

Prof. Samuli Saarni

Tampereen Yliopisto, Psykiatria

11.11.2024

LAUSUNTO SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNALLE LASTEN JA NUORTEN TERAPIATAKUULAKIESITYKSESTÄ

Kiitämme sosiaali- ja terveysvaliokuntaa mahdollisuudesta esittää mielipide hallituksen esityksestä HE131/2024 koskien lasten ja nuorten terapiatakuulainsäädäntöä.

Lakiesitystä on korjattu oikeaan suuntaan lausuntopalautteen mukaan. Lakiesityksen keskeiset periaatteelliset haasteet ovat kuitenkin yhä jäljellä, ja niiden myötä muutama merkittävä riski. Esitämme tässä lausunnossa vain muutaman huomioon keskeisten riskien minimoinnin näkökulmasta.

1. Osaoptimointiriski.

Lakiesityksen keskeinen ongelma on yhä sen kokonaisvaltaisuuden puute ja kannustin hyvinvointialueille osaoptimoida hoitojärjestelmää epätarkoituksenmukaisella tavalla.

Perustelumuiotiossa kuvataan seikkaperäisesti lasten ja nuorten palvelujärjestelmän pirstaleisuutta ja hajanaisuutta, mutta lakiesitys jättää käyttämättä mahdollisuuden korjata tätä järjestelmän ydinongelmaa. Sen sijaan se tuo järjestelmään uuden vahvan osaoptimointielementin: jatkossa kokonaisvaltaisen ja kustannusvaikuttavan hoidon järjestämisen sijaan tärkeää ja sanktioitua on järjestää *pääsy ensikäynnille lyhytterapiaan 28vrk kohdalla*.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden ydinongelma ei ole yksittäisten vaikuttavien hoitomuotojen puute tai niiden saatavuus, vaan järjestelmän hajanaisuus ja hallitsemattomuus kokonaisuutena.

Jotta palvelujärjestelmän hajanaisuutta saadaan pitkällä vähennettyä ja palvelukokonaisuuksista kehitettyä yhä toimivampia, on kaikkein tärkeintä terapiatakuun onnistumiselle turvata pitkällä tähtäimellä kansallisen yhteiskehittämisen onnistuminen ja kansallisten yhteisten tukipalveluiden jatko.

2. Kansallisen osaamiskeskusverkoston välttämättömyys

Lakiesitys ei sisällä ehdotuksia tai rakenteita kansalliselle yhteistyölle, kansallisille koulutus- ja tukipalveluille tai yhdenvertaisille palveluille. Näitä kyllä pohditaan, mutta lakiesityksessä päädytään silti oletukseen, että YTA-yhteistyösopimus olisi riittävä tapa edistää yhteistyötä. Näin ei kuitenkaan YTA-sopimukseen liittyvän kokemuksen perusteella ole. Lisäksi YTA-yhteistyösopimukseen liittyvä kirjaus ei edes yritä turvata kansallista yhteistyötä, joka on kuitenkin keskeistä. Keskeisiä tarvittavia palveluita ei kannata kehittää viittä kertaa Suomen kokoisessa maassa.

Lakiesitys on ongelmallinen sikäli, että se lähes kokonaan ohittaa Suomessa vuodesta 2020 STM:n ja EU:n usean kymmenen miljoonan hankerahoituksilla tehdyn kattavan terapiatakuun edellytysten valmistelutyön. Tämä valmistelutyö on luonut kaikki edellytykset terapiatakuun onnistuneelle toteutukselle Suomessa.

Lakiesitys ilmeisen virheellisesti olettaa, että hanketyön tulokset jäisivät terapiatakuun taustalle voimaan ilman lainsäätäjän panosta. Todennäköisempää kuitenkin on, että nykyisessä taloustilanteessa hyvinvointialueet tulevat ajamaan vuonna 2025 aluerajat ylittävän yhteiskehittämisen, kansalliset tukipalvelut sekä kansallisen ja YTA-kohtaiset osaamiskeskukset. Tämä olisi kokonaisuuden kannalta järjetöntä ja johtaisi pahimmillaan järjestelmään, jossa 22 hyvinvointialueita osaoptimoi terapiatakuun toteutumista hieman eri tavoin. Näin hajautuvasta ja eriarvoistuvasta järjestelmästä on mahdoton saada kustannusvaikuttavaa, yhdenvertaista kansallista palvelukokonaisuutta.

Ratkaisuehdotus

Lakiesityksessä pohditaan tarvetta kansallisille yhteistyörakenteille (s. 91). Siinä kuitenkin todetaan, sinänsä oikein, että

- a) nämä rakenteet pitäisi määrittää kaikkia ikäluokkia koskien, ei vain alle 23 vuotiaille
- b) kansallisten sisältöohjausrakenteiden, esim. keskittämisasiasetuksen, täydentäminen on työn alla osana kansallista palvelureformia

Ongelma on, että kansallisten mielenterveyspalveluiden tukirakenteiden vakinaistaminen on aikakriittistä ja ratkaistava kevään 2025 aikana - suuntaan tai toiseen.

Suomessa on vuodesta 2020 kehitetty Terapiatakuun edellytyksiä Terapiat etulinjaan – toimintamallin pääotsikon useilla kymmenillä miljoonilla euroilla. Tämä kehitystyö on ollut osa Sote-uudistuksen rakennekehitystä, Tulevaisuuden sote-keskushanketta, Mielenterveysstrategiaa sekä RRP-rahoitettua sote-digipalveluiden kehittämistä. Rahoitus on kohdennettu pääosin yliopistollisille hyvinvointialueille YTA-roolin vuoksi, ja kehitystyö tehty kansallisessa yhteistyössä viiden YTA-alueen kesken. Tässä YTA-

alueet ovat noudattaneet ns. keskittämisasiasetusta, jonka mukaan psykososiaalisten menetelmien arviointi ja osaamisen ylläpito on keskitetty yliopistollisille hyvinvointialueille.

Osana tätä työtä on kehitetty keskeiset terapiatakuun edellyttämät *toimintamallit ja tukipalvelut* (Mielenterveystalo.fi uudistus, terapia/interventionavigaattorit, kansallinen koulutusala, porrastettu hoitomalli, tiedolla johtamisen rakenteet ja mittarit) sekä perustettu *kansallinen ja YTA-kohtaiset osaamiskeskukset* perustason mielenterveyspalveluiden turvaamiseksi.

Työn keskeisenä tavoitteena on ollut juuri terapiatakuun toteuttamisen mahdollistaminen, ja tässä on pitkälti onnistuttu. Kansallisessa yhteistyössä on mm. koulutettu yli 10 000 menetelmäosaajaa, terapia/interventionavigaattorien avulla tuetaan noin 100 000 potilaan hoitoonohjausta vuosittain. Mielenterveystalo.fi – palvelun on vakiinnuttanut paikkansa kaikkien HV-alueiden palveluketjuissa, ja sen käyttäjämäärä on noussut yli 3 miljoonan vuositason.

Tässä yhteistyössä perustettujen psykososiaalisten menetelmien ja digitaalisten mielenterveyspalveluiden osaamiskeskusten vakinaistaminen on tehtävä vuoden 2025 aikana, koska hankerahoitukset loppuvat kaikilta alueilta vuoden 2025 lopussa. Käytännössä kansallinen yhteistyö joudutaan todennäköisesti ajamaan alas, ellei toimintaa saada vakiinnutettua

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan tulisi korjata tämä keskeinen puute. On lyhytnäköistä yrittää korjata lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita takaamalla pääsy lyhytterapian ensikäynnille kuukaudessa, jos samaan aikaan ajetaan alas varta vasten terapiatakuun onnistumista varten kehitetyt yhteistyörakenteet ja palvelut.

Kansallisten osaamiskeskusrakenteiden turvaaminen olisi todennäköisesti terapiatakuun pitkän tähtäimen onnistumisen kannalta kaikkein tärkeintä mitä valtio voisi tässä vaiheessa tehdä.

Kansalliset yhteistyörakenteet voitaisiin helposti turvata päivittämällä ns. keskittämisasiasetus, ja lisäämällä siihen Syöpäkeskusmallia mukaillen kansallinen sekä alueelliset psykososiaalisten hoitojen ja digitaalisten mielenterveyspalveluiden osaamiskeskukset. Nämä tulisi saada voimaan vuoden 2026 alusta, jotta terapiatakuun toteutuminen jatkossakin olisi turvattua.

Asiaa edistäisi, jos StV voisi edellyttää asian valmistelua sen edellyttämässä aikataulussa eli vuoden 2025 aikana.

3. Digikehityksen estäminen perustelumaihtimella

Vaikeasti hahmotettavasta syystä lakiesitys spesifisti kieltää tiettyjen digitaalisesti tuettujen hoitojen käyttämisen terapiatakuun toteuttamisessa. Tämä ei vastaa tieteellistä näyttöä, johtaa epätasa-arvoon erityisesti syrjäseuduilla ja estää teknologiaan perustuvan palveluiden tehokkuuden parantamisen. Digitaalisten tukimateriaalien ja harjoitteiden lisääminen psykoterapiaan on alan keskeinen kehityssuunta, eikä sen kieltäminen ole perusteltua.

Lakiesityksessä ei muuten oteta kantaa yksittäisiin hoitomenetelmiin. Tämä on ehdottomasti oikea ratkaisu, koska lääketieteellisten hoitolinjauksien teko lakitekstillä ei ole toimiva käytäntö. Lakiesitys myös aivan oikein korostaa ns. keskittämisasiasetusta ja sitä, että yliopistollisille hyvinvointialueille on määrätty ensisijainen rooli psykososiaalisten menetelmien arvioinnissa ja osaamisen ylläpidossa. Näiden yhdistäminen samalle taholle on kriittisen tärkeää, koska terapeuttien menetelmien osaamisen ylläpito on vaativaa ja edellyttää jatkuvaa henkilöstön kouluttamista.

Psykoterapeuttisissa hoidoissa terapeutin työn tehostaminen erilaisilla digitaalisilla välineillä on arkipäivää, ja tällä hetkellä digitaalisesti tehostetut terapiat ovat paras lisä hoitojen vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Terapiaa voidaan toteuttaa video-, puhelin- tai chat-pohjaisesti, synkronissa (samanaikaisesti) tai epäsynkronisesti. Näitä yhteistyömuotoja tulisi käyttää joustavasti potilaan tarpeiden ja preferenssien pohjalta. Yksinkertaistettuna potilas voi esimerkiksi tehdä monipuolisia nettipohjaisia harjoituksia terapiatapaamisten välillä ja kysyä terapeutilta chat-pohjaisesti neuvoja - mikä on paljon tehokkaampaa, kuin tehdä samoja harjoituksia paperilomakkeilla ja kysyä neuvoja kertaviikkoisilla tapaamisilla.

Edellä sanotusta huolimatta lakiesityksen perustelumuiotiossa (s. 102) on kappale, joka on sisällöltään kyseenalainen ja seurauksiltaan kauaskantoinen.

Esitetty 1 momentti ei koskisi myöskään sellaisia digituettuja hoitomuotoja, joiden katsotaan olevan luonteeltaan nopeasti asiakkaan saatavilla ilman odotusaikaa, kuten esimerkiksi nettiterapiaa. Nettiterapialla tarkoitetaan lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin tarkoitettua hoitoa, joka perustuu potilaan itsenäiseen työskentelyyn ja kognitiiviterapeuttisiin harjoituksiin koulutetun terveydenhuollon ammattilaisen tai psykoterapeutin ohjaamana.

Kappale on virheellinen, koska siinä väitetään että Nettiterapia” (joka on Suomessa kansallisesti käytettyjen internet-välitteisten terapiaohjelmien nimi) kuvautuu kaikkien potilaiden saatavilla olevana hoitona. Tosiasiassa nettiterapia – toisin kuin lakiesityksessä terapiatakuuseen liitetty lyhytterapiat – edellyttää lääkärin arvion, lähetteen ja diagnoosin. Se ei siis ole ensilinjan hoito, eikä missään tapauksessa kaikkien saatavilla ilman odotusaikaa.

Kappale on lisäksi vaarallinen, koska se de facto kieltää (tosin tarkemmin määrittämättä sitä mikä on kielletty) hyvinvointialueita käyttämästä ja kehittämästä digitaalisesti tuettuja psykoterapeuttisia hoitomuotoja. Kaikki kognitiiviset lyhytterapiamuodot sisältävät potilaan itsenäistä työskentelyä ammattilaisen ohjauksessa tapaamisten välillä. Digitaalisten työskentelytapojen kieltäminen on menossa olevan psykoterapian kehityksen ja hyvinvointialueiden kehitystyön kannalta haitallista. Kattava meta-analyysitasoinen kirjallisuus osoittaa, että

erilaiset digitaalisilla kanavilla toteutetut kognitiivisen terapian muodot ovat vähintään yhtä vaikuttavia kuin kasvokkain toteutettavat hoidot mutta pääosin selkeästi halvempia. Samoin tekee suomalaisia nettiterapioita koskeva tutkimusnäyttö.

Nettiterapioiden kieltä asettaa syrjäseuduilla asuvat henkilöt huomattavasti heikompaan asemaan. Tämä perustelumuistion kappale tulee tosiasiassa estämään useilla alueilla asuvien henkilöiden pääsyn jatkossa nettiterapiaan.

Toivomme mainitun kappaleen poistoa perustelumuistiosta. Se on haitallinen ja tarpeeton. Kappaleen poisto mahdollistaisi yhdenvertaisen hoidon saatavuuden koko maassa sekä terapiakentän kehittymisen tieteellisen näytön mukaisesti.

Helsingissä 11.11.2024

Samuli Saarni

Psykiatrian professori