Hallitussihteeri Titta Honkala
Johtaja Elina Palola
Johtava asiantuntija Liisa Jokinen

VN/29418/2023

Sosiaali- ja terveysvaliokunta 14.11.2024

Sosiaali- ja terveysministeriön lausunto hallituksen esityksestä eduskunnalle lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevaksi lainsäädännöksi HE 131/2024 vp

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt sosiaali- ja terveysministeriön (STM) kirjallista vastinetta asiantuntijalausunnoista, joita valiokuntaan on toimitettu lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevan hallituksen esityksen (HE 131/2024 vp) käsittelyn yhteydessä. STM käsittelee lausunnossaan keskeisiä huomioita.

Terapiatakuun piiriin kuuluvat psykososiaaliset menetelmät

Terapiatakuuta koskevan lainsäädännön tavoitteena on vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn ja hoidon sekä mielenterveyden tuen saatavuutta perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollon perustason palveluissa. Esityksen mukaan perusterveydenhuollossa lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito olisi aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivat lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Sosiaalihuollossa lapsille ja nuorille olisi järjestettävä mielenterveystyön palveluna psykososiaalista tukea, jossa käytetään edellä mainittuja psykososiaalisia menetelmiä sosiaalihuollon palvelutehtävään soveltuvin osin. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä olisi sovittava hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta muodostuu tarkoituksenmukainen kokonaisuus. Mielenterveystyön palvelua koskeva päätös olisi toimeenpantava sosiaalihuollossa kuukauden kuluessa tuen tarpeen toteamisesta. Aika voisi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatisi pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle olisi muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Asiantuntijalausunnoissa nostettiin esiin esitetyn sääntelyn piiriin kuuluvien interventioiden selkeyttämiseen ja täydentämiseen liittyviä näkökantoja. Aluehallintovirastojen lausunnossa (LSSAVI/20590/2024) ehdotetaan, että hallitusohjelman tavoite yhdenvertaisesta pääsystä perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin olisi saavutettavissa, mikäli takuun piiriin sisällytettäisiin tiettyjen psykososiaalisten interventioiden sijaan perusterveydenhuoltoon kuuluva lasten ja nuorten mielenterveyden hoito (terveydenhuoltolaki 27 §). STM toteaa, että voimassa oleva perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arvion ja kiireettömään hoitoon pääsyn sääntely terveydenhuoltolain 51 ja 51 a §:ssä koskee sekä fyysisiä että psyykkisiä terveysongelmia. Se takaa jo nykymuodossaan, että mielenterveyden hoidossa ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä 14 vuorokauden kuluessa. Tähän ei esitetä muutoksia lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta kiireettömään hoitoon pääsyn sääntelyä koskevassa HE 134/2024 vp:ssä.

Terveydenhuoltolain 51 a §:n mukaan muu perusterveydenhuollon kiireetön hoito tulee järjestää potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen

kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. STM toteaa, että esitetyllä terapiatakuun lainsäädännöllä tätä sääntelyä tiukennettaisiin lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta terveydenhuoltolain psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvien määrämuotoisten ja aikarajoitteisten psykososiaalisten hoitojen ja lyhytpsykoterapioiden osalta. Täydentävän lainsäädännön on kuvattava mahdollisimman tarkkarajaisesti, minkä hoitojen osalta säädettäisiin erillisestä hoitoon pääsyn määräajasta. Aluehallintovirastojen esittämä rajaus ei myöskään soveltuisi sosiaalihuoltoon, jonka rooli terapiatakuun toteuttajana on merkittävä onnistuneen toimeenpanon varmistamiseksi.

Valvira katsoo lausunnossaan, että esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien palvelujen tarkempi sisältö ja edellytetyn koulutuksen laajuus ja sisältö tulisi määritellä laissa tai sen esityössä. Säännöstasolla ei kuitenkaan ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaista luetella tyhjentävästi ja ajantasaisesti takuun piiriin soveltuvia psykososiaalisia menetelmiä, eikä siten myöskään koulutuksen sisältöjä tai laajuutta. Kyse on jatkuvasti kehittyvästä toimintakentästä. Hallituksen esityksen säännöskohtaisissa perusteluissa kuvataan psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon liittyvää prosessia ja eri toimijoiden rooleja menetelmien valinnassa. On myös huomioitava, että mielenterveyden hoidon ja mielenterveystyön sääntely on periaatteellisesti yleisluontoista.

Muun muassa Lapin hyvinvointialueen ja HUS:n lausunnoissa nostetaan esiin, että esitys ei huomioi digitaalisesti tuettujen hoitojen käyttämistä takuun toteuttamisessa. Erilaisia helposti saatavilla olevia ongelmakohtaisia verkkopohjaisia itsehoito- ja omahoito-ohjelmia, sovelluksia ja nettiterapioita on viime vuosina kehitetty osaksi perusterveydenhuollon antamaa mielenterveyden hoitoa. STM korostaa, että digituetut hoitomuodot, joiden katsotaan olevan luonteeltaan nopeasti asiakkaan saatavilla ilman odotusaikaa, kun tarve niille on todettu, kuuluvat lähtökohtaisesti 14 vuorokauden perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn sääntelyn piiriin. Hallituksen esityksessä ei säädetä siitä, toteutetaanko psykososiaalisia menetelmiä läsnä- vai etävastaanotoilla.

Hallituksen esityksen tarkoituksena ei ole nostaa esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita lasten, nuorten tai perheiden ensisijaiseksi mielenterveystyön muodoksi, vaan hoidon ja tuen tarve on jatkossakin aina arvioitava yksilöllisesti. Takuun piiriin kuuluvia psykososiaalisia menetelmiä ei tulisi käyttää, mikäli jokin muu mielenterveyden hoito- tai tukimuoto vastaisi paremmin lapsen, nuoren tai perheen tarpeisiin. Jos vapaamuotoisesti toteutettu, vastaanotolla heti aloitettava mielenterveyden hoito olisi lapsen tai nuoren yksilölliseen tilanteeseen soveltuvin, tulisi se käynnistää viivytyksettä.

Aluehallintovirastot toteavat lausunnossaan, että ehdotettu sääntely ei kohtele lapsia ja nuoria yhdenvertaisesti, koska takuun piiriin kuuluvilla interventioilla voidaan hoitaa vain osaa mielenterveysoireista ja –häiriöistä. Tämä heikentäisi aluehallintovirastojen näkemyksen mukaan yhdenvertaisia mahdollisuuksia saada mielenterveyden varhaisen vaiheen tukea ja hoitoa; lausunnossa mainitaan erityisesti sellaiset haavoittuvassa asemassa olevat lapset ja nuoret, joilla on puutteellinen kielitaito, kielellisiä erityisvaikeuksia ja/tai heikot kognitiiviset taidot.

STM toteaa, että ne lapset ja nuoret, joilla on useita samanaikaisia ongelmia tarvitsevat usein perustason monimuotoisempaa ja pitkäkestoisempaa tukea ja/tai erikoissairaanhoitoa kuin mitä takuun piiriin kuuluvat lyhyet interventiot perustason palveluissa voivat tarjota. Nämäkin lapset ja nuoret voivat kuitenkin hyötyä kohdennetusta määrämuotoisista interventioista osana laajempaa hoidon ja tuen kokonaisuutta, esimerkiksi vanhemmuuden ohjaukseen liittyvien psykososiaalisten interventioiden muodossa.

Tuen tai hoidon tarpeen arviointi ja päätöksenteko

Mielenterveyteen liittyvää hoitoa ja tukea on tärkeää olla saatavilla riittävän matalalla kynnyksellä. Siksi esitetyn lainsäädännön osalta kaikissa tilanteissa ei edellytettäisi lapsen tai nuoren hoidon tarpeen

lääketieteellistä arviota tai mielenterveyden häiriön diagnosointia, vaan takuun piiriin kuuluisivat sellaisetkin mielenterveyden häiriöitä lievemmät tilanteet, joissa myös muun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin arvio hoidon tai tuen tarpeesta olisi riittävä. Lyhytpsykoterapiat kuuluisivat aina annettaviksi lääketieteellisen arvion perusteella terveydenhuollossa.

Muun muassa aluehallintoviraston, HUS:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen lausunnoissa nostetaan esiin, että palveluiden kansallisen ja alueellisen yhdenvertaisen toteutumisen näkökulmasta on tärkeää, että ohjautumisen ehdotetun takuun piiriin kuuluviin interventioihin tulisi toteutua valtakunnallisesti yhdenmukaisin kriteerein.

Esityksen säännöskohtaisissa perusteluissa kuvataan, että arviossa lainsäädännön piiriin kuuluvien interventioiden tarpeesta tulee huomioida lapsen, nuoren ja perheen oma käsitys tilanteesta ja tuen/hoidon tarpeesta, lapsen tai nuoren oireet, toimintakyky, kehityksen eteneminen, lapsen, nuoren ja perheen kokonaistilanne sekä vahvuudet ja voimavarat. Olennaista on lapsen, nuoren ja hänen perheensä osallisuus sekä hoidon ja tuen tarpeen ja tavoitteiden määrittely yhteistyössä. Kokonaistilannetta tulisi arvioida tarpeen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen yhteistyönä. Arvioinnissa voidaan hyödyntää erilaisia oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja. Terveydenhuollon tukena ovat myös Käypä hoito –suositukset ja terveydenhuoltolakiin perustuvat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. STM toteaa, että kaikkiin yksilöllisiin tilanteisiin soveltuvaa kriteeristöä ei ole perusteltua määrittää, vaan keskeistä arvioinnissa sekä sopivan hoidon ja tukimuotojen määrittämisessä on lapsen, nuoren ja perheen yksilöllisen tilanteen ja tarpeiden huomioiminen, jossa on otettava huomioon myös muut palvelujärjestelmän tarjoamat tukimuodot. Näitä voivat olla esimerkiksi uneen, ravitsemukseen, fyysiseen aktiivisuuteen, opintoihin taikka perheen arkeen liittyvät tukitoimet.

Aluehallintovirastot arvioivat, että jos yksittäisiä interventioita koskisi muuta sosiaalihuoltoa tiukempi määräaika, tämä saattaisi johtaa palvelutarpeen arvioinnin kapeutumiseen sekä siihen, että asiakasta paremmin hyödyttävä palvelu saattaa jäädä saamatta. STM korostaa, että palvelutarpeen arvioinnissa on noudatettava sosiaalihuoltolain voimassa olevaa 36 §:n sääntelyä, jonka mukaan arviointi tulee tehdä asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa ja että siinä on 37 §:n mukaisesti huomioitava muun muassa asiakkaan mielipide ja näkemykset palvelutarpeestaan.

Lausunnoissa nostettiin myös esiin, että sujuvien palveluketjujen rakentaminen voi olla haasteellista, sillä kaikki opiskeluhuollon kuraattorit eivät ole sosiaalihuollon ammattihenkilöitä, eivätkä pysty tekemään palvelutarpeen arviota taikka päätöstä sosiaalipalvelusta. STM toteaa, että mikäli hyvinvointialueen palvelurakenteessa on haasteellista toteuttaa takuuta esimerkiksi opiskeluhuollon kuraattorien työssä, hyvinvointialue voi joustavasti tehdä omaan palvelurakenteeseensa sopivia paikallisia ratkaisuja. Esityksen mukaan mielenterveystyön palveluna psykososiaalista tukea tulee järjestää hyvinvointialueen määrittämällä tavalla. Tämä tarkoittaisi sitä, että hyvinvointialue voisi päättää, minkä sosiaalipalvelujen henkilöstö antaa takuun piiriin kuuluvia mielenterveystyön palveluja ja missä laajuudessa toimintaa järjestetään sosiaalihuollossa. Tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustehokas ja tarkoituksenmukainen yhteensovittaminen.

STM myös korostaa, että sosiaalihuollon palveluprosesseissa tulisi varmistaa, että lapset, nuoret ja perheet saavat viipymättä kehityksensä kannalta välttämättömät sosiaalipalvelut ja että palvelupolut terveydenhuoltoon ovat suunnitellut ja toimivat. Sosiaalihuollon mielenterveystyön palvelut eivät voisi korvata lapsen tai nuoren tarvitsemaa, terveydenhuollon antamaa mielenterveyden hoitoa. Oikea-aikaisella ja vaikuttavalla tuella voidaan sen sijaan ennaltaehkäistä hoidon tarvetta ja mielenterveyden pulmien tarpeetonta medikalisointia.

Hallituksen esityksen valmistelussa on tunnistettu lainsäädännön toimeenpanon tukemiseen liittyvän materiaalin ja ohjauksen tarve. STM valmistelee parhaillaan yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin

laitoksen (THL) kanssa lainsäädännön soveltamisopasta, jossa esitellään käytännönläheisesti sekä takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten interventioiden valinnan prosessia että sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien roolia lainsäädännön toimeenpanon kokonaisuudessa.

Enimmäisajan määrittämisestä

Kelan lausunnossa todetaan, että alle 23-vuotiaiden opiskelijoiden osalta voi syntyä tilanteita, joissa hoitoon pääsyyn tulisi sovellettavaksi sekä 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika, että terapiatakuun mukainen 28 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika, jos tarve psykososiaaliselle hoidolle todetaan jo ensimmäisen yhteydenoton aikana hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä. Kela esittää, että hallituksen esitystä tarkennettaisiin siten, että jos opiskelijan hoitoon pääsyyn soveltuu useampi hoitoon pääsyn enimmäisaika, tulee sovellettavaksi se enimmäisaika, joka turvaa opiskelijalle nopeimman hoitoon pääsyn. STM toteaa, että kiireettömään hoitoon pääsyn lähtökohtana on kaikissa terveysongelmissa terveydenhuoltolain 51 a §:ssä ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a §:ssä säädetty 14 vuorokauden kiireettömään hoitoon pääsy.

Aluehallintovirastot katsovat, että lainsäädännön onnistunut toimeenpano edellyttää täsmällistä ja tarkkarajaista sääntelyä siitä, missä tilanteissa hoitoon pääsyn määräajasta saisi poiketa. Aluehallintovirastot ehdottavat, että 28 vuorokauden enimmäisajan määrittämisen aloitushetken tulisi ilmetä selkeästi pykälästä kuten esimerkiksi terveydenhuoltolain 51 a-c §:ssä on säädetty.

Esitetyn terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentin mukaan enimmäisajasta voidaan poiketa, jos lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat niin edellyttävät. Sosiaalihuollossa päätöksen toimeenpanon enimmäisaika voi olla kuukautta pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste. Aluehallintovirastot toteavat lausunnossaan, että sääntelyssä jää epäselväksi, tarkoitetaanko kuukaudella laskennallista 4 viikon aikaa. Määräaikojen laskemisesta annetun lain (150/1930) 3 §:n mukaan määräaika, joka on määrätty kuukausina, päättyy sinä viikon tai määräkuukauden päivänä, joka nimeltään tahi järjestysnumeroltaan vastaa sanottua päivää. Jos vastaavaa päivää ei ole siinä kuussa, jona määräaika päättyisi, pidetään sen kuukauden viimeinen päivä määräajan loppupäivänä. STM toteaa, että näitä määräaikojen laskemisen periaatteita sovelletaan myös sosiaalihuollossa.

Lisäksi STM toteaa, että säännöksissä kuvataan niitä olosuhteita ja perusteita, joiden vuoksi enimmäisajasta voitaisiin poiketa asiakkaan tarpeeseen tai hoidollisiin syihin liittyen. Yksityiskohtaisempaa säännöstasoista määrittelyä, jolla tavoiteltaisiin yksiselitteisyyttä, ei pidetä perusteltuna. Myös perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyä koskevan hallituksen esityksen (HE 74/2022 vp) käsittelyn yhteydessä nostettiin esiin, että 51 a §:n 1 momentissa käytetty hoitotapahtuman käsite ei ole täysin yksiselitteinen. Sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi esitystä koskevassa mietinnössään, että käsitteessä on olennaista, että siinä tosiasiallisesti toteutetaan hoitoa. Koska terveydenhuollon tilanteet ovat hyvin moninaisia, tarkempi hoitotapahtumakäsitteen määrittely ei valiokunnan näkemyksen mukaan ollut tarkoituksenmukaista (StVM 21/2022 vp, s. 8). Asiakkaiden ja potilaiden tilanteiden monimuotoisuus on huomioitava myös lasten ja nuorten terapiatakuun kontekstissa, ja ratkaisujen tulee aina perustua asiakkaan ja potilaan tarpeisiin. Erityinen peruste enimmäisajan ylittämiselle voisi olla esimerkiksi se, että asiakas tarvitsee mielenterveystyön palvelua vasta tietyn ajanjakson jälkeen tai hän haluaa mieluummin jonottaa tiettyä palvelua ja olla ottamatta vastaan sitä korvaavaa aiemmin saatavissa olevaa palvelua. Erityinen peruste voisi olla myös tarve antaa lapselle, nuorelle tai perheelle ennen mielenterveystyön palvelun antamista muita 14 §:n sosiaalipalveluita, kuten esimerkiksi lapsiperheiden kotipalvelua tai perhetyötä.

Muun muassa Helsingin kaupunki nosti lausunnossaan esiin, että ryhmämuotoisten interventioiden osalta 28 vuorokauden ja kuukauden enimmäisajat olisivat haasteellisia toteuttaa. STM korostaa, että kuten säännöskohtaisista perusteluista käy ilmi, asiakkaan tilanteeseen liittyvillä erityisillä seikoilla, joiden vuoksi enimmäisaika voi olla perusteltua ylittää, voitaisiin tarkoittaa myös esimerkiksi sitä, että vanhemman ohjaus olisi tuen tarpeisiin liittyvistä syistä perusteltua toteuttaa ryhmämuotoisena interventiona. Ryhmämenetelmät tulisi kuitenkin aloittaa hyvän hoidon ja tuen periaatteiden mukaisesti ja jatkuvuus huomioiden. Säännöksen muotoilu jättäisi hyvinvointialueille riittävästi harkinnanvaraa erilaisten tapausten varalle ja turvaisi samalla lasten, nuorten ja perheiden etua.

Psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta sopiminen

Hallituksen esityksessä ehdotetaan, että takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta sopiminen perustuisi järjestämislain 36 §:ssä tarkoitetussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa määritettyyn yhteistyöhön. Yhteistyösopimuksessa on järjestämislain 36 §:n 3 momentin 8 kohdan mukaan sovittava sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueelliset periaatteet niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen.

Velvoitetta sopia esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvista lasten ja nuorten psykososiaalisista menetelmistä tarkennettaisiin valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta ehdotetulla 2 a §:n sääntelyllä. Yhteistyösopimuksessa olisi huomioitava keskittämisasetuksen mukainen yliopistosairaaloiden velvoite huolehtia alueellisesti psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnin ja niiden osaamisen ylläpidon tehtävästä, sen suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen työnjako sekä takuun piiriin kuuluvien menetelmien kokonaisuus konkretisoituisivat yhteistyöaluesopimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittavaksi kokonaisuudeksi. Hyvinvointialueilla on myös järjestämislain 10 §:n mukaan velvoite yhteensovittaa palveluita sekä omassa toiminnassaan että sovittaessa hyvinvointialueiden välisestä työnjaosta. Lisäksi tulee huomata, että edellytyksiä psykososiaalisten menetelmien käyttöönotolle on, sillä yleisimpiä menetelmiä on perustasolla otettu käyttöön ja niiden osaamista ylläpidetty vuodesta 2020 alkaen valtionavustushankkeiden vauhdittamana.

Yhteistyösopimuksessa on sovittava 36 §:n 4 momentin mukaan myös sovittuihin vastuisiin liittyvästä hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta. Kaksikielisten hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien toteutumisen turvaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämä yhteistyösopimus on yhteen sovitettava 36 §:ssä tarkoitetun yhteistyösopimuksen kanssa.

Muun muassa Valvira ja Itla totesivat lausunnoissaan, ettei yhteistyöalueiden sopimusprosesseista ja yhteistyönrakenteista ole vielä vakiintuneita käytäntöjä. Osa lausunnonantajista ei pitänyt esitettyä asetustasoista 2 a §:n sääntelyä riittävän velvoittavana. STM toteaa, että järjestämislain 36 § velvoittaa hyvinvointialueita laatimaan valtuustokausittain yhteistyösopimuksen. Järjestämislain 37 §:n mukaisesti ennen yhteistyösopimuksen hyväksymistä hyvinvointialueiden on kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä. Sopimuksen toteutumista seurataan ja arvioidaan vuosittain STM:n ja yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välisissä neuvotteluissa. Yhteistyösopimusta on myös tarvittaessa muutettava. Muutos voi perustua yhden tai useamman hyvinvointialueen esitykseen tai STM:n aloitteeseen. STM toteaa, että tässä prosessissa tulisi jatkossa varmistaa, että tehdyt sopimukset turvaavat lainsäädännön toimeenpanoa ja varmistavat psykososiaalisten menetelmien osaamisen ja laadukkaan käyttöönoton alueella.

Hallituksen esityksen valmisteluun liittyneissä kuulemisissa hyvinvointialueet olivat pääosin yhtä mieltä siitä, että menetelmien valinta ja osaamisen ylläpito tulisi tehdä yhteistyöalueen tasolla ja että takuun piiriin kuuluvien menetelmien valinta tulisi tehdä vuoropuhelussa eri osapuolten kesken, jotta myös paikalliset

ominaispiirteet ja tarpeet tulisivat huomioiduksi. Toisaalta myös kansallista ohjausta pidettiin tärkeänä. Tähän liittyen lausuntokierroksella esitettiin useita erilaisia ja keskenään ristiriitaisia ratkaisuja. Kansallista ohjausta ollaan parhaillaan kehittämässä. Käynnissä ovat esimerkiksi julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteisiin liittyvä valmistelu sekä yliopistosairaaloiden toimintaan liittyvän keskittämisasetuksen päivittäminen. Terapiatakuun valmistelussa todettiin, ettei yliopistosairaaloiden tehtäviä ei ole tarpeen muuttaa erityisesti lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon psykososiaalisten menetelmien kokonaisuuden osalta. Mikäli tähän tehtävään esitettäisiin muutoksia, tulisi ratkaisut tehdä koko väestöä koskien.

Psykososiaalisten menetelmien valintaan liittyvän kansallisen ohjauksen vahvistamiseksi STM on tehnyt terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostolle (Palko) aihe-ehdotuksen kansallisesta suosituksesta lasten ja nuorten psykososiaalisista menetelmistä, ja tämä valmistelu on käynnissä. Palkon valmistelussa huomioidaan myös sosiaalihuollossa käytössä olevat psykososiaaliset menetelmät.

Sosiaalihuollossa ei toistaiseksi ole keskittämisasetusta, eikä myöskään määritettyä alueellista tai kansallista toimijaa, joka antaisi suosituksia palveluvalikoiman sisällöstä. Esitetyn lainsäädännön osalta sosiaalihuollon käyttöön soveltuvien psykososiaalisten menetelmien arvioinnissa ja valinnassa tulisi yhteistyöalueen tasolla hyödyntää esimerkiksi THL:n tuottamaa tietoa sekä Itlan Kasvun tuki –tietolähteitä sekä yhteistyöalueen koulutus-, tutkimus, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan (TKKI) toteuttamisrakenteita, joista säädetään hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun asetuksen 3 §:ssä.

Kansallisessa ohjauksessa huomioidaan myös se, että korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palveluja tuottavalla YTHS:llä ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestävällä Kelalla on velvollisuus sovittaa opiskeluterveydenhuollon palvelut yhteen muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa opiskeluterveydenhuoltolain 12 §:n mukaisesti.

Henkilöstön riittävyys

Esitetyllä lainsäädännöllä olisi taloudellisia vaikutuksia henkilöstön osaamisen kehittämisen ja rekrytoinnin osalta. Lainsäädännön toimeenpanoon osoitetaan vuodesta 2026 alkaen vuosittain 35 miljoonan euron lisärahoitus; vuonna 2025 toteuttamiseen on varattu 23 400 000 euroa. Lainsäädännön toimeenpano edellyttäisi sosiaali- että terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen vahvistamista takuun piiriin kuuluvissa menetelmissä. Keskeisimpiä ammattiryhmiä olisivat ainakin sairaan- ja terveydenhoitajat, sosionomit, opiskeluhuollon kuraattorit, sosiaalityöntekijät, psykologit sekä nimikesuojatut psykoterapeutit.

Psykososiaalisten hoitojen saatavuuden parantamiseen on osoitettu vuosina 2020–2022 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kautta yhteensä 43 miljoonaa euroa. Hanketyön avulla on koulutettu jo tuhansia psykososiaalisten menetelmien osaajia perusterveydenhuoltoon, opiskeluhuoltoon ja sosiaalihuoltoon.

Annetuissa lausunnoissa nostetaan esiin lainsäädännön toimeenpanoon liittyvänä epävarmuustekijänä henkilöstön riittävyys. STM toteaa, että henkilöstön rekrytoinnin tilanne on jonkin verran helpottunut hyvinvointialueiden järjestämisvastuun myötä. Sosiaalihuollon työvoimapula painottuu etenkin ympärivuorokautiseen hoivaan ja sosiaalityöntekijöihin, sosionomien ja opiskeluhuollon kuraattorien työvoimatilanne on huomattavasti parempi. Lisähenkilöstön saamista helpottaa myös se, että sosiaalityöntekijöiden rekrytoiminen esimerkiksi perheiden varhaisen tuen tehtäviin on helpompaa verrattuna lastensuojelun sosiaalityöhön. Terveydenhuollon osalta työvoiman rekrytointihaasteet ovat helpottumassa. Työ- ja elinkeinoministeriön ja työnantajilta kerätyn tilannetiedon perusteella työvoimapulan vähentymisestä etenkin sairaanhoitajien osalta on selviä merkkejä.

STM korostaa, että esityksen mukaan hyvinvointialue voisi päättää, missä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä takuun piiriin kuuluvia interventioita annettaisiin. Työnjaossa olisi huomioitava sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänjako ja kunkin toiminnon lakisääteiset velvoitteet kuten se, ettei mielenterveyden häiriöiden hoito kuulu neuvoloiden, muun ehkäisevän terveydenhuollon tai sosiaalihuollon lakisääteisiin tehtäviin, vaan ne tekevät mielenterveyden häiriöitä ehkäisevää ja mielenterveyttä vahvistavaa työtä. Esitetyssä lainsäädännössä on pyritty huomioimaan eri ammattiryhmien hyödyntäminen mahdollisimman laajasti sekä sosiaali- että terveydenhuollossa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt vuoden 2024 alussa hyvinvointialueille valtionavustuksina yli 800 000 euroa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työnjakoa uudistaviin pilotteihin sekä työkykyä tukevaan toimintaan. Osana Hyvän työn -ohjelmaa sosiaali- ja terveysministeriö toteuttaa myös muita toimenpiteitä, joiden arvioidaan tukevan hyvinvointialueita esitetyn lainsäädännön toimeenpanossa.

Hyvän työn ohjelmassa myös vahvistetaan psykoterapiapalvelujen saatavuutta uudistamalla psykoterapeuttikoulutusta kaksiportaiseksi, säädetään ensimmäisen portaan koulutus maksuttomaksi ja kehitetään varhaisen mielenterveyden tukemisen koulutusta osaksi muidenkin ammattiryhmien koulutusta. Lisäksi ohjelmassa vähennetään ammattihenkilöstöltä vaadittavan kirjallisen työn määrää ja lisätään mahdollisuuksia kohdentaa työaikaa asiakastyöhön sekä selkeytetään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työnjakoa ja tarkastellaan kelpoisuusehtoja.

Enimmäisaikojen toteutumisen seuranta

Asiantuntijalausunnoissa nostetaan esiin lainsäädännön toimeenpanon seurannan kysymyksiä. Hyvinvointialueet seuraavat takuun piiriin kuuluvien interventioiden saatavuutta ja enimmäisaikojen toteutumista toimenpidekoodien ja palvelupäätösten toimeenpanon osalta. Tämä edellyttää hyvinvointialueilta asiakastyön dokumentointiin liittyvien käytäntöjen johtamista ja tiedonhallinnan kehittämistä. Näyttöön perustuvien psykososiaalisten menetelmien terveydenhuollon toimenpidekoodit olivat vuoden 2023 lopussa jo käytössä suurimmalla osalla hyvinvointialueita ja YTHS:llä. Yksittäisten ammattilaisten ja organisaatioiden välillä on vielä eroja siinä, kuinka säännönmukaisesti toimenpidekoodeja käytetään. THL on tehnyt myös sosiaalihuollon palveluissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien toimenpidekoodien määrittelyä, ja ne voidaan ottaa käyttöön vuonna 2025.

Sosiaalihuollon osalta interventioiden toteutumista voitaisiin seurata myös päätöstietojen avulla. Tiedot saataisiin tulevaisuudessa sosiaalihuollon seurantarekisterin kautta THL:n hyte-sote -tietovarannosta. Sosiaalihuollon osalta tietojen keruu tulee olemaan mahdollista vasta vuoden 2026 aikana. Valmistelun aikana on tiedostettu, että seurantajärjestelmät ovat vielä kehittymässä, ja kattavan seurantatiedon karttuminen vie joka tapauksessa useita vuosia.

Voimaantulo

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.5.2025, paitsi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukuntaa koskevan muutoksen ehdotetaan tulevan voimaan 1.1.2025. Asiantuntijalausunnoissa esitettyä aikataulua pidettiin epärealistisena ja epätarkoituksenmukaisena ja katsottiin, että lainsäädännön voimaantulon lykkääminen edesauttaisi henkilöstön osaamisen vahvistamisen kattavuutta. Osassa asiantuntijalausunnoista kannatettiin porrastettua voimaantuloa.

Esitettyä voimaantuloa toivottiin lykättäväksi tai voimaantuloa porrastettavaksi jo hallituksen esityksen lausuntokierroksella kesällä 2024. Hallitus ei kuitenkaan tehnyt muutoksia esitettyyn aikatauluun.

Tiedoksi:

Sosiaali- ja terveysministeri Kaisa Juuso
STM Yhteisöt ja toimintakyky osastopäällikkö Annakaisa Iivari

Hallitussihteeri Titta Honkala
Johtaja Elina Palola
Johtava asiantuntija Liisa Jokinen

VN/29418/2023