

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta
1.6.2017

Arvio julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutusjärjestelmästä ja sen kehittämisestä

Lausunto hallituksen esityksiin

HE 47/2017 vp (valinnanvapauslaki)

HE 15/2017 vp (maakuntalaki ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki)

HE 52/2017 vp (sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamislaki)

A-klinikkasäätiön näkemys julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutusjärjestelmästä ja sen kehittämisestä osana julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta

Kuntoutuksen käsitteen monimerkityksisyys ja toiminnan lainsäädännöllinen, toiminnallinen ja rahoituksellinen pohja on niin hajanainen, että kuntoutusta ei ole enää mahdollista ymmärtää johdonmukaisena järjestelmänä. Tämän tulisi kuitenkin olla tavoitteena ja olisi mahdollistakin, jos kuntoutusta tässä yhteydessä rajauduttaisiin käsittelemään vain tulevan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon (maakunnan) toimintana. Kuntoutus olisi maakunnan järjestämisvastuulla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoimintaa, jonka tavoitteena olisi henkilön toimintakyvyn ja osallistumisedellytysten tukeminen. Se ei leimallisesti poikkeaisi muusta sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisestä työstä.

Maakunta vastaisi kustannuksista. Tarkoituksenmukaisen kuntoutuksen sisältö määrittyisi nykyisen substanssilainsäädännön sekä yksilöllisen kuntoutuspäätöksen perusteella. Tämä ei nostaisi järjestelmän kustannuksia, mutta liittäisi kuntoutuksen järjestämisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän osaksi.

Kuntoutuksen tulisi olla osallistujien, työnantajien ja yhteiskunnan kannalta kannustavaa. Kuntoutuksen aikainen sosiaaliturva on tässä suhteessa avainasemassa, ja sen kehittäminen edellyttäisi toimenpiteitä. Historiallisista syistä esimerkiksi nykyinen kuntoutusrahalaki kohtelee eri kuntoutujaryhmiä hyvin eri tavoin.

Toiseksi, kuntoutuksen asiakasmaksujen taso on kohtuuttoman korkea joillekin asiakasryhmille. Lain 11 §:ää (asiakasmaksujen kohtuullistamisesta tai perimättä jättämisestä) ei juuri käytetä, joten lakia olisi uudistettava niin, että kohtuuttomia tilanteita ei syntyisi. A-klinikkasäätiö pitää kannatettavana ehdotusta, että vain maakunnalla olisi oikeus periä säädetyt asiakasmaksut.

Näin saataisiin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon ydintavoitteiden osalta määritellyiksi kuntoutus, sen saatavuus, tavoitteet ja kustannukset sosiaali- ja terveystaloudellisesti relevantilla

tavalla. Voitaisiin puhua sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin kiinteästi sisältyvästä, eri osallisuustahoja kannustavasta järjestelmästä, jossa järjestämisvastuu ja kustannukset (maakunta), tavoitteet ja asiakkaan osallisuus (substanssilainsäädäntö) sekä sosiaaliturva (Kela) olisi pääosin määritelty.

Asiakasmaksulain uudistaminen on vireillä sosiaali- ja terveydenhuollon työryhmässä, toivottavasti lopputulos tukee kuntoutusjärjestelmän toimintaedellytyksiä

Erillistoimenpiteitä aiheuttaisi lähinnä kuntoutuksen aikaisen sosiaaliturvan uudistaminen. Koska Kelan etuuksissa on huomattavia päällekkäisyyksiä ja kehittämismahdollisuuksia, esimerkiksi sv-lain, kuntoutusrahalain ja toimeentulotukilain yhteensovittamisella kokonaisuus voisi olla käytännössä kustannusneutraali.

Esitetty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskeva lainsäädäntö päihde- ja mielenterveyspalvelujen toimivuuden kannalta

Lakiesitysten tavoitteet ovat sinänsä kannatettavia. Palvelujen saatavuuden kannalta on kuitenkin ongelmallista, että sosiaalipalvelut ja etenkin kaikkein vaikeimmassa asemassa olevien kansalaisten tarvitsemat erityispalvelut saattavat olla aikaisempaakin vaikeammin tavoitettavissa. Samoin palveluintegraatio saattaa käytännössä jäädä toteutumatta.

Valinnanvapauslain 2 ja 15 §:t määrittelevät ensi valinnan palveluvalikkoa hyvin yleisellä ja ohuella tasolla (päihde- ja mielenterveysasiakkaiden neuvonta ja ohjaus), mikä ei palveluiden saatavuuden kannalta ole riittävää. Lain 13 § velvoittaa puolestaan maakunnan tunnistamaan moniongelmaiset asiakkaat ja huolehtimaan palveluketjujen ja -kokonaisuuksien toimivuudesta.

Taustalla on ajatus, että paljon palveluita käyttävät tai tarvitsevat asiakkaat olisivat helposti tunnistettava ryhmä, jolle voidaan kerralla rakentaa toimiva kuntoutussuunnitelma. Näin ei kuitenkaan ole: käytännössä diagnoosit ja palvelutarpeen arviot muuttuvat ja täsmentyvät palveluprosesseissa.

Päihteiden käytön, riskikäytön ja ongelmakäytön rajat ovat sekä sosiaalisilla että terveydellisillä mittareilla häilyviä. Päihdehuoltolaki (8 §) lähtee siitä, että päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Toiminnassa on ensisijaisesti otettava huomioon päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen omaistensa etu. Vastaava sisältö on mielenterveyslaissa.

Nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat luontevimpia ja kansalaisten kannalta helpoimmin lähestyttäviä yksiköitä, joiden asiakkaiksi asiakkaat myös jäävät silloinkin, kun tarvitsevat ajoittaisia tai jatkuvampia erityispalveluita. Esityksessä sosiaalisiin ongelmiin tuodaan terveydenhuollon porrastuksen rakenne, joka ei sovellu psykososiaalisen kuntoutuksen käytäntöihin.

Tutkimuksista tiedetään, että juuri vaikeimmin päihderiippuvaiset tarvitsevat eniten myös perustason (ensi valinnan) palveluja. Kuntoutuksen suunnittelu ja toteutusvastuuta ei tulisi eriyttää maakuntiin, etenkin, kun esityksestä ei ole luettavissa, miten ja mistä näitä maakuntien tuottamia palveluita on saatavissa.

A-klinikkasäätiön kanta on, että myös päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palvelut tulisi tuottaa ensi sijassa ensi valinnan palveluissa, esimerkiksi asiakassetelin tai muun ostopalvelun avulla. Niissä on käytännössä parhaat edellytykset arvioida ja tukea asiakkaiden ja heidän perheidensä arkisia selviytymisedellytyksiä. Toimiva päihde- ja mielenterveyskuntoutus rakentuu arjessa selviytymiselle.

Päihdeasiakkaat eivät ole homogeeninen tai selvärajainen ryhmä. Vaikka esityksessä on arvioitu (nykyisin erityispalveluja saavien asiakkaiden lukumäärän perusteella), että palveluissa vastataan 50 000 – 60 000 kansalaisen palvelutarpeisiin, riskikuluttajien osuus väestössä on noin kymmenen kertaa tätä suurempi, ja heidän lähipiirinsä edelleen kokoluokkaa laajempi. Ryhmät eivät kuitenkaan ole toisiaan poissulkevia.

Päihde- ja mielenterveyskuntoutusta ei tulisi porrastaa ja eriyttää työnjaollisesti ensi linjan palveluista, eikä se ole perusteltua myöskään muiden sosiaalisten ongelmien hoidon kannalta. Ensi valinnan palveluiden tulisi ensisijaisesti edelleen vastata päihteiden käyttäjien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeisiin. Tämä ehkäisee parhaiten palveluidean ali- ja ylikäyttöä ja varmentaa palveluiden jatkuvuuden ja tarvittavan integraation. Se antaisi myös aidomman valinnanvapausmahdollisuuden kuntoutettaville itselleen.

Ensi valinnan palveluita koskevan 15 §:n 2 momentin 7 – 12 kohtia pitäisi siis täsmentää siten, että sosiaali- ja terveyskeskus ei ainoastaan ohjaisi, vaan myös tuottaisi tarvittaessa yhteistyössä muiden palveluiden tuottajien kanssa tarpeen mukaisia kuntoutuspalveluja. Tämä edellyttäisi asiakassetelin käyttöä ja niin muodoin hallintopäätöksiä, kuten lakiesityksessä (23 §) on esitettykin eräiden sosiaalipalvelujen myöntämisen osalta enintään kolmen kuukauden kuntoutusjakson ajan. Hallintopäätökseen liittyvät oikeusturvakeinot olisi otettava huomioon 32 §:n edellyttämällä tavalla.

Kannatettavana olisi pidettävä 36 §:ssä esitettyä käytäntöä, jossa maakunnan toimivaltainen viranomaisen toimisi suoraan sosiaali- ja terveyskeskuksessa tekemässä tarvittavia hallintopäätöksiä. Tämän pitäisi olla pääasiallinen käytäntö, ja siitä pitäisi säätää 15 §:n yhteydessä, osana ensi valinnan palvelujen mahdollista palveluvalikkoa.

Suoran valinnan palvelujen tuottajalla olisi siten riittävän laajat mahdollisuudet verkostoitua sopimuksin tarpeen mukaisten ja toimivien palveluiden tuottamiseksi lakiesityksen 53 §:n mukaisesti.

A-klinikkasäätiön näkemyksen mukaan maakunnan tulisi olla ensi sijaisesti palveluiden järjestäjä. Esitetystä muodosta maakunta olisi myös keskeisin sosiaalipalvelujen tuottaja. Asiakassetelin kautta maakunnan tulisi hankkia minimissään 15 % palveluista muilta kuin itseltään tai yhtiöiltään. Esitetyn hankintalakitulkinnan mukaan maakunnan liikelaitos tai maakunnan omat tuotantoyhtiöt olisivat in-house -yksiköitä, jotka mahdollistaisivat suorahankinnat (22 ja 24 §:t).

Tämä rajaisi oleellisesti kuntoutettavien valinnanvapautta, mutta on syytä olettaa, että järjestelmästä muodostuisi myös tarpeettoman heikosti läpäisevä. Esimerkiksi päihdehuollon erityispalveluista noin 2/3 tuotetaan järjestöjen voimin.

Maakunta voisi esityksen mukaan käyttää asiakasseteliä kuntoutuspalvelujen hankkimiseen myös omasta yhtiöstään (24 §). Järjestöiltäkin niitä voisi hankkia, mutta käytännössä ilmeisesti vähemmän kuin nykyisessä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä.

Tuottajalakiesityksen mukaan järjestöt voisivat vapaasti rekisteröityä tuottajiksi, jolloin niiden tulisi pitää yllä rekisteröinnin edellyttämää palveluvarustusta, mutta niillä ei olisi esitetystä järjestelmässä mitään mahdollisuuksia arvioida edes vuositason toimintansa taloudellisia edellytyksiä. Tilanne olisi palveluntuottajajärjestöjen kannalta selvästi huonompi kuin nykyinen ja johtaisi todennäköisesti nopeaan palveluvalikoiman supistumiseen. Niin sanottu liiketoimintariski siirtyisi kokonaan pienille sosiaalipalveluiden tuottajille.

A-klinikkasäätiö esittää, että maakunnan tulisi hankkia vähintään 50 % kaikista järjestämisvelvoitteensa piirissä olevien kuntoutuspalveluista asiakassetelillä. Kustannusten kurissa pitämiseksi olisi tervettä, että maakunnan omistamia yhtiöitä ei kohdeltaisi hankintalain in-house -periaatteen mukaisesti, vaan niiden kustannusrakenne otettaisiin huomioon palveluhankinnoissa ja hinnoittelussa samoin periaattein kuin muidenkin sosiaalipalvelujen tuottajien. Kustannustehokkuuden lisäksi ehdotukset lisäisivät kuntoutettavien mahdollisuuksia määritellä palvelutarpeitaan ja laajentaisivat rekisteröityjen palveluntuottajien valikkoa.

A-klinikkasäätiö pitää kannatettavana esitystä, että kaikkia sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia koskee yksi yhtenäinen normisto (Sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamislaki HE 52/2017). Esityksen yleistavoitteet ovat kannatettavia. Ennakkotarkastuksesta toimiluvan saamiseksi voidaan luopua, palvelun tuottajaksi rekisteröityminen ja rekisteröintiehtojen täyttäminen riittäisi.

Lupahallinnoinnin keventäminen on perusteltua, ja erityisesti pieniä palveluntuottajajärjestöjä helpottanee vapaaehtoisuuteen perustuva mahdollisuus nimetä yksi vastuullinen palveluntuottaja hakemaan ja hallinnoimaan rekisteröintiä ja sen ehtoja. Lupa- ja valvontahallinnoinnin keskittäminen yhteen virastoon on myös kannatettavaa.

Palveluyksikön käsitteen irrottaminen fyysisestä sijainnista on järkevää. Sen sijaan on vaikea hahmottaa, mikä olisi vaativaa sosiaalihuoltoa tuottava palveluyksikkö (määritelmät, 3 §, kohta 7). Sosiaalihuoltolain 33a § ei sekään anna asiaan selvyyttä, koska siinäkin viitataan mahdolliseen valtioneuvoston asetukseen. Lähes kaikissa laitospuolisissa palveluissa rajoitetaan käytännössä jossakin määrin asiakkaan itsemääräämisoikeutta, vaikka varsinaisia tahdosta riippumattomia toimia ei toteutettaisi lainkaan.

Kohta on vaikeasti avautuva, jokseenkin kaikki päihde- ja mielenterveystyön erityispalvelut ovat vaativaa työtä, edellyttävät moniammatillista otetta, jatkuvaa täydennyskoulutusta ja toimivaa työnohjausta palvelumuodosta riippumatta. On myös huomattava, että rekisteröinnistä huolimatta myös vaativan sosiaalihuollon yksikköä koskisi edelleen tarvittaessa ennakkotarkastus (16 §). Tiedossa ei ole, mitä seikkoja rekisteriviranomainen pitäisi oleellisina rekisteröitymisen

ehtoina, eikä tätä ole avattu myöskään lain perusteluissa. Valviran nykyiset valvontaohjeet ja käytännöt eivät aina kohtele palveluntuottajia yhdenvertaisin tavoin.

Koska vaativan sosiaalihuollon yksikköä on ilmeisen vaikea määritellä toimivalla tavalla, voisi olla selkeintä, että siitä luovuttaisiin tässä yhteydessä kokonaan ja nojattaisiin lastensuojelun, päihdehuollon ja mielenterveyshuollon substanssilainsäädäntöön sekä potilas- ja asiakaslakeihin. Näissä asiakkaiden itsemääräämisoikeuteen sekä tahdosta riippumaaomien toimenpiteiden edellytykset ja rajat on myös määritelty selkeämmin ja tarkkarajaisemmin.

Olavi Kaukonen
toimitusjohtaja, VTT
A-klinikkasäätiö