



25.5.2018

Asiantuntijalausunto

Asia: HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

Teema: Syntyvä palvelujärjestelmä mielenterveys- ja päihdepalvelujen näkökulmasta

Kiitän mahdollisuudesta lausua hallituksen esityksestä valinnanvapauslaiksi.

Suomen menestyminen ja kilpailukyky riippuvat suomalaisten mielenterveydestä. Työelämän muutokset asettavat vaatimuksia työikäisten mielenterveydelle. Mielenterveyden häiriöiden suhteellinen osuus suomalaisten tautitaakasta onkin kasvussa. Viime vuosina sairauslomapäivät ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöiden takia ovat kasvaneet. Joka neljäs sairauslomapäivä johtuu mielenterveyden ongelmista. Puolet työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveysperusteisia ja osuus on kasvamassa. Itsemurhien määrä on vuonna 2016 kääntynyt nousuun pitkän myönteisen kehityksen jälkeen.

Joka toinen suomalainen sairastuu jossakin elämänsä vaiheessa mielenterveyden häiriöön **ja mielenterveyden ongelmien kustannukset Suomessa ovatkin vuosittain noin 6 miljardia. Valtaosa kustannuksista johtuu sairauslomapäivistä ja työkyvyttömyyseläkkeistä. Mielenterveyden häiriöt ovat suurin kalliiden potilaiden sairausryhmä. Mielenterveyden ongelmat ovat keskeisin tekijä nuorten syrjäytymisessä. Palvelujärjestelmän tulisi osata vastata muuttuvaan palvelutarpeeseen.**

Tässä lausunnossa yläkäsitteeseen mielenterveyden häiriö luetaan myös päihdehäiriöt ja muut riippuvuusoireyhtymät.

Mielenterveysongelmien yhteiskunnalliseen haasteeseen on pyritty vastaamaan vahvistamalla suunnitelmallisesti terveyskeskusten ja muiden peruspalvelujen matalan kynnyksen toimintaa. Perustasolla terveyskeskusten psykologit, psykiatriset sairaanhoitajat ja muut alan ammattilaiset tarjoavat apua mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Riittävän varhain aloitetulla vuorovaikutuksellisella tuella ehkäistään ongelmien monimutkaistumista. Terveyskeskusten mielenterveys- ja päihdetyöntekijöillä toteutuu vuosittain Suomessa lähes miljoona käyntiä.

Palvelujärjestelmää täydentää järjestöjen yleishyödylliset palvelut, esimerkiksi Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusverkosto 22 paikkakunnalla. Järjestöt ovat myös innovatiivisia palveluntuottajia - Suomessa on noin sata mielenterveyspalveluja tuottavaa järjestöä.

Mielenterveyden häiriöiden kasvavasta merkityksestä huolimatta mielenterveyspalveluiden osuus terveydenhuollon menoista on laskusuunnassa:



mielenterveyspalvelujen osuus terveydenhuollon menoista oli 6,0 % vuonna 2000, mutta vain 4,3 % vuonna 2015. Muutos selittyy menojen kasvulla somaattisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa mielenterveyspalvelujen resurssien vaaliminen maakunnissa tulee perustua näyttöön väestön palvelutarpeista.

1. Palvelujen integraatio

Mielenterveysasiakkaan palvelutarpeet ovat yleislääketiedettä laajempia, ja palveluikentän integraatio on mielenterveys- ja päihdepalvelujen näkökulmasta ensisijainen tavoite. Mielenterveys- ja päihdepalveluilla tulee olla toimiva, asiakaslähtöinen yhteys muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä asumiseen, toimeentuloon, työllistymiseen ja koulutukseen liittyviin palveluihin. Tämä on välttämätöntä varsinkin sosioekonomisesti heikossa asemassa olevien kansalaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyyn, palveluihin pääsyn, hoidon sekä kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen eriyttäminen sekä toisistaan että somaattisesta terveydenhuollosta on osoittautunut asiakasnäkökulmasta ongelmalliseksi. Valinnanvapauslain esityksen integraatiotavoitteen haasteena on yksilön ja perheen palveluiden pirstoutuminen usealle palveluntuottajalle.

Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus suosittaa, että perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi integroida perusterveydenhuoltoon. Parhaimmillaan tämä mahdollistaa kokonaisvaltaisemman lähestymistavan, lisää palveluiden saavutettavuutta ja vähentää stigmaa eli häpeäilemää. Integraatiossa tulee huomioida myös järjestöjen tarjoama apu ja palvelut.

Mielenterveys- ja päihdetyö tehostuu ottamalla käyttöön uusia toimivia yhteisöpohjaisia malleja, jotka tyypillisesti edellyttävät laajaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Mallit rakentuvat usein monialaiseen yhteistyöhön, jossa sosiaalitoimen, mielenterveystyön, oppilashuollon ja TE-toimistojen tulisi toimia tiiviissä yhteistyössä. Esimerkiksi lasten ja nuorten kohdalla vaikuttavat auttamiskeinot rakentuvat usein lastensuojelun ja lasten- tai nuorisopsykiatrian yhteistyöhön, tarvittaessa sisältäen myös vanhempien tuen ja hoidon.

Kansainvälistä tutkimustietoa monituottajamalleista mielenterveystyössä ei juuri ole, koska malli on harvinainen. Yksityisiä palveluntuottajia on käytetty lähinnä kokonaisulkoistuksissa, jolloin yhdellä tuottajalla on vastuu tietyn väestön mielenterveyspalveluista. Valinnanvapausmalleissa tulee huolehtia, että mielenterveysasiakkaille on tarjolla riittävästi tukea.

Valinnanvapauslaissa esitetty palvelujen järjestämismalliin liittyy suuria riskejä tuottajakentän pirstoutuessa.

2. Perustason palvelujen vahvistaminen

Lakiesityksen mukaan asiakas voisi valita laissa määritellyjä suoran valinnan palveluja tuottavan sosiaali- ja terveyskeskuksen yksikön kuudeksi kuukaudeksi kerrallaan. Mielenterveys- ja päihdeongelmien kohdalla hoidon kynnykseltömyys, saatavuus ja leimaamattomuus ovat ensisijaisen tärkeitä. Kansainvälisen tutkimustiedon mukaan tämä toteutuu parhaiten tuottamalla perustason mielenterveys- ja päihdepalveluja osana sote-keskuksia. Valtioneuvoston tilaama tuore tutkimusselvitys (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017) tukee perustason mielenterveys- ja päihdetyön valtavirtaistamista osaksi muita peruspalveluja. Esityksessä valinnanvapauslaiksi tulevilta sote-keskuksilta ei edellytetä mielenterveys- tai päihdepalveluja terveysneuvontaa lukuun ottamatta.

Joka neljäs suomalainen kokee vuoden aikana mielenterveyden häiriöstä, ja vuosittain terveyskeskuksissa toteutuu noin miljoona käyntiä mielenterveysammattilaisten luona. Perustason mielenterveyspalvelujen siirtyminen erikoispalveluja tuottaville liikelaitoksille lisää kuluja ja ruuhkauttaisi jo nyt paineen alla toimivaa psykiatrian erikoissairaanhoidon pahasti. Tavoitteena tulee olla perustason palvelujen vahvistaminen hoidon saatavuuden ja osuvuuden parantamiseksi. Yleiset mielenterveyden ongelmat ja häiriöt, kuten unettomuus, ahdistuneisuus, lievä ja keskivaikea masennus, lasten käyttäytymishäiriöt ja alkoholin suurkulutus tulee hoitaa tehokkaasti sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Tämä edellyttää, että lyhytpsykoterapiat kuuluvat sote-keskusten keinovalikoimaan.

Mielenterveysasiakkailta on usein liitännäissairauksia, ja heidän elinajan odotteensa on 10 - 15 vuotta lyhyempi kun muun väestön, suurelta osin ehkäistävissä olevien kansantautien johdosta. Mielenterveysasiakkaiden hoidon tarve ja hoidon käyttö on muuta väestöä suurempi, ja voittoa tavoitteleva sosiaali- ja terveyskeskukselle tarjoutuu lakiesityksessä mahdollisuus välttää palveluiden tarjoamista tälle väestöosalle. Kapitaatiokorvauksissa tulee siksi taloudellisilla kannustimilla riittävässä määrin huomioida mielenterveysasiakkaiden muita suurempi hoidon tarve.

On vaarana, että sote-keskukset keskukset pyrkivät ns. kermankuorintaan ja välttämään paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävien asiakkaaksi listautumista rajaamalla palvelutarjontaansa, jollei eduskuntakäsittelyssä lakiin lisätä selviä vaatimuksia sote-keskuksille perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuottamisesta.

Valinnanvapauslakiin tulee sisällyttää sote-keskuksille velvoite tarjota ammattilaisten toteuttamat perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut. Pienet sote-keskukset voisivat toteuttaa mielenterveys- ja päihdepalveluja myös yhteistyössä ammatinharjoittajien kanssa. Keskusten perustason palveluiden tulee tukeutua saumattomasti niin maakunnan erikoispalveluihin kuin toisaalta järjestöjen tarjoamaan vertais- ja kriisiapuun.

Lakiesityksen 18§:ään, 1 momenttiin tulee lisätä: "Kohdan 3 mukaisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen antamiseen sosiaali- ja terveyskeskuksella on oltava käytössään niihin koulutettu henkilöstö."

Lakiesityksen 37 §:ään tulee lisätä säännös, jonka mukaan maakunnan liikelaitoksella on velvollisuus viedä sote-keskukseen mielenterveys- ja päihdepalveluja, jollei maakunta ole sisällyttänyt sote-keskuksen tehtäviin 18 §:n 2 momentin perusteella niiden toteuttamiseen tarvittavaa henkilöstöä.

3. Psykoterapian saatavuuden parantaminen

Psykoterapia on Käypä hoito -suositusten mukainen tutkimusnäyttöön perustuva vaikuttava hoitokeino, jota muista hoitomuodoista poiketen ei ole aikuisille tarjolla julkisissa terveyspalveluissa. Yksilö-, perhe tai ryhmäpsykoterapia on vaikuttava useimpien tavanomaisten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyssä ja hoidossa.

Sote-uudistus tarjoaa mahdollisuuden siirtää psykoterapiapalvelut sote-alueiden järjestämisvastuulla olevan palveluvalikon piiriin. Integroimalla psykoterapiapalveluja julkisen terveydenhuollon palveluvalikkoon parannetaan psykoterapiapalvelujen saatavuutta, vähennetään eriarvoisuutta ja saavutetaan merkittävä kustannussäästö. Psykoterapiaan sijoitettu pääoma maksaa tutkimusten mukaan itsensä takaisin, koska sairausetuuksien käyttö vähenee, työntantajien sairauspoissaolokustannukset vähenevät ja terveydenhuollon käyttö vähenee.

Tällä hetkellä Kelan kuntoutuspsykoterapian piirissä on noin 37 000 ihmisistä, ja sen vuosikustannukset ovat noin 70 miljoonaa euroa. Kelan kuntoutuspsykoterapiat kohdentuvat vain aikuisille, joiden opiskelu- tai työkyky on uhattuna, vaikka tarve on suuri myös työelämän ulkopuolella olevilla. Psykoterapiaan pääsy on monen viiveen ja kynnyksen takana ja psykoterapiajärjestelmä on irrallaan muusta hoitojärjestelmästä. Kuntoutuspsykoterapia jakaantuu myös alueellisesti epätasa-arvoisesti. Uudistuksessa kuntoutuspsykoterapian määrärahan säilyminen ennallaan on varmistettava, ja psykoterapian piiriin pääsyä on helpotettava asiakaseteleillä. On huomioitava riski että kustannuspaineessa olevat maakunnat ensisijaisesti kohdistavat säästöjä asiakaseteleihin ja nimenomaan psykoterapiaan, jollei velvoitetta nykytason ylläpitämiseen astetta.

Psykoterapian riittävä saatavuus ja varhainen aloitus edellyttävät selkeitä hoitopolkuja suoraan sote-keskuksesta lyhytpsykoterapiaan. Psykoterapiatarpeen arviointi ja psykoterapiatoiminnan laadun varmistaminen vaativat maakunnan liikelaitoksen erityisosaamista. Tulee siis edellyttää että sote-keskus ja liikelaitos sopivat joustavista käytännöistä ja selkeistä poluista psykoterapiaan.

1§ momentin 7 kohdan mukaan asiakasseteli olisi otettava käyttöön terveydenhuoltolain 29 §:ssä tarkoitettuun lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvissä terveydenhuollon ammattihenkilön yksittäisissä vastaanottokäynneissä. Säädos tulisi psykoterapian osalta selkeyttää niin että maakunnalle annetaan selkeä vastuu psykoterapiapalveluiden järjestämisestä, kehittämisestä ja laadun tarkkailusta. Muutos vaatii tarkennuksia myös Kelan tehtäviä koskevaan lainsäädäntöön.

4. Nuorten syrjäytymisen ehkäisy

Mielenterveyden ongelmat ovat Suomessa keskeisin syrjäytymiseen johtava tekijä. Nuorten aikuisten mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat voimakkaassa kasvussa. Syrjäytymisvaarassa olevilla nuorilla on moninaisia palvelutarpeita, joita pirstoutunut ja siiloutunut nykyinen nykyjärjestelmä ei kohtaa. Monitoimijaiset matalan kynnyksen, "yhden-luukun" palvelut on keino lisätä kokonaisvaltaisen mielenterveysavun saatavuutta leimaamattomasti erityisesti syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kohdalla. Nuoren ja mahdollisesti hänen läheisensä lisäksi monitoimijaiseen yhteistyöhön osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon, kunnan ja järjestösektorin edustajia.

Valtion tulee ohjauksessaan edellyttää, että maakunnat palvelulupauksissaan sitoutuvat järjestämään monitoimijaisia matalan kynnyksen yhden luukun palveluja, ottaen mukaan kunnan etsivän nuorisotyön ja järjestöt. Varmistetaan nuorisolan kansallisen mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän päihde- ja pelihaittatyön osaamiskeskuksen toiminnan jatkuvuus maakuntien, kuntien ja järjestöjen tukena.

Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan asiakasseteli olisi otettava käyttöön sosiaalihuoltolain 17§:n tarkoitetussa sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteissä. Tämän tulisi olla mahdollista myös nuorten syrjäytymistä ehkäisevissä hybridipalveluissa, jonka tuottavat yhdessä palveluntuottajat, yleishyödylliset järjestöt ja vapaaehtoiset.

5. Henkilökohtainen budjetointi

Mahdollisuus henkilökohtaiseen budjettiin pitkäaikaisissa mielenterveyden häiriöissä on askel eteenpäin. Henkilökohtainen budjetti lisää tutkitusti asiakkaiden tyytyväisyyttä, tukee toipumista ja asettaa asiakkaan nykyistä paremmin keskiöön. Asiakassetelikin voi voimannuttaa potilasta. Se voi esimerkiksi helpottaa varhaista pääsyä psykoterapiaan

Mielenterveyspalvelujen käyttäjille tarjotusta henkilökohtaisesta budjetista löytyy ulkomailta myönteisiä kokemuksia. Henkilökohtainen budjetti lisää hallinnollisia kustannuksia, mutta tällainen yksilön tarpeisiin perustuva lähestymistapa voi silti olla kustannustehokas ja sairaanhoitopalvelujen käyttöä vähentävä. Terveyspalvelujen käyttö vähenee ja muiden palveluiden käyttö todennäköisesti lisääntyy. Menestyksekkään toteutuksen kannalta tärkeä tekijä on näiden palvelujen mahdollisimman joustava käyttö sekä suuri määrä saatavilla olevia palveluvaihtoehtoja. Palveluiden käyttäjien ja tuottajien tulisi yhdessä suunnitteluvaiheessa osallistua järjestelmän rahoituksen suunnitteluun, sillä sekä käyttäjät että mielenterveystyön ammattilaiset hyötyvät jatkuvasta tiedonsaannista ja järjestelmän toiminnan kehittämisestä.

Oikeudenmukaisuusnäkökulmasta on oleellista että maakunnissa luodaan sellainen järjestelmä henkilökohtaisen budjetin toteuttamiseksi, joka mahdollistaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kuulumisen sen piiriin.

27 § 1 momentti nojaa mielenterveyskuntoutujien henkilökohtaisen budjetoinnin oikeutuksen osalta vammaispalvelulain 2§:ään. Käytännössä mielenterveyskuntoutajat ovat usein rajautuneet vammaispalvelujen ja -etuuksien ulkopuolelle. Pykälän perusteluissa tulisi selkeästi tuoda esille että myös mielenterveyskuntoutajat on tarkoitettu olevan henkilökohtaisen budjetoinnin piirissä.

6. Järjestöjen mahdollisuudet toimia maakuntien kumppaneina tulee turvata

Mielenterveystyössä valtaosa menoista kohdistuu korjaaviin toimenpiteisiin, erityisesti sairaala- ja laitoshoitoon. Edistävässä ja ehkäisevässä mielenterveystyössä on toteutumaton säästöpotentiaali, mutta vaikuttavien toimenpiteiden toimeenpano laahaa. Edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö tapahtuu monelle areenoilla, usein yleishyödyllisten sote-järjestöjen toimesta, mutta työn merkitystä tai laajuutta ei ole riittävästi huomioitu lakiesityksessä. Kuntien avustukset ovat sote-järjestöjen merkittävä tulonlähde Veikkausvarojen ohella.

On varmistettava, että maakunta voi pelkkien ostopalveluiden lisäksi solmia kumppanuuksia ja rahoittaa ennaltaehkäisevää työtä ja terveyden edistämistä, kuten kriisikeskuksia ja mielenterveyskuntoutujien klubitaloja. Jotta toiminta voi jatkua, tarvitaan järjestöjen saatavilla oleva selkeä rahoituskanava. Uudistuksen onnistumista tulee arvioida sen voimaan tultua säännöllisesti myös järjestöjen toimintamahdollisuuksien kannalta.

55§:n 3 momentin pykälä suoran valinnan palveluntuottajan velvollisuuksista on muotoiltava uudelleen tukemaan maakunnan ja suoran valinnan palveluntuottajan yhteistyötä yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Maakunnan on sovittava kuntien kanssa selvästä rahoitusvastuusta myös sellaisten järjestöpalveluiden turvaamiseksi, jotka sijoittuvat sote-uudistuksessa mukana olevien sosiaali- ja terveystyöpalveluiden ja ehkäisevän toiminnan välimaastoon. Tällaisia ovat esimerkiksi kriisikeskukset, mielenterveyskuntoutujien klubitalot ja erilaiset kohtaamispaikat.

Päätelmät

Mielenterveystyö Suomessa ovat riittämättömät erityisesti psykoterapian saatavuuden sekä yhteisöpohjaisten ja etsivien palveluiden osalta. Erityisesti heikossa asemassa olevat moniongelmainen jää ilman tarvitsemiaan mielenterveystyöpalveluja johtuen toimimattomista palvelukäytännöistä, sekä apua tarvitsevien alentuneesta toimintakyvystä ja sosiaalisesta syrjäytymisestä. Mielenterveystyön resurssit kohdistuvat korjaaviin toimiin, vaikka edistävässä ja ehkäisevässä työssä on suuri säästöpotentiaali.

Mielenterveystyöpalveluiden näkökulmasta valinnanvapauslaki uhkaa heikentää perusterveydenhuollon palveluja, pirstoa perheen ja yksilön palveluja ja heikentää yleishyödyllisten järjestöjen toimintamahdollisuuksia. Psykoterapian siirtäminen



maakuntien järjestämisvastuulle ja asiakaseteleiden piiriin voi tukea psykoterapian integraatiota muuhun hoitoon, sujuvoittaa psykoterapiaan pääsemistä ja tukea psykoterapian laatua mutta vaatii rahoituksen korvamerkintää. Henkilökohtaisen budjetoinnin ulottamisesta myös mielenterveyskuntoutujiin on ulkomailla hyviä kokemuksia, mutta hallinnolliset kustannukset kasvavat.

Ilman selkeää velvoitetta sote-keskuksille järjestää mielenterveyspalveluja on vaarana, että tuottajat pyrkivät välttämään mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita, koska heidän palvelutarpeensa on myös fyysisen terveyden osalta suurempi. Lakiesitystä tulisi täydentää velvoitteella tarjota perustason mielenterveys- ja päihdeammattilaisten palveluja. Lain toimeenpanossa tulee huolehtia riittävästä kapitaatiokannustimisesta.

Esitetyssä muodossa valinnanvapauslaki voi heikentää erityisesti perusterveydenhuollon ja järjestölähtöisiä mielenterveyspalveluja.

Kristian Wahlbeck

Kehitysjohdaja

Suomen Mielenterveysseura

Puh. 0400-659101

S-posti: kristian.wahlbeck@mielenterveysseura.fi