

Suomen eduskunta

Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta

StV@eduskunta.fi

Asia: Asiantuntijalausunto koskien a) KAA 10/2019 vp Terapiatakuu mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi, b) TPA 142/2020 vp Toimenpidealoite Terapiatakuu-kansalaisaloitteen saattamisesta lakiin sekä akuuttien resurssien kohdentamisesta mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi, c) TPA 106/2020 vp Toimenpidealoite terapiatakuun tavoitteiden toteuttamisesta ja terapiatakuun ottamisesta osaksi työllisyystoimia sekä d) LA 45/2021 vp Lakialoite laeiksi mielenterveyslain ja terveydenhuoltolain 27 §:n muuttamisesta, vp Lakialoite laeiksi mielenterveyslain ja terveydenhuoltolain 27 §:n muuttamisesta ja f) HE 74/2022 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi

Kiitän mahdollisuudesta antaa asiantuntijalausunto, sillä mielenterveyden- ja päihdeongelma ovat kasvava haaste yhteiskunnassamme. Niihin liittyy edelleenkin voimakkaita ennakkoasenteita ja stigmaa, etenkin päihteisiin, mikä on haitannut palvelujärjestelmän kehittämistä sekä vaikeuttanut hoitoon pääsyä. Päihteiden laaja-alaiset vaikutukset yksilöön, hänen lähipiiriinsä sekä yhteiskuntaan ovat laajat ja sen vuoksi erityisesti vaikeamman, haitallisen päihdeongelmaan on tarvittu niin sosiaali- kuin terveydenhuollon palveluita. Keskeinen haaste, kuten HE 74/2022 on todettu sivulla 40, on ettei hoidon kapasiteetti vastaa päihde- ja riippuvuushäiriöiden yleisyyttä. Tämän lisäksi integraatio ja eri toimijoiden yhteistyö erityisesti yli hallintorajojen on ollut vähäistä. Taustalla on niin osaamisen puute, mutta valitettavasti myös haluttomuutta ottaa vastuuta päihde- ja riippuvuusongelmista palveluista. Sen vuoksi esim. ns. perusterveydenhuollon erityispalveluiden integraatio osaksi muuta palvelujärjestelmää on ollut haastavaa, vaikka lähtökohtaisesti ne olisi voitu nivottaa tehokkaasti osaksi hoidon porrastusta terveyskeskus- perusterveydenhuollon erityispalvelu - erikoissairaanhoidon tukemaan terveyskeskuksessa tapahtuvaa päihdetyötä ja -hoitoa sekä vähentämään painetta kalliimpien erikoissairaanhoidon käytölle. Sama malli on periaatteessa soveltavissa myös hyvinvointialueiden palveluihin.

Päihdeongelmien palveluiden riittävyys on ollut viime vuosina laajemmin esillä ja palveluiden vahvistamisen tarve on laajasti lausuttu tavoitteeksi. Eri tilastojen perusteella tilanne näyttäisi valitettavasti olevan toisin päin, sillä niin päihdepalveluihin käytetyn määrärahan kuin hoidettujen potilaiden määrä on laskenut vuosina 2016 - 2020¹.

Päihdehoidon tunnuslukuja 2016-2020, alkoholi ja huumeet

Avohoidon potilaat	2016	2017	2018	2019	2020	Muutos	Osastohoitovuorokaudet	2016	2017	2018	2019	2020	Muutos
pth päihdetyö	34563	35385	34985	40412	40366	17 %	terveydenhuollon vuodeosastot (1.Dg)	28565	29806	31 001	33 476	28 779	1 %
esh	28 812	30061	31195	32 283	30613	6 %	sairaalahoito (1.Dg)	154 983	154 279	152 478	131 243	142 688	-8 %
erityispalvelut	42115	42775	37592	36032	30044	-29 %	erityispalvelut (vieroitus ja kuntoutus)	142706	139404	143294	155567	129404	-9 %
Yhteensä	105490	108221	103772	108727	101023	-4 %	Yhteensä	326254	323489	326 773	320 286	300 871	-8 %

Luvuista nähdään, ettei avopalveluissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kasvaneet hoitomäärät ole pystyneet kompensoimaan erityispalveluiden käytön merkittävää laskua. Samalla osastohoitajien kokonaismäärä on laskenut samalla ajanjaksolla. Itse asiassa suurin palveluiden vähennys on tapahtunut kuntoutuslaitosten hoitovuorokausissa, mitkä ovat laskeneet vuodesta 2012 vuoteen 2022 yhteensä 50%, mikä on merkittävä muutos vain kymmenessä vuodessa. Kokonaisuutena vuoden 2016 jälkeenkin Suomessa hoidettujen päihdehäiriöisten määrä on laskenut niin avo- kuin laitospalveluissa, mitä ei voida pitää todellakaan tyydyttävänä tilanteena.

¹ Päihdetilastollinen vuosikirja 2013 -2021, Sotkanet (tiedot haettu 8/2022), Avohilmo kuutio (tiedot haettu 9/2022)

Vuosien 2015–2018² aikana jokin päihdehaittoihin liittyvä diagnoosi kirjattiin terveydenhuollon Hilmo-rekistereihin yhteensä 120 307:lle yli 18-vuotiaalle Suomessa asuvalle henkilölle. Tämä tarkoittaa aikuisväestöön suhteutettuna noin 2,7 %:n esiintyvyyttä. Alkoholin aiheuttamia haittoja kuvaavien diagnoosien esiintyvyys on kasvanut koko maassa vuosien 2015 ja 2018 välisenä aikana noin tuhannella henkilöllä (+2,7 %). Huumeiden aiheuttamien haittojen esiintyvyys terveydenhuollossa kasvoi saman ajanjakson aikana vastaavasti lähes kolmanneksella (+29,3 %), ja vuosittain noin tuhannella.

Palveluiden tarve, niin varhaisen vaiheen päihdetyön kuin varsinaisen päihdehoidon, tarve on kasvanut samanaikaisesti vähentyvien resurssien kanssa. Sen seurauksena palveluihin pääsy on jatkuvasti heikentynyt ja yhä useampi ei saa tarvitsemaansa apua. Tämä ristiriita on syytä huomioida tarkasteltaessa muutoksia lainsäädännössä, etenkin jos niillä on vaikutuksia palveluihin.

HE 74/2022

Esityksen keskeinen tavoite on parantaa palveluiden ja hoidon saatavuutta tiukentamalla perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn määräaikoja. Mielenterveys- ja päihdepalveluja tarvitseviin asiakkaisiin ehdotettu muutos vakuuttaisi HE 74/2022 sivun 99 arvion mukaan, että ”esitys edistäisi nopeaa kiireettömään hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdeongelmissa hoitoon ensi kertaa hakeuduttaessa ja sairauden uusiutuessa tai vaikeutuessa silloin, kun hoitosuunnitelman mukainen hoito ei ole käynnissä. Esitys vahvistaisi mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidon saatavuutta perusterveydenhuollossa ja niiden rahoitusta.”

Hoidon pääsyn nopeuttaminen on kannatettava muutos, mihin sisältyy kuitenkin riski että, sen seurauksena päihdehäiriöiden vuoksi hoitoon pääsy heikkenee resurssien kohdentuessa entistä enemmän muihin palveluihin, joihin ei liity samanlaista ennakoasenteista kuin päihdehäiriöihin. Niihin liittyvän stigman ja palvelujärjestelmässä valitettavasti tapahtuvan syrjinnän³ johdosta on siksi erityisen tärkeää varmistaa lainsäädännön muutoksen yhteydessä yhtäläinen pääsy päihdehäiriön vuoksi hoitoon.

Suomessa hoidettiin vuonna 2020 päihdehuollon erityispalveluissa yhteensä 57 671 asiakasta/potilasta, perusterveydenhuollon avohoidon päihdetyössä asiakkaita/potilaita oli 40 112 ja erikoissairaanhoidon avohoidossa hoidettiin 37 437 potilasta. Yhteensä päihdehäiriön vuoksi hoidettuja 135 220, joista erityispalveluiden osuus oli noin 43 %, eli merkittävä osa hoidosta tapahtui muualla kuin terveyskeskuksessa. Tämä on syytä huomioida lainsäädännöllisten muutosten yhteydessä huolehtimalla siitä, ettei toimivia rakenteita rikota ennen kuin korvaavat ovat täysmittaisesti toiminnassa sekä riittävästä resursseista. Tämä todetaan myös HE 74/2022 sivulla 99 ”mielenterveys- tai päihdeongelma itsessään vaikeuttaa hoidon ja palvelujen hakemista. Hyvinvointialueiden olisikin toimintaa kehittäessään ja esitystä toimeenpannessaan pohdittava ja käynnistettävä myös näiden henkilöiden parempaan tunnistamiseen ja tavoittamiseen liittyviä toimia, jotta asiakkaat saataisiin nopeasti ja tehokkaasti tavoitettua esityksen mukaisesti perusterveydenhuoltoon ja mahdollisesti tarvittavien sosiaalipalvelujen piiriin.”

Suomessa päihdepalveluiden järjestämiseen osallistuvat merkittävästi järjestöt sekä yksityiset palveluntuottajat ja ne tuottavat 46% erityispalveluista. Nykyisestä palvelujärjestelmästä johtuen niiden tilastokeskuksen toimiala kuuluu useimmiten sosiaalihuollon palveluihin riippumatta siitä, onko kyseessä terveydenhuollon toiminta. Mahdollisesti tästä syytä HE 74/2022 sivun 79 yritysvaikutuksissa ei ole huomioitu vaikutuksia järjestöille taikka päihdepalveluiden yksityisille palveluntuottajille. Olisi perusteltua arvioida

² Päihdetilastollinen vuosikirja 2021

³ Magnusson M. Stigma hankaloittaa avun saamista ja hakemista päihde- ja mielenterveysongelmiin. A-klinikkasäätiön Tieto-puu-sivusto, julkaistu 1.6.2021.

asianmukaisesti lakimuutoksen vaikutuksia myös näille toimijoille huomioiden niiden merkittävä rooli palvelujärjestelmässä.

Muutoksen keskeinen tavoite on mahdollista nopeasti hoidon tarpeen arvioon perusterveydenhuollossa. Hallituksen esityksen §51 mukaan arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Päihdeosaaminen on valitettavan ohutta terveydenhuollossakin ja päihdehäiriöiden monimuotoisuuden vuoksi laadukkaana arvion tekeminen vaatii ammattitaitoa. Tällä hetkellä päihdepalveluissa on töissä paljon nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joiden osaaminen jäisi käyttämättä esityksen §51 nykymuotoilussa. Sen johdosta ehdotan harkittavaksi, että §51 muutetaan muotoon ”arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa *ja päihdehäiriöissä* arvion voi tehdä myös *niihin lisäkoulutettu* nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö”. Tämä voisi edesauttaa riittävän määrän osaavan henkilöstön saamista arviointia tekemään huomioiden myös alan työvoimapula.

Edellä oleva tulisi huomioida myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain §10 muutoksessa.

Hallituksen esitys ei mielestäni varmista riittävästi päihdehäiriön vuoksi hoitoon pääsyä, sillä §51a muotoilu ”jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan”, sillä päihdehäiriöiden osalta tapahtuu merkittävää alidiagnosointia ja ehdotettu määritelmä antaa oikeuden hoitoon vasta sairaus asteisen päihdehäiriön osalta. Tämä tarkoittaa käytännössä riippuvuustason häiriötä, jolloin esimerkiksi jopa ne 207 000 korkean riskin alkoholinkäyttäjät⁴ jäisivät määritelmän ulkopuolelle, vaikka heidän olisi syytä päästä hoitoon. Pykälän ensimmäisen kappaleen muutkin määritelmät antavat mielestäni liiaksi tulkintavaraa erityisesti päihde- ja mielenterveyshäiriöitä ajatellen. Meillä on kuitenkin Suomessa suuri ryhmä henkilöitä, joiden tilanne ei ole vielä tunnistettu eikä diagnoosi tehtävissä tai he eivät pääse asianmukaisiin tutkimuksiin. Toivonkin, että hoidon pääsyä määrittelevässä §51a vahvistettaisiin erikseen mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta oikeus yleislääketieteen alaan kuuluvaan hoitoon.

Edellä oleva tulisi huomioida myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain §10a muutoksessa.

Ehdotuksen §69 muutokset liittyvät muihin muutosehdotuksiin ja itse pykälän jo pitkään voimassa olleeseen substanssiin. Valitettavasti pykälää ei käytännössä ole noudatettu, vaikka tarvetta kyllä olisi ollut huomioiden päihdeongelmien merkittävää osuutta lastensuojelutyössä; harvemmin lastensuojelun tarve johtuu hoitamattomasta somaattisesta sairaudesta. Lasten ja perheiden oikeuksia tarpeellisiin mielenterveys- ja päihdehoitoihin voisi olla perusteltua korostaa §69. Se saattaisi myös vahvistaa lastensuojelun ja terveydenhuollon yhteistyötä ja vähentää laitossijoituksia. Ehdottaisin harkittavaksi voisiko §69 muokata esim. muotoon ”Jos lastensuojelun tarve johtuu riittämättömistä terveydenhuollon palveluista, lapselle ja hänen perheelleen on sen estämättä, mitä hoitoon pääsystä 51, 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ssä säädetään, järjestettävä viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut, erityisesti mielenterveys- ja päihdepalvelut.

Vankeuslain 10 luvun 1 §:n muutoksen osalta kiinnitin huomiota siihen, että muotoilu ”Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä ” ei välttämättä varmista oikeutta etenkin päihdehäiriön kuntoukseen, sillä sitä ei välttämättä tulkita kuuluvaksi terveyden- tai sairauden hoitoon eikä lääkinnälliseen kuntoutukseen. Mielenterveydenhäiriöissä ihan samanlaista tulkinnan haastetta ei ole johtuen psykiatrian vahvemman integraatiosta lääketieteen erikoisalana terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Vankien terveystutkimuksen mukaan yli 90 prosentilla on elämänaikainen päihdehäiriö, joten niiden hoitaminen on tärkeää yksilön terveyden sekä myös uusintarikollisuuden kannalta. Ehdotan pohdittavaksi voisiko ko. pykälässä vahvistaa

⁴ THL: Näin Suomi juo : suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat 2018, <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>

oikeutta päihde- ja mielenterveyshäiriöiden hoitoon sekä eritoten kuntoutukseen mainitsemalla ne erikseen huomioiden päihdehäiriöiden yleisyys vangeilla.

Haluan kiinnittää huomiota myös palveluita käyttävien osalta taloudelliseen näkökulmaan, vaikka se ei suoranaisesti kosketa HE 74/2002 sisältöä. Etenkin vaikeisiin päihdehäiriöihin liittyy usein myös merkittäviä taloudellisia haasteita. Senkin vuoksi Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään §4 maksuttomaksi sosiaalihuollon palveluksi poliklininen päihdehuolto. Päihdehoidon siirtyessä yhä vahvemmin terveydenhuollon toiminnaksi, myös HE 74/2022 muutosten myötä, olisi tärkeää, että myös terveydenhuollon osalta päihdepalvelut määriteltäisiin maksuttomiksi varmistamaan palveluihin hakeutumisen matala kynnys ainakin taloudellisesta näkökulmasta. Tällä hetkellä määritellään ko. lain §5 terveydenhuollon osalta maksuttomaksi ainoastaan päihteitä käyttäville raskaana oleville suunnattujen äitiyspoliklinikoiden antama tutkimus, hoito ja seuranta. Ehdotankin harkittavaksi, että HE 74/2022 sekä HE 197/2022 päihdehäiriöiden palveluihin ja hoitoon tulevien muutosten vuoksi muokataan Lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734 §5 siten, että kaikki polikliniset päihdepalvelut ovat myös terveydenhuollossa maksuttomia.

Terveydenhuollon §27 muutosehdotukset ja terapiatakuu kansalaisaloite

Mielenterveyden ongelmat ovat kasvava haaste ja vaikuttaviin palveluihin pääsy riittävän ajoissa ei toteudu tällä hetkellä. Tämän johdosta niin kansalaisaloitteen, toimenpide-ehdotusten ja lakialoitteiden ehdotus matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden vahvistamisesta peruspalveluissa on kannatettavaa. Valitettavasti päihdehäiriöt ovat jääneet kuitenkin lopullisista ehdotuksista uupumaan, vaikka perusteluosioissa ne mainitaankin.

Alkoholihäiriöt ja masennus ovat keskeisiä kansansairauksiamme⁵, joiden tunnistaminen ja hoito koskettavat kaikkia terveydenhuollon osa-alueita. Nämä ongelmat esiintyvät usein samanaikaisesti ja yhdessä esiintyessään ne muodostavat hoidollisen haasteen ja heikentävät sairastuneen elämänlaatua. Alkoholiongelmien ja masennustilojen samanaikainen hoito kannattaa, sillä hoidon myötä elämänlaatu kohenee ja toimintakyky paranee. Etenkin varhaisen vaiheen interventioissa samanaikainen hoito on erityisen tärkeää toiminta- ja työkyvyn parantamiseksi. Tämän lisäksi Suomessa on noin 560 000 alkoholin riskikäyttäjää ja työelämässä miehistä 39% ja naisista 14% kuuluu tähän ryhmään. Tiedetään myös, että Alkoholinkäyttö on ongelma myös keski-ikäisen työssäkäyvän väestön keskuudessa silloinkin, kun alkoholinkäyttö oli viikoittaisella keskimääräisellä mitaten suhteellisen vähäistä⁶.

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksissa⁷ vuosilta 2018, 2020 ja 2021 todetaan varhaisen hoidon olevan tärkeätä ja siihen löytyvän vaikuttavia psykososiaalisia, terapeutisia kuin psykoterapeuttisia menetelmiä. Lisäksi päihdeongelman hoidon tai kuntoutuksen kanssa on toteutettava todettujen, mielenterveyshäiriöiden hoitoa. Näin ollen katson ongelmalliseksi sen, että terveydenhuollon §27 muutettaisiin lausuttavien ehdotusten mukaiseksi, sillä se jättää huomiotta täysin päihdehoidon osana matalan kynnyksen ja varhaisen vaiheen palveluita joko itsenäisenä hoidon syynä tai osana mielenterveyden häiriötä. Tämä johtanee todennäköisesti lievien ja keskivaikeiden päihdehäiriöiden hoitamatta jättämiseen, mikä ei ole yksilön, hänen läheisten kuin yhteiskunnan näkökulmasta järkevää. Samanaikainen hoito olisi myös kustannustehokkaampaa kuin hoidotta jättäminen tai eritahtisesti hoitaminen.

⁵ Alkoholiongelmien ja masennus, Levola, Jonna; Aalto, Mauri; Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 2019;135(13):1264-70

⁶ Salonsalmi, Alcohol drinking, health-related functioning and work disability (2016), Väitöskirja (artikkeli)

⁷ Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa (1.11.2018).

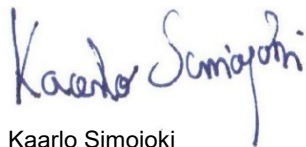
Riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät osa 1: Alkoholiriippuvuus (11.6.2020). Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät (6.10.2021)

Edellä olevan perusteella katson, että mikäli terveydenhuoltolain §27 tehdään ehdotusten mukainen muutos, tulisi huomioida myös päihdehäiriöiden hoito ko. kohdassa esim. "perusterveydenhuoltoon sisältyy mielenterveyden häiriöiden ja *samanaikaisten päihdehäiriöiden* hoitoon tarpeelliseksi todettu hoidollinen psykoterapia ja muu psykososiaalinen hoito". Sen sijaan tai lisäksi voitaisiin täydentää terveydenhuoltolain §28 vastaavasti esim. Tässä laissa tarkoitettuun päihdetyöhön kuuluu: 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta sekä *tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki*, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä; sekä 2) päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut sekä *perusterveydenhuoltoon sisältyvä päihdehäiriöiden hoitoon tarpeelliseksi todettu hoidollinen psykoterapia ja muu psykososiaalinen hoito*.

Aivan lopuksi haluan vielä korostaa, että päihdepalveluita koskeva onnistunut muutos vaatii niin resursseja kuin myös osaamisen lisäämistä, sillä päihdeosaaminen on valitettavan ohutta palvelujärjestelmässä ja päihdepalveluihin suunnattuja resursseja on vähennetty kasvavasta hoidon tarpeesta huolimatta. Toivonkin, että resursseja varataan niin riittävien päihdepalveluiden järjestämiseen kuin päihdeosaamisen vahvistamiseen koulutuksella.

Kunnioittaen

Helsingissä 12. päivänä lokakuuta 2022



Kaarlo Simojoki

Lääketieteellinen johtaja, A-klinikka oy

Päihdelääketieteen työelämäprofessori, Helsingin yliopisto