

Eduskunta

sosiaali- ja terveysvaliokunta

Sosiaali- ja terveysministeriön lausunto terapiatakuuta koskevasta kansalaisaloitteesta, toimenpideoitteista ja lakialoitteista (HE 74/2022 vp, KAA 10/2019 vp, LA 75/2020 vp, LA 45/2021 vp, TPA 106/2020 vp, TPA 142/2020 vp)

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on päättänyt yhdistää hallituksen esityksen eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi (HE 74/2022 vp) sekä terapiatakuuta koskevan kansalaisaloitteen (KAA 10/2019 vp), lakialoitteiden laeiksi mielenterveyslain ja terveydenhuoltolain 27 §:n muuttamisesta (LA 75/2020 vp ja LA 45/2021 vp) sekä toimenpideoitteiden terapiatakuun tavoitteiden toteuttamisesta sekä terapiatakuun ottamisesta osaksi työllisyystoimia (TPA 106/2020 vp) ja Terapiatakuu-kansalaisaloitteen saattamisesta lakiin ja akuuttien resurssien kohdentamisesta mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi (TPA 142/2020 vp) käsittelet. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut kansalaisaloitteesta lausunnon jo aiemmin (julkinen kuuleminen 13.2.2020). Sosiaali- ja terveysvaliokunta on antanut mahdollisuuden lausua terapiatakuusta uudestaan hallituksen esityksen antaminen huomioon ottaen. Ministeriö lausuu asiasta seuraavaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö keskittyy tässä lausunnossaan käsittelemään niitä seikkoja, jotka liittyvät mielenterveyspalveluiden saatavuuden parantamiseen hallituksen esityksessä HE 74/2022 vp sekä päivittää tietoja mielenterveyden palveluiden parantamiseksi tehdyistä toimista sitten edellisen lausunnon antamisen.

Mielenterveyspalveluiden saatavuuden parantaminen hallituksen esityksessä sekä vertailua terapiatakuu-aloitteeseen

Terapiatakuu-kansalaisaloitteen ja lakialoitteiden keskeiset ehdotukset ovat säätää laissa siitä, että hoidon tarpeen arviointi on tehtävä kolmessa vuorokaudessa. Perusterveydenhuollossa toteutettava mielenterveyden häiriön tarpeelliseksi todettu psykoterapia tai muu psykososiaalinen hoito olisi järjestettävä neljän viikon sisällä siitä, kun hoidon tarve on arvioitu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Laissa säädettäisiin myös nimenomaisesti, että perusterveydenhuoltoon sisältyy mielenterveyden häiriöiden hoitoon tarpeelliseksi todettu hoidollinen psykoterapia ja muu psykososiaalinen hoito. Myös toimenpideoitteissa ehdotetaan edistettäväksi terapiatakuun säätämistä.

Hallituksen esityksessä HE 74/2022 vp ehdotetaan, että yksilöllisen arvio potilaan tarvitsemien tutkimusten tai hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee, tulee tehdä saman päivän aikana yhteydenotosta. Hoidon ensimmäinen hoitotapahtuma, myös silloin kuin hoitoon hakeutuminen koskee mielenterveyden ongelmaa, tulee järsytyä perusterveydenhuollossa seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Jos potilas on arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja esiin tulee tarve lääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Sääntelyn mukaan kaikki hoitotapahtumat ja palvelut eivät kuulu seitsemän vuorokauden määräajan piiriin, vaan

esimerkiksi hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaiset hoitotapahtumat ovat rajattu seitsemän vuorokauden määräjän ulkopuolelle.

Hallituksen esityksen perusteluissa todetaan mielenterveyspalveluista muun ohella seuraavaa:

”Perusterveydenhuollossa järjestetään psykososiaalisiin menetelmiin lisä- ja täydennyskoulutettujen hoitajien ja muiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden helposti ja nopeasti saatavia mielenterveys- tai päihdetyön vastaanottoja, joihin voi ottaa yhteyttä suoraan neuvonnan tai ohjauksen saamiseksi elämäntilanteisiin liittyvissä kriiseissä, psyykkisen kuormituksen tilanteissa tai tuen saamiseksi mielenterveyden oireiden tai mielenterveyteen liittyvän toimintakyvyn alenemisen vuoksi. Ohjaus voi tarkoittaa myös kohdennettujen menetelmien käyttämistä, esimerkiksi päihdeiden riskikäyttäjän lyhytneuvontaa (niin sanottu mini-interventio) tai menetelmäkoulutusten pohjalta toteutettavien lyhyiden terapioiden käyttöä mielenterveyden oireisiin tilanteissa, joissa diagnoosiin perustuvalla hoidolla ei vielä ole tarvetta. Tällaiset suoravastaanotot ovat seitsemän vuorokauden määräjän piirissä. Jos potilas tarvitsee mielenterveyden häiriöiden arvioimiseksi lääketieteellistä arviota, hänet ohjataan seitsemän vuorokauden sisällä lääkärin vastaanotolle diagnostista arviota ja hoidon valintaa varten. Tällöin hoito toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti. Seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika ei siten erikseen koske koulutetun psykoterapeutin antamia varsinaisia psykoterapioita tai muita psykososiaalisia hoitoja, jotka sisältyvät hoitosuunnitelmaan sen osana.” (s. 117)

”Seitsemän vuorokauden määräjässä toteutettavaan perusterveydenhuollon kiireettömään sairaanhoitoon eivät kuulu hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaiset, tietyn ajanjakson päähän suunnitellut hoitotapahtumat. Kun on selvitetty, millaisia tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta potilas tarvitsee, jatkohoidosta laaditaan hoito- tai kuntoutussuunnitelma, ja hoito toteutetaan suunnitelman mukaisesti. Osa suunnitelmaa on se, millä välillä eri hoitotapahtumia toteutetaan. On siten loogista, ettei tällaisiin hoitotapahtumiin sovelleta seitsemän vuorokauden määräaika. Tietyn terveysongelman hoitoon voi tuki kuulua hoitotapahtumia, johon 1 ja 2 momentissa säädetyt määräjät ovat soveltuneet, ennen kuin hoitoa ja kuntoutusta aletaan toteuttaa hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. [- -] Käytännössä 51 §:n mukaisen arvioinnin perusteella potilasta ei suoraan lähetetä psykoterapeutin tai mielenterveyden häiriöiden interventioon koulutetun työntekijän vastaanotolle mielenterveyteen liittyvien palvelujen saamiseksi, vaan potilas ohjataan ensin lääkärin vastaanotolle, jossa tutkitaan tällaisten palveluiden tarve, ja hoito toteutetaan suunnitelman mukaisesti. Kuten 1 momentin perusteluissa on kuvattu, seitsemän vuorokauden määräjän piirissä ovat kuitenkin vastaanotot, joille hakeudutaan suoraan mielenterveyteen liittyvien oireiden tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi mielenterveyden tukemiseksi ja kohdennettuun ehkäisevään hoitoon.” (s. 120)

”Sääntely siitä, että palvelu voidaan järjestää hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti, ei oikeuta rytmittämään hoitokäyntejä hyvän hoitokäytännön vastaisesti. Jatkohoito ja hoidon kokonaisuus on toteutettava lainsäädännön sekä kansallisten terveydenhuollon ja lääketieteellisten suositusten mukaisesti, joita ovat esimerkiksi Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, Käypä hoito -suositukset ja Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositukset. Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Ammattihenkilölain 15 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksyttyjä ja kokemuseräisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti.” (s. 122)

Hallituksen esityksen ehdotukset parantavan mielenterveyspalveluiden saatavuutta säätämällä nopeasta hoitoon pääsystä. Mielenterveyspalveluissa nopea hoitoon pääsy on tärkeää. Hallituksen esityksen perusteluissa on tuotu esiin, että yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden mukaan potilaan arvioinnin ja hoidon aloituksen on aina toteuduttava nopeasti häiriön ja sen psykososiaalisten seurausten vaikeutumisriskin vuoksi, lukuun ottamatta joitakin pitkäaikaisiin ominaisuuksiin tai oirekuviin liittyviä tutkimusjaksoja. Mielenterveyshäiriöille on tyypillistä, että hoidon viivästyminen aiheuttaa oireilun vaikeutumista ja toimintakyvyn heikkenemistä. Hoitoon pääsyä nopeuttamalla voidaan merkittävästi ehkäistä sairauksien kroonistumista ja pitkäaikaishaittoja, kuten työkyvyttömyyden kehittymistä. (HE, s. 98 –99). Säännökset takaavat nopean pääsyn lääkäriin. Edellä todetun mukaisesti lääkärin arvio tarvitaan potilasta tutkiessa, hoitosuunnitelmaa laatiessa ja esimerkiksi psykoterapiapalveluiden tarvetta arvioidessa. Hallituksen esityksen mukainen nopea hoitoon pääsy voi nopeuttaa myös psykoterapiapalveluiden ja muiden hoitosuunnitelmaan perustuvien psykososiaalisten hoitojen saamista, koska lääkärin vastaanotolle pääsee nopeasti, jolloin jatkohoitoon pääsykin nopeutuu. Osalle potilaita riittää esimerkiksi menetelmäkoulutetun sairaanhoitajan antama psykososiaalinen hoito, ja tällainen suoravastaanotto toiminta on seitsemän vuorokauden määräjän piirissä.

Verratessa hallituksen esityksen ehdotuksia terapiatakuualoitteeseen keskeiseen ehdotukseen neljän viikon terapian aloittamista koskevasta määräajasta, voidaan tuoda esiin, että esitykset sääntelisivät hoitoon pääsyä jossain määrin erilaisista lähtökohdista. HE 74/2022 vp ehdotukset koskevat keskeisesti hoitoon pääsyn ensi vaihetta (1. ja eräissä tapauksissa 2. hoitotapahtuma). Ennen esimerkiksi psykoterapian tarpeen diagnosointia mielenterveyden ongelmaa on voitu hoitaa perusterveydenhuollossa aiemmissa tutkimus- ja hoitokäynneissä, ja esimerkiksi kokeiltu yleistä tukea antavaa työskentelyotetta tai lääkitystä.

Terapiatakuualoite sääntelisi yhden tietyn hoitomuodon, psykoterapian tai muun psykososiaalisen hoidon, hoitoon pääsyn määräaika, kun hoitotakuusäntely koskee hoitoon pääsyä palveluiden piiriin yleisesti. Olisi poikkeuksellinen sääntelytapa säätää yhden hoitomuodon hoitoon pääsystä erikseen. Voidaan esittää kysymys, onko perusteltua säätää juuri mielenterveyshoidon tietyn hoitomuodon saamisesta erikseen ja nopeammin. Tällainen erillistakuu voisi nostaa esiin toiveen säätää muunlaisillekin terveysongelmille ja hoitomuodoillekin yksityiskohtaisempia hoitomuotojen alkamisen enimmäisaikoja. Käytännössä kuitenkin tällainen sääntelytapa olisi mahdoton toteuttaa.

Perusterveydenhuollossa mielenterveyshäiriöt ja somaattiset sairaudet esiintyvät usein samoilla henkilöillä, ja on arvioitu, että perusterveydenhuollon potilaista mielenterveyshäiriötä esiintyy 25–35 prosentilla. Samoilla lääkärin- ja hoitajan vastaanotoilla otetaan usein kantaa niin somaattisiin sairauksiin kuin mielenterveyshäiriöiden hoitoon, vaikka perusterveydenhuollossa on lisäksi olemassa erillisiä mielenterveystyöntekijöitä ja työryhmiä. Tämän takia on perusteltua ja hoitoa selkeyttävää toimia samojen perusperiaatteiden pohjalta mielenterveyshäiriöiden ja somaattisten sairauksien hoidossa. Huolimatta erilaisista sääntelylähtökohdista kansalaisaloitteella ja HE 74/2022 vp sisältyvillä ehdotuksilla voidaan kuitenkin nähdä olevan samanlaiset perimmäiset tavoitteet, eli parantaa mielenterveyspalveluiden(kin) saatavuutta perustasolla.

Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan terapiatakuu –kansalaisaloitteen toteutettavuuden keskeinen ongelma on se, ettei ministeriön käsityksen mukaan saatavilla ole tarpeeksi henkilöstöä esityksen toteuttamiseen. Tiedossa on, että mielenterveyspalveluiden saatavuus on tällä hetkellä alimitoitettua. Kansalaisaloitteen toteuttaminen ei takaisi terapian tekijöiden riittävyyttä, vaan psykososiaalisia hoitomuotoja on otettava käyttöön pitkäjänteisen kehittämisen kautta. Psykososiaalisen hoidon lisäksi tarvitaan muiden porrasteisen hoidon osa-alueiden kehittämistä, kuten omahoito-ohjelmien ja sähköisten palveluiden kehittämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on tehnyt painelaskelmia, joissa arvioidaan terapiatakuualoitteen toteuttamisen edellyttämiä lyhytinterventioiden resurssitarpeita. Arviossa lyhytinterventioilla tarkoitetaan lyhyitä psykoterapeuttisia tai psykososiaalisia interventioita, joiden kesto on yleensä korkeintaan 25 tapaamiskertaa. Arvion mukaan lyhytterapiaa tarjoavaa ammattihenkilöstä ei ole nopeasti löydettävissä ja täydennyskoulutus vie aikansa. Mielenterveyden häiriöiden vuosittaisen ilmaantuvuuden perusteella lasketun tarvittavan noin 100 000 - 140 000 intervention volyymin toteutuminen vaatii ehkä minimissäänkin parin hallituskauden ajan toteutuakseen. Lisäksi kansalaisaloitteessa esitetty kustannusarvio (35 miljoonan vuosikustannukset) vaikuttaa alhaiselta. Ministeriön painelaskelmissa terapiatakuualoitteen edellyttämästä lyhytinterventioiden resurssitarpeesta arvio kustannuspaineesta olisi moninkertainen kansalaisaloitteessa esitettyyn arvioon nähden. Luonnollisesti kustannukset pienenevät, jos painopiste on vahvasti lyhyimmissä interventioissa.

Mielenterveyspalveluiden kehittäminen

Kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020-2030 julkaistiin helmikuussa 2020. Mielenterveysstrategian keskeiset ehdotukset palvelujen kehittämiseksi koskevat psykososiaalisten

hoitomuotojen ja interventioiden saatavuutta sekä voimavarojen ja palvelujen yhteensovittamista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, mielenterveyden häiriöiden vuoksi hoidossa olevien fyysisten sairauksien ehkäisyn ja hoidon varmistamista sekä sosiaalihuollon edellytyksiä tarjota mielenterveyttä tukevia sosiaalipalveluja.

Sosiaali- ja terveysministeriön lausunnossa 13.2.2020 tuodaan esiin Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelman kehittämishankkeisiin liittyvät suunnitelmat parantaa mielenterveyspalveluiden saatavuutta mielenterveysstrategian mukaisesti. Toimeenpanon painopiste on psykososiaalisten hoitojen ottaminen käyttöön perusterveydenhuollossa ja sitä tukevan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyörakenteen luominen (hoitoketjutyö). Kaikissa hyvinvointialueiden hankkeissa otetaan käyttöön psykososiaalisia ehkäisevän työn ja hoidon menetelmiä kaikille ikäryhmille perusterveydenhuollossa ja nuorille opiskeluhuollossa. Hyvinvointialueiden hankkeet kehittävät mielenterveyspalveluja yhdessä yhteistyöalueiden ns. koordinaatiorakenteiden kanssa. Tähän kehittämiseen on ohjattu 43 miljoonaa euroa mielenterveysstrategian rahoitusta.

Yhteistyöalueiden hankkeiden (ns. koordinaatiorakenteiden) tarkoituksena on tukea Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kehittämistyötä. Hankkeet vahvistavat psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoa ja ylläpitoa yhteistyöalueillaan osana hoito- ja palveluketjuja ja -kokonaisuuksia (alueellinen koordinaatio ja osaamisen ylläpito). Kaikissa yhteistyöalueiden hankkeissa on mukana HUS:in Terapiat etulinjaan -hankkeen toimintamalli. Tähän kehittämiseen on ohjattu 9,9 milj. euroa rahoitusta (LTA III -21).

Terapiat etulinjaan -toimintamallin käyttöönotossa perustasolla on tähän mennessä koulutettu nuorten masennusoireiden hoidon IPC-osaajia yhteensä 1031, joka on 62 % kokonaistavoitteesta ja ahdistuneisuuden Cool Kids-osaajia yhteensä 95, joka on 35 % kokonaistavoitteesta. Tavoitteena on kouluttaa vuonna 2022 IPC-osaajia 617 ja Cool Kids-osaajia 161. Nuorille aloitettuja menetelmän mukaisia interventioita on tehty 1839. Masentuneita nuoria on hoidettu IPC-menetelmällä yhteensä 1652, joka on 26 % karkeasta masennuksen perustason hoidon tarvearviosta. Ahdistuneita nuoria on hoidettu Cool Kidsillä yhteensä 187, joka on 1,6 % karkeasta tarvearviosta.

Opetus- ja kulttuuriministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö ovat keväällä 2021 käynnistäneet yhteistyössä SOTEKO-hankkeen (5/2021–2/2023), jossa kehitetään sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen koulutuspolkuja. Hanke tekee esitykset koulutukseen liittyvän lainsäädännön, rahoituksen ja ohjauksen kehittämiseksi. Tehtävään sisältyy muun muassa psykoterapeuttien ja muiden mielenterveystyöhön tarvittavien ammattilaisten koulutusmallien tarkastelu.

Sosiaali- ja terveysministeriö on edellä mainittuun hankkeeseen liittyen käynnistänyt erillisselvityksen, jonka tarkoituksena on kartoittaa psykoterapeuttikoulutukseen liittyvät uudistamistarpeet, koulutuksen valtakunnallinen ohjaus, opintohallinnollinen asema ja koulutuksen rahoitus mukaan lukien. Tähän liittyen selitetään myös mahdollisuudet velvoittaa yliopistot koulutuksen järjestämiseen erikoistumiskoulutuksena, mahdollisuudet rahoittaa koulutuksen järjestämistä muulla nykyisestä poikkeavalla tavalla ja pienentää koulutuksen kustannuksia opiskelijalle sekä arvioida ehdotettujen muutosten keskeiset vaikutukset koulutuksen ja palvelun saatavuuteen sekä laatuun sekä muutosten pääpiirteiset rahoitus-, lainsäädäntö- sekä ohjaustarpeet. Selvitys valmistuu kesäkuun loppuun mennessä ja sen jälkeen voidaan arvioida jatkotoimenpiteitä tehtäväksi mm. SOTEKO-hankkeen yhteydessä.

Hallitusohjelmaan myös perustuvana hankkeena sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu luonnos hallituksen esitykseksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden uudistamisesta. Esityksessä ehdotetaan parannettavaksi perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden saatavuutta säätämällä mielenterveyspalvelujen toteuttamisesta myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Sillä tarkoitetaan muun muassa käytäntöjä, joilla psykiatrinen erikoissairaanhoido ohjaa ja

tukee perustason palveluissa toteutettavaa hoitoa. Lisäksi potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköstä toiseen, esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, on turvattava tarpeenmukaisen mielenterveyden hoidon jatkuvuus. Lausuntokierros päättyy 10.6 (ruotsinkielinen 23.6.), ja esitys on tarkoitus antaa syksyllä eduskunnalle. Esityksen myötä hyvinvointialueille annettaisiin lisärahoitusta 18 miljoonaa euroa vuodessa.

Osastopäällikkö Satu Koskelan sijaisena,
johtaja

Jaska Siikavirta

Hallitusneuvos

Merituuli Mähkä