamiseen pohjautuvaa, ja perustua kustannusvaikuttavuuden painottumisen sijaan kaikkien periaatteiden pohjalta tehtävään kokonaisharkintaan. Tätä tukemaan tarvitaan myös kansallista järjestämisvastuusta riippumatonta monialaista arviointia ja ohjausta.

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

Lausuntopyynnön saatteen mukaan terveydenhuollossa lakiehdotusten mukaisilla periaatteilla muutettaisiin palveluvalikoiman määrittelyä niin, että nykyisten poissulkukriteerien sijaan säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä. Toisaalta kuitenkin todetaan, että palveluvalikoima koostuisi jatkossakin lähtökohtaisesti nykyisin käytössä olevista palveluista, mutta nykyisin olemassa olevaa palveluvalikoimaa kohdennettaisiin ja rajattaisiin jatkossa säädettävien periaatteiden mukaisesti. Saatteessa myös todetaan, ettei jokaisen käytössä olevan menetelmän osalta ole tarkoituksenmukaista tehdä arviota palveluvalikoiman edellytysten täyttymisestä.

Yllä mainittuja seikkoja ei kuitenkaan ole varsinaisiin lakipykäläesityksiin kirjattu, jolloin syntyy herkästi tulkinnallisia epäselvyyksiä siitä, että millä tavoin tällä hetkellä käytössä olevat palvelut tulee ottaa tarkastelun piiriin.

Esimerkkinä nostettakoon mielenterveyspalvelut: perustason lisäksi myös psykiatrisessa avosairaanhoidossa valtaosa potilaista saa ns. tavanomaista hoitoa, eli tapaa säännöllisesti mielenterveyteen erikoistunutta ammattilaista, kuten psykologia, sairaanhoitajaa tai muuta ammattihenkilöä. Potilaat tarvitsevat yksilöllisesti räätälöityä vaativaa hoitoa, joka huomioi oireiden lisäksi myös kokonaisvaltaisesti heidän elämäntilanteensa ja läheisverkoston. Hoidossa lähtökohtaisesti tulee olla määriteltynä keskeiset vaikuttamiskohteet (oireet, ongelmat), hoidon tavoitteet sekä keinot, joilla niihin pyritään (menetelmät, työtavat) ja arviointimenetelmät, joilla muutosta seurataan (esimerkiksi oire- tai toimintakykymittarit), mutta hoito ei pääsääntöisesti perustu ennalta strukturoituun malliin. Kyseessä ei siis ole jokin yksittäinen lääketieteellisen viitekehysten mukaan arvioitavissa oleva menetelmä, vaan ammattihenkilön koulutukseen ja kokemukseen pohjautuva asiakkaan tarpeisiin räätälöity interventio, jonka tulisi vastata hänelle laadittua hoitosuunnitelmaa. Tämän tyyppiset interventiot eivät kuitenkaan yleensä ole tieteellisten tutkimusten kohteena, vaan lähtökohtaisesti on kokemuseräisesti luotettu siihen, että ammattilaisten toteuttama hoito on asianmukaista, laadukasta ja vaikuttavaa. Lääketiedepainotteinen ajattelu on kuitenkin viime aikoina vahvasti rantautunut lääkehoitojen ja somaattisten toimenpiteiden arvioinnista myös mielenterveyden hoitoon, jossa on hallinnollisen ohjauksen tasolla enenevässä määrin ryhdytty kyseenalaistamaan hoitojen toteutusta ja vaatimaan kokeellisista RCT asetelmista saatua vaikuttavuusnäyttöä. Kuten lakiesityksen säädösperusteluissakin todetaan, varsin usein vahvinta yhdensuuntaista näyttöä menetelmän vaikuttavuudesta ei kuitenkaan ole käytettävissä ja vaikuttavuusarvio joudutaan tekemään tieteellisen tutkimusnäytön, muun tiedon ja ammattilaisten kokemuseräisen tiedon kokonaisarvioina.

On ymmärrettävää, että rajallisten resurssin optimaaliseksi hyödyntämiseksi on tarpeellista pyrkiä poisrajaamaan menetelmiä, joista saatava vaikuttavuus on vähäinen tai jonka kustannukset ovat kohtuuttomat suhteessa siitä saatavaan terveyshyötyyn. On kuitenkin erittäin tärkeä huomata, ettei se, että jotain ei ole tutkittu, tarkoita automaattisesti sitä, ettei se ole vaikuttavaa tai on vähähyötyistä, vaan sitä, että palvelun vaikuttavuutta olisi syytä lähteä tutkimaan. Ei siis myöskään ole lainkaan itsestään selvää, että jos olemassa olevat hoitomuodot korvataan uusilla menetelmillä, ne olisivat välttämättä nykyistä vaikuttavampia tai kustannusvaikuttavampia, vaikka ko. menetelmästä olisi saatu vaikuttavuusnäyttöä verrattuna johonkin muuhun - usein siihen, ettei saa hoitoa lainkaan. Psykososiaalisia interventioita koskevassa tutkimuksessa on varsin vahvaa näyttöä siitä, että mitä aktiivisempaan hoitoon menetelmää verrataan, sitä pienemmät ovat erot niiden välillä. Eli vaikuttavuudessa kahden aktiivisen hoidon välillä ei juurikaan ole eroa menetelmistä riippumatta.

Mikäli siis palveluvalikoimaan kuulumisen periaatteet käännetään niin, että poissulkukriteerien sijaan palveluiden tulee täyttää sisäänottokriteerit, on riski sille, että kliinisesti käytössä olevat varsin toimivatkin palvelut tai hoitomuodot ajetaan alas ja pyritään korvamaan uusilla menetelmillä ilman, että sitä edeltävästi on selvitetty käytössä olevien hoitojen vaikuttavuutta. Näin vaikuttaa valitettavasti ajankohtaisesti käyneen esimerkiksi lasten ja nuorten terapiaakuun osalta perustason

mielenterveyspalveluissa, sillä lainsäädännön menetelmäkeskeinen pykälämuotoilu on tulkittu siten, etteivät terapiatakuun kriteereitä täytyä edes kaikki Käypä hoito -suositusten mukaiset interventiot, tai esimerkiksi mielenterveysalan ammattilaisen toteuttama oireeseen kohdentuva suunnitelmallinen interventio, ellei sitä toteuteta jonkin tietyn takuun piiriin kuuluvan menetelmän mukaisesti, vaikka mikään takuun piiriin valituista menetelmistä ei kyseiselle potilaalle olisi arvioitu soveltuvaksi. Tämän seurauksena valtaosa lapsista ja nuorista jää takuun ulkopuolelle, eikä tällainen kehitys missään tapauksessa ole toivottavaa laajemmassa mittakaavassa palveluvalikoiman periaatteiden määrittelyn seurauksena. Yhdenvertaisuus palveluvalikoimaan kuulumista läpileikkaavana periaatteena velvoittaa sekä syrjimättömyyteen että samankaltaisessa tilanteessa olevien henkilöiden johdonmukaiseen ja tasapuoliseen kohteluun.

Kuten lakiesityksen tausta-aineistossa on kuvattu, oikeusasiamies on terveydenhuollon järjestäjän linjauksia ja ohjeita koskevista ratkaisuistaan johdonmukaisesti painottanut velvollisuutta päättää potilaan hoidosta tämän yksilöllisen tarpeen perusteella. Näin ollen myös palveluvalikoiman periaatteiden määrittelyssä on erittäin keskeistä varmistaa, ettei niihin vedoten palveluvalikoiman ulkopuolelle rajata taloudellisista tai muista syistä johtuen sellaisia palveluita, työmuotoja tai menetelmiä, jotka voivat asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen vastata, eivätkä ole kustannuksiltaan kohtuuttomia suhteessa muihin käytettävissä oleviin vaihtoehtoihin.

Hoitojärjestelmää ei siis tule kehittää menetelmät edellä, vaan aidosti kokonaisvaltaiseen harkintaan pohjautuen, jossa painoarvoa on kaikilla palveluvalikoiman määrittelyssä keskeisillä periaatteilla - tarve, turvallisuus, vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus sekä läpileikkaavina yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus - eikä yksittäinen periaate nouse käytännön tasolla määrittäväksi tekijäksi.

Lisäksi lakiesityksessä olisi tärkeä korostaa myös lainsäädäntötekstin tasolla, ettei palveluvalikoiman määrittelyn tarkoituksena ole poistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden autonomiaa, eikä muuttaa sitä lähtökohtaa, että hoidosta ja sosiaalihuollosta päättävät ammattihenkilöt asiantuntemuksensa ja ammattieettisten velvollisuuksiensa mukaisesti sekä yhteisymmärryksessä asiakkaan ja potilaan kanssa.

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia?

Lakiesityksessä käytetään termejä palvelu, toimenpide, menetelmä ja työmuoto, mutta niiden sisältö jossain määrin vaihtelee. Terminologian täsmentäminen vahvistaisi lainsäädännön sovellettavuutta koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukentässä ja edistäisi yhdenmukaista päätöksentekoa.

Gergov Vera
Suomen Psykologiliitto - Ammatti- ja yhteiskuntasuhdepäällikkö