ETELÄ-
KARJALAN
hyvinvointialue

Lausunto

17.10.2022

Sosiaali- ja terveysvaliokunta

HE 197/2022 vp asiantuntijalausunto

Lausunto: Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi (HE 197/2022)

Etelä-Karjalan hyvinvointialue kiittää mahdollisuudesta tulla kuulluksi mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistuksessa. Lausunnossamme on huomioita lakiesityksen säädösten sisällöstä, sen toimeenpanosta ja mahdollisesta jatkovalmistelusta.

Pidämme esitettyjä säädösmuutoksia pääosin perusteltuina ja hyvinä. Uudistuksen vahvuuksia ovat muun muassa seuraavat asiat:

- mielenterveys-, päihde- ja riippuvuustyöstä tultaisiin säätämään pääosin yleislaeissa eli sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa erityislakien sijaan
- korostetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan merkitystä
- korostetaan hoidon jatkuvuuden merkitystä
- mielenterveyttä edistävä työ sekä ehkäisevä päihde- ja riippuvuustyö säädetään eri toimijoiden yhteiseksi työksi: vastuu sosiaalihuollolla, terveydenhuollolla sekä kunnilla
- erilaiset toiminnalliset riippuvuudet päihderiippuvuuksien lisäksi huomioidaan johdonmukaisesti säädösmuutoksissa
- säädökset yhteisösosiaalityöstä (shl 15 §) sekä päiväkeskuksista (24 b §) ovat perusteltuja

Vaikuttaa, että arviot lisärahoituksen tarpeesta on nyt realistisempia, on huomioitu ainakin jossain määrit laajentuvat velvoitteet. Arviot lisärahoituksen tarpeesta ovat kuitenkin edelleen aivan riittämättömät. Esimerkiksi toiminnallisten riippuvuuksien laajasta kirjosta ei ole aikaisemmin säädetty sosiaalihuollon lainsäädännöstä ja kentällä on melko vähän resursseja ja osaamista valmiina vastata niihin tuen tarpeisiin.

Erityisesti laissa esitettyjen uusien tai laajenevien velvoitteiden osalta lain voimaantuloa tulee siirtää vuoden 2024 alkuun. Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyminen on iso muutos erityisesti alueilla, joissa ei ole valmiina maakunnallista palvelurakennetta. Vuoden 2023 aikana ei ole syytä ottaa käyttöön uutta sisältölainsäädäntöä, ellei siihen ole aivan välttämätön pakko.

Lisäksi kiinnitämme huomion erityisesti seuraaviin asioihin säädösesityksissä:

On hyvä, että esityksessä korostetaan sitä, että mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut ja -työ ovat sekä sosiaalihuoltoon että terveydenhuoltoon kuuluvaa toimintaa. Hyvin usein ko. kohderyhmään kuuluvat ihmiset tarvitsevat näitä molempia. Lakiesityksen perusteluissa (s. 114) todetaan, että ongelmana on se, että kuntien käytännön organisoinnissa sosiaalihuollon tehtävät ja terveydenhuollon palvelutehtävät menevät edelleen jossain määrin keskenään sekaisin. Tästä syystä lakiesityksen tarkoituksena on tarkentaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon erillisiä tehtäviä sekä yhteisiä tehtäviä.

Asiaa on syytä tarkastella huolellisesti ennen kaikkea ihmisten palvelutarpeiden näkökulmasta. Ehkä ongelman ydin ei olekaan se, että viranomaisten työn organisoinnissa ei kyetä tekemään selkeää eroa sosiaalihuollollisten palvelutarpeiden ja terveydenhuollollisten palvelutarpeiden välillä. Vaan realiteetti on se, että eron tekeminen on aidosti osin keinotekoista ja sopimuksenvaraista. Erityisen ongelmallista on se, että jos palvelujärjestelmä rakennetaan pirstaleiseksi ja vaikeaselkoiseksi ja apua tarvitsevan ihmisen pitää tietää, kuuluuko hänen elämänkriisinsä,

mielialaongelmansa, päihdeongelmansa tai riippuvuutensa ensi sijassa sosiaalihuollon vai terveydenhuollon asiaksi.

Kuten perusteluissa sekä sosiaalihuoltolain 2 a §:ssä todetaan, on olemassa toimintamuotoja, jotka soveltuvat sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon käyttöön. Toimintakyvyn ja arjessa selviämisen tuki ovat sekä sosiaalihuoltoon että terveydenhuoltoon kuuluvaa.

> *Esimerkki: Eksotessa on lasten ja nuorten palveluissa käytössä MDFT-terapia (monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely). Jos asiakkuus alkaa nuorisopsykiatrian aloitteesta, se on terapiaa ja työskentely kirjataan terveydenhuollon potilasrekisteriin. Jos asiakkuus alkaa lastensuojelun lähettämänä, se on sosiaalista kuntoutusta ja kirjaukset päätöksineen tehdään sosiaalihuollon asiakasrekisteriin. Työskentelyn voi toteuttaa sama henkilöstö molemmissa tapauksissa.*

Kuvaavaa on se, että psykososiaalinen tuki äkillisessä järkyttävissä tilanteissa on määritelty terveydenhuoltolaissa (50 b §) ja sosiaalihuoltolaissa (29 b §) samalla tavalla.

On hyvä asia, että lakiesityksen mukaan palvelu tulee valita viime kädessä asiakkaan edun parhaiten turvaavalla tavalla (SHL 2 a §, terveydenhuoltolaki 8 a §). Tämä toivottavasti antaa vapauksia hyvinvointialueilla toteuttaa toimintaa asiakastarpeiden ja palvelujärjestelmän vahvuuksien mukaisesti. Etelä-Karjalassa päihde- ja mielenterveystyö on pitkälti organisoitu perusterveydenhuollon toiminnaksi, mutta toiminnan sisällä toteutuu vahvasti monialaisuus ja moniammatillisuus, sosiaalipalveluiden saatavuus on varmistettu ja hoito on tarpeen mukaan riittävän intensiivistä, tarvittaessa käytännössä erikoissairaanhoitotasoista. Toimintamallin vahvuus on hoitoon/palveluihin pääsyn selkeys, matala kynnys, jatkuvuuden turvaaminen ja lähetteettömyys.

Ehdotamme, olisiko syytä jatkovalmistelussa selvittää, voisiko lainsäädännössä olla aidosti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palveluja. Vaikka lain perusteluissa puhutaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä palveluista niin palvelujen käytännön toteutuksessa ihmiselle ja perheelle annettava tuki on eroteltava sosiaalihuollon ja terveydenhuollon prosesseihin sekä asiakas-/potilastietojärjestelmiin ja -rekistereihin. Tämä osin jäykistää käytännön yhteistoimintaa ja voi pahimmillaan olla riski asiakas-/potilasturvallisuuden toteutumiselle. Jaottelu lisää myös melkoisesti kirjaamiseen käytettävää työaikaa, koska integroiduissa palveluissa työntekijät joutuvat kirjaamaan asioita sekä asiakas- että potilastietojärjestelmään. Syntyy päällekkäisyyttä ja resursseja haaskaantuu. Tukea tarvitsevan aikuisten tai lapsen asiakastiedot eivät yhdisty kokonaiskuvaksi hänen palvelutarpeistaan ja palvelukokonaisuudestaan, koska tiedot kirjataan eri rekistereihin, vaikka niiden käyttötarkoitus on pohjimmiltaan sama: psykososiaalinen tuki.

> *Esimerkki: Kouluterveydenhuoltoon hakeutuu lapsi uniongelman takia. Taustalla voi olla somaattisia, psyykkisiä, kasvuolosuhteisiin, perheen taloushuoliin, kasvatuspulmiin jne. liittyviä syitä. Tällaisessa tilanteessa tarvitaan kokonaisvaltaista arviota sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Kouluterveydenhuollossa ei tiedetä missä kaikissa palveluissa perhe ehkä jo on eikä perhe useinkaan osaa edes kertoa näistä ja yhdistää näitä toisiinsa. Seurauksensa on se, että tehdään päällekkäisyyttä tai jotain voi jäädä arvioimatta.*

> *Esimerkki: Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa henkilöstö tekee päivittäiskirjaukset sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään. Päivittäiskirjauksissa on oleellista tietoa liittyen ihmisen arjessa selviytymiseen ja toimintakykyyn. Terveydenhuollon henkilöstöllä ei ole pääsyä näihin tietoihin. Nämä tiedot olisivat oleellisen tärkeitä esim. silloin, kun päivystyksellisesti arvioidaan ihmisen tahdosta riippumattoman hoidon perusteita. Ratkaisuna tähän on se, että asumispalvelujen henkilöstö kirjaa*

samoja asioita kahteen kertaan sekä asiakas- että potilastietojärjestelmään. Tämä on pois asukkaille annettavasta ajasta ja heikentää työtyytyväisyyttä.

Lainsäädännöllisten esteiden ylittämiseksi tehdään paljon työtä kentällä, rakennetaan tietojärjestelmiin koontinäkymiä, työntekijät kirjaavat moniin eri järjestelmiin, tehdään omia ja yhteisiä suunnitelmia päällekkäin ja perättäin jne. Silti riskinä on mm. päällekkäinen työ, epätarkoituksenmukainen palvelu tai hoidon/palvelun viivästyminen.

Sosiaalihuoltolain 42 §:ään on tulossa muutos erityistä tukea tarvitsevan henkilön omatyöntekijää koskevaan sääntelyyn. Muutos on perusteltu, sillä siinä velvoitetaan omatyöntekijää tapaamaan henkilökohtaisesti asiakastaan asiakassuunnitelmaan tarkemmin kirjattavalla tavalla riittävän usein henkilökohtaisesti. Tällä hetkellä velvoite koskee vain erityistä tukea tarvitsevaa lasta. On hieman surullista, että tällaiset asiat on tarpeellisia kirjata lakiin, koska pitäisi olla muutenkin itsestään selvää, että asiakkaan omatyöntekijä – varsinkin kun kyseessä on erityisen haavoittuvassa asemassa oleva henkilö – työskentelee asiakkaan kanssa tiiviisti ja tapaa häntä henkilökohtaisesti asiakkaan toiveiden ja tarpeiden edellyttämällä tavalla. Ehkäpä käytännön arjessa on jouduttu nimeämään asiakkaille muodollisia omatyöntekijöitä, koska lainsäädäntö osin ei tue käytännön monialaista työtä.

Sosiaalihuoltolaki 24 § ja 24 a §: Sosiaalihuoltolaki on yleislaki, jossa säädetään perustason sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Kuitenkin pykälässä 24 a säädetään päihde- ja riippuvuustyön erityisistä palveluista. Säädöksen olemassaolo on ymmärrettävä siitä näkökulmasta, että siihen on siirretty velvoitteita päihdehuoltolaista. Herää kuitenkin kysymys, että onko ylipäätään tarpeen säätää sosiaalihuoltolaissa erillisenä pykälänä päihde- ja riippuvuustyön erityisistä palveluista. Pykälässä tarkoitettu toiminta voisi sisältyä 14 §:ään ja 24 §:ään, joissa tuen tarpeisiin vastaavista sosiaalipalveluista säädetään. Ydin kuitenkin on se, että ihmisten päihde- ja riippuvuusongelmista syntyviin sosiaalihuollon tuen tarpeisiin on vastattava niillä sosiaalipalveluilla, joita ihminen tarvitsee eli esimerkiksi sosiaalityöllä,

sosiaaliohjauksella, sosiaalisella kuntouksella, asumispalveluilla. Ero erityisten palvelujen ja yleisten sosiaalipalvelujen välillä on lakiesityksessä kaikkea muuta kuin selkeä. Kaikkien sosiaalipalveluiden pitää olla soveltuvia ja saatavilla päihde- ja riippuvuusongelmaisille. Ja kaikkien sosiaalihuollon ammattilaisten osaamiseen tulee kuulua päihde- ja riippuvuusongelmien tunnistaminen ja kohtaaminen.

Yhteisösosiaalityöstä (shl 7 a §) ei synny asiakastietojärjestelmään kirjauksia. On tärkeää ratkaista se, miten työ dokumentoidaan yhteneväisesti hyvinvointialueilla, jotta toiminnan toteuttamista ja sen vaikuttavuutta voidaan seurata ja vertailla. Sama koskee myös päiväkeskustoimintaa, jossa on mahdollista asioita nimettömänä (shl 24 b §).

Sosiaalihuoltolain pykälän 24 momentti 3 on esitetyssä muodossa: Raskaana olevalla henkilöllä on oikeus saada välittömästi riittävät päihteettömyyttä tukevat sosiaalipalvelut. Kohta tulisi muuttaa niin, että puhutaan sosiaali- ja terveyspalveluista ja vastaava säädös tulisi lisätä terveydenhuoltolakiin.

Työnohjauksesta säädetään vain terveydenhuoltolaissa (78 c §). On hyvä, että työnohjaus laajenee myös koskemaan päihde- ja riippuvuushoidon työntekijöitä. Vastaava säädös on ehdottomasti lisättävä sosiaalihuoltolakiin koskemaan henkilöstöä, joka toteuttaa sosiaalihuollon mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluja.

Terveydenhuoltolain 28 a §:ssä säädetään opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä. On hyvä, että korvaushoidosta tullaan säätämään lakitasoisesti. Esityksen mukaan korvaushoitoa voidaan antaa terveydenhuollon toimintayksikössä. Käytännössä voisi olla tarkoituksenmukaista toteuttaa korvaushoitoa myös sosiaalihuollon toimintayksikössä (esim. asumispalvelut, päiväkeskustoiminta). Esitämme harkittavaksi tämä mahdollistamista, jos se tapahtuu korvaushoidosta vastaavan yksikön valvonnassa ja edellytykset (kuten lääkkeiden turvallinen säilytys, henkilöstön määrä sekä osaaminen) toteutuvat.

Tiina Kirmanen

Aikuisten monialaisten palvelujen johtaja

Eksote/Etelä-Karjalan hyvinvointialue