

Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksiksi lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamiseksi

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolakia, sosiaalihuoltolakia, lakia korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta, lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista sekä valtioneuvoston asetusta hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta.

Hallituksen esityksellä toimeenpannaan Petteri Orpon hallitusohjelman kirjaus, jonka mukaan ”turvataan lainsäädännöllä lasten ja nuorten yhdenvertainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin (hallituksen mallin mukainen lasten ja nuorten terapiatakuu)”. Esityksen tavoitteena on vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn ja hoidon sekä mielenterveyden tuen saatavuutta perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollon perustason palveluissa. Lapsilla ja nuorilla tarkoitettaisiin alle 23-vuotiaita henkilöitä.

Esityksessä ehdotetaan, että terveydenhuoltolakiin ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettuun lakiin lisättäisiin säännös siitä, että perusterveydenhuollossa lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito olisi aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Lisäksi ehdotetaan, että sosiaalihuollossa lapsille ja nuorille olisi järjestettävä mielenterveystyön palveluna psykososiaalista tukea, jossa käytetään edellä mainittuja psykososiaalisia menetelmiä sosiaalihuollon palvelutehtävään soveltuvin osin. Mielenterveystyön palvelua koskeva päätös olisi toimeenpantava kuukauden kuluessa asian vireille tulosta. Lisäksi ehdotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:ään lisättäväksi kohta palvelun maksuttomuudesta.

Esityksessä ehdotetaan myös muutosta hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annettuun valtioneuvoston asetukseen. Yhteistyösopimuksessa tulisi sopia lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittavana kokonaisuutena.

Säätämällä enimmäisaika lainsäädännön piiriin kuuluvan psykososiaalisen intervention aloittamiselle lapsille ja nuorille pyritään takaamaan oikea-aikainen mielenterveyden hoito ja tuki sekä vahvistamaan heidän oikeuksiaan tarvitsemiinsa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Hallituksen esitys on osa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön valmisteleman kansallisen palvelureformin toteuttamista.

Esitys liittyy vuoden 2025 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.5.2025.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIAALLINEN SISÄLTÖ	1
PERUSTELUT	5
1 Asian tausta ja valmistelu	5
1.1 Tausta	5
1.2 Valmistelu	6
2 Nykytila ja sen arviointi	7
2.1 Lasten ja nuorten hyvinvointi ja mielenterveys	7
2.2 Lasten ja nuorten oikeus mielenterveyteen perus- ja ihmisoikeutena	11
2.3 Lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvä palvelujärjestelmä	15
2.3.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyö	15
2.3.2 Sosiaalihuollon mielenterveystyö	20
2.3.3 Kansaneläkelaitoksen järjestämä ja korvaama kuntoutus	20
2.3.4 Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden haasteet ja kehittämistarpeet	21
2.3.5 Lasten, nuorten ja perheiden näkemykset mielenterveyspalveluiden kehittämistarpeista	23
2.3.6 Mielenterveyspalveluiden kehittäminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto	27
2.4 Psykososiaalisia menetelmiä koskevat kansalliset suositukset	29
2.5 Hoitoon ja palveluihin pääsyn lainsäädäntö	31
2.5.1 Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa	31
2.5.2 Palveluihin pääsy sosiaalihuollossa	35
2.6 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu	36
2.6.1 Hyvinvointialueet	36
2.6.2 Kansaneläkelaitoksen järjestämä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto	38
2.7 Henkilöstön saatavuus	39
2.7.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palveluiden henkilöstö	39
2.7.2 Psykoterapeutit	41
3 Tavoitteet	41
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	42
4.1 Keskeiset ehdotukset	42
4.1.1 Esitetyn lainsäädännön ikäryhmä	44
4.1.2 Takuun piiriin kuuluvat psykososiaaliset menetelmät ja niiden käyttöönotto	45
4.1.3 Takuun toteutus perusterveydenhuollossa	46
4.1.4 Takuun toteutus sosiaalihuollossa	47
4.1.5 Takuun toteutumisen seuranta	47
4.2 Pääasialliset vaikutukset	48
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset	48
4.2.1.1 Vaikutukset hyvinvointialueiden ja valtion kustannuksiin	49
4.2.1.2 Vaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan	57
4.2.1.3 Vaikutukset yrityksiin	57
4.2.1.4 Vaikutukset kansantalouteen	58
4.2.2 Viranomaisvaikutukset	58
4.2.2.1 Kansalliset vaikutukset	58

4.2.2.2	Vaikutukset hyvinvointialueisiin	59
4.2.2.3	Vaikutukset perus- ja ihmisoikeuksiin.....	61
4.2.2.4	Vaikutukset lapsiin ja nuoriin	63
4.2.2.5	Vaikutukset yhdenvertaisuuteen	68
4.2.2.6	Vaikutukset turvallisuuteen	71
4.2.3	Yhteenvedo keskeisistä vaikutuksista	71
5	Muut toteuttamisvaihtoehdot.....	73
5.1	Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset	73
5.1.1	Lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidon takuu	73
5.1.2	Ehkäisevän tason takuu.....	73
5.1.3	Asteittain voimaan tuleva takuu	74
5.1.4	Psykososiaalisten menetelmien saatavuuden vahvistaminen kehittämistyönä.....	75
5.1.5	Lakitekniset toteutusvaihtoehdot	75
5.2	Ulkomaisten lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot	77
5.2.1	Pohjoismaat.....	78
5.2.2	Iso-Britannia	79
6	Lausuntopalaute.....	80
6.1	Lainsäädännön arviointineuvoston lausunto ja sen perusteella tehdyt muutokset	80
7	Säännöskohtaiset perustelut.....	80
7.1	Terveystoimilaki	80
7.2	Sosiaalihuoltolaki	85
7.3	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta	90
7.4	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista	91
8	Lakia alemman asteinen sääntely	91
9	Voimaantulo	93
10	Toimeenpano ja seuranta.....	93
11	Suhde muihin esityksiin	94
11.1	Esityksen riippuvuus muista esityksistä	94
11.2	Suhde talousarvioesitykseen	94
12	Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys.....	95
LAKIEHDOTUKSET		101
	terveydenhuoltolain 53 ja 55 §:n muuttamisesta	101
	sosiaalihuoltolain 25 a ja 45 §:n muuttamisesta	102
	korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta	103
	sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta.....	104
LIITTEET		105
RINNAKKAISTEKSTIT		105
	terveydenhuoltolain 53 ja 55 §:n muuttamisesta	105
	sosiaalihuoltolain 25 a ja 45 §:n muuttamisesta	107
	korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta	109
	sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta.....	110
ASETUSLUONNOS		111
	hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta	111

DOMOS

PERUSTELUT

1 Asian tausta ja valmistelu

1.1 Tausta

Lasten ja nuorten mielenterveys on merkittävä kansanterveydellinen kysymys, sillä suuri osa elämänaikaisista psyykkisistä sairauksista puhkeaa lapsuuden ja nuoruuden aikana. Mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttavat kaksi kolmasosaa nuoruusikäisten ja puolet lapsuusikäisten terveyshaitoista. Koronapandemia aiheutti selvän mielenterveyteen liittyvien oireiden lisääntymisen. Oireilun lisääntymistä oli havaittavissa jo ennen pandemiaa etenkin työillä. Syitä oireilun lisääntymiseen ei tunneta tarkasti.

Pääministeri Petterin Orpon hallitus on sitoutunut mielenterveysoikeuksien ja hyvän mielenterveyden edistämiseen. Hallitusohjelman mukaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuutta ja vaikuttavuutta parannetaan, ja erityistä huomiota kiinnitetään ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön. Sitä edistetään vahvistamalla matalan kynnyksen chat- ja walk-in palveluja yhdessä hyvinvointialueiden, järjestöjen ja seurakuntien kanssa. Poikkihallinnollisena toimenpiteenä hallitus laatii laaja-alaisen toimenpideohjelman nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi, hyvinvointivajeen ja mielenterveyden ongelmien paikkaamiseksi. Valtakunnallinen nuorisotyön ja -politiikan ohjelman (VANUPO) teemana vuosille 2024-2027 on nuorten hyvinvoinnin vahvistaminen laaja-alaisin toimenpitein ja hallinnonalojen rajat ylittäen.

Hallitusohjelmassa esitetään perustason mielenterveyden hoidon kehittämistä ottamalla käyttöön porrasteinen hoitomalli. Se edellyttää, että hyvinvointialueilla on käytettävissä eri ikäryhmille sopivia eritasoisia hoitomuotoja. Mielenterveyden hoidon saatavuutta hyvinvointialueilla tuetaan myös tehostamalla Mielenterveystalo-palvelukokonaisuuden käyttöä alueilla.

Tällä terveydenhuoltolain (1326/2010), sosiaalihoitolain (1301/2014), korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) sekä hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetuksen (309/2023, YTA-asetus) muuttamista koskevalla hallituksen esityksellä toimeenpannaan hallitusohjelman kirjaus, jonka mukaan ”turvataan lainsäädännöllä lasten ja nuorten yhdenvertainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin (hallituksen mallin mukainen lasten ja nuorten terapiatakuu)”. Esitys on osa edellä kuvattua hallitusohjelmaan kirjattua lasten ja nuorten mielenterveyttä vahvistavaa kokonaisuutta.

Terapia sisältyy sanana useisiin erilaisiin hoito- ja kuntoutusmuotoja tarkoittaviin termeihin kuten psykoterapia, toimintaterapia ja puheterapia. Yleiskielessä terapia-sanaa käytetään usein yleisnimityksenä kaikille psykoterapioille ja muille psykososiaalisille hoidoille sekä keskusteluavulle yleensä. Sanalla saatetaan viitata myös erilaisiin vaihtoehtohoitoihin. Sama tulkinnanvaraisuus koskee myös terapeutti-nimikettä. Sen käytöstä ei ole säädetty lailla, joten teoriassa kuka tahansa voi tarjota terapeutin palveluita. Sen sijaan psykoterapeutti on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattinimike.

Vaikka terapia-sanaan liittyy monia ongelmia, tässä hallituksen esityksessä käytetään käsitettä lasten ja nuorten terapiatakuu kuvaamaan esitettävää säädöskokonaisuutta. Näin siksi, että käsite on hallitusohjelmassa valittu kuvaamaan tätä toimenpidekokonaisuutta. Esitetyn sääntelyn sisältöä kuvattaessa käytetään käsitteitä psykososiaalinen menetelmä ja -interventio,

joilla tarkoitetaan psykososiaalisia hoitomenetelmiä ja sosiaalihuollon psykososiaalisia työmenetelmiä ja niiden antamista. Tarkempaa tietoa käsitteistä on sosiaali- ja terveysministeriön eduskunnalle valmistelemissa muistiossa VN/576/2023¹.

Terapiatakuu-käsite liittyy myös edellisen hallituskauden aikana eduskunnan käsiteltävänä olleeseen kansalaisaloitteeseen ”Terapiatakuu mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi” (KAA 10/2019 vp). Kansalaisaloitteen sisältämät esitykset lainsäädännön muutoksista koskivat koko väestöä ja keskeisenä ehdotuksena oli säätää lailla siitä, että perusterveydenhuollossa toteutettava psykoterapia tai muu psykososiaalinen hoito olisi järjestettävä neljän viikon sisällä siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Samanaikaisesti kansalaisaloitteen kanssa eduskunnassa käsiteltiin myös perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevaa hallituksen esitystä (HE 74/2022). Sen käsittelyn yhteydessä sosiaali- ja terveysvaliokunta piti perusteltuna ja ensisijaisena hallituksen esityksessä ehdotettua mallia, jossa hoitoon pääsyn enimmäisajat koskivat yhtäläisesti kaikkien sairauksien hoitoa. Ongelmaksi kansalaisaloitteen mukaisen terapiatakuun toteuttamisessa tunnistettiin myös, ettei perusterveydenhuoltoon ole saatavilla tarpeeksi koulutettua henkilöstöä psykoterapian saatavuuden turvaamiseen. Valiokunnan asiantuntijakuulemisissa kiinnitettiin huomiota myös siihen, että kokonaisuudessa on erotettava käsitteellisesti varsinaiset psykoterapiat muista psykososiaalisista hoidoista ja interventioista. Läheskään kaikki mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset eivät tarvitse psykoterapiaa.

Edellä mainittujen esitysten käsittelyn yhteydessä tunnistettiin myös lasten ja nuorten perusterveydenhuollon mielenterveyden hoidon puutteet ja viiveet. Sosiaali- ja terveysvaliokunta painotti, että psykososiaalisten hoitomuotojen sekä psykoterapian saatavuutta turvaavia toimia oli jatkettava määrätietoisena ja pitkäjänteisenä kehittämisenä kautta.

Lasten ja nuorten terapiatakuuta koskeva hallituksen esitys on osa hallitusohjelmaan kirjattua kansallista palvelureformia, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulainsäädäntöä sekä siihen liittyvää ohjausta on tarkoitus uudistaa vastaamaan sote-rakenteita ja valtakunnallisia sote-tavoitteita. Kansallisessa palvelureformissa uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoja, ja tavoitteena on muun muassa vahvistaa ennaltaehkäisevää tukea ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota sekä varmistaa palvelujen saatavuus ja vaikuttavuus.

1.2 Valmistelu

Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista palvelureformia, jossa palvelujärjestelmää kehitetään lainsäädännöllä, ohjelma- ja hanketyöllä sekä hyvinvointialueiden ohjausjärjestelmän uudistamisella (hanketunnukset VN/32594/2023 ja STM098:00/2023; <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM098:00/2023>). Lasten ja nuorten terapiatakuuta koskeva hallituksen esitys on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä osana kansallisen palvelureformin lainsäädäntöhankekokonaisuutta.

Syksyllä 2023 ministeriössä kartoitettiin hallitusohjelmakirjauksen mahdollisia toteuttamistapoja. Keskusteluja käytiin muun muassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntijoiden sekä lasten ja nuorten mielenterveystyön kentällä toimivien tahojen kanssa. Lisäksi hyvinvointialueille tehtiin joulukuussa 2023 kysely, jonka tavoitteena oli

¹ [Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet STM 2023](#)

kartoittaa alueiden näkemyksiä hallitusohjelmakirjauksen toteutuksesta ja valmiuksista lainsäädännön toimeenpanoon.

Lainsäädännön alustava toteutusehdotus toimitettiin hyvinvointialueille tammikuussa 2024, ja siitä käytiin keskustelut yhteistyöalueittain (YTA) helmikuussa 2024. Tarkoituksena oli kerätä palautetta ja täsmennysehdotuksia alustavaan ehdotukseen. Keskustelutilaisuus järjestettiin myös valvontaviranomaisten sekä Kansaneläkelaitoksen (Kela) ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) kanssa. Keskusteluja alustavasta toteutusehdotuksesta käsiteltiin myös muiden keskeisten sidosryhmien kanssa kevään 2024 aikana.

Lapsille ja nuorille kohdennettu verkkokysely heidän näkemyksistään mielenterveyteen liittyvän tuen saatavuudesta ja kehittämisestä toteutettiin 15.2.–31.3.2024. Lisäksi hyödynnettiin Ota kantaa –sivustoa aikuisille suunnatulla kyselyllä, johon muun muassa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämisestä kiinnostuneet lasten ja nuorten vanhemmat, täysi-ikäiset nuoret sekä mielenterveystyön ammattilaiset pääsivät vastaamaan (<https://www.otakantaa.fi/fi/hankkeet/992/>). Näiden kyselyjen tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, millä tavoin lasten ja nuorten olisi helppo hakeutua tuen piiriin, missä ja minkälaista tukea tulisi olla tarjolla sekä mitä mielenterveyspalveluiden kehittämisessä tulisi huomioida.

Toteutusehdotusta ja hallituksen esityksen luonnosta käsiteltiin Kestävän hyvinvointiyhteiskunnan ministerityöryhmässä 29.1.2024 ja 4.4.2024 sekä Lapset, nuoret ja perheet ministerityöryhmässä 17.4.2024.

Hallituksen esityksen lausunnosta järjestettiin lausuntokierros 29.4.–9.6.2024. Lausuntopyyntö julkaistiin Lausuntopalvelu.fi –sivustolla. Hallituksen esityksen valmisteluasiakirjat ovat luettavissa julkisessa palvelussa osoitteessa [hanketunnuksella https://stm.fi/hanke?tunnus=STM083:00/2023](https://stm.fi/hanke?tunnus=STM083:00/2023).

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Lasten ja nuorten hyvinvointi ja mielenterveys

Lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevan lainsäädännön ikäryhmäksi on määritetty lapset ja alle 23-vuotiaat nuoret. Suomessa hallinnonalakohtainen lainsäädäntö sisältää useita erilaisia nuoren määritelmiä. Nuorisolain (1285/2016) mukaan nuorilla tarkoitetaan alle 29-vuotiaita. Sosiaalihuollon lainsäädännössä nuorella tarkoitetaan sosiaalihuoltolain mukaan alle 25-vuotiasta ja lastensuojelulain (417/2007) mukaan alle 23-vuotiasta henkilöä. Terveystieteissä määritetään lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon pääsyyn liittyvässä sääntelyssä nuoreksi alle 23-vuotiaat.

Määritelmien kirjavuus kuvaa sitä, miten vaikeaa on sanoa täsmällisesti, milloin nuoruus elämänvaiheena alkaa ja milloin se päättyy. Voidaan kuitenkin sanoa, että nuoruus on lapsuuden ja aikuisuuden välinen elämänvaihe. Se alkaa murrosiästä ja ajoittuu kehityksellisesti noin ikävuosiin 12–22.

Suomessa on noin 1,3 miljoonaa alle 23-vuotiasta lasta ja nuorta, joista suurin osa voi hyvin. Lapset ja nuoret eivät kuitenkaan ole yhtenäinen ryhmä. Lapsen hyvinvoinnin perusta rakentuu jo raskausaikana, ja elinolot lapsuuden perheessä vaikuttavat monin tavoin lasten ja nuorten kehitykseen ja tulevaisuudennäkymiin. Lasten ja nuorten hyvinvointia tukevat erityisesti riittävä hoiva ja turvallisuuden tunne perheessä, hyvä varhainen vuorovaikutus ja vanhempien hyvinvointi sekä taloudellinen turvallisuus. Vanhemman jaksamisen haasteet vaikuttavat myös lapsen hyvinvointiin.

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jonka ansiosta ihminen pystyy toimimaan omien kykyjensä mukaisesti, selviytymään elämään kuuluvista haasteista sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan. Se on siis olennainen osa kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyttä. Mielenterveys ei ole pysyvä ominaisuus, vaan se muovautuu koko elämän ajan. Mielenterveys voi kehittyä, häiriintyä tai korjaantua yksilöllisten tekijöiden ja olosuhteiden vuorovaikutuksessa. Riskitekijät lisäävät alttiutta mielenterveyden häiriöille, ja suojaavat tekijät puolestaan edistävät mielen hyvinvointia ja kompensoivat mahdollisia riskitekijöitä. Sekä suojaavat että riskitekijät voivat toimia yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan eri tasoilla.

Monipuolisimman kuvan mielenterveydestä tarjoaa mielenterveyden kaksiulotteinen malli, jossa mielen terveyttä ja sairautta tarkastellaan omina ulottuvuuksinaan: sekä mielenterveyden häiriöiden, että mielen hyvinvoinnin näkökulmasta. Mielen hyvinvointia voi kokea myös henkilö, jolla on mielenterveyden häiriö tai muuta sairautta elämässään.

Lasten ja nuorten mielenterveyttä ei voi tarkastella irrallaan muusta hyvinvoinnista ja laajemmasta sosiaalisesta kontekstista. Esimerkiksi oppimisympäristöjen merkitys hyvinvoinnille on suuri. Vuonna 2022 peruskoulun oppilaista 24 prosenttia sai tehostettua tai erityistä tukea, ja tukea tarvitsevien määrä on kasvussa. Lukiolaisbarometrin mukaan kolmasosa opiskelijoista kokee tarvitsevansa enemmän tukea opiskeluun, ja noin 60 prosenttia lukiolaisista kokee opiskelun henkisesti raskaaksi. Lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia haastavat myös esimerkiksi vähäinen liikkuminen ja ylipaino.

Kiusaaminen, häirintä ja väkivallan kokemukset heikentävät lasten ja nuorten hyvinvointia ja voivat johtaa koulupoissaoloihin tai psyykkiseen oireiluun. Vuonna 2023 julkaistussa kouluterveyskyselyssä vähintään viikoittain tapahtuvaa kiusaamista kokeneiden osuus oli lisääntynyt kaikilla kouluasteilla. Vuoden 2021 kouluterveyskyselyssä häiritsevää seksuaalista ehdottelua tai ahdistelua oli tytöistä kokenut 48 prosenttia ja pojista 11 prosenttia. Haavoittuvassa asemassa olevat lapset ja nuoret, kuten ensimmäisen polven maahanmuuttajat, toimintarajoitteiset sekä seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluvat lapset ja nuoret joutuvat useammin kiusatuksi, kokevat fyysisistä uhkaa ja yksinäisyyttä.

Hyvinvoinnin haasteet siirtyvät monesti opinnoista myös työelämään. Nuorisobarometrin 2019 tulosten mukaan joka viides nuori tuntee usein ahdistuvansa työasioista myös vapaa-aikana ja yli kolmannes joutuu usein venyttämään työpäiväänsä saadakseen työt tehdyksi. 17 prosentilla on vaikeuksia jaksaa työssään.

Nuorten tupakan ja alkoholinkäyttö on vähentynyt, mutta edelleenkin osa nuorista käyttää alkoholia humalahakuisesti. Huumeita kokeilleiden nuorten osuudessa ei ole havaittu merkittävää muutosta viime vuosina. Alle 25-vuotiaiden huumekuolemat ovat kuitenkin Suomessa yleisiä. Itsemurhat ovat 15–19-vuotiaiden nuorten yleisin kuolemansyy, eivätkä niiden määrät ole viime vuosina vähentyneet. Vuosina 2016–2020 useampi kuin joka neljäs 15–19-vuotiaiden nuorten kuolemista aiheutui itsemurhasta. Suomalaisten nuorten tapaturma- ja väkivaltakuolleisuus on selvästi eurooppalaista keskitasoa korkeampi. Rikoksia tekevien lasten ja nuorten määrä on vähentynyt, mutta on viitteitä siitä, että pienempi joukko nuoria tekee yhä enemmän rikoksia. Ryöstö- ja pahoinpitelyepäilyt ovat vuodesta 2019 alkaen lisääntyneet kaikissa alle 21-vuotiaiden ikäryhmissä. Näissä rikoksissa uhrina on usein toinen lapsi tai nuori.

Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöistä

Lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvät ongelmat ovat yleisiä. Raja normaalin ja häiriötason oireilun välillä on kuitenkin usein liukuva, ja oireilu on aina suhteutettava lapsen

tai nuoren kehitykselliseen vaiheeseen. Lasten ja nuorten normaaliin kehitykseen kuuluu psyykkistä oireilua reaktiona erilaisiin elämänmuutoksiin ja tilanteisiin. Varsinkin nuoruusiässä voimakkaat mielialavaihtelut ja ahdistuksen tunteet ovat tavallisia. Häiriöstä on kyse silloin, kun oireilu aiheuttaa merkittävää subjektiivista kärsimystä tai toiminnallista haittaa.

Mielenterveyden häiriöiden yleisyydestä suomalaisilla lapsilla ja nuorilla ei ole täsmällistä tietoa, mutta on arvioitu, että kaikkiaan noin 10-15 prosentilla lapsista ja 20-25 prosentilla nuorista on jokin mielenterveyden häiriö. Lapsilla yleisimpiä häiriöitä ovat käytöshäiriöt, aktiivisuuden ja käyttäytymisen häiriö (ADHD) sekä ahdistuneisuushäiriöt. Käytöshäiriöiden yleisyydeksi on arvioitu noin 5-10 %, ahdistushäiriöiden noin 3-9 % ja aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) esiintyvyydeksi noin 5 %. Luotettavaa ajankohtaista tietoa häiriöiden yleisyydestä suomalaisessa lapsiväestössä ei kuitenkaan ole.

Mielenterveyden häiriöt yleistyvät lapsuudesta nuoruuteen siirryttäessä ja saavuttavat esiintymishuippunsa varhaisessa aikuisuudessa. Nuoruudessa erityisesti ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöiden sekä päihdehäiriöiden ilmaantuvuus ja esiintyvyys kasvavat. Ahdistus- ja mielialahäiriöiden yleisyys on nuorilla 2-3 kertaa suurempi kuin lapsilla. Nuorilla ja nuorilla aikuisilla tavallisimpia häiriöitä (ja niiden arvioitu esiintyvyys vuositasolla) ovat masennustilat (5-10 %), ahdistuneisuushäiriöt (10-15 %), käytöshäiriöt (5-10 %), päihdehäiriöt (5-10 %) sekä syömishäiriöt (5 %). Neuropsykiatrinen oireilu (erityisesti ADHD) on nuorilla yleistä (5 %). THL:n rekisteritietojen perusteella Suomessa 7–12-vuotiaiden poikien ADHD-diagnoosien yleisyys oli vuonna 2022 peräti 8,9 % ja tyttöjen 2,8 %².

Lapsuudessa ja varhaisnuoruudessa mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä pojilla kuin tytöillä, mutta keskinuoruudesta lähtien tytöt sairastavat poikia enemmän. Usean häiriön samanaikainen esiintyminen on tavallista sekä lapsilla että nuorilla, ja sillä on vaikutusta oireikuvan aiheuttamaan toimintakyvyn häirtään ja häiriön keston. Häiriöiden oirekuvassa ilmenee ikävaiheeseen kuuluvaa vaihtelua. Esimerkiksi lapsuusiän ahdistushäiriöissä tyypillisiä ovat erilaisten ikätasojen pelkojen voimakkaammat muodot, määräkohteiset pelot ja eroahdistushäiriö. Nuoruusiässä yleistyvät sosiaalisten tilanteiden pelko, julkisten paikkojen pelko ja paniikkihäiriö.

Lapsuudesta aikuisuuteen jatkuvissa pitkittäistutkimuksissa on todettu lapsuuden käytösongelmien voimakas yhteys moniin terveysongelmiin, mielenterveyden häiriöihin, itsemurhakuolleisuuteen, rikollisuuteen ja syrjäytymiseen.³ Kouluterveyskyselyn alakouluikäisten lasten aineistossa epäsosiaalinen käytös oli yhteydessä oppimisvaikeuksiin ja hyvinvoinnin haasteisiin, kiusaamiseen ja kiusatuksi tulemiseen.⁴ Suomalaisessa lukiolaisaineistossa osoitettiin nuoruusiän masennusoireiden negatiivinen ennustemerkitys aikuisiän mielenterveydelle⁵. Lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmiin liittyy myös muuta haitallista terveyskäyttäytymistä, kuten liian vähäinen unen määrä, vähäinen liikunta, runsas digilaitteiden käyttö, sekä nuorilla myös tupakointi, nuuskan tai muiden nikotiinituotteiden käyttö, runsasta alkoholin käyttöä ja huumeekokeiluja.

Vaikeita häiriöitä edeltävät lievemmat häiriöt ja oireilu, jota ei useinkaan ole tunnistettu ja hoidettu. Lapsuudessa ja nuoruudessa todetut mielenterveyden häiriöt ovat tyypillisesti pitkäaikaisia ja jatkuvat usein aikuisikään. On arvioitu, että noin puolet aikuisten

² Vuori ym. 2024

³ mm. Sourander ym. 2007

⁴ Karjalainen ym. 2024

⁵ Aalto-Setälä ym. 2002

elämänaikaisista mielenterveyshäiriöistä puhkeaa jo keskinuoruuteen mennessä ja kolme neljästä ennen 25 vuoden ikää.⁶

Viime vuosien kouluterveyskyselyjen tulokset lapsilla ja nuorilla samoin kuin Terve Suomi – tutkimuksen (2022-2023) havainnot alle 50-vuotiailla aikuisilla viittaavat mielenterveysoireilun yleistymiseen siinä määrin, että tämä saattaa viitata mielenterveyden häiriöiden yleistymiseen myös suomalaisaineistoissa. Varmaa tietoa asiasta ei kuitenkaan ole.

Mielenterveysoireilu on yleistynyt

Vaikka lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ei ole todettu oleellisesti yleistyneen viime vuosikymmeninä, heidän itsensä eri tutkimuksissa raportoima mielenterveysoireilu on yleistynyt. Väestötutkimuksissa erityisesti tyttöjen masennus- ja ahdistus- sekä syömishäiriöoireilun on havaittu yleistyneen, kun taas käytös- ja päihdeoireilun esiintyvyys on pysynyt ennallaan tai jopa vähentynyt. Alkoholin humalahakuinen käyttö nuorten keskuudessa on vähentynyt 2000-luvun alusta lähtien, mutta nuorten huumausainekuolemien lisääntyminen viittaa kuitenkin vakavien päihdeongelmien lisääntymiseen. Hoitoon hakeutuminen neuropsykiatristen oireiden vuoksi ja ADHD-lääkityksen käyttö on yleistynyt voimakkaasti. Työn ja opiskelun ulkopuolella olevien nuorten (NEET) mielenterveysongelmat ovat huomattavan yleisiä. Lastensuojelun sijaishuollossa olevilla lapsilla mielenterveyden ongelmia on muita ikätovereitaan enemmän.

Neuvolaikäisistä lapsista arviolta noin 20 prosentilla on psyykkisiä oireita, ja noin 10–30 prosentilla perheistä on tarvetta erityiseen tukeen.⁷ Kouluterveyskyselyissä on todettu erityisesti tyttöjen itse raportoiman masennus- ja ahdistusoireilun yleisyys. Esimerkiksi vuoden 2023 kouluterveyskyselyyn osallistuneista ala- ja yläkouluikäisistä sekä toisella asteella opiskelevista tytöistä kolmasosa raportoi merkittävää ahdistuneisuutta ja kolmannes vähintään kaksi viikkoa kestänyttä masennusoireilua. Sosiaalista ahdistuneisuutta raportoi miltei puolet nuoruusikäisistä tytöistä.⁸ Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (KOTT) 2021 todettiin vastaava kehitys kuin kouluterveyskyselyssä. Joka kolmannen korkeakouluopiskelijan todettiin kärsivän ahdistuksen ja masennuksen oireista; naisista jopa 40% raportoi niistä.⁹

Koronapandemia ja siihen liittyneet rajoitustoimet koettelivat kaikenikäisen väestön hyvinvointia ja mielenterveyttä. Laajassa kansainvälisessä meta-analyysissä lasten ja nuorten kliinisesti merkittävän masennus- ja ahdistusoireilun esiintyvyyden arviointiin kaksinkertaistuneen pandemian aikana.¹⁰ Sama havainto tehtiin suomalaisnuorilla. Kouluterveyskyselyssä kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta sekä vähintään kaksi viikkoa kestänyttä masennusoireilua raportoi kolmannes pandemian aikana keväällä 2021 kyselyyn vastanneista tytöistä. Kevään 2023 kouluterveyskyselyssä tyttöjen masennus- ja ahdistusoireilu jatkui yhtä yleisenä. 8-9.-luokkalaisista tytöistä ahdistusoireilua raportoi jopa aiempaa useampi. Kaikkiaan miltei kolme neljänestä tytöistä (73 %) ja kolmannes pojista (33 %) raportoi vähintään yhtä mielenterveysoiretta yli seularajan. Tulokset osoittavat pandemia-ajan vaikutusten suomalaisten lasten ja nuorten mielenterveyteen jatkuvan edelleen.

⁶ Kaltiala-Heino ym. 2015

⁷ Sourander ym. 2001, Gyllenberg ym. 2014

⁸ Kiviruu ym. 2024

⁹ Parikka S, Holm N, Ikonen J, Koskela T, Kilpeläinen H & Lundqvist A. KOTT 2021 -tutkimuksen perustulokset 2021

¹⁰ Racine ym. 2021

Koska häiriötasoa lievempi mielenterveysoireilu ennustaa myöhempää psykososiaalista selviytymistä hyvin samalla lailla kuin häiriötasoinen oireilu, tuen ja hoidon kohdentaminen oiretasoiseen mielenterveysongelmaan on tärkeää. Se on samalla myöhemmin ilmaantuvien mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyä. Lapsuus- ja nuoruusiän mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja varhainen hoito on sekä inhimillisesti että taloudellisesti perusteltua.

2.2 Lasten ja nuorten oikeus mielenterveyteen perus- ja ihmisoikeutena

Oikeus terveyteen ja hyvinvointiin on tärkeä oikeussuojan kohde. Se on sosioekonominen oikeus, jonka tarkkaa sisältöä on vaikeaa määrittää. Myös terveyden käsite on epätarkka. Vakiintuneesti on kuitenkin katsottu tavoitteeksi, että kaikki ihmiset voivat nauttia parhaimmasta mahdollisesta terveyden tasosta. Säännökset eivät määrittele tiettyä tavoiteltavaa terveydentilan tasoa, mutta minimitaso voidaan määritellä ihmisarvoisen elämän turvaamiseen kautta. Oikeus terveyteen ja hyvinvointiin määritellään perustuslaissa ja ihmisoikeussopimuksissa julkisen vallan vastuuksi huolehtia riittävästä terveydenhuoltopalveluista ja sosiaalihuollosta.

Perus- ja ihmisoikeudet ovat siten perusta myös mielenterveysoikeuksille. Niillä tarkoitetaan hyvän mielenterveyden näkemistä perusoikeutena, johon kaikilla on yhtäläinen oikeus. Perus- ja ihmisoikeuksien näkökulmasta jokaiselle tulisi taata yhteiskunnalliset olosuhteet, jotka edistävät yksilöiden mielenterveyttä ja suojaavat heitä mielenterveyden häiriöiden riskitekijöiltä. Erityisen tärkeää on mielenterveyden häiriötä sairastavien henkilöiden perusoikeuksien toteutuminen.

Yhteiskunnan velvollisuutena on edistää lasten, nuorten ja perheiden mielenterveyttä. Julkisen vallan positiiviset toimintavelvoitteet ulottuvat kaikkiin ihmisiin, mutta erityisen korostuneita ne ovat haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden kohdalla. Mielenterveysoikeuksiin sisältyy mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja sitä vaarantavien tekijöiden vähentäminen. Oikeus mielenterveyteen voidaan nähdä oikeutena mielenterveyden häiriöiden laadukkaaseen, näyttöön perustuvaan ja tarpeen mukaiseen hoitoon.

Lapsia ja nuoria koskevista sosiaali- ja terveystalvveluista säädettäessä ja niitä järjestettäessä tulee huomio kiinnittää perustuslain velvoitteisiin. Perus- ja ihmisoikeudet ovat kaikille yhdenvertaisesti kuuluvia oikeuksia, ja perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava niiden toteutuminen. Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä, eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Näin ollen yhdenvertaisuuden turvaaminen myös mielenterveyteen liittyvissä palveluissa on keskeinen osa perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista. Julkisen vallan on myös turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvvelut, edistettävä väestön terveyttä sekä tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu perustuslain 19 §:n mukaisesti. Näiden perustuslain velvoitteiden tulisi näkyä myös lasten ja nuorten mielenterveyttä koskevissa viranomaisten ratkaisuisissa ja tosiasiallisissa toimissa.

Perustuslain lisäksi Suomea velvoittavat kansainväliset sopimukset. YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevassa kansainvälisessä yleissopimuksessa (SopS 6/1976, TSS-sopimus) edellytetään, että sopimusvaltiot tunnustavat jokaisen oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä (artikla 12). Tämä sisältää oikeuden terveystalvveluihin.

Lasten sosiaali- ja terveystalveluja järjestettäessä huomioon tulee ottaa YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen (SopS 59-60/1991, LOS) velvoitteet. Sopimus on ollut Suomessa laintalisoisena voimassa vuodesta 1991 lähtien, ja se koskee kaikkia alle 18-vuotiaita. Sopimuksen 3 artikla korostaa sitä, että kaikissa lapsia koskevissa lainsäädäntöelinten toimissa on ensisijaisena harkintaperusteena käytettävä lapsen etua. Lapsen etu on siten asetettava ensisijalle kaikissa lasta koskevissa toimissa, myös terveydenhuollossa. Tämä koskee paitsi yksittäistä lasta koskevaa päätöksentekoa ja hoitotoimenpiteitä, myös terveydenhuollossa noudatettavia periaatteita ja terveydenhuollon suunnittelua.

Lapsen edun ensisijaisuus on yksi LOS:n neljästä yleisperiaatteesta. Muiden yleisperiaatteiden mukaan lasta ei saa syrjiä (2 artikla), lapsella on oikeus elämään ja kehittymiseen (6 artikla) sekä oikeus saada näkemyksensä huomioituksi (12 artikla). Näiden oikeuksien toteuttaminen edellyttää lapsen pääsyä hänen tarvitsemiinsa terveystalveluihin, lapselle on taattava henkiinjäämisen ja kehittymisen edellytykset mahdollisimman täysimääräisesti. Terveydenhuollossa ja sen järjestämisessä olisikin tärkeää kiinnittää sopimuksessa tarkoitettulla tavalla erityistä huomiota haavoittuviin ryhmiin kuuluviin lapsiin, sillä he tarvitsevat ruumiillisen ja henkisen kypsyttämättömyytensä vuoksi erityistä suojelua ja huolenpitoa sekä asianmukaista hoitoa.

Artiklan 6 yleisperiaatetta täydentää sopimuksen artikla 24, jonka mukaan lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista talveluista. Tämä koskee myös lasten oikeutta mielenterveyteen, mielenterveyshäiriöiden hoitoon ja kuntoutuksen liittyviin talveluihin. Sopimusvaltioiden tulee varmistaa, ettei yksikään lapsi joudu luopumaan oikeudestaan nauttia näistä terveystalveluista, ja sopimusvaltioiden on erityisesti ryhdyttävä toimiin varmistaa, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkäri- ja terveydenhoidon, jossa painottuu perusterveydenhoidon kehittäminen. Ehkäisevää terveydenhuoltoa, vanhempainohjausta sekä perhekasvatusta ja -talveluja tulee sopimusvaltioiden pyrkiä kehittämään. Artiklaa 24 koskevassa yleiskommentissaan nro 15 (2013) komitea korosti, että myös mielenterveyden hoidon osalta lasten talvelut tulee järjestää perustasolla siten, että niiden määrä, laatu ja toimivuus ovat riittävät ja että ne ovat koko lapsiväestön saavutettavissa sekä fyysisesti että taloudellisesti ja että ne ovat kaikkien lapsiryhmien kannalta hyväksyttäviä. Valtioiden tulee ensisijaisesti pyrkiä takaamaan lapsille yleinen pääsy perusterveydenhuollon talveluihin, joita tarjotaan mahdollisimman lähellä lasten ja heidän vanhempiensa asuinpaikkaa ja etenkin paikallisympäristössä.

Komitea kehotti sopimusvaltioita tarjoamaan asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta mielenterveyshäiriöistä kärsiville nuorille, antamaan yhteisölle tietoja näiden sairauksien varhaisista merkeistä, oireista ja vakavuudesta sekä suojelemaan nuoria tarpeettomilta paineilta kuten psykososiaaliselta stressiltä. Sopimusvaltioita kehotetaan myös torjumaan mielenterveyden häiriöihin liittyvää syrjintää ja leimaamista. Komitean mukaan jokaisella mielenterveyshäiriöstä kärsivällä nuorella on oikeus saada tulla mahdollisuuksien mukaan hoidetuksi elinyhteisössään.

Komitea korostaa, että lapsen terveyttä koskeva oikeus on kattava oikeus, johon kuuluu muun muassa oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen sairauksien ehkäisy, terveyden edistäminen ja sairauksien parantaminen. Lapsilla on oikeus kasvaa ja kehittyä täysimääräisesti omien mahdollisuuksiensa mukaan ja asua olosuhteissa, joissa he voivat saavuttaa parhaan mahdollisen terveydentilan. Kokonaisvaltainen lähestymistapa terveyteen asettaakin lasten terveyttä koskevan oikeuden toteutumisen osaksi laajempia kansainvälisiä ihmisoikeusvelvoitteita.

Lapsen oikeuksien komitean mukaan valtioiden tulisi varmistaa, että saatavilla on riittävästi asianmukaisesti koulutettua henkilökuntaa, jotta terveyspalveluja voidaan tarjota kaikille lapsille.

Yleiskommentissa komitea nosti esille, että artikla 24 asettaa sopimusvaltioille vahvan toimintavelvollisuuden varmistaa, että kaikkien lasten käytettävissä ja saatavilla on terveyspalveluja ja muita asianmukaisia palveluja ja että erityishuomiota kiinnitetään alueisiin ja väestöryhmiin, joiden osalta palvelut ovat riittämättömät. Tämä edellyttää kattavaa perusterveydenhoitojärjestelmää, asianmukaista lainsäädäntökehystä ja lasten terveyden taustatekijöiden jatkuvaa huomioimista. Valtioiden tulisi tunnistaa ja poistaa lasten pääsyä terveyspalvelujen piiriin rajoittavat esteet.

Maailman terveyskokouksen vuonna 2012 antamassa päätöslauselmassa, joka koskee mielenterveyden häiriöistä aiheutuvaa maailmanlaajuista rasitetta ja maatasolla tarvittavia kattavia ja koordinoituja terveys- ja sosiaalialan toimenpiteitä, huomautetaan, että mielenterveyttä edistävien ja mielenterveyshäiriöitä ehkäisevien toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuudesta on saatu yhä enemmän näyttöä erityisesti lasten osalta.

Lasten mielenterveys rakentuu vuorovaikutuksessa vanhempien ja muiden lapsen kasvatuksesta vastaavien aikuisten kanssa. LOS:n 18 artiklan mukaan sopimusvaltiot pyrkivät parhaansa mukaan varmistamaan, että vanhemmille ja muille laillisille huoltajille tarjotaan heidän kasvatustehtäväänsä asianmukaista apua. Sopimusvaltioiden tulee myös ryhtyä kaikkiin asianmukaisiin lainsäädännöllisiin, hallinnollisiin, sosiaalisiin ja koulutuksellisiin toimiin suojellakseen lasta kaikenlaiselta ruumiilliselta ja henkiseltä väkivallalta, vahingoittamiselta ja pahoinpitelyltä, laiminlyönniltä tai välinpitämättömältä tai huonolta kohtelulta tai hyväksikäytöltä (LOS 19 artikla). Näin ollen myös vanhempien tukemiseen liittyvät toimet tulee nähdä osana lapsen oikeuksien toteutumisen vahvistamista.

Lapsen oikeuksien komitea on korostanut, että erityistä huomiota tulisi kiinnittää lasten uusiin terveysongelmiin ja terveyteen liittyvien painopisteiden muuttumiseen. Komitea onkin ilmaissut huolensa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisestä ja muun muassa alkoholin, huumeiden ja muiden päihteiden käytöstä. Komitean mukaan erityistä huomiota tulisi kiinnittää niihin sosiaalisiin ja muihin tekijöihin, jotka vaikuttavat lasten psyykkiseen terveyteen. Komitea katsoo kommentissaan nro 15 (2013), että sopimusvaltioilla on velvollisuus tarjota asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta psykososiaalisista ja mielenterveyden häiriöistä kärsiville lapsille, ja samalla on pidättäydyttävä tarpeettomasta lääkitsemisestä.

Huomioon tulee ottaa myös YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksista annetun yleissopimus (SopS 26–27/2016, vammaisyleissopimus). Sopimuksen tarkoituksena on edistää, suojella ja taata kaikille vammaisille henkilöille täysimääräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki ihmisoikeudet ja perusvapaudet. Siten myös vammaisyleissopimuksen velvoitteet tulee huomioida vammaisten lasten ja nuorten mielenterveyden edistämisen ja hoidon järjestämisessä.

Vammaisyleissopimuksen artiklan 1 kohta turvaa vammaisten henkilöiden oikeuden parhaaseen mahdolliseen fyysisen sekä psyykkisen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella ja varmistaa terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden. Lisäksi vammaisyleissopimuksen artikla 25 sisältää määräyksiä oikeudesta terveyteen. Siten myös mielenterveyspalveluissa tulee varmistaa, että ne ovat vammaisyleissopimuksen mukaisesti vammaisten henkilöiden saavutettavissa, palvelut ovat esteettömiä ja ne järjestetään ja toteutetaan ilman minkäänlaista syrjintää.

Lasten ja nuorten erityisasema mielenterveyden hoidossa on huomioitu kansallisessa lainsäädännössä siten, että heillä on oikeus päästä psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin muuta väestöä lyhyemmässä ajassa (terveydenhuoltolain 53 §). Lisäksi potilaan oikeuksista annetun lain (785/1992) 3 §:n mukaisesti jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Tämä oikeus koskee myös lapsia ja nuoria.

Mielenterveyttä tuetaan myös sosiaalihuollossa, ja vastaavalla tavalla sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää sosiaalihuoltolain asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 4 §:n mukaisesti. Viranomaisen on myös arvioitava yhdenvertaisuuslain (1325/2014) 5 §:n mukaisesti, miten sen toiminta vaikuttaa eri väestöryhmiin ja miten yhdenvertaisuus muutoin toteutuu sen toiminnassa, ja ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi. Edistämistoimenpiteiden on oltava viranomaisen toimintaympäristö, voimavarat ja muut olosuhteet huomioon ottaen tehokkaita, tarkoituksenmukaisia ja oikeasuhtaisia. Viranomaisten tulisikin siten lapsia ja nuoria koskevassa julkisessa toiminnassaan turvata erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien lasten ja nuorten pääsy tarvittaviin palveluihin lapsen edun mukaisesti.

Voidaan kuitenkin todeta, etteivät lasten ja nuorten perus- ja ihmisoikeudet mielenterveyteen liittyvissä kysymyksissä ole toteutuneet Suomessa täysimääräisesti, sillä mielenterveyden hoidon järjestämisessä on havaittu monia puutteita. Taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea antoi Suomelle vuonna 2021 suosituksia¹¹, joissa se esitti huolensa mielenterveyden hoitovajeesta, palvelujen epätasaisesta maantieteellisestä jakautumisesta ja siitä, etteivät muita heikommassa asemassa olevat ryhmät saa yhdenvertaisesti hoitoa ja hoivaa (artikla 12).

TSS-oikeuksien komitea suositteli, että mielenterveys- ja päihdehuoltolakien uudistamisen sekä kansallisen mielenterveysstrategian ja muiden alaan liittyvien strategioiden täytäntöönpanon perustana pidetään oikeutta terveyteen. Komitea pyysi Suomea myös parantamaan mielenterveyden hoidon, etenkin avohoidon, saatavuutta alipalveluilla alueilla ja alipalveluissa paikoissa, kuten kouluissa ja vankiloissa, tehostamaan ennaltaehkäiseviä ja varhaisen vaiheen palveluja sekä parantamaan kohtuuhintaisen mielenterveyden hoidon saatavuutta. Lisäksi komitea suositteli, että kansalliseen mielenterveysstrategiaan sisällytetään toimenpiteitä, jotka on kohdennettu erityisesti lapsille ja nuorille, turvapaikanhakijoille ja pakolaisille, pienituloisille kotitalouksille sekä vankilasta vapautuneille ja joilla puututaan niihin esteisiin, joita he kohtaavat asianmukaisten palvelujen saannissa. Myös ennalta ehkäisevien sosiaalihuoltopalvelujen valmiuksia suositeltiin lisättäväksi.

Helmikuussa 2021 julkaistiin YK:n lapsen oikeuksien sopimusta toimeenpaneva, parlamentaarisesti valmisteltu Suomen ensimmäinen kansallinen lapsistrategia. Se perustuu perus- ja ihmisoikeussopimukseen, ja visiona on aidosti lapsi- ja perhemyönteinen, lapsen oikeuksia kunnioittava Suomi. Lapsistrategia korostaa, että hyvän mielenterveyden perusta rakentuu lapsuudessa, ja siksi mielenterveyttä tukevilla ja sen häiriöitä hoitavilla palveluilla on olennainen merkitys. Mielenterveyden häiriöiden hoitaminen ja hyvän mielenterveyden

11

<https://um.fi/documents/35732/0/Loppup%C3%A4%C3%A4telm%C3%A4t%2C+2021.pdf/e887f05a-82e6-d826-7064-f0f0f55900ff?t=1620290972931>

vahvistaminen edellyttävät toimivia palveluja sekä monialaisia toimenpiteitä syrjäytymisen ja ongelmien kasautumisen ehkäisemiseksi.

Kesäkuussa 2023 lapsen oikeuksien komitea antoi Suomelle suosituksensa koskien sen yhdistettyä viidettä ja kuudetta määräaikaisraporttia lapsen oikeuksien yleissopimuksen täytäntöönpanosta. Komitea nosti myönteisenä asiana esille, että Suomessa on laadittu kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma, mutta pani huolestuneena merkille, että masennus, ahdistuneisuus ja itsensä vahingoittaminen ovat yleisiä lasten keskuudessa (kohta 32).

Komitea suositteli, että Suomi antaisi kiireellisesti asianmukaiset resurssit, panisi täytäntöön mielenterveysstrategian, järjestäisi päihdehuollon palvelut sekä uudistaisi lastensuojelulain. Lisäksi komitea suositteli Suomea varmistamaan, että kouluissa, säilöönottotiloissa ja vankiloissa sekä kaikkien alueiden kunnissa on saatavilla mielenterveyspalveluja ja että käytettävissä on riittävä määrä päteviä ammattihenkilöitä vastaamaan lasten mielenterveystarpeisiin oikea-aikaisesti. Komitea piti tärkeänä, että palvelut, etenkin ennaltaehkäisevät ja varhaisen tuen palvelut, sovitetaan erikseen tyttöjen, turvapaikanhakija- ja pakolaislasten, pienituloisten kotitalouksien, vammaisten lasten sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien lasten tarpeisiin.

Lisäksi lapsen oikeuksien komitea suositteli, että Suomi panostaisi ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin, puuttuisi lasten itsemurhien ja mielenterveysongelmien taustalla oleviin syihin ja varmistaisi, että lasten näkökulma otetaan huomioon kehitettäessä heille tarkoitettuja palveluja näiden ongelmien ratkaisemiseksi. Komitean mukaan Suomen tulisi myös varmistaa, ettei lapsille määrätä lääkkeitä muun muassa ahdistuneisuuden, masennuksen, psykosomaattisten häiriöiden ja aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön (ADHD) hoitamiseen, ellei se ole lääketieteellisesti ehdottoman tarpeellista ja ellei lapsen etua ole arvioitu yksilöllisesti. Lisäksi komitean mukaan lasten vanhemmille ja huoltajille tulisi tarjota kotiin vietävää tukea mielenterveyden ongelmiin.

2.3 Lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvä palvelujärjestelmä

Julkinen valta turvaa lasten ja nuorten mielenterveysoikeuksien toteutumista mielenterveystyön kokonaisuudella, jonka tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää siihen kohdistuvia uhkia. Mielenterveystyöhön sisältyvät mielenterveyttä edistävä työ, mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja hoito terveydenhuollossa sekä sosiaalihuollon mielenterveystyö. Hyvinvointialue vastaa lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä. Kela järjestää mielenterveyspalveluja osana korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, jonka valtakunnallinen tuottaminen on Ylioppilaisen terveydenhoitosäätiön (YTHS) vastuulla. Kela vastaa myös lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöihin liittyvän kuntoutuksen järjestämisestä ja korvaamisesta.

Lasten ja nuorten mielenterveyttä edistävää työtä tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi laajasti kuntien sivistystoimissa ja muussa toiminnassa sekä järjestöissä ja seurakunnissa. Ehkäisevä mielenterveystyö on osa hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden pitkäjänteistä edistämistä, ja se sisältyy sekä kunnan että hyvinvointialueen lakisääteisiin tehtäviin.

2.3.1 Perusterveydenhuollon mielenterveystyö

Mielenterveyttä edistävä työ

Lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevän terveydenhuollon palveluja ovat äitiys- ja lastenneuvolapalvelut sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin voidaan lukea myös opiskeluhoollon psykologipalvelut. Ehkäisevän terveydenhuollon tehtävänä on terveydenhuoltolain 3 §:n mukaisesti edistää yksilöiden yhteisöjen sekä väestön terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia. Tähän sisältyy mielenterveyttä edistävä ja vahvistava työ sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisy.

Hyvinvointialueen on järjestettävä terveydenhuoltolain 15 §:n mukaisesti neuvolapalvelut alueensa raskaana oleville naisille, lasta odottaville perheille sekä alle oppivelvollisuusikäisille lapsille ja heidän perheilleen. Lisäksi hyvinvointialueen on järjestettävä lain 15 a §:n mukaisesti opiskeluhoollon palvelut alueellaan sijaitsevien koulujen sekä toisen asteen oppilaitosten opiskelijoille heidän kotikunnastaan riippumatta. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta säädetään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa.

Opiskeluhoollon palveluihin sisältyvät koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä opiskeluhoollon psykologi- ja kuraattoripalvelut. Kuraattoripalvelut ovat sosiaalihoollon palveluja, mutta niitä käsitellään tässä yhteydessä opiskeluhoollon kokonaisuuteen sisältyvinä palveluina.

Neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ikäkausittaisissa terveystarkastuksissa tavoitetaan käytännössä kaikki lapset ja nuoret sekä heidän perheensä. Terveystarkastuksissa seurataan ja edistetään lapsen ja nuoren kasvua ja kehitystä sekä perheen terveyttä ja hyvinvointia, tunnistetaan tuen tai tutkimusten tarpeita ja tuetaan lapsia, nuoria sekä heidän perheitään.

Neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon rooli on keskeinen lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyssä ja tunnistamisessa sekä varhaisen tuen tarjoamisessa. Kouluterveydenhuolto on lasten ja nuorten peruspalvelu, jonne oppilas voi oma-aloitteisesti hakeutua koulupäivän aikana. Kouluterveyskyselyn 2021 mukaan noin 40 % oppilasta käy terveydenhoitajan luona muutoinkin kuin terveystarkastuksissa. Oppilaat ovat myös saaneet opiskeluhoollosta eniten apua ja tukea terveydenhoitajilta, joka on tullut heille tutuksi.¹² Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvat myös mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lisäksi opiskeluhoollon psykologit ja kuraattorit edistävät oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) mukaisesti oppilaiden ja opiskelijoiden oppimista, terveyttä ja hyvinvointia sekä osallisuutta ja ehkäisevät ongelmien syntymistä. Lisäksi kaikkien opiskeluhoollon ammattilaisten tehtävä on edistää koulu- ja opiskeluyhteisön hyvinvointia sekä yhteistyötä perheiden ja muiden läheisten kanssa. Psykologi- ja kuraattoripalveluilla tuetaan ja ohjataan oppimista ja hyvinvointia lasten ja nuorten sosiaalisia ja psyykkisiä valmiuksia vahvistamalla. Kuraattorit ja psykologit tarjoavat myös varhaista tukea sitä tarvitseville lapsille ja nuorille. Vuoden 2022 seurannan mukaan opiskeluhoollon psykologit ja kuraattorit käyttivät mielenterveyden ongelmiin asiakastyöajastaan keskimäärin puolet ja terveydenhoitajat noin neljänneksen.¹³

¹² THL, Asiointi ja avunsaanti perusopetuksen opiskeluhoollon palveluissa – Kouluterveyskysely 2021, Tutkimuksesta tiiviisti 53/2021

¹³ https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145353/URN_ISBN_978-952-343-931-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mielenterveyden hoito perusterveydenhuollossa

Ehkäisevässä terveydenhuollossa tehtävään mielenterveystyöhön kuuluu lasten ja nuorten mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden tunnistaminen, tuen ja ohjauksen tarjoaminen sekä ehkäisevänä työnä annettava psykososiaalinen tuki. Mikäli lapsi tai nuori tarvitsee mielenterveyden häiriön hoitoa, hänet tulee ohjata hoidon porrastuksen mukaisesti perusterveydenhuollon sairaanhoitopalvelujen tai erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluiden piirissä olevat korkeakouluopiskelijat voivat saada mielenterveyspalveluja sekä hyvinvointialueelta että YTHS:stä. Työelämässä olevat nuoret asioivat sekä hyvinvointialueen että työterveyshuollon palveluissa.

Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät sairauksien tutkimus, lääketieteellinen taudinmääritys, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Myös sairauksien ehkäiseminen, terveysongelmien varhainen tunnistaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen sekä ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa, kuuluu terveydenhuoltolain 24 §:n mukaisesti sairaanhoitoon. Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti.

Mielenterveyden hoidosta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa säädetään terveydenhuoltolain 27 §:ssä. Sen mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden mielenterveyden hoito, johon kuuluu mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön, perheen ja muiden läheisten psykososiaalinen tuki ja tuen yhteen sovittaminen. Mielenterveyden hoitoon kuuluu myös mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen, tutkimus, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus monimuotoisina palveluina.

Terveydenhuoltolaki edellyttää, että mielenterveyden hoito on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä hyvinvointialueella ja kunnissa tehtävän mielenterveyden edistämisen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2019 julkaistut kiireettömän hoidon perusteet¹⁴ määrittävät lasten ja nuorten lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoitamisen perustason tehtäväksi. Myös vakavien häiriöiden ylläpito- tai seurantatyypinen hoito voivat kuulua perustason tehtäviin. Erusteissa linjataan myös, millä tavoin erityistaso tukee perustasoa potilaan oikea-aikaisen tutkimuksen ja hoidon ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnallisen integraation toteutumiseksi. Kokonaisuuksista sovitaan alueellisesti eri toimintayksiköiden työnjaon ja osaamisen mukaisesti. THL on tuottanut kolme lapsiin ja nuoriin liittyvää opasta kriteerien soveltamisen tueksi.^{15 16 17} Erikoissairaanhoidon vastaa ensisijaisesti vakavien mielenterveydenhäiriöiden tutkimuksesta ja hoidosta.

Mielenterveyden hoitomuodot perusterveydenhuollossa

Laadukas mielenterveyden hoito perustuu lapsen, nuoren ja perheen kohtaamiseen ja heidän kokonaistilanteensa huolelliseen arviointiin. Käsitys siitä, millaista arviota lapsen tai nuoren

¹⁴ [Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 - Valto \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valtioedustot.fi/valtioedustot/2019/05/20190520_140590)

¹⁵ Kouluikäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa : Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien menetelmien käyttöön <https://www.julkari.fi/handle/10024/140590>

¹⁶ Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa : Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin <https://www.julkari.fi/handle/10024/131873>

¹⁷ Koulutuksen ja työn ulkopuolella olevien nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveys- ja päihdehoito: Suosituksia perusterveydenhuollon toimijoille <https://www.julkari.fi/handle/10024/145867>

tilanteessa tarvitaan, saattaa selvitä vähitellen, kuten myös tarvittavan hoidon tai tuen muoto. Hoito koostuu useasta tekijästä, ja sen kokonaisuus määrittyy yksilöllisen tarpeen mukaisesti. On tavallista, että tilanteen rauhallinen jäsentäminen yhdessä lapsen, nuoren ja perheen kanssa voi jo sellaisenaan olla riittävä apu.

Lasten ja nuorten yleisiin psykososiaalisiin tukitoimiin kuuluvat hyvinvointia edistävien elintapojen ohjaus, muun muassa lapsen tai nuoren kuormitusta keventämällä (kotona, opinnoissa ja vapaa-ajalla), riittävään nukkumiseen tukeminen, digitaalisen median käyttöön liittyvä ohjaus sekä psykoedukatiivisen tiedon ja ohjauksen tarjoaminen lapselle, nuorelle ja vanhemmalle. Psykoedukaatio sisältää tavoitteellista tiedon jakamista ohjaavalla työotteella, lapsen tai nuoren ongelma ja kehitysvaihe huomioiden. Lapsen, nuoren tai vanhemman tarvitsemat arjen rakennetta ja toimivuutta koskevat tukitoimet tulee käynnistää viiveettä, vaikka ei olisi vielä selkeää käsitystä lapsen tai nuoren ongelmasta. Myös varhaiskasvatuksen, koulun ja oppilaitoksen tukitoimet ovat usein tärkeä osa lasten ja nuorten tukemisen kokonaisuutta.

Kun ongelman luonne sekä hoidon ja tuen tarve on selvitetty, voidaan tukitoimiin tarvittaessa liittää oire- tai häiriökohtaisia psykososiaalisia menetelmiä ja keskusteluhoidon muotoja. Hoito voi kohdistua yksilön lisäksi perheeseen. Vanhemmuuden voimavaroja ja taitoja voidaan vahvistaa vanhemman ohjauksen keinoin sekä arkitilanteissa harjoittelemalla. Vanhempien ja perheen ottaminen mukaan hoitoon on tärkeää ja sitä tärkeämpää, mitä pienempi lapsi on kyseessä.

Psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien kirjo on laaja. Se käsittää lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden ja muiden psykoterapiatekniikoihin perustuvien menetelmien ohella muun muassa psykoedukaation eli koulutuksellisen terapian, luovien terapioiden, ammatillisen kuntoutuksen, kognitiivisen kuntoutuksen sekä sosiaalisten ja arkielämän taitojen harjoittelun menetelmiä. Perusterveydenhuollossa on käytössä myös lääkkeellistä hoitoa, mutta se on lapsilla harvinaista ADHD-lääkehoitoa lukuun ottamatta. Mitä vanhemmasta lapsesta tai nuoresta on kyse, sitä suurempi rooli myös lääkehoidolla on. Lääkehoidon ei kuitenkaan tule olla lapsen tai nuoren ainoa tai ensisijainen hoito. Koska erilaiset psykososiaaliset hoidon ja tuen menetelmät ovat perusterveydenhuollon hoidossa keskiössä, tämä kuvaus painottuu niihin.

Psykososiaalisia hoitoja käytetään sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseen ja yksittäisten oireiden hoitamiseen, että häiriöiden hoitoon. Oireenmukaista hoitoa toteutetaan tilanteissa, joissa lapsen tai nuoren oireilu on voimakkuudeltaan lievää tai keskivaikeaa ja komplisoitumatonta. Lääkärin diagnostinen arvio ei tällöin ole edellytys hoidon käynnistämiseksi, ellei lapsen tai nuoren oirekuvat tai toimintakyky sitä muutoin edellytä. Oireenmukaisessa hoidossa keskitytään yleensä yksittäisen oireen tunnistamiseen ja hallintaan liittyvään työskentelyyn. Hoito sisältää tietoa oireeseen vaikuttavista tekijöistä ja niiden hallinnasta sekä hallintaharjoituksia. Lievistä oireista kärsivä ihminen voi saada riittävän avun omatoimisesti tai ammattilaisen tukemana toteutetuista lyhytkestoisista interventioista. Itsehoidoissa henkilö itse määrittelee hoidon tarpeen ja toteuttaa hoitonsa itsenäisesti. Omahoitoihin liittyy itsehoidon lisäksi lyhyt terveydenhuollon ammattilaisen ohjaus, joka voi vaihdella puhelinsoitosta muutamaan tapaamiseen.

Erilaisia helposti saatavilla olevia ongelmakohtaisia verkkopohjaisia itsehoito- ja omahoito-ohjelmia, sovelluksia ja verkkoterapioita on viime vuosina kehitetty tärkeäksi osaksi perusterveydenhuollon antamaa mielenterveyden hoitoa. Alaikäisten hoidossa verkkopohjaisten ohjelmien mahdollisuudet ovat vielä rajallisia. Parhaita tuloksia on saatu lasten käytöhäiriöiden vanhempainohjauksessa. Nuoret ja nuoret aikuiset voivat hyötyä omahoito-ohjelmista lievän ahdistuksen hoidossa. Masennuksen omahoitoa koskevat tulokset

ovat ristiriitaisia. Lasten ahdistuksen sekä lasten ja nuorten päihteiden käytön, tunnesäätelyn, unettomuuden ja syömishäiriöiden hoidossa näyttö tai tutkimustieto on riittämätöntä päätelmien tekemiseksi. Myöskään omahoito-ohjelmien vaikutuksen pysyvyydestä ei ole tutkimustietoa. Nykytiedon valossa teknologia-avusteiset hoito-ohjelmat eivät siten ole ensisijaisia eivätkä yksinään riittäviä lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden hoitoon.

Vaikuttavuusnäyttöä omaavat, strukturoidut psykososiaalisen hoidon ja tuen menetelmät ovat tärkeä osa lasten ja nuorten mielenterveyden hoitovalikoimaa perusterveydenhuollossa ja ne soveltuvat sekä häiriöitä ehkäisevään työhön, että lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Näillä psykososiaalisilla menetelmillä pyritään samanaikaisesti vahvistamaan mielen hyvinvointia edistäviä tekijöitä sekä kykyjä vähentää ja hallita riskitekijöitä ja oireita. Työskentely voi painottua haitallisten toiminta- ja ajatusmallien tunnistamiseen ja muuttamiseen. Erilaiset kognitiiviset työmenetelmät auttavat hallitsemaan esimerkiksi mielialojen ja tunnetilojen vaihtelua sekä lieviä masennus- ja ahdistusoireita. Vanhemmuustaitojen kehittämiseen pyrkivien interventioiden pääperiaate on ratkaista lapsen käytökseen liittyviä haasteita ensisijaisesti lisäämällä myönteistä vuorovaikutusta lapsen ja vanhemman välillä ja toissijaisesti opettamalla vanhemmille rakentavia keinoja ongelmakäyttäytymisen hallitsemiseksi. Strukturoituihin psykososiaalisiin menetelmiin perustuvaa hoitoa antaa usein ammattilainen, jolla ei ole laajempaa psykiatrista tai psykoterapeuttista koulutusta, mutta joka on saanut täydennyskoulutusta mielenterveyden oireiden tunnistamiseen ja arvioimiseen sekä oireenmukaisiin hoitoihin.

Kaikkiin lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin ei ole käytössä vaikuttavuusnäyttöä omaavia strukturoituja psykososiaalisia menetelmiä, eikä strukturoitu interventio myöskään ole aina ensisijainen vaihtoehto lapsen tai nuoren mielenterveysongelman hoitoon. Neuropsykiatrisen ohjauksen käyttö on yleistynyt mielenterveyden hoidon perustason menetelmänä. Sen tavoitteena on tukea lapsen tai nuoren arjen ja elämänhallinnan taitoja, uusien myönteisten toimintatapojen kehittymistä ja myönteisen elämänpolun rakentumista eri ikävaiheissa. Neuropsykiatrisen valmennuksen ja koulutuksen kenttä on Suomessa kirjava, eikä sen vaikuttavuudesta ole toistaiseksi selkeää tutkimusnäyttöä.¹⁸ Neuropsykiatristen ongelmien (esimerkiksi ADHD, autismikirjon häiriöt) hoidossa on keskeistä lapsen tai nuoren arjen kehitysympäristöjen (koti, varhaiskasvatus, koulu- ja opiskeluympäristö) muokkaaminen kehitystä tukeväksi.

Edellä kuvatut strukturoidut psykososiaaliset hoidot ja menetelmät ovat psykoterapioita lyhyempiä hoitoja ja ne sisältävät menetelmästä riippuen noin 3–20 käyntiä. Psykoterapiahoitoja annetaan vaikeammissa oireissa tai mielenterveyden häiriössä lääketieteelliseen arvioon perustuen. Psykoterapiaa toteuttavilla ammattilaisilla on sosiaali- tai terveysalan ammattikoulutuksen lisäksi erillinen psykoterapeuttikoulutus tiettyyn psykoterapiamuotoon. Psykoterapiaa voidaan järjestää lyhytpsykoterapiana (enintään 20–25 kertaa) tai pidempänä hoidollisena tai kuntouttavana psykoterapiana. Lyhytpsykoterapiat soveltuvat sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon. Pitkät psykoterapiat kuuluvat erikoissairaanhoidon vastuulla olevien häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen. Vain pieni osa psyykkisistä oireista kärsivistä ihmisistä tarvitsee kuntouttavaa psykoterapiaa.

Helsingin yliopistollisen sairaalan (HUS) tuottamat oirekohtaiset nettiterapiat soveltuvat lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Niihin ohjaututaan lääkärin läheteellä, mutta ne eivät edellytä laajaa diagnostiikkaa. Mielenterveystalon (mielenterveystalo.fi) kautta saatavan, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan nettiterapiahoiton potilas toteuttaa

¹⁸ [Haltia ym. 2023](#)

omalta tietokoneelta tai äylaitteelta. Nettiterapioita on kehitetty pääasiassa yli 16-vuotiaille nuorille ja niitä on saatavilla suomeksi ja ruotsiksi.

2.3.2 Sosiaalihuollon mielenterveystyö

Sosiaalihuollossa toteutetaan lasten ja nuorten mielenterveystyötä pääosin yleisinä sosiaalipalveluina. Lasten ja perheiden sosiaalipalvelut järjestetään sosiaalihuoltolain nojalla lapsiperheiden palveluina ja täysi-ikäisille asiakkaille työikäisten palveluina. Sosiaalihuollossa tehtävä mielenterveystyö on sosiaalihuoltolain 25 §:n mukaan suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä hyvinvointialueella ja kunnissa tehtävän mielenterveyden edistämisen kanssa.

Sosiaalihuoltolaki velvoittaa hyvinvointialueita tukemaan lapsiperheitä ja vanhemmuutta (SHL 10 § ja 13 §). Tämä velvoite on keskeinen myös lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyssä. Mielenterveyden tukeminen liittyy osaltaan myös lastensuojelulain (417/2007) 2 §:n velvoitteisiin. Lasten ja perheiden kanssa toimivien viranomaisten on tuettava vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään ja pyrittävä tarjoamaan perheelle tarpeellista apua riittävän varhain. Lastensuojelulain 3 a §:n mukaisesti ehkäisevällä lastensuojelulla edistetään ja turvataan lasten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tuetaan vanhemmuutta. Ehkäisevää lastensuojelua on tuki, jota annetaan esimerkiksi lapsiperheiden sosiaalipalveluissa.

Sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaisesti sosiaalipalveluja on järjestettävä muun muassa tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen, sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Muita tuen tarpeita voivat olla lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin tukeminen, mielenterveysongelmasta aiheutuva tuen tarve sekä muu psyykkiseen, sosiaaliseen tai kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvä tuen tarve. Näihin tuen tarpeisiin vastaavista sosiaalipalveluista säädetään sosiaalihuoltolain 14 §:ssä. Keskeisiä sosiaalipalveluita, joissa tuetaan lasten ja nuorten mielenterveyttä ovat sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, päihdetyön ja mielenterveystyön palvelut, kasvatus- ja perheneuvonta sekä opiskeluhoollon kuraattoripalvelut.

Sosiaalihuoltolaissa on myös palvelusäännöksiä, jotka koskevat erityisesti mielenterveystyötä ja sen sisältöjä (SHL 25 § - 25 a §). Sosiaalihuollon mielenterveystyöllä tarkoitetaan hyvinvointialueen sosiaalipalveluja ja muuta toimintaa, jolla vahvistetaan yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, vähennetään ja poistetaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä sekä vastataan psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen. Sosiaalihuollon mielenterveystyöhön kuuluvat neuvonnan ja ohjauksen lisäksi 14 §:ssä tarkoitetut sosiaalipalvelut joko yleisinä sosiaalipalveluina tai erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen vastaavina palveluina. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki sekä yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen.

Sosiaalihuollon erityisistä mielenterveystyön palveluista säädetään sosiaalihuoltolain 25 a §:ssä. Erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen vastaavat sosiaalipalvelut on usein tarkoituksenmukaista sovittaa yhteen 2 a §:n mukaisesti asiakkaan saamien terveystalvelujen kanssa, jotta hänelle voidaan tarjota kokonaisvaltaista apua ja tukea hoidon rinnalle.

2.3.3 Kansaneläkelaitoksen järjestämä ja korvaama kuntoutus

Kansaneläkelaitos järjestää kuntoutusta siltä osin kuin se ei kuulu terveydenhuollon vastuulle Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005, kuntoutuslaki) perusteella. Kelan kuntoutuksiin hakeutumisen yleisin syy on mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, ja lapset ja nuoret ovat näissä palveluissa merkittävä väestöryhmä.

Kela järjestää vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena lapsille ja nuorille muun muassa psykoterapiaa, perheterapiaa, kuvataideterapiaa, musiikkiterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta sekä kuntoutuskursseja. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä ja sisällöstä säädetään kuntoutuslain 9 ja 10 §:ssä. Sen edellytyksenä on kuntoutujalla oleva sairaus tai vamma, johon liittyvä suoriutumisen tai osallistumisen rajoite aiheuttaa huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoissa. Kelan kuntoutus kuuluu sen vuoksi pääosin erikoissairaanhoidon potilaiden kuntoutuskokonaisuuteen.

Kuntoutuslain 11 a ja 11 b §:n perusteella korvataan 16–67-vuotiaan työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi tarkoituksenmukaista kuntoutuspsykoterapiaa, jos asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö uhkaa työ- tai opiskelukykyä. Kuntoutuspsykoterapian korvaaminen edellyttää, että vakuutettu on mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen ollut vähintään kolme kuukautta asianmukaisessa hoidossa. Tällä tarkoitetaan terveydenhuollon yksikössä annettua hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa, johon sisältyy tarpeellinen lääketieteellinen, psykiatrinen ja psykoterapeuttinen tutkimus ja hoito. Kuntoutuspsykoterapiaa ei korvata, jos käytettävissä olevat muut hoito- tai kuntoutusmuodot ovat riittäviä työ- ja opiskelukyvyn parantamiseksi tai palauttamiseksi.

Kuntoutuspsykoterapia voi olla yksilö-, ryhmä-, perhe- tai pariopsykoterapiaa tai kuvataideterapiaa. 16–25-vuotiaille se voi olla myös musiikkiterapiaa. Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan enintään kolmen vuoden ajan. Kuntoutujien määrä on kasvanut viime vuosina erityisesti kuntoutuspsykoterapiassa, mikä osaltaan kertoo vakavasti ja pitkäaikaisesti opiskelua ja työkykyyn vaikuttavien häiriöiden määrästä. Kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrä on noin kolminkertaistunut kymmenessä vuodessa.¹⁹

Kuntoutuslain 12 §:n perusteella Kansaneläkelaitos voi lisäksi harkinnanvaraisena kuntoutuksena järjestää ja korvata lapsille, nuorille ja nuorille aikuisille muun muassa kuntoutuskursseja mielenterveyden häiriöitä sairastaville, neuropsykologista kuntoutusta sekä LAKU-perhekuntoutusta ja Oma väylä -kuntoutusta. LAKU-perhekuntoutus on tarkoitettu 5–15-vuotiaille neuropsykiatrisen diagnoosin saaneille lapsille ja heidän perheilleen ja Oma väylä -kuntoutus 16–29-vuotiaille neuropsykiatrisen diagnoosin saaneille nuorille ja nuorille aikuisille. Pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelman mukaisesti lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden harkinnanvaraisen kuntoutukseen on osoitettu 25 miljoonan euron lisärahoitus, jonka Kansaneläkelaitos kohdentaa LAKU-perhekuntoutukseen ja Oma väylä -kuntoutukseen.

2.3.4 Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden haasteet ja kehittämistarpeet

Laajemmat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevat haasteet, kuten hyvinvointialueiden taloudellinen tilanne sekä henkilöstön saatavuusongelmat vaikuttavat myös lasten ja nuorten palveluihin. Näiden tekijöiden lisäksi on tunnistettavissa myös erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvän palvelujärjestelmän haasteita, joita ovat

¹⁹ [Kelan kuntoutustilasto 2022 \(helsinki.fi\)](https://www.kela.fi/kuntoutus)

palvelujärjestelmän sirpaleisuus, alueelliset vaihtelut palvelujen saatavuudessa sekä kokonaisvaltaisen moniammatillisen yhteistyön puutteet.

Nämä tekijät on nostettu toistuvasti esiin selvityksissä, tutkimuksissa ja valvontaviranomaisten toimesta. Apulaisoikeuskansleri on vuonna 2023 antamassaan ratkaisussa arvioinut, että lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat merkittävän aliresursoituja ja piti erittäin huolestuttavana, että mielenterveyspalvelujen kysyntä ja tarve olivat lisääntyneet useiden vuosien ajan ja että niiden järjestämisen kokonaisuudessa oli havaittavissa merkittäviä ongelmia. Apulaisoikeuskansleri korosti, että palvelujen pitkäaikainen riittämättömyys on perusoikeusongelma, jonka ratkaisemattomuus aiheuttaa laajaa inhimillistä kärsimystä ja on ristiriidassa lapsille ja nuorille laissa turvattujen oikeuksien kanssa. (OKV/294/70/2020). Eduskunta onkin edellyttänyt tarvittavia kansallisia toimenpiteitä palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden parantamiseksi erityisesti perustason palveluissa (StVM 4/2022 vp; StVM 21/2022 vp, s.12; StVM 24/2022 vp, s. 7).

Erityisesti lasten mielenterveyden hoidon palvelujärjestelmästä puuttuu perustason hoidosta vastaava taho. Lastenneuvoloilla ei ole pienten lasten avosairaanhoidon tehtäviä, eikä mielenterveyshäiriöiden hoito kuulu myöskään peruskouluikäisten lasten opiskeluhuollon lakisääteisiin tehtäviin. Terveyskeskusjärjestelmäkään ei ole vastannut lasten perusterveydenhuollon tarpeeseen mielenterveyden hoidon osalta. Osalla hyvinvointialueista kouluilla ja oppilaitoksissa työskentelee esimerkiksi psykiatrisia sairaanhoitajia täydentämässä kouluterveydenhuollon ja opiskeluhuollon palveluja, mutta perusterveydenhuollon mielenterveyden hoitoon suunnatut palvelut ovat puutteellisia ja alueellisesti vaihtelevia. Myös toisen asteen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon tuottamisen rakenteet ovat sekä sisällöiltään että nimikkeiltään alueellisesti kirjavina.

Perustason palvelujen ja selkeän palvelurakenteen puute ovat johtaneet hajanaiseen lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestelmään, jossa sekä terveydenhuollon eri toimijoiden sisäinen, että sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö on usein koordinoimatonta. Tämä vaikeuttaa sekä hakeutumista hoidon ja tuen piiriin, että niiden jatkuvuutta. Seurauksena ovat paikoin tehottomat, siiloutuneet ja heikosti lasten, nuorten ja perheiden tarpeisiin vastaavat palvelut. Apua tarvitseva lapsi tai nuori on saattanut ohjautua useisiin peräkkäisiin selvityksiin ja arvioihin ennen kuin tarvittava tuki tai hoito on käynnistynyt²⁰. Nämä haasteet näkyvät monin paikoin myös lastensuojelun kuormittumisena.

Perusterveydenhuollon puutteet lasten ja nuorten mielenterveyden hoidossa ovat heijastuneet myös muuhun sosiaalihuoltoon ja opiskeluhuoltoon. Sosiaalihuoltolain 26 §:n nojalla järjestettävän kasvatus- ja perheneuvonnan henkilöstöressia on monin paikoin kohdennettu perusterveydenhuollon vastuulle kuuluvien lasten mielenterveyden häiriöiden tutkimukseen ja hoitoon, ja sosiaalihuollon palvelutehtävä on toteutunut puutteellisesti. Perusterveydenhuollon puutteet ovat näkyneet myös opiskeluhuollon kaikkien ammattiryhmien asiakastyön arjessa. Kuraattorin ja psykologin työ muodostuu sekä yhteisöllisestä että yksilökohtaisesta työskentelystä, mutta käytännössä painopiste on yksilökohtaisessa työssä (n. 60 % työajasta). Arvion mukaan mielenterveyden ongelmiin liittyvä työskentely vie noin puolet kuraattorien ja psykologien yksilökohtaisen asiakastyön ajasta. Kuraattorit, psykologit sekä kouluterveydenhoitajat ovat käytännössä joutuneet paikkaamaan myös ruuhkautuneen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilannetta.

²⁰ Huikko ym 2023

Lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvän oireilun lisääntyminen näkyy terveydenhuollon käyntimäärissä. Sekä lasten ja nuorten perusterveydenhuollon mielenterveyden hoidossa, että erikoissairaanhoidossa tilastoidut käyntimäärät ovat kasvaneet viime vuosien aikana voimakkaasti. Voimakkainta kasvu on ollut perusterveydenhuollossa, jossa suhteellisesti eniten lisääntyivät 13-17-vuotiaiden käynnit. Kun perustason palvelut eivät ole kyenneet vastaamaan hoidon tarpeeseen lievempien häiriöiden osalta, paine on kohdistunut erikoissairaanhoidon, jonka kysyntä on lisääntynyt erityisesti nuorilla. Palvelujen ruuhkautuminen on vaikuttanut myös vaikeimmin oireilevien lasten ja nuorten pääsyyn erikoissairaanhoidon.²¹ Koronapandemia vaikeutti osaltaan palveluihin pääsyä sekä sairaanhoidossa että opiskeluhoitoon palveluissa.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden käytännöt eivät kaikilta osin vastaa aikuistumisen ikävaiheen tarpeisiin. Vasta täysi-ikäistyneet nuoret ohjautuvat aikuisten palveluihin, vaikka heidän hoidon ja tuen tarpeensa liittyisi erityisesti nuoruusiän ikäspesifeihin ongelmiin. Käyntitilastojen perusteella terveydenhuollon mielenterveyspalvelujen käyttö vähenee jyrkästi 18-vuotiailla, mikä viittaa palvelujen heikompaan saavutettavuuteen nuorten aikuisten keskuudessa²².

Palveluiden kokonaisvaltaisuuden puute korostuu etenkin niiden lasten ja nuorten osalta, jotka tarvitsevat monimuotoista tukea. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluja on monilta osin kehitetty erillisinä palveluina. Myöskään erityisryhmien, kuten vammaisten tai työn ja koulutuksen ulkopuolella olevien NEET-nuorten tarpeita ei nykyisellään huomioida riittävästi palvelujen sisällöissä eikä toimintaprosesseissa.²³ Maahanmuuttajaperheiden lapset ja nuoret saattavat jäädä palvelujen ulkopuolelle puutteellisen kielitaidon vuoksi tai siksi, että palveluihin ohjautuminen on perheelle liian hankalaa.

2.3.5 Lasten, nuorten ja perheiden näkemykset mielenterveyspalveluiden kehittämistarpeista

Hallituksen esityksen valmistelun tueksi toteutettiin kaksi verkkokyselyä. Näiden kyselyjen tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, millä tavoin lasten ja nuorten olisi helppo hakeutua mielenterveyteen liittyvän avun piiriin sekä missä ja minkälaista tukea tulisi olla tarjolla. Lapsille ja nuorille suunnattuun Webropol-kyselyyn annettiin 528 vastausta. Ota kantaa – sivuston kaikille avoimeen kyselyyn vastasi 580 henkilöä.

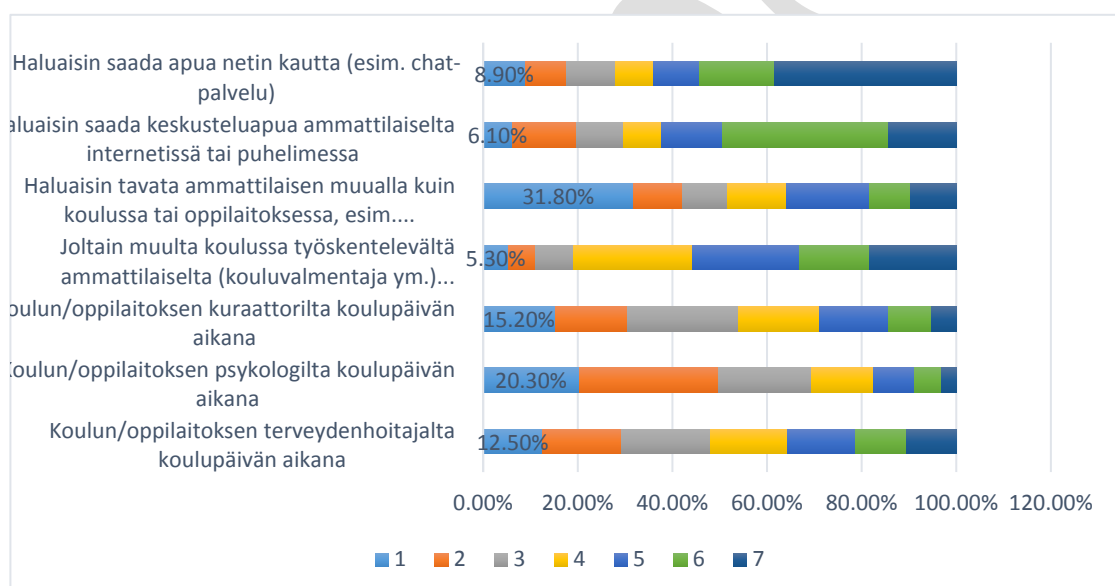
Vastausten perusteella lapset ja nuoret toivovat, että apua olisi saatavilla sekä opiskeluhoitopalveluissa, että muissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (Ks. kuvio 1). Vastaajista 30% toivoi, että mielenterveyden ongelmiin liittyvät tapaamiset olisivat ensisijaisesti muualla kuin koulussa tai oppilaitoksessa. Ensisijaisesti opiskeluhoollon palveluista apua toivoi yhteensä 48% vastaajista (ensisijainen valinta psykologi 20%, kuraattori 15%, terveydenhoitaja 13%). Opiskeluhoollon psykologi nähtiin opiskeluhoollossa ensisijaisena auttajatahona.

²¹ [Valvira ja Avi Dnro V/6085/2022](#)

²² Forsell 2022

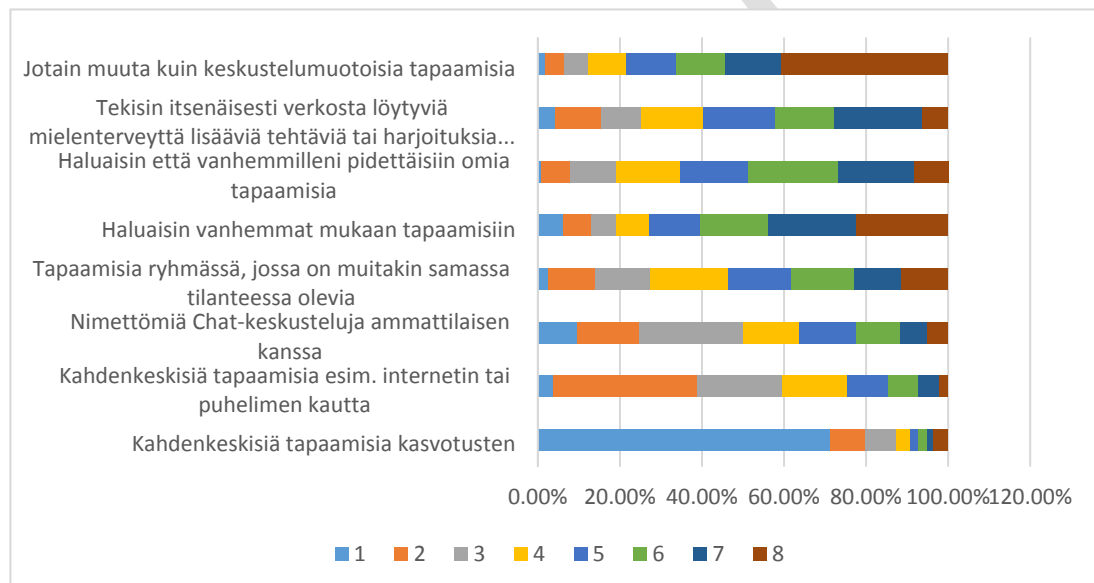
²³ [Karjalainen ym. 2022](#)

Kuvio 1: Mistä paikasta toivoisit saavasi apua, jos joskus tarvitsisit apua mielenterveyteesi liittyvään oireiluun? (Vaihtoehdot tärkeysjärjestyksessä tärkein 1, seuraavaksi tärkein 2 jne.)



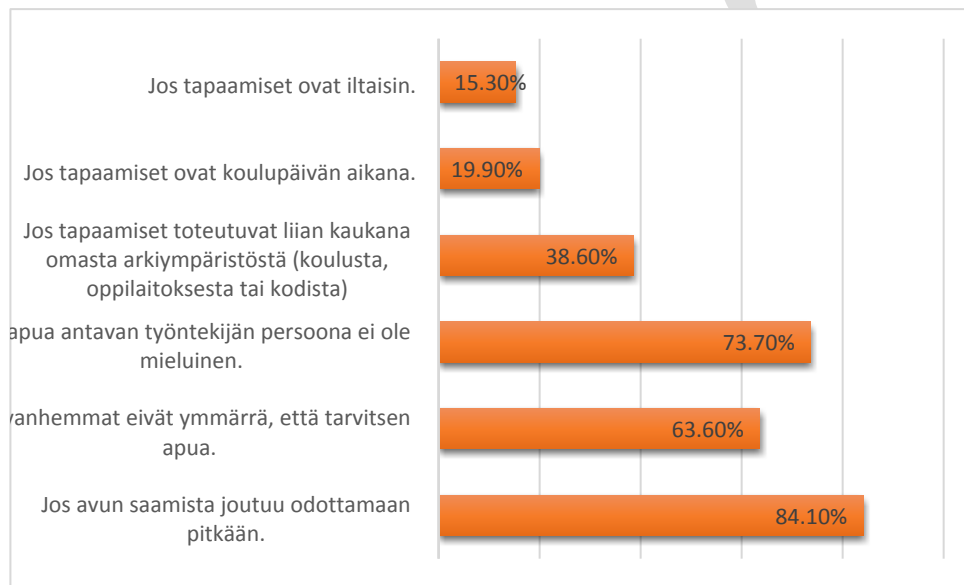
Kyselyyn annettujen vastausten perusteella lapset ja nuoret toivovat ensisijaisesti kasvokkaisia tapaamisia kahden kesken ammattilaisen kanssa (71 %). Myös etäyhteydellä toteutettuja tapaamisia pidettiin mieluisina, mikäli lähitapaaminen ei ole mahdollista (32 %). Chat-muotoinen keskusteluapu oli vastaajien mielestä myös hyvä tapa saada apua. Vanhempien läsnäoloon tapaamisissa vastaajat suhtautuivat kielteisesti. Jokin muu kuin keskustelumuotoinen tuki nähtiin vaihtoehtoista viimesijaisena (41 % vastaajista). (Ks. kuvio 2).

Kuvio 2: Jos voisit valita, minkälaisia tapaamisia kaikkein mieluiten toivoisit? Laita vaihtoehdot tärkeysjärjestykseen (Vaihtoehdot tärkeysjärjestyksessä tärkein 1, seuraavaksi tärkein 2 jne.)



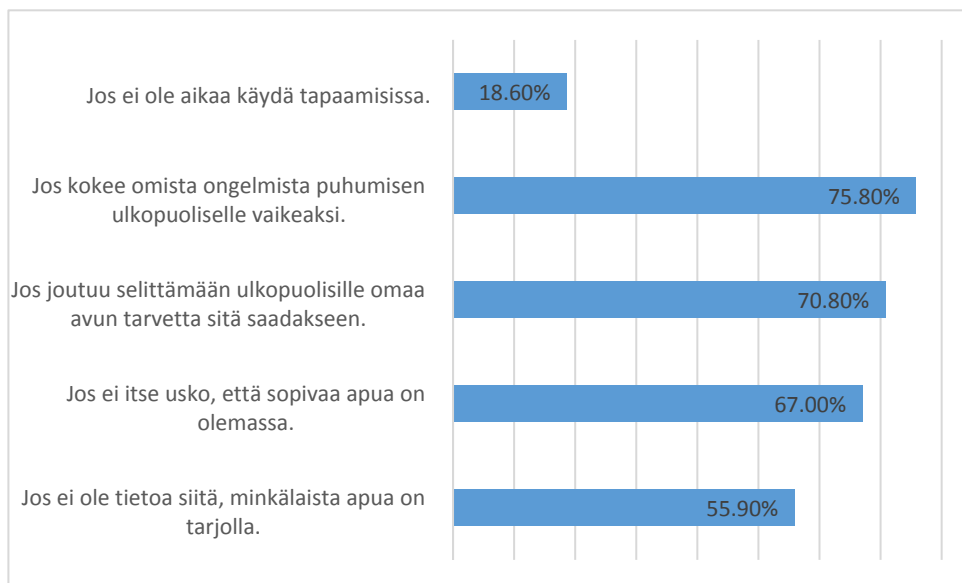
Kyselyn perusteella tärkeimmät tekijät lasten ja nuorten mielensterveyspalveluiden toimivuudessa ovat ennen kaikkea se, että apua on tarjolla nopeasti ja matalalla kynnyksellä. Myös työntekijän persoonan merkitys nostettiin esiin. (Ks. kuvio 3) Kyselyn avovastauksissa korostettiin, että työntekijällä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot ja hänen tulee suhtautua vakavasti lasten ja nuorten esiin nostamiin huoliin. Moni totesi, että työntekijä ei saisi vähätellä ongelmia tai selittää niitä normaalisti kehitykseen liittyväksi asiaksi. Lasten ja nuorten osallistaminen päätöksentekoon ja hoidon suunnitteluun nähtiin tärkeäksi. Moni vastaaja korosti myös sitä, että apua tulisi saada ilman, että asioista kerrotaan vanhemmille.

Kuvio 3: Millaiset asiat voisivat vaikeuttaa mielenterveysongelmiin liittyvän tuen saamista? (Valitse kolme tärkeintä.)



Keskeiseksi itseen liittyväksi avun saamisen esteeksi nostettiin se, että omista asioista voi olla vaikeaa puhua ulkopuolisille ja oman avun tarpeen perustelemisen kuormittaa. Myös tieto tarjolla olevasta tuesta ja usko sopivan tuen olemassaoloon voi olla vähäistä. (Ks. kuvio 4)

Kuvio 4: Millaiset itseen liittyvät asiat voisivat vaikeuttaa tuen saamista mielenterveysongelmiin? (Valitse kolme tärkeintä)



Ota kantaa -sivuston vastausten perusteella lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmissa keskeiset haasteet liittyvät siihen, että tarvittavaa apua ei ole tarjolla, vaikka sitä hakee. Opiskeluhuollon psykologeista on pulaa ja odotusajat erikoissairaanhoidon ovat pitkiä. Myös palvelujärjestelmän sirpaleisuus ja monimutkaisuus nostettiin vastauksissa esiin. Ongelmaksi nähtiin myös se, että auttamistoimissa keskitytään liian usein yksilötasoon koko perheen huomioimisen sijaan.

Keskeinen toive Ota kantaa -kyselyn vastauksissa oli matalan kynnyksen oikea-aikaisen avun varmistaminen, palveluiden yhteensovittaminen ja se, että palveluita tulisi olla tarjolla arjen ympäristöissä kuten kouluissa ja oppilaitoksissa ja lähipalveluina. Vastauksissa korostettiin kuitenkin ennen kaikkea laajemman hyvinvoinnin merkitystä lasten ja nuorten hyvän mielenterveyden rakentumisessa. Tätä kehitystä tukevat muun muassa turvalliset aikuiset lasten ja nuorten arjessa, laadukas varhaiskasvatus ja opetus, harrastustoiminta sekä perheiden taloudellinen vakaus.

2.3.6 Mielenterveyspalveluiden kehittäminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto

Kansallista mielenterveystyön pitkjänteistä kehittämistä ohjaa vuosille 2020-2030 laadittu kansallinen mielenterveysstrategia. Mielenterveysstrategiassa on viisi sisällöllistä painopistettä: mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveystoimet, palvelut sekä mielenterveysjohtaminen. Mielenterveysstrategian yhteydessä valmisteltiin myös itsemurhien ehkäisyohjelma. Strategian pohjalta hallitukset valitsevat hallituskauden mielenterveyspolitiikan painopisteet.

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyvä koko väestöä koskeva uudistettu lainsäädäntö tuli voimaan 1.1.2023. Uudistuksessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen sääntelyä siirrettiin mielenterveyslaista ja päihdehuoltolaista sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin. Samalla pyrittiin parantamaan palvelujen saatavuutta, saavutettavuutta, vaikuttavuutta ja palvelujen kokonaisuutta. Lainsäädännön toimeenpanoon kohdennettiin 16,25 miljoonaa euroa vuodelle 2023 ja 18 miljoonaa euroa vuodesta 2024 eteenpäin.

Uudistuksessa pyrittiin selkeyttämään sosiaali- ja terveydenhuollon rooleja mielenterveys-, päihde- ja riippuvuustyössä ja –hoidossa sekä vahvistamaan niiden yhteensovittamista ja toimivien palvelukokonaisuuksien muodostumista. Tavoitteena oli myös yhdistää mielenterveyteen ja päihteisiin sekä riippuvuuksiin liittyvät palvelut aikaisempaa selkeämmin osaksi muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä vähentää palvelujen käyttöön liittyvää leimautumista.

Keskeisenä kansallisena toimenpiteenä lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalvelujen kehittämisessä on ollut näyttöön perustuvien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto, jota myös esitetty lainsäädäntö koskee. Tavoitteena on ollut siirtää lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden tuen painopiste erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja muihin perustason matalan kynnyksen palveluihin. Näyttöön perustuvia psykososiaalisia menetelmiä lasten ja nuorten mielenterveyden haasteisiin on aiemmin ollut puutteellisesti saatavissa, eikä niitä ole ylläpidetty tai levitetty koordinoitusti ja pitkäjänteisesti. Mielenterveysstrategian toimeenpanoon kohdennettiin vuosina 2020–2022 rahoitusta yhteensä 60 miljoonaa euroa, josta psykososiaalisten hoitojen saatavuuden parantamiseen osoitettiin tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kautta yhteensä 43 miljoonaa euroa. Hanketyön avulla on viime vuosina koulutettu tuhansia psykososiaalisten menetelmien osaajia perusterveydenhuoltoon, opiskeluhoitoon ja sosiaalihuoltoon.

Mielenterveyden hoitoon ja palveluihin pääsyn parantaminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto sisältyi kaikkiin Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelman hankkeisiin. Työtä kohdennettiin aluksi nuorille ja myöhemmin kaikille ikäryhmille. Ehkäisevien ja hoitavien psykososiaalisten menetelmien saatavuus perustasolla varmistettiin kehittämällä perustason yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelman päätyttyä kehittämistyö jatkuu vuoteen 2025 saakka Suomen kestävän kasvun ohjelmassa.

Taulukko 1. Tulevaisuuden sote-keskusohjelman hankkeissa koulutettujen menetelmäosaajien ja –ohjaajien määrät.

Koulutetut menetelmäosaajat					
Lapset 0-12v	Yht.	Nuoret 13-18v	Yht.	Aikuiset 19-22v	Yht.
Cool Kids	412	Cool Kids	416	Kognitiivinen lyhytterapia	822
Ihmeelliset vuodet	42	IPC-N	1548	IPC	64
Muut menetelmät	195	Muut menetelmät	342	Muut menetelmät	33
Koulutetut menetelmäohjaajat					
Lapset 0-12v	Yht.	Nuoret 13-18v	Yht.	Aikuiset 19-22v	Yht.
Cool Kids	27	Cool Kids	23	Kognitiivinen lyhytterapia	50
Ihmeelliset vuodet	0	IPC-N	67	IPC	29

Muut menetelmät	10	Muut menetelmät	5	Muut menetelmät	30
-----------------	----	-----------------	---	-----------------	----

Kansallisesti on rahoitettu myös erityisesti lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien arviointia. Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön (Itla) ylläpitämälle Kasvun tuki -sivustolle kootaan tietoa lasten ja nuorten psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia edistävien menetelmien tutkimusnäyttöön perustuvasta vaikuttavuudesta. Sivustolla esitellään alle 18-vuotiaille lapsille, nuorille ja heidän perheilleen kohdennettuja menetelmiä, joilla on selkeästi määritelty kohderyhmä, teoreettinen perusta sekä Suomessa saatavilla oleva koulutus.

Psykososiaalisten menetelmien käyttöönotossa on keskeistä varmistaa toiminnan suunnitelmallisuus. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt rahoitusta Itlalle myös psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton tukemiseen. Kansallinen implementointiosaaminen lasten ja nuorten kasvun tueksi (Kasvun tuki KI) 2023–2025 – hankkeen tavoitteena on edistää lasten, nuorten ja perheiden näyttöön perustuvien vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoa ja juurruttamista. Se täydentää kansallisen mielenterveysstrategian (2020–2030) mukaista vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa. Kansallisella tasolla tavoitteena on lisätä ymmärrystä menetelmien vaikuttavuudesta, adaptoinnista ja seurannasta sekä edistää sitä, että kansalliseen levitykseen valitaan näyttöön perustuvia vaikuttavia menetelmiä. Alueellisella tasolla tavoitteena on vahvistaa hyvinvointialueiden psykososiaalisten menetelmien implementointiosaamista. Paikallisesti luodaan työkaluja mielenterveyden edistämiseksi ja vahvistetaan yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen välillä. Hankkeessa kansallisen implementoinnin ja erityisesti erikoissairaanhoidon keskittämisasiänsä määrittämien tehtävien tueksi luodaan pysyvää toimintaa. Kehittäminen kohdistuu myös sivistystoimeen ja opiskeluhoitoon. Hankkeessa kehitettävät ratkaisut integroidaan osaksi Kasvun tuki -kokonaisuutta.

Mielenterveyden hoitoon liittyvää kehittämistyötä on tehty myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä. YTHS:n toiminta laajeni vuonna 2021, kun ammattikorkeakouluopiskelijat tulivat sen palvelujen piiriin. Vuosina 2021-2023 YTHS:lle myönnettiin yhteensä 5 miljoonan euron valtionavustusta laajentuneiden tehtävien myöntämiseen ja koronapandemian aiheuttamien haittojen ehkäisemiseen, minkä avulla on kehitetty muun muassa digimielenterveysklinikan palveluja. Lisäksi valtion budjetissa on varattu 1 miljoonan euron valtionavustus vuosille 2023-2026 korkeakouluopiskelijoiden hyvinvoinnin tukemiseksi.

2.4 Psykososiaalisia menetelmiä koskevat kansalliset suositukset

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) tehtävänä on antaa suosituksia siitä, mitkä tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat julkisin varoin rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan Suomessa. Tavoitteena on, että palveluvalikoimaan kuuluvat palvelut ovat vaikuttavia, turvallisia ja kustannuksiltaan hyväksyttäviä. Palveluvalikoiman kokonaisuuden määrittely yhdenmukaistaa julkisten terveystoimien tarjontaa ja siten edistää yhdenvertaisuutta maan eri osien välillä.

Palkon suositukset linjaavat myös mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Suosituksessaan Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa (2018) neuvosto toteaa, että vaikuttaviksi todetut psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä

terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta. Tämä suositus koskee myös lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoa. Palkon suositusten lähtökohtana ovat muun muassa asiantuntijoiden laatimat Käypä hoito -suositukset, erikoislääkäriyhdistysten antamat hoitosuositukset sekä sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemat yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet.

Käypä hoito-suositukset ovat Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten laatimia riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Ne ovat suomalaisen käytäntöön soveltuvia perusteltuja kannanottoja, joiden avulla voidaan lisätä hoitokäytäntöjen yhdenmukaisuutta ja siten edistää potilaiden yhdenvertaisuutta. Lasten- ja nuorisopsykiatrian aloilta on käytettävissä useita suosituksia kattaen kaikki keskeisimmät lasten ja nuorten mielenterveysongelmat.

Palko voi antaa vain palveluvalikoiman sisältöä koskevia suosituksia. Palkon perustamiseen liittyvän lainsäädännön eduskuntakäsittelyn yhteydessä alkuperäinen ehdotus Palkon valtuuksista tehdä päätöksiä palveluvalikoimaan kuuluvista hoidoista poistettiin perustuslakivaliokunnan ehdotuksesta (PeV 30/2013 vp, s. 4). Sosiaali- ja terveysvaliokunta korosti lausunnossaan, että Palkon suositukset eivät merkitse luopumista yksilöllisestä lääketieteellisen hoidon tarpeen arvioinnista ja että potilaalla tuli edelleen olla oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja hoidosta päättää lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

Sosiaalihuollossa ei ole terveydenhuollon tapaan kansallisia toimijoita, joiden toimivaltaan kuuluisi suositusten antaminen. Sosiaalihuollon sisältöohjaus on perinteisesti perustunut terveydenhuoltoon vahvemmin normiohjaukseen lainsäädännön avulla. Sosiaalihuollon kansallisten laatusuositusten ja muun informaatio-ohjauksen kattavuus ja laatu vaihtelevat. Lasten ja nuorten mielenterveyden tukemiseen ei ole sosiaalihuollossa annettu erityistä sisältöohjausta.

Tällä hallituskaudella sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöohjaukseen liittyvää työtä tehdään osana kansallista palvelureformia, jonka tavoitteena on ennaltaehkäisyn vahvistuminen, palveluiden integraation, saatavuuden ja jatkuvuuden parantuminen, palvelujärjestelmän selkiytyminen, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen sekä varautumisen ja häiriötilanteiden hoidon vahvistuminen. Palvelureformin toimenpiteillä varmistetaan palvelulainsäädännön ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021, järjestämislaki) yhteen toimivuutta ja painotetaan kansallisesti vaikuttavia palveluja ja menetelmiä kansalliseen arviointityöhön perustuen.

Hyvinvointialueita ohjataan uudistamaan palvelujaan perustuen niiden tarkoituksenmukaiseen porrastukseen. Kalliiden erityistason palvelujen käyttöön kohdistuvaa painetta pystytään vähentämään, kun perustason palvelut toimivat ja kohdentuvat oikein ja oikea-aikaisesti. Painopisteen siirtoa perustasolle tuetaan lainsäädännöllä ja kansallisen ohjauksen avulla. Hallituksen tavoitteena on, että vaikuttavuusperustaisuus ja kustannusvaikuttavuus vahvistuvat läpi koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän. Vaikuttavuusperustaisuutta vahvistetaan näyttöön pohjautuen valtion ohjauksessa sekä alueiden johtamisessa ja palvelutuotannossa. Tavoitteena on, että vaikuttavien ja kustannusvaikuttavien käytäntöjen arvioinnin rakenteet, prosessit ja arviointiosaaminen vahvistuvat. Palvelujärjestelmän yhtenäinen tietotuotanto kehitetään vastaamaan vaikuttavuusperusteisen päätöksenteon ja sitä tukevien tutkimusten ja selvitysten tarpeita.

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi keväällä 2023 kaksi selvitystä^{24 25}, jotka käsittelevät sosiaalihuollon sisältöohjauksen nykytilaa ja sen uudistamistarpeita sekä sosiaalihuollon palvelujen porrasteisuuden edistämistä. Selvityksistä nousee vahvasti esiin, että parhaaseen mahdolliseen tutkimustietoon perustuvan osaamisen ja palveluiden vahvistamiseksi ja vaikuttavuuden vahvistamiseksi sosiaalihuollossa tarvitaan sekä tietoperustan ja osaamisen että työmenetelmien ja prosessien vahvempaa kehittämistä ja ohjaamista, jotka vertautuvat Käypä hoito- ja Palkon suosituksiin.

Lisäksi selvityksissä korostetaan hyvinvointialueiden muodostaman viiden yhteistyöalueen (YTA) tason merkitystä sosiaalihuollon sisältöjen kehittämisessä sekä vaikuttavien työmenetelmien käytöstä ja ohjauksesta alueellaan. Kansallisena toimena selvityshenkilöt ehdottavat myös, että nimettäisiin sosiaalihuoltolain 33 a § mukainen toimielin tekemään aloitteita suositusten mukaisen palvelujen kokeilemisesta ja seuraamaan sekä arvioimaan niitä. Toimikunnassa voisi olla asiantuntemusta mm. THL:stä, hyvinvointialueilta, korkeakouluista, sosiaalialan osaamiskeskuksista ja sosiaalialan järjestöistä.

Näyttöön perustuvien hoitojen ja palveluiden saatavuuden vahvistamista on edistetty kansallisesti myös valtionavustushankkeissa. Kansallinen vaikuttavuuskeskus, joka muodostuu yliopistollisista hyvinvointialueista ja HUS-yhtymästä, on aloittanut toimintansa pilottina Kestävän kasvun Suomi (RRP) –rahoituksella vuonna 2023. Vaikuttavuuskeskuksen pilotointi toteutetaan niiden hyvinvointialueiden yhteistyönä, joiden alueella sijaitsee yliopistollinen sairaala. Pilottiin kohdistettavasta rahoituksesta 50 % kohdentuu sosiaalihuollon sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvään kehittämiseen. Kokonaisuuteen on varattu kahden miljoonan rahoitus.

Kustannusvaikuttavuuden edistämiseksi rahoitetaan myös kansallisten terveydenhuollon näyttöön perustuvien suositusten päivittämistä sekä uusien sosiaali- ja terveydenhuollon suositusten laatimista kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Suosituksiin tuodaan sisällöllisen tiedon lisäksi kustannusvaikuttavuutta koskevaa tutkimuspohjaista tietoa. Rahoitus kohdennetaan Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueelle, jossa sijaitsee kansallinen HTA (Health technology assessment) -koordinaatioyksikö (FinCCHTA). Sille kuuluvat erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämistä annetun valtioneuvoston asetuksen (582/2017, keskittämisasetus) 3§:n 6 kohdan mukaisesti menetelmien arviointia sairaanhoitopiireissä koskevat koordinaatiotehtävät.

2.5 Hoitoon ja palveluihin pääsyn lainsäädäntö

Tässä esityksessä ehdotetut säädösmuutokset liittyvät keskeisesti paitsi edellä kuvattuun lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveyspalvelujen sisältöön, myös palveluihin ja hoitoon pääsyn lainsäädäntöön, johon esitetään tiukennuksia.

Säännöksiä kaikkia ikäryhmiä koskevasta hoidon tarpeen arviosta ja kiireettömästä hoitoon pääsystä on terveydenhuoltolaissa, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa (695/2019, opiskeluterveydenhuoltolaki), vankeuslaissa (767/2005) ja tutkintavankeuslaissa (768/2005). Nämä säännökset koskevat myös mielenterveyteen liittyvää hoidon tarvetta.

²⁴ [Heikkilä & Marjamäki 2024](#)

²⁵ [Muuri & Pohjola 2024](#)

Sosiaalihuoltolaissa on säädetty siitä, missä ajassa asiakkaan palvelutarve on arvioitava, päätös sosiaalipalvelujen tarpeesta annettava ja päätös toimeenpantava. Lisäksi oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa on säädetty siitä, missä ajassa koululaiselle ja opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhuollon psykologin tai kuraattorin kanssa sekä siitä, miten terveydenhoitajan ja lääkärin tulee olla koulu- ja opiskeluterveyden-huollossa tavoitettavissa.

2.5.1 Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsyn määräaikoja tiukennettiin 1.9.2023 alkaen 14 vuorokauteen. Psykkisten ja fyysisten terveysongelmien hoitoon pääsyä koskevat yhtäläiset periaatteet. Hoitoon pääsyn sääntely koskee erityisesti hoitoon hakeutumista eli pääsyä lääkäriin tai jos lääketieteelliselle arviolle ei ole tarvetta, pääsyä muun terveydenhuollon ammattihenkilön suoravastaanotolle. Suoravastaanotossa ammattilaisen vastaanotolle pääsee ilman lääkärin lähetettä. Mielenterveys- tai päihdetyön suoravastaanoille voi myös ottaa yhteyttä suoraan neuvonnan tai ohjauksen saamiseksi elämäntilanteisiin liittyvissä kriiseissä, psyykkisen kuormituksen tilanteissa tai tuen saamiseksi mielenterveyden oireiden tai mielenterveyteen liittyvän toimintakyvyn alenemisen vuoksi.

Terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään siitä, missä ajassa perusterveydenhuollon yksikköön tulee saada yhteys ja saada arvio hoidon tarpeesta esimerkiksi mielenterveyteen liittyvissä asioissa. Hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveystakeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön. Hänen tulee saada yksilöllinen arvio tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Kiireellinen hoito on järjestettävä välittömästi.

Edellä 51 §:ssä tarkoitettussa arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiirettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hoidon antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö (terveydenhuoltolain 51 a § 1 momentti). Hoitoon pääsyn määräaika lasketaan arviointia seuraavasta päivästä viikonloput ja arkipyhät mukaan lukien (HE 74/2022 vp, s. 116).

Hoitotakuuta koskevan hallituksen esityksen (74/2022 vp) käsittelyn yhteydessä nostettiin esiin, että 51 a §:n 1 momentissa käytetty hoitotapahtuman käsite ei ole täysin yksiselitteinen. Sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi esitystä koskevassa mietinnössään, että käsitteessä on olennaista, että siinä tosiasiallisesti toteutetaan hoitoa. Koska terveydenhuollon tilanteet ovat hyvin moninaisia, tarkempi määrittely ei valiokunnan näkemyksen mukaan ollut tarkoituksenmukaista. (StVM 21/2022 vp, s. 8).

Jos potilas on hoidontarpeen arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee terveysongelman hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana (51 a § 2 momentti). Näin ollen, jos esimerkiksi kouluterveydenhoitaja toteaa vastaanottokäynnin tai terveystarkastuksen yhteydessä, että lapsi tai nuori tarvitsee lääkärin tutkimusta tai hoitoa, tulee hänen päästä lääkärin vastaanotolle joko kouluterveydenhuollossa tai terveysasemalla seitsemän vuorokauden kuluessa.

Hoitoon pääsyn 51 a §:n 1 ja 2 momentissa säädettyt enimmäisajat eivät kuitenkaan koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, käyntejä perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotolla eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Näin ollen esimerkiksi toisen asteen opiskelijan tarpeen mukaiset ja suunnitellut jatkotapaamiset psykologin vastaanotolla eivät kuulu 14 vuorokauden hoitotakuun piiriin. Tämä hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Hoito on toteutettava hyvän hoitokäytännön mukaisesti (51 a 4 momentti). Jos hoidon tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun aikana havaitaan, että henkilö tarvitsee myös muuta perusterveydenhuoltoon kuuluvaa kiireetöntä tutkimusta, hoitoa tai kuntoutusta se on toteutettava 51 a §:n 1–4 momentissa säädettyjä enimmäisaikoja noudattaen.

Terveydenhuollon suoravastaanotot ovat 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajan piirissä. Jos potilas tarvitsee mielenterveyden häiriöiden arvioimiseksi lääketieteellistä arviota, hänet ohjataan joko suoraan hoidon tarpeen arvioinnissa tai muun laillistetun ammattihenkilön antaman hoitokerran jälkeen 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.

Terveydenhuoltolain 51 §:ssä tarkoitetun hoidon arvion yhteydessä on arvioitava, pystyykö hyvinvointialue tuottamaan tutkimukset, hoidon ja kuntoutuksen hoitoon pääsyä koskevissa enimmäisajoissa. Jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta 51 a §:ssä säädettyssä enimmäisajassa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 9 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta.

Hyvinvointialueen on terveydenhuoltolain 55 §:n mukaan julkaistava kuukausittain tunnusluvut siitä, miten 51 ja 51 a §:ssä säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Lokakuussa 2023 niistä avosairaanhoidon hoitoon pääsyn käynneistä, joiden tulisi toteutua 14 vuorokauden sisällä, 89 prosenttia toteutui lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Hoitotapahtumista etäpalveluina toteutui lääkäreille 40 ja sairaanhoitajille tai terveydenhoitajille 70 prosenttia. Etäpalvelujen käytössä oli suuria alueellisia eroja.²⁶

Esityksen jatkovalmistelussa tulee huomioitavaksi hallituksen 15.–16.4.2024 kehysriihessä tekemä päätös perusterveydenhuollon hoitotakuun palauttamisesta vuoden 2022 tasolle purkamalla edellisen hallituksen siihen tekemät tiukennukset. Käytännössä perusterveydenhuollon hoitotakuu muuttuisi 14 vuorokaudesta kolmeen kuukauteen. Lisäksi ostopalveluvelvoite poistettaisiin. Hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle budjettilakina syksyllä 2024 ja laki tulisi voimaan 1.1.2025. Tämän sopeutustoimenpiteen mahdollisia vaikutuksia esitykseen kuvataan luvussa 11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä.

Hoitoon pääsy korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa

Korkeakouluopiskelijoiden osalta opiskeluterveydenhuoltolain 10, 10 a ja 10 c §:ssä säädetään hoitoon pääsystä terveydenhuoltolakia vastaavalla tavalla. YTHS:llä on omia palvelupisteitä 22

²⁶ [THL tilastoraportti 71/2023](#)

paikkakunnalla. Opiskelija ohjataan ensisijaisesti oman opiskelupaikkakuntansa palvelupisteeseen, mutta tarvittaessa ajan voi saada myös YTHS:n toiseen palvelupisteeseen. YTHS tuottaa palvelut pääosin omana toimintanaan, mutta se voi opiskeluterveydenhuoltolain 8 §:n mukaan myös hankkia omaa toimintaansa täydentäviä opiskeluterveydenhuollon palveluja muulta palveluntuottajalta, jos palveluja ei voida muuten ja/tai määräajoissa toteuttaa. Osa YTHS:n palveluista tuotetaan ostopalveluna alihankkijoiden toimesta.

YTHS:n tulee opiskeluterveydenhuoltolain 10 d §:n mukaisesti julkaista kuukausittain tiedot siitä, miten yhteydensaannin ja hoidon tarpeen arvioinnin sekä kiirettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen on toteutunut. Tammi-helmikuussa 2024 yleis- ja mielenterveyspalveluissa yhteydensaanti ja hoidontarpeen arviointi toteutuivat aina saman päivän aikana. Mielenterveyspalveluissa hoitoon pääsystä säädettyssä 14 vuorokauden enimmäisajassa oli sen sijaan vaihtelua alueittain.

Hoitoon pääsy oppilas- ja opiskelijahuollossa

Opiskeluhuollon palvelujen tulee olla helposti saatavilla ja osana oppilaiden, opiskelijoiden ja oppilaitosten arkea esiopetuksesta aina toiselle asteelle asti. Terveystoimittajan työaika on oppilas- ja opiskelijahuoltolain 17 §:n mukaan järjestettävä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa siten, että opiskelija voi tarvittaessa päästä vastaanotolle myös ilman ajanvarausta. Lisäksi opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus saada arkisin virka-aikana samana päivänä yhteys opiskeluterveydenhuoltoon. Tarvittaessa oppilaitoksen terveydenhoitajan, psykologin tai lääkärin vastaanotolla tulee tehdä oppilaan tai opiskelijan hoidon tarpeen arviointi, ja lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon pääsy on järjestettävä terveydenhuoltolain 51 a säädetyn mukaisesti.

Opiskeluhuollon psykologin vastaanotolle on säädetty voimassa olevaa terveydenhoitolakia tiukemmista hoitoon pääsyn määräajoista. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain 15 §:n mukaan opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhuollon psykologin kanssa viimeistään seitsemäntenä oppilaitoksen työpäivänä sen jälkeen, kun opiskelija on tätä pyytänyt. Kiireellisessä tapauksessa mahdollisuus keskusteluun on järjestettävä samana tai seuraavana työpäivänä. Edellä mainitut määräajat koskevat myös opiskeluhuollon kuraattoreja.

Kuraattori arvioi oppilaan tai opiskelijan tuen tarvetta ja palveluihin pääsyä sosiaalihuoltolain mukaisesti. Koska kuraattori ei ole laillistettu terveydenhuollon ammattilainen, tulee kuraattorin tarvittaessa ohjata lapsi tai nuori terveydenhuollon palvelujen piiriin terveydenhuoltolain 51 §:n mukaiseen hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arvioon. Lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiirettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on sitten järjestettävä lapselle tai nuorelle arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana.

Hoitoon pääsy vankiterveydenhuollossa

Hoitoon pääsyn lainsäädäntöä sovelletaan myös tutkintavankeudessa tai vankina oleviin henkilöihin. Alle 21-vuotiaiden tutkinta- ja vankeusvankien määrä vuosina 2013-2022 on vaihdellut keskimäärin 81-96 nuoren välillä. Vuonna 2022 alle 25-vuotiaita tutkintavankeja oli 36.²⁷ Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen

27

https://www.rikosseuraamus.fi/material/sites/rise_ja_rskk_yhteiset/dokumentit/p8tplqmq0/RISE_Tilastollinen_vuosikirja_2022_FI.pdf

terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä vankeuslain 10 luvun 1 §:n mukaisesti. Vankilaterveydenhuollon yksikön järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin enimmäisaikoihin sekä tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiseen sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Vangille on myös mahdollisuuksien mukaan varattava tilaisuus psykologin antamaan ja muuhun vastaavaan neuvontaan, tukeen ja hoitoon (vankeuslaki 10 luku, 5 §). Vangeille järjestetään myös sosiaalista kuntoutusta.

Myös vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui. Vankiterveydenhuollossa toteutui lokakuussa 2023 lääkärin 14 vuorokauden enimmäisajassa hoitoon pääsy 79 %:ssa käynneistä ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien käynneistä 96 %:ssa.

Hoitoon pääsy vastaanottopalveluissa

Lapsia ja nuoria on myös vastaanottopalveluissa, joista vastaa Maahanmuuttovirasto. Vastaanottopalveluihin kuuluvat myös sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut. Terveys- ja terveydenhuoltopalveluista säädetään kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun lain (746/2011, vastaanottolaki) 26 §:ssä. Kansainvälistä suojelua hakevalle lapselle ja ihmiskaupan uhrille, joka on lapsi sekä tilapäistä suojelua saavalle henkilölle, jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta Suomessa (vastaanottolain 26 §:n 2 momentti). Näitä ryhmiä koskevat siten terveydenhuoltolain hoidon arviota ja kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säännökset. Ne vastaanottopalvelujen piirissä olevat lapset ja nuoret, jotka käyvät koulua tai opiskelevat ovat myös opiskeluhuoltopalvelujen piirissä.

Kansainvälistä suojelua hakevalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, on oikeus saada terveydenhuoltopalveluja terveydenhuoltolain 50 §:n mukaisesti sekä oikeus saada terveydenhuollon ammattihenkilön välttämättömiksi arvioimia muita terveystalveluja (vastaanottolain 26 §:n 1 momentti). Näin ollen muilla kuin 18 vuotiailla ja sitä nuoremmilla hoitoon pääsystä on rajoitteita.

2.5.2 Palveluihin pääsy sosiaalihuollossa

Sosiaalipalveluiden osalta palveluihin pääsyyn liittyvät lakisääteiset määräajat määrittyvät asian vireilletulon perusteella. Sosiaalipalveluja haettaessa asia tulee sosiaalihuoltolain 34 §:n mukaisesti vireille hakemuksesta tai kun hyvinvointialueen sosiaalihuollon työntekijä on muutoin tehtävissään saanut tietää mahdollisesti sosiaalipalvelujen tarpeesta olevasta henkilöstä. Lasten osalta asia sosiaalihuollossa voi tulla vireille myös lastensuojeluilmoituksena. Hyvinvointialueen on sosiaalihuoltolain 36 §:n ja lastensuojelulain 26 §:n mukaisesti huolehdittava, että lapsen tai nuoren kiireellisen avun tarve arvioidaan välittömästi. Lisäksi asiakkaalla on oikeus saada palvelutarpeen arviointi, jollei sen tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Sosiaalihuoltolaissa ja lastensuojelulaissa on määräaikoja asiakkaan tilanteen selvittämiseen liittyen. Sosiaalihuoltolain mukaan palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytyksiä. Tätä tiukempia määräaikoja on vain iäkkäille, vammaisille ja erityistä tukea tarvitseville henkilöille. Lastensuojelutarpeen selvitys ja erityistä

tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta. Palveluprosesseissa tulee varmistaa, että asiakas saa viipymättä terveytensä ja kehityksensä kannalta välttämättömät palvelut.

Palvelutarpeen arvioinnista vastaa tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (817/2015) 3 §:ssä tarkoitettu sosiaalihuollon ammattihenkilö. Arvion lastensuojelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien tarpeesta ja erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeesta tekee sosiaalityöntekijä. Palvelutarpeen arviointi tehdään asiakkaan tilanteen edellyttämässä laajuudessa. Arvioinnin tekemiseksi työntekijä voi tarvittaessa olla yhteydessä asiakkaan läheisiin sekä eri yhteistyötahoihin ja asiantuntijoihin (sosiaalihuoltolaki 41 §).

Sosiaalihuoltolakia sovelletaan hyvinvointialueen sosiaalihuoltoon. Kansainvälistä suojelua hakevalla, tilapäistä suojelua saavalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, on oikeus saada sosiaalihuoltolain 14 §:ssä tarkoitettuja sosiaalipalveluja, jos sosiaalihuollon ammattihenkilö arvioi ne välttämättömiksi sinä aikana, jona henkilö on oikeutettu vastaanottopalveluihin tai jona hän on auttamisjärjestelmässä. Vastaanottopalveluiden järjestämisestä vastaa se vastaanotokeskus, jonka asiakkaaksi kansainvälistä suojelua hakeva tai tilapäistä suojelua saava rekisteröidään.

THL pyytää hyvinvointialueilta kaksi kertaa kalenterivuodessa tietoja lastensuojelulain 26 §:ssä sekä sosiaalihuoltolain 36 §:ssä säädettyjen palvelutarpeen arvioinnin määräaikojen toteutumisen seurannan ja valvonnan toteuttamiseksi. 1.4–30.9.2023 toteutetun seurannan perusteella palvelutarpeen arviointien käsittely alkoi noin 92 prosentissa lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa. Palvelutarpeen arvioinnit valmistuivat noin 86 prosenttisesti lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa.

Seurannassa todettiin, että lastensuojelutarpeen tai erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arvioinnin käsittelyajat olivat pitkittyneet viidellä perättäisellä seurantajaksolla. Alueittain tarkasteltuna palvelutarpeen valmistumisen käsittelyajan ylitykset lisääntyivät 16 alueella ja vähenivät 6 alueella. Osa heikentymisestä selittyy sillä, että hyvinvointialueiden aloituksen myötä tavat laskea tilastolukuja ovat muuttuneet ja tietojen poimiminen eri tietojärjestelmistä tuo haasteita.²⁸

Sosiaalihuoltolain 45 §:n 1 momentin mukaisesti asiakkaalla on oikeus saada kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Kiireellisiä toimenpiteitä koskeva asia on käsiteltävä ja päätös tehtävä viipymättä siten, ettei asiakkaan oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muissa kuin kiireellisissä asioissa päätös on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun asia on tullut vireille. Päätöksenteon aikaraja on riippuvainen asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta.

Sosiaalipalvelua koskeva päätös on sosiaalihuoltolain 45 §:n 2 momentin mukaisesti toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireille tulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä

28

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147924/Tr_68_23_Lastensuojelun_kasittelyajat_huhti_syyskuu_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

erityinen peruste. Erityinen peruste voi olla esimerkiksi se, että asiakas tarvitsee palvelua vasta tietyn ajanjakson jälkeen. Säännöksen muotoilu jättää harkinnanvaraa erilaisten tapausten varalle, ja sen tavoitteena on turvata asiakkaan etua. Jos palvelua ei ole mahdollista saada säädettyssä kohtuullisessa ajassa, on asiakkaalle annettava kielteinen päätös, johon on mahdollisuus hakea muutosta.

Sosiaalihuollossa ei toistaiseksi ole käytettävissä kansallista tietoa siitä, saavatko asiakkaat tarvitsemansa sosiaalipalvelut lain edellyttämien määräaikojen puitteissa. Ongelmia palveluiden saatavuudessa on kuitenkin tunnustettu. THL:n valtakunnallisen FinLapset -kyselyn aineiston perusteella pienten lasten tukea tarvinneista vanhemmista merkittävän suuri osa raportoi tyydyttymätöntä palvelujen tai tuen tarvetta.²⁹

Suurin osa lapsista ja nuorista (80–95 %) ei koe tarvitsevansa apua opiskeluhoillon kuraattorilta. Perusopetuksen osalta 1–3 % lapsista ei ole päässyt kuraattoripalveluun, vaikka olisi sitä tarvinnut. Toisen asteen opiskelijoista tytöistä 6–7 prosenttia ja pojista 2–3 prosenttia olisi tarvinnut kuraattorin apua, mutta ei ole sitä saanut. Kuraattorilla käyneiden osuuksissa on viimeisen viiden vuoden aikana ollut kasvua erityisesti ammatillisten oppilaitosten tytöillä. Yli kolme kertaa kuraattorilla asioineiden ammatillisten oppilaitosten ja lukion tyttöjen osuus on viiden viime vuoden aikana kasvanut lähes kaksinkertaiseksi.³⁰

2.6 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämistä vastuu

2.6.1 Hyvinvointialueet

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelukokonaisuus on ollut 1.1.2023 lähtien 21 hyvinvointialueen ja Helsingin kaupungin järjestämistä vastuulla. Lisäksi Uudellamaalla palvelujen järjestämisestä vastaa terveydenhuollossa myös HUS-yhtymä. Hyvinvointialueella on itsehallinto siten kuin hyvinvointialueesta annetussa laissa (611/2011) säädetään. Ahvenanmaan osalta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu sen itsehallintolain (1144/1991) mukaan Ahvenanmaan toimivaltaan. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS). Sosiaalihuollosta vastaavat Ahvenanmaan 16 kuntaa.

Hyvinvointialueen on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 4 §:n mukaisesti suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä kaksikielisellä hyvinvointialueella sekä suomeksi että ruotsiksi siten, että asiakas saa ne valitsemallaan kielellä järjestämislain 5 §:n mukaisesti.

Järjestämislain 8 §:n mukaan hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Järjestämistä vastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä

²⁹ [Tyydyttymätön palvelutarve lapsiperheitä tukevissa sosiaalipalveluissa | Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti \(journal.fi\)](#)

³⁰ [Opiskeluhoitopalvelujen käyttö perusopetuksessa ja toisella asteella \(julkari.fi\)](#)

henkilöstö. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto.

Esitetty lainsäädäntö liittyy paitsi hyvinvointialueen järjestämisvastuuseen, myös hyvinvointialueiden keskinäiseen yhteistyöhön, sillä lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta sopiminen ja osaamisen ylläpito on perusteltua keskittää laajempaan alueelliseen kokonaisuuteen.

Osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta muodostettiin viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta (YTA), joita ovat Etelä-Suomi, Itä-Suomi, Sisä-Suomi, Länsi-Suomi ja Pohjois-Suomi. Järjestämislain 36 §:n mukaisesti samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden on tehtävä valtuustokausittain yhteistyösopimus, jonka tarkoituksena on varmistaa yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden työnjako, yhteistyö ja yhteensovittaminen siltä osin kuin se on tarpeellista hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaamiseksi. Valtioneuvoston asetuksessa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta (309/2023, YTA-asetus) tarkennetaan järjestämislain sääntelyä tehtävistä ja palveluista, joista yhteistyösopimuksessa on sovittava.

Yhteistyösopimuksessa on järjestämislain 36 §:n 3 momentin 8 kohdan mukaisesti sovittava sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisten periaatteiden määrittelystä, niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen. Valtakunnallisilla linjauksilla tarkoitetaan Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) suosituksia ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia suosituksia, kuten Käypä hoito -suosituksia. Uudet menetelmät voivat liittyä sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon. Yhtenäiset periaatteet menetelmien käyttöönotossa edistävät hyvinvointialueiden asukkaiden yhdenvertaisuuden toteuttamista. (HE 241/2020 vp, s.758) Yhteistyösopimuksessa on sovittava 36 §:n 4 momentin mukaisesti sovittuihin vastuisiin liittyvästä hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta. Kaksikielisten hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien toteutumisen turvaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämä yhteistyösopimus on yhteen sovitettava 36 §:ssä tarkoitettun yhteistyösopimuksen kanssa.

Yhteistyösopimuksessa on sovittava myös yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen tehtävistä yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välisen työnjaon koordinaatiossa, ohjauksessa ja neuvonnassa. Yhteistyösopimuksessa on huomioitava valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (keskittämisasetus). Keskittämisasetuksen 4 §:n mukaisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja Uudellamaalla HUS-yhtymän on huolehdittava tietyistä erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Eräs tällainen tehtävä on psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito. Tehtävä koskee myös lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoa.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tulee huolehtia alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta. Säännöksellä tarkoitetaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen velvollisuutta suunnitella ja koordinoida psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnin ja käyttöönoton kokonaisuutta sekä neuvotella siitä alueellisesti. Vuodesta 2020 lähtien Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelman aikana

käynnistettiin asetuksen pohjalta järjestelmällistä alueellista yhteistyötä, ja sen puitteissa aloitettiin alueellisesti psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto eri ikäryhmille.

Järjestämislain 36 §:n mukaisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimusten laatimisen prosessi etenee kevään 2024 aikana, ja ensimmäisten sopimusluonnosten tulee valmistua 30.4.2024 mennessä. Sopimukset allekirjoitetaan 31.12.2024 mennessä. Sopimusten sisältöä tarkennetaan tarpeen mukaan välttämättömän yhteistyön osalta. Kaikkea hyvinvointialueiden välistä yhteistyötä ei tarvitse sopia YTA-sopimuksella.

Järjestämislain 37 §:n mukaisesti ennen yhteistyösopimuksen hyväksymistä hyvinvointialueiden on kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä. Yhteistyösopimuksen toteutumista seurataan ja arvioidaan vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön ja yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välisissä neuvotteluissa. Yhteistyösopimusta on tarvittaessa muutettava joko yhden tai useamman hyvinvointialueen esityksestä tai sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta. Valtioneuvosto voi järjestämislain 38 §:n mukaisesti päättää hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksesta ja sen sisällöstä siltä osin kuin hyvinvointialueet eivät pääse sopimukseen, yhteistyösopimuksessa ei ole sovittu 36 §:n 3 momentissa tarkoitetuista asioista siten, että se turvaisi hyvinvointialueiden lakisäätteisten tehtävien toteutumisen tai yhteistyösopimuksessa ei ole sovittu 36 §:n 3 momentissa tarkoitetuista asioista siten, että se turvaisi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden.

2.6.2 Kansaneläkelaitoksen järjestämä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto

Ehdotettavissa säännösmuutoksissa on hyvinvointialueiden järjestämien palvelujen lisäksi huomioitava korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto. Suurin osa 18 vuotta täyttäneistä nuorista opiskelee lukiossa, ammatillisessa koulutuksessa, ammattikorkeakouluissa tai yliopistoissa, jolloin he ovat oikeutettuja opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Hyvinvointialueet vastaavat alueellaan sijaitsevien toisen asteen oppilaitoksissa opiskelevien opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä terveydenhuoltolain 15 a §:n mukaisesti, mutta yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä on korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019, opiskeluterveydenhuoltolaki) 6 §:n mukaan 1.1.2021 alkaen vastannut Kansaneläkelaitos. Opiskeluterveydenhuoltolain 8 §:n mukaan palvelut tuottaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Kelan asema opiskeluterveydenhuoltopalveluiden järjestäjänä ja YTHS:n asema säätiönä toimivana palveluiden tuottajana eroavat hyvinvointialueiden asemasta palveluiden järjestäjänä ja tuottajana muun muassa palvelujen rahoituksen osalta. Opiskeluterveydenhuollon rahoitusmallista säädetään opiskeluterveydenhuoltolain 14 §:ssä. Opiskeluterveydenhuollon kokonaiskustannuksen rahoitus koostuu kansallisesta rahoitusosuudesta sekä Kansaneläkelaitoksen rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) 20 a §:n perusteella maksamista valtion korvauksista. Kansallinen rahoitusosuus puolestaan koostuu valtion Kansaneläkelaitokselle maksamista opiskeluterveydenhuollon rahoitusosuudesta sekä opiskelijoiden Kansaneläkelaitokselle maksamista 25 §:ssä tarkoitetuista veroluonteisista terveydenhoitomaksuista. Opiskeluterveydenhuoltolain 25 §:n mukaan terveydenhoitomaksu on saman suuruinen kaikille maksuvelvollisille opiskelijoille. Tavoitteena on, että valtion varoista katetaan 77 prosenttia ja opiskelijoilta perittävillä terveydenhoitomaksuilla 23 prosenttia opiskeluterveydenhuollon kansallisesta rahoitusosuudesta.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon rahoituksessa hyväksyttävistä kustannuksista ovat palvelujen tuottamisesta aiheutuvat tarpeelliset ja kohtuulliset kustannukset ottaen huomioon laatua, vaikuttavuutta, taloudellisuutta ja tuottavuutta koskevat

Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuullaan asettamat tavoitteet. Hyväksyttävät kokonaiskustannukset muodostuvat opiskelijalle annettavien opiskeluterveydenhuollon palvelujen opiskelijakohtaisesta hyväksyttävästä kustannuksesta kerrottuna läsnä olevaksi ilmoittautuneiden korkeakouluopiskelijoiden määrällä. Eduskunta päättää vuosittain hyväksyttävästä opiskeluterveydenhuollon kansallisesta rahoitusosuudesta ja valtion rahoitusosuudesta valtion talousarvion käsittelyn yhteydessä.

2.7 Henkilöstön saatavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus on keskeinen tekijä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvän lainsäädännön velvoitteiden täyttämiseksi, että lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantamisessa. Useissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä on henkilöstövajetta. Hyvinvointialueiden talouden kestävyys, muiden toimialojen henkilöstötarve ja väestörakenne asettavat haasteita henkilöstön saatavuuden turvaamiselle. Yksittäisen sosiaali- tai terveydenhuollon ammattiryhmän tai palvelun tilanteen tarkastelu ei anna kokonaiskuvaa henkilöstön saatavuuden tilanteesta ja koulutus-määrien lisäämisen tarpeesta. Sote-henkilöstöä koskevan tietopohjan puutteiden vuoksi tilanteen kokonaisarviointi on vaikeaa.

2.7.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palveluiden henkilöstö

Sairaanhoitajan ammateissa toimivista lähes 85 prosenttia toimi sairaanhoitajina (sisältää ensihoitajat), kolme prosenttia kättilöinä ja 12 prosenttia terveydenhoitajina. Kättilöistä, sairaankuljetuksen ensihoitajista ja terveydenhoitajista ei ole juurikaan työvoimapulaa, vaan suurin pula kohdistuu sairaanhoitajiin.

Sairaanhoitajan ammattioikeuksia vuoden 2022 lopussa oli alle 65-vuotiailla 114 335. Laillistettujen sairaanhoitajien määrä on laskusuuntainen. Vuonna 2022 sairaanhoitajille myönnettiin laillistuksia 3302, joka on 842 vähemmän kuin edellisellä vuonna ja 1118 vähemmän kuin vuonna 2020. Laskua näkyy myös muissa hoitoalan laillistusmäärissä. Viime vuosina hoitohenkilöstöön liittyvä työnvoimavaje on pahentunut sekä julkisessa että yksityisessä palvelutuotannossa.

Sairaanhoitajien työvoimapulaa selittää se, että sairaanhoitajakoulutusta ei oltu monena vuonna juurikaan lisätty. Tämän vuoksi koulutuspaikkoja lisättiin määräaikaista 1000:lla 5000 paikkaan vuosina 2020-2022 ja aloituspaikat on saatu täytettyä. Koulutuksen läpäisevyys on noin 80 %. Lisäys näkyy työmarkkinoilla vuodesta 2024 alkaen. Vuoden päästä valmistumisesta 94,4 prosenttia sairaanhoitajista oli työllistynyt ja 1 prosentti oli työttömänä (v. 2021). Viiden seuraavan vuoden kuluessa on arvioitu eläköityvän noin 8500 sairaanhoitajaa, joista julkiselta sektorilta eläköityvien osuus on noin 7000. Hyvinvointialueilta eläköityy vuosien 2022-2031 aikana 24,6 % sairaanhoitajista, 31,2 % terveydenhoitajista ja 45 % osastonhoitajista.

Sairaanhoitajien lisäksi myös psykologeista on pulaa. Psykologien työvoima eli kaikki ne henkilöt, jotka olivat vuoden viimeisellä viikolla työllisiä tai työttömiä, oli vuoden 2022 lopussa 5758. Arvion mukaan n. 60 % psykologeista työskentelee julkisella sektorilla ja suurin osa aikuisten tai lasten ja nuorten mielenterveystyössä. Kolmanneksi eniten jäseniä toimi koulupsykologian ja neljänneksi eniten psykoterapeuttina. Avoimia psykologin työpaikkoja oli 259 maaliskuussa 2023, ja samaan aikaan työttömiä työnhakijoita oli 173. Työttömyysaste (3/2023) oli 3,0 %.

Psykologiliiton kartoituksen perusteella vuonna 2021 eniten täyttämättömiä vakansseja oli opiskeluhuollossa ja toiseksi eniten erikoissairanhoidossa. Psykologien koulutuspaikkoja on

viime vuosina lisätty huomattavasti. Paikan vastaanottaneita on vuosittain vajaat 400, ja psykologien nettomäärä kasvaa vuosittain 150 ammattilaisella. Kohtaanto-ongelma on kuitenkin merkittävä, sillä suhteellisen pieni osuus psykologeista työskentelee julkisella sektorilla.

Lääkärivaje perusterveydenhuollossa on pysynyt pitkään ennallaan ja moni lääkäri työskentelee osa-aikaisesti. Vuonna 2022 hoitamatta oli 325 tehtävää (8 %), joihin oli haettu tekijää, mutta ei oltu saatu. Lisäksi hoitamatta oli 97,5 tehtävää, joihin ei pyrittykään hakemaan tekijää. Lisävakanssien tarve on noin 300 eli 7-8 % nykyisten vakanssien kokonaismäärästä. Kouluterveydenhuollossa on pulaa lääkäreistä, eikä vakansseja ole osalla hyvinvointialueista pystytty täyttämään. Tilanne oli vaikea jo ennen koronapandemiaa. Lähivuosina eläköityy noin 600 lääkäriä vuodessa, 2030-luvulle tultaessa noin 500 vuodessa. Noin 60 % lääkäreistä eläköityy julkisen sektorin tehtävistä, ja noin puolet eläköityneistä lääkäreistä jatkaa työskentelyä vielä eläkkeellä ollessaan.

Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palveluissa työskentelee pääosin sosiaalityöntekijöitä ja sosionomi AMK tutkinnon suorittaneita henkilöitä. Lisäksi sosiaalihuollossa on palveluja, kuten asumispalvelut ja kotipalvelu, joissa korostuu hoiva ja huolenpitotehtävät. Niissä toimivat erityisestiminimikesuojatut lähihoitajat, kodinhoitajat ja kehitysvammaisten hoitajat.

Opiskeluhuollon kuraattorin kelpoisuudesta säädetään oppilas- ja opiskelijahuoltolain 7 §:ssä. Kuraattorina voi toimia sosiaalityöntekijä tai sosionomi. Lisäksi kelpoinen on henkilö, jolla on tehtävään soveltuva sosiaali- tai kasvatusalalle taikka käyttäytymistieteisiin suuntautunut korkeakoulututkinto. Koulutukseen tulee sisältyä tai sen lisäksi tulee olla suoritettuna 60 opintopisteen laajuiset korkeakouluopinnot, joiden tulee muodostua sosiaalityön yliopisto-opinnoista tai mainitun lain 8 §:n 1 momentissa tarkoitettuun korkeakoulututkintoon kuuluvista opinnoista. Jokaisen oppilaitoksen käytettävissä on oltava sellaisen vastaavan kuraattorin palveluja, joka on sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain 7 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö.

Sosiaalihuollossa työskenteli vuonna 2020 yhteensä yli 173 000 henkilöä. Henkilöstömäärältään suurimmat sosiaalihuollon palvelukokonaisuudet ovat vanhusten ja vammaisten avopalvelut ja vanhusten ja vammaisten asumispalvelut. Näissä palveluissa työskenteli yli puolet sosiaalihuollon henkilöstöstä. Sosionomeista on pulaa etenkin lastensuojelun laitoshoidossa. Suurin työvoimapula sosiaalialalla on sosiaalityöntekijöistä. Seuraavan viiden vuoden kuluessa sosiaalityöntekijöitä on arvioitu eläköityvän 5356, julkiselta sektorilta 3819.

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi ja henkilöstöpulan helpottamiseksi Hyvän työn –ohjelman. Ohjelma perustuu Petteri Orpon hallitusohjelmaan ja on jatkoa vuosien 2021-2023 aikana käynnissä olleelle Sote-henkilöstön riittävyys ja saatavuus –ohjelmalle. Ohjelma tähtää sosiaali- ja terveydenhuollon veto- ja pitovoiman lisäämiseen, ja se on osa kansallisen palvelureformin toteuttamista. Hyvän työn ohjelman kuuteen sisältökokonaisuuteen sisältyy erilaisia toimenpiteitä, joilla pyritään turvaamaan sote- ja pelastusalan henkilöstön riittävyys ja saatavuus tulevina vuosina. Hyvinvointialueille suunnattu valtionavustus on käytettävissä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työnjakoa koskeviin pilotteihin ja työssä jaksamista koskevaan valmennus- ja kehittämiskokonaisuuteen.

2.7.2 Psykoterapeutit

Lisääntynyt mielenterveyspalveluiden kysyntä ja Kansaneläkelaitoksen korvaaman kuntoutuspsykoterapian määrien kasvu on nostanut esiin kysymyksen psykoterapeuttien saatavuudesta. Psykoterapeutit ovat nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Alle 65-vuotiasta nimikesuojattuja psykoterapeutteja oli vuoden 2022 lopussa 5739 ja yli 65 -vuotiaita 3101. Laillistettujen psykoterapeuttien määrä on kasvanut vuodesta 2010 yli 37 %.

Suomessa psykoterapeuttikoulutusta järjestävät Helsingin, Itä-Suomen, Jyväskylän, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistot sekä Åbo Akademi. Psykoterapeutin nimikesuojatun ammattinimikkeen käyttämisen edellytyksenä on, että asianomainen henkilö on suorittanut yliopiston tai yliopiston yhdessä muun kouluttajaorganisaation kanssa järjestämän psykoterapeutti-koulutuksen. Järjestävällä yliopistolla tulee olla psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusvastuu. Psykoterapeuttikoulutus on tutkinnon jälkeistä koulutusta, jota yliopistot toteuttavat maksullisena täydennyskoulutuksena, eikä opetus- ja kulttuuriministeriö vastaa sen säädöspohjasta, ohjauksesta tai rahoituksesta.

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi keväällä 2022 selvitystyön psykoterapiakoulutuksen nykytilasta ja haasteista ja koulutuksen muuttamisesta maksuttomaksi. Selvityksen mukaan nykytilan haasteena on muun muassa se, että koulutukset ohjautuvat markkinaehtoisesti ja ohjattavuus palvelujärjestelmän tarpeiden mukaisesti on vaikeaa. Koulutus ei vastaa yhteiskunnallisiin tarpeisiin ja osaltaan ylläpitää sekä alueellista että sisällöllistä epätasapainoa palveluiden saatavuudessa. Välittömiksi kehittämisehdotuksiksi selvityksessä nostettiin psykoterapiakoulutuksen pysyvän aseman vakiinnuttaminen yliopistossa ja tähän tarvittavan rahoituksen turvaaminen. Koulutuksen aseman virallistaminen loisi jatkuvuuden, joka mahdollistaisi laadun, koulutuksen sisällön ja kustannustehokkuuden kehittämisen. Selvityksessä todettiin, että jos koulutuksen asema vakiinnutetaan yliopistoissa ja budjetoidaan perusrahoitus, tämä vaikuttaa opiskelijoilta perittäviin kustannuksiin. Lisäksi ehdotettiin selvitettäväksi, miten psykoterapeuttikoulutuksen määrää voitaisiin lisätä.

Pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelman mukaan psykoterapiapalveluiden saavutettavuutta vahvistetaan uudistamalla psykoterapeuttikoulutusta kaksiportaiseksi ja säätämällä ensimmäisen portaan koulutus maksuttomaksi. Ohjelman liitteen mukaisesti uudistukseen on varattu rahoitusta vuodesta 2025 alkaen. Julkisen talouden suunnitelmassa vuosille 2024-2027 on opetus- ja kulttuuriministeriön hallinnonalalle korkeakoulujen toimintamenoihin varattu kirjauksen toimeenpanoon rahoitusta seuraavasti: 2 milj. euroa vuodelle 2025, 5 milj. euroa vuodelle 2026 ja vuodesta 2027 lähtien 10 milj. euroa. Hallitusohjelmakirjauksen toimeenpanon ja sen edellyttämän yhteistyön järjestämisen vastuu on opetus- ja kulttuuriministeriöllä. Sosiaali- ja terveysministeriö osallistuu opetus- ja kulttuuriministeriön hankkeeseen tarjoamalla substanssiasiantuntemusta koulutusportaiden sisällön valmisteluun.

3 Tavoitteet

Hallituksen esityksellä toimeenpannaan Petteri Orpon hallituksen Vahva ja välittävä Suomi -hallitusohjelman kirjaus, jonka mukaan lainsäädännöllä turvataan lasten ja nuorten yhdenvertainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin.

Esityksen tavoitteena on vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn ja hoidon sekä mielenterveyden tuen saatavuutta perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollon perustason palveluissa. Esitetyn lainsäädännön tavoitteena on vastata lasten ja nuorten lisääntyneeseen mielenterveyteen liittyvään oireiluun varhaisessa vaiheessa ja vaikuttavasti.

Jotta perustason palveluissa kyettäisiin vastaamaan heidän hoidon ja tuen tarpeisiinsa, on käytössä oltava vaikuttavuusnäyttöön perustuvia psykososiaalisia menetelmiä.

Säättämällä enimmäisajasta takuun piiriin kuuluvan psokososiaalisen intervention aloittamiselle pyritään takaamaan lapsille ja nuorille oikea-aikainen hoito ja tuki ja vahvistamaan heidän oikeuksiaan tarvitsemiinsa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Edistämällä näyttöön perustuvien psykososiaalisten menetelmien käyttöä osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaa vahvistetaan mielenterveystyön laatua ja yhdenvertaisuutta.

Esitetyn lainsäädännön myötä pyritään välillisesti vaikuttamaan myös lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilanteeseen. Perustasolla tarjottavan tuen saatavuutta ja laatua lisäämällä, voitaisiin vähentää lasten ja nuorten ohjautumista erikoissairaanhoidon riittämättömien perustason palvelujen vuoksi. Näin voitaisiin välillisesti edistää myös vaikeista häiriöistä kärsivien lasten ja nuorten hoidon saatavuutta. Lisäksi oikea-aikaisesti tarjottu varhainen hoito ja tuki voivat osaltaan vähentää myös pitkäaikaista sosiaalihuollon tarvetta.

Esityksen tavoitteena on näin ollen vastata niihin puutteisiin ja kehittämistarpeisiin, joita lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluissa ja niitä koskevissa valvontaviranomaisten ja laillisuusvalvojien havainnoissa on tunnistettu. Myös Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea sekä lapsen oikeuksien komitea ovat antaneet Suomelle suosituksia lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalvelujen saatavuuden turvaamisesta.

Eduskunta kiinnitti sekä perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevan (HE 74/2022 vp) että mielenterveys- ja päihdepalveluiden lainsäädännön uudistamista koskevan hallituksen esityksen (HE 197/2022 vp) käsittelyn yhteydessä huomiota siihen, että lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden tilanteen ratkaiseminen edellyttää kansallisia toimia palveluiden saatavuuden ja lasten ja nuorten oikeuksien turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysvaliokunta painotti, että psykososiaalisten hoitomuotojen ja psykoterapian saatavuutta turvaavia toimia on jatkettava määrätietoisien ja pitkäjänteisen kehittämisen kautta. Erityistä huomiota tuli valiokunnan mukaan kiinnittää ehkäisevien ja perustason palvelujen saatavuuteen ja tarvittaessa ryhtyä lainsäädäntötoimiin.

4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

4.1 Keskeiset ehdotukset

Hallituksen esityksessä määritettäisiin terveydenhuoltolakiin lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon pääsyä koskeva erityissäännös. Se täydentäisi voimassa olevaa terveydenhuoltolain 53 §:n sääntelyä, joka tällä hetkellä koskee lasten ja nuorten psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsyä.

Esityksen mukaisesti lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito olisi aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle olisi todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellyttäisi. Esitetty lainsäädäntö koskisi sekä hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämisvastuulla olevia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, että Kelan järjestämisvastuulla olevaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa.

Sosiaalihuoltolain voimassa olevaan mielenterveystyön palveluja koskevaan 25 a §:ään lisättäisiin säännös, jonka mukaan lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille olisi sosiaalihuollon

mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Lisäksi määritettäisiin, että edellä mainittua palvelua koskeva päätös olisi toimeenpantava kuukauden kuluessa asian vireille tulosta. Aika voisi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatisi pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle olisi muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Mielenterveyteen liittyvää hoitoa ja tukea on tärkeää olla saatavilla riittävän matalalla kynnyksellä. Siksi esitetyn lainsäädännön osalta kaikissa tilanteissa ei edellytettäisi lapsen tai nuoren hoidon tarpeen lääketieteellistä arviota tai mielenterveyden häiriön diagnosointia, vaan takuun piiriin kuuluisivat sellaisetkin mielenterveyden häiriöitä lievemmät tilanteet, joissa myös muun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin arvio hoidon tai tuen tarpeesta olisi riittävä. Lyhytpsykoterapiat kuuluisivat aina annettaviksi lääketieteellisen arvion perusteella.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita voitaisiin antaa perusterveydenhuollossa mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Sosiaalihuollossa voitaisiin antaa ehkäisevään työhön soveltuvia interventioita psykososiaalisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden vahvistamiseksi. Takuuta toteuttavia interventioita voisi suurelta osin antaa myös sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja toimipisteissä, joihin voi ottaa suoraan yhteyttä neuvonnan tai ohjauksen saamiseksi elämäntilanteisiin liittyvissä kriiseissä, psyykkisen kuormituksen tilanteissa tai tuen saamiseksi mielenterveyden oireiden tai mielenterveyteen liittyvän toimintakyvyn alenemisen vuoksi. Interventioita voitaisiin toteuttaa esimerkiksi sosiaali- ja terveysasemien avosairaanhoidotoiminnassa, perhekeskuksissa, ehkäisevässä terveydenhuollossa, opiskeluhoollossa, perheneuvola- ja nuorisovastaanottotyyppisessä toiminnassa sekä osana sosiaalihuollon lapsiperheiden ja työikäisten palveluja.

Hyvinvointialue voisi päättää, missä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä takuun piiriin kuuluvia interventioita annettaisiin. Palveluja olisi kuitenkin oltava tarjolla perusterveydenhuollossa ehkäisevänä terveydenhuoltona ja sairaanhoitona sekä sosiaalihuollon perustason palveluna. Työnjaossa olisi huomioitava sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänjako ja kunkin toiminnon lakisääteiset velvoitteet kuten se, ettei mielenterveyden hoito kuulu neuvoloiden, muun ehkäisevän terveydenhuollon tai sosiaalihuollon lakisääteisiin tehtäviin.

Esitetyn lainsäädännön valmistelussa on huomioitu, että terveydenhuollon ja sosiaalihuollon lainsäädännöt eroavat toisistaan muun muassa päätöksentekomenettelyn, muutoksenhakuoikeuden sekä potilaan ja asiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvän sääntelyn osalta. Myös hoitoon ja palveluihin pääsyn aikamääreet on määritetty eri periaattein. Näistä eroavaisuuksista huolimatta on perusteltua, että takuun piiriin lukeutuvia psykososiaalisia interventioita olisi saatavilla myös sosiaalihuollossa. Näin tukea olisi saatavilla laajemmin, ja sen piiriin olisi helppo hakeutua niin, ettei lasta, nuorta tai perheitä lähetettäisi terveydenhuoltoon silloin kun avun ja tuen tarpeisiin voitaisiin vastata sosiaalihuollon keinoin. Näin olisi mahdollista torjua lasten ja nuorten tilanteisiin ja kehitysvaiheisiin liittyvää tarpeetonta medikalisaatiota ja huomioida paremmin myös vanhemmuuteen liittyvä tuen ja ohjauksen tarve.

Tarkoituksena ei ole nostaa esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita lasten, nuorten tai perheiden ensisijaiseksi mielenterveystyön muodoksi, vaan hoidon ja tuen tarve olisi aina arvioitava yksilöllisesti. Esitys ei sisällä muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen tai terveydenhuollon sisäiseen työnjakoon lasten ja nuorten

mielenterveyden häiriöiden ehkäisemisessä tai hoidossa. Lainsäädäntöön ei myöskään esitetä muutoksia kiireellisen mielenterveyden hoidon järjestämisen osalta.

4.1.1 Esitetyn lainsäädännön ikäryhmä

Esitetty lainsäädäntö koski lapsia ja alle 23-vuotiaita nuoria. Sen ikärajaus vastaisi näin ollen voimassa olevan terveydenhuoltolain 53 §:n 2 momentin määritelmää lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden erikoissairaanhoidon pääsyn ikäryhmästä, jolle taataan muuta väestöä nopeampi pääsy psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Terveydenhuoltolaki ei muutoin sisällä ikään liittyviä määritelmiä. Esitys koski myös opiskeluterveydenhuoltolain ja siten YTHS:n palvelujen piirissä olevia alle 23-vuotiaita korkeakouluopiskelijoita.

Sosiaalihuoltolaki sisältää sekä lapsen että nuoren määritelmät. Sosiaalihuoltolain 3 §:n mukaan lapsella tarkoitetaan alle 18-vuotiasta ja nuorella 18–24-vuotiasta henkilöä. Sosiaalihuoltoon kuuluvan lastensuojelulain (417/2007) 6 §:n mukaan nuorena pidetään 18–22 -vuotiasta. Nuoren määritelmiä on myös muiden hallinnonalojen lainsäädännössä, kuten nuorisolaissa (1285/2016), jossa nuorella tarkoitetaan alle 29-vuotiaita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eivät kuulu nuorisolain soveltamisalaan.

Voimassa oleva terveydenhuoltolain sääntely 23 vuoden ikärajalta koskee kaikkea psykiatrista erikoissairaanhoidon, eli sekä osastoilla tapahtuvaa, että avohoitoa. Perusteluna ikäkohtaisen erityissääntelyn tarpeelle säännöksen esitöissä todetaan, että paikallisesti nuorisopsykiatrisen hoidon ikärajat olivat vaihdelleet suuresti (HE 90/2010 vp). Ikäraja perusteltiin sairaanhoitopiirien nuorisopsykiatriasta vastaavien ylilääkärien yksimielisellä suosituksella. Yhtenäisen ikärajan määrittely laissa mahdollisti potilaiden ja palveluiden järjestäjien kannalta yhdenvertaisen kansallisen käytännön.

Myös sosiaali- ja terveysministeriön kiireettömän hoidon perusteissa huomioidaan alle 23-vuotiaiden nuorten aikuisten kehitykselliset erityistarpeet. Kun yli 18-, mutta alle 23 -vuotias nuori aikuinen tulee ensi kertaa hoitoon täysi-ikäisten erikoissairaanhoidon palveluihin, noudatetaan hoitoon ottamisessa nuorisopsykiatrisen yhtenäisen hoidon perusteita. Siirtymä nuorisopsykiatrisesta aikuispsykiatriseen hoitoon toteutetaan niin, että varmistetaan potilaan ja hänen tietojensa siirtymisen lisäksi myös hoidon sisällön ja intensiteetin jatkuvuus.

Perustuslakivaliokunta (PeVL 41/2010) totesi, että 53 §:ssä säädetylle ikärajalle oli hyväksyttävät perusteet. Se katsoi mahdollisimman varhaisen pääsyn psykiatrisen hoidon ja palvelujen piiriin olevan lasten ja nuorten psyykinen kehitys huomioon ottaen erityisen tärkeää. Perustelujen mukaan, vaikka täysi-ikäisyys saavutetaankin 18-vuotiaana, nuorten psyykinen kehitys on vielä herkässä vaiheessa. Täysi-ikäiseksi tuleminen, lapsuuden kodista irrottautuminen, opiskelu, työnhaku tai muut muutokset voivat vaikeuttaa elämän hallintaa ja aiheuttaa nuoren elämässä myös psyykkisiä ongelmia. Mahdollisimman varhainen pääsy hoidon piiriin voi ehkäistä vaikeampien mielenterveyden sairauksien syntymistä. Perustuslakivaliokunnan kannan mukaisesti tietyn ikäryhmän erityisasema lainsäädännössä oli näistä syistä perusteltu.

Esitetyn lainsäädännön tarkoituksena olisi edellä kuvatulla tavalla turvata nuorten pääsy lyhytpsykoterapiaan tai psykoterapioista johdettuun määrämuotoiseen ja aikarajoitteeseen psykososiaaliseen hoitoon muuta väestöä nopeammin myös täysi-ikäistymisen jälkeisinä vuosina. Samaa ikäryhmäkohtaista sääntelyä esitettäisiin myös sosiaalihuoltolakiin ehdotetun uuden palvelun osalta. Ehdotettu uusi sääntely sosiaalihuoltolain 25 a §:ään vastaisi näin ollen lastensuojelulain määritelmää nuoresta, mutta poikkeaisi sosiaalihuoltolain määritelmästä.

Voimassa oleva sosiaalihuoltolain määritelmä nuoresta ei kytkeydy palveluihin liittyviin oikeuksiin tai tiettyihin palveluihin. Lastensuojelulaissa alle 23-vuotiaan nuoren määritelmä liittyy nuoren oikeuteen jälkihuollon palveluihin (lastensuojelulaki 75 §). Osana kansallista palvelureformia myöhemmin toteutettavan sosiaalihuoltolain uudistamisen yhteydessä on mahdollista pohtia, onko nuoren määritelmää sosiaalihuoltolaissa tarpeen yhtenäistää suhteessa lastensuojelulakiin ja sitä, onko nuoriin asiakkaisiin liittyviä velvoitteita tarpeen muuttaa laajemmin.

4.1.2 Takuun piiriin kuuluvat psykososiaaliset menetelmät ja niiden käyttöönotto

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvilla psykososiaalisilla menetelmillä tarkoitettaisiin perusterveydenhuollon lyhytpsykoterapioita ja muita psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia hoitoja sekä sosiaalihuollon osalta mielenterveyden palveluna annettavaa psykososiaalista tukea, jossa käytetään edellä mainittuja psykososiaalisia menetelmiä sosiaalihuoltoon soveltuvin osin.

Lyhytpsykoterapialla tarkoitettaisiin perusterveydenhuollossa annettavaa psykoterapiaa, joka sisältää enintään 20–25 tapaamiskertaa. Psykoterapia on mielenterveyden häiriötä sairastavan toimintakyvyn lisäämiseen tähtäävä hoitomuoto. Hoitoa antaa psykoterapeutti, joka on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Käsitteellisesti lyhytpsykoterapia on erotettava muista vuorovaikutukseen perustuvista keskusteluhoidoista.

Psykoterapioista johdetulla määrämuotoisella ja aikarajoitteisella psykososiaalisella menetelmällä tarkoitettaisiin tietyn ongelman hoitoon (esimerkiksi käytöshäiriöt, masennus tai ahdistuneisuus) kehitettyä määritellyn rakenteen mukaista menetelmää, jolla on tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa vaikuttavuusnäyttöä. Menetelmät perustuvat tiettyihin psykoterapeuttisiin viitekehyksiin, mutta ovat psykoterapiaa lyhyempiä ja tarkoitettu lievempiin oireisiin. Näitä psykososiaalisia interventioita voivat antaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat saaneet kyseisen menetelmän käyttöön liittyvän koulutuksen.

Osa terveydenhuollossa käytössä olevista psykososiaalisista hoitomenetelmistä soveltuu myös sosiaalihuollon työmenetelmiksi. Tällaisia ovat esimerkiksi menetelmät, joilla pyritään lisäämään lapsen tai nuoren motivaatiota tai valmentamaan sosiaalisia ja arkielämän taitoja. Lisäksi esimerkiksi erilaiset perhe- ja verkosto-ohjelmat saattavat sisältää eri ammattiryhmille tarkoitettuja osioita. Sosiaalihuollon osalta takuun piiriin kuuluvien interventioiden tavoitteena olisi vahvistaa lasten, nuorten ja perheiden mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää ja poistaa mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä.

Voimassa olevan keskittämisasiasetuksen 4 §:n 6 kohdan mukaisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja Uudellamaalla HUS-yhtymän on huolehdittava myös esitetyn lainsäädännön osalta psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpidosta. Yliopistosairaalat huolehtivat alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on väestön tarpeen mukaisesti vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta. Yliopistosairaaloiden velvollisuutena on kokonaisuuden alueellinen suunnittelu ja yhteen sovittaminen.

Takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta sopiminen perustuisi järjestämislain 36 §:ssä tarkoitettussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa määritettyyn yhteistyöhön. Järjestämislain 36 §:n 3 momentin 8 kohdan mukaisesti yhteistyösopimuksessa on sovittava sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueelliset periaatteet niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen.

Velvoitetta sopia esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvista lasten ja nuorten psykososiaalisista menetelmistä tarkennettaisiin valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta. Yhteistyösopimuksessa on huomioitava myös keskittämisasiasetuksen mukainen menetelmien alueellista suunnittelua ja yhteen sovittamista koskeva tehtävä. Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen työnjako sekä takuun piiriin kuuluvien menetelmien kokonaisuus konkretisoituisi yhteistyöaluesopimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittavaksi kokonaisuudeksi.

4.1.3 Takuun toteutus perusterveydenhuollossa

Takuun piiriin kuuluisi perusterveydenhuollon vastuulla oleva mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja lievien ja keskivaikeiden komplisoitumattomien häiriöiden kiireetön hoito (terveydenhuoltolaki 27 §). Työnjaossa perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon välillä toimittaisiin edelleen kiireettömän hoidon perusteiden mukaisesti.³¹

Voimassa olevan terveydenhuoltolain kiireettömän hoidon hoitoon pääsyä koskevan 51 a §:n 4 momentin ja opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:n 4 momentin mukaisesti ensimmäisen hoitotapahtuman jälkeen hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa terveydenhuoltolain 51 §:n tai opiskeluterveydenhuoltolain 10 §:n mukaisesta arviosta taikka hänelle tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Esitetyllä lainsäädännöllä tiukennettaisiin lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta terveydenhuoltolain sääntelyä määrämuotoisten psykososiaalisten hoitojen ja lyhytpsykoterapioiden osalta. Hallituksen esityksessä terveydenhuoltolakiin ja opiskeluterveydenhuoltolakiin määritettäisiin, että kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, olisi hoito aloitettava 28 päivän enimmäisajassa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Yhteyden saaminen perusterveydenhuollon yksikköön ja arvio hoidon tarpeesta sekä perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma olisi järjestettävä voimassa olevan terveydenhuoltolain 51 § ja 51 a §:n mukaisesti. YTHS:n osalta asiasta säädetään opiskeluterveydenhuoltolain 10 ja 10 a §:issä. Mikäli lapsen tai nuoren tilanne edellyttäisi lääketieteellistä arviota, takuun piiriin kuuluvan hoitomuodon tarpeen toteaminen tapahtuisi osana hoidon suunnittelua samalla kun arvioitaisiin esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollossa toteuttavan hoidon tarvetta kokonaisuutena (esim. psykososiaalinen hoito tai lääkehoito). Arvion tekisi julkisen perusterveydenhuollon lääkäri.

Jos lääketieteelliselle arviolle ei olisi tarvetta, neuvonnan, tuen tai oireenmukaisen hoidon tarpeen voisi todeta muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Tällaisella muun ammattilaisen suoravastaanotolla annettava ohjaus ja tuki, sekä esimerkiksi ohjattu omahoito kuuluvat perusterveydenhuollon 14 vuorokauden hoitoon pääsyn piiriin. Lapsen, nuoren ja perheen tilannetta tulisi aina arvioida huolellisesti ja kokonaisvaltaisesti, sillä tuen ja hoidon tarpeisiin voidaan vastata monin eri keinoin ja hoidoin.

Takuun piiriin kuuluva psykososiaalinen hoito voitaisiin aloittaa tarvittaessa jo 51 a §:n 1 momentissa tai opiskeluterveydenhuoltolain 10 §:n 1 momentissa tarkoitetun ensitapaamisen aikana. Tarve voitaisiin todeta myös myöhemmin, esimerkiksi muun hoitomuodon osoittauduttua riittämättömäksi. Lapsen tai nuoren mahdollinen jatkohoidon tai tuen tarve olisi

³¹ [STM 2019](#)

arvioitava ja tarvittaessa varmistettava takuuta toteuttavan hoidon jälkeen terveydenhuoltolain 51 ja 51 a §:n tai opiskeluterveydenhuoltolain 10 ja 10 a §:ien mukaisesti.

Palveluprosessit tulisi organisoida siten, että ohjautuminen tuen piiriin sujuisi lapsen, nuoren ja perheen näkökulmasta sujuvasti. Silloin kun ei olisi tarvetta mielenterveyden häiriön hoidolle, vaan kyse olisi ehkäisevästä työstä, takuun piiriin kuuluvia interventioita voitaisiin antaa myös ehkäisevässä terveydenhuollossa. YTHS vastaisi omalta osaltaan korkeakouluopiskelijoiden takuun piiriin kuuluvista psykososiaalisista hoidoista.

4.1.4 Takuun toteutus sosiaalihuollossa

Sosiaalihuollossa voitaisiin toteuttaa takuun piiriin kuuluvia ehkäiseviä ja mielenterveyttä tukevia psykososiaalisia interventioita, jotka soveltuvat sosiaalihuollon perustason palvelutehtävään ja toimintaan. Takuun piiriin kuuluvat interventiot toteutettaisiin sosiaalihuollon peruspalveluina lapsiperheiden ja työikäisten palvelutehtävissä.

Sosiaalihuollossa takuun piiriin kuuluvat interventiot olisivat osa perustason mielenterveystyön kokonaisuutta. Sillä tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 25 §:n mukaisesti sosiaalipalveluja ja muuta yksilöön ja yhteisöön kohdentuvaa toimintaa, jolla vahvistetaan lapsen/nuoren mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, vähennetään ja poistetaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä sekä vastataan psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen. Sosiaalihuollon psykososiaalisten interventioiden tarkoituksena on edistää lapsen, nuoren tai perheen toimintakykyä, sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta sekä selvittää elämäntilannetta ja sen haasteita.

Esityksen mukaisesti sosiaalihuoltolain mielenterveystyön palveluja koskevaan 25 a §:ään lisättäisiin säännös, jonka mukaan lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille olisi sosiaalihuollon mielenterveystyön kohdennettuna palveluna järjestettävä psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä.

Voimassa olevan 45 §:n 2 momentin mukaan sosiaalihuoltoa koskeva päätös on toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireille tulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste. Esitetty 45 §:n 2 momentin muutos koskisi päätöksen toimeenpanon maksimimääräaika, jota tiukennettaisiin uuden ehdotetun palvelun osalta 3 kuukaudesta kuukauteen. Toimeenpanon maksimimääräaika voisi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Hyvinvointialue voisi päättää, minkä sosiaalipalveluiden henkilöstö antaa takuun piiriin kuuluvia mielenterveystyön kohdennettuja psykososiaalisia interventioita. Tätä henkilöstöä voisivat olla esimerkiksi sosiaalityön, sosiaaliohjauksen, perhetyön, kasvatus- ja perheneuvonnan sekä kuraattoripalveluiden henkilöstö. Nuorten osalta psykososiaalisten interventioiden osaamista ja palvelutuotantoa voitaisiin organisoida osaksi työikäisten palvelujen kokonaisuutta esimerkiksi nuorisoasemille tai Ohjaamoihin. Palveluprosesseissa tulisi varmistaa, että lapset, nuoret ja perheet saavat viipymättä terveystensä ja kehityksensä kannalta välttämättömät sosiaalipalvelut ja että palvelupolut terveydenhuoltoon ovat suunnitellut ja toimivat.

4.1.5 Takuun toteutumisen seuranta

Terveydenhuoltolain 55 §:ssä säädetään terveydenhuollon hoitoon pääsyn tietojen julkaisemisesta. Esityksen mukaan hyvinvointialueen olisi julkaistava tunnusluvut myös esitetyn lainsäädännön osalta siitä, miten enimmäisaikojen noudattaminen toteutui.

Esitetyn 55 §:n mukaisen seurannan lisäksi potilas- ja asiakastietojärjestelmiin kirjautuvan tiedon avulla voitaisiin kerätä alueellisesti ja kansallisesti vertailtavaa tietoa. THL on tuottanut terveyden- ja sosiaalihuollon käyttöön psykososiaalisten menetelmien toimenpidekoodeja, joiden avulla voidaan rekisteripohjaisesti seurata myös esitetyn lainsäädännön toteutumista. Toimenpidekoodien kertymistä hyvinvointialueittain ja ikäryhmittäin voisi seurata THL:n ylläpitämästä Avohilmo- ja Hilmo-järjestelmästä. Myös YTHS tuottaisi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon osalta edellä mainittuja tietoja.

Toteuttaessaan esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvan psykososiaalisen intervention, työntekijä kirjaisi tekemänsä työn sisällön toimenpidekoodilla. Sosiaalihuollon toteuttaman intervention asiakastiedot ja päätöstiedot kirjattaisiin sosiaalihuollon asiakasrekisteriin. Terveydenhuoltona toteutettava interventio kirjattaisiin potilasrekisteriin. Tietojärjestelmästä saatava raportointi mahdollistaisi hoidossa ja intervention piirissä olevien potilaiden ja asiakkaiden määrän, toteutuneiden käyntien tiheyden, hoito- ja palvelujakson keston sekä yksilöllisen hoitovasteen tarkastelun. Sosiaalihuollon osalta interventioiden toteutumista voitaisiin seurata myös päätöstietojen avulla.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

Vaikutusten arviointia tehtiin hallituksen esityksen valmistelun eri vaiheissa muun muassa kuulemalla hyvinvointialueita, Kelaa ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä, valvontaviranomaisia, järjestöjä sekä lapsiasiavaltuutettua ja tekemällä yhteistyötä THL:n kanssa. Lapsille ja nuorille sekä laajemmalle kansalaisyhteiskunnalle toteutettiin kyselyt. Lisäksi vaikutusten arvioinnissa hyödynnettiin valtionavustushankkeissa, selvityksissä ja tutkimuksissa koostettua tietoa.

Kuulemisten perusteella hallituksen esityksen tavoitteita pidettiin kannatettavina. Etenkin palveluiden järjestämistä vastaavissa olevat tahot nostivat kuitenkin esiin haasteita, jotka on huomioitava myös vaikutusten arvioinnissa. Näitä ovat lainsäädännön voimaantulon aikataulu, hyvinvointialueiden ja YTHS:n lisääntyvät velvoitteet, henkilöstön rekrytointiin liittyvät haasteet sekä lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kuormittunut tilanne.

Myös lainsäädännön toimeenpanoon liittyvät tulkinta- ja vastuukysymykset sekä toimijoiden välinen työnjako nähtiin osin haasteellisina. Lisäksi tuotiin esiin, ettei lasten ja nuorten mielenterveyttä tule nähdä yksinomaan sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulle kuuluvana kysymyksenä. Näihin tekijöihin liittyviä vaikutuksia pohditaan vaikutuslajeittain.

4.2.1 Taloudelliset vaikutukset

Mielenterveys on keskeinen hyvinvoinnin osatekijä, joka vaikuttaa yhteiskunnan vakauteen ja kustannuksiin eri sektoreilla. Taloudelliset vaikutukset muodostuvat toisaalta siitä, miten paljon mielenterveyden ongelmat aiheuttavat julkisen sektorin kustannuksia, ja toisaalta siitä, missä määrin mielenterveys vaikuttaa työn tuottavuuteen ja yksilöiden ja perheiden taloudelliseen tilanteeseen. Vaikutusten arvioinnissa on käytetty selvitystietoja ja asiantuntija-arvioita. Esityksessä ehdotettavien uusien tehtävien osalta kustannusvaikutusten arviointia vaikeuttavat

tiedon puutteet, sillä käyttöön valittavien psykososiaalisten menetelmien kokonaisuus on alueellisesti vaihteleva, ja palveluiden järjestämisen tavat vaihtelevat. Tehtyihin johtopäätöksiin liittyy siten epävarmuustekijöitä.

4.2.1.1 Vaikutukset hyvinvointialueiden ja valtion kustannuksiin

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita voitaisiin tarjota perusterveydenhuollossa, opiskeluhoollossa ja sosiaalihuollon perustason palveluissa. Järjestämisvastuu edellä mainituista palveluista on pääasiassa hyvinvointialueilla. Lisäksi osan 18-22 -vuotiaiden psykososiaalisista hoidoista tuottaa YTHS osana korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuoltoa. YTHS:n palveluiden piirissä olevista opiskelijoista n. 25 % on alle 23-vuotiaita ja vuonna 2023 heitä oli 73 000. Korkeakouluopiskelijat voivat saada perusterveydenhuollon palveluja sekä YTHS:ltä että hyvinvointialueelta. Vankien ja vastaanottojärjestelmässä olevien henkilöiden palvelujen järjestämisestä vastaavat THL:n vankiterveydenhuollon yksikkö ja vastaanottokeskukset.

Asiakasmäärien arviointi

Asiakasmäärien sekä hoidon- ja palvelutarpeen arvioinnin pohjana ovat keskeisimpien häiriöiden ilmaantuvuudet kussakin ikäryhmässä. Arvion ovat tehneet THL:n asiantuntijat käytettävissä olevan kansainvälisen ja kotimaisen tutkimustiedon perusteella. Osa tutkimuksista on ajalta ennen koronapandemiaa, mutta tuoreimpien tutkimusten perusteella on tehty arvio tämänhetkisestä tilanteesta. Ilmaantuvuuden perusteella voidaan arvioida, kuinka paljon vuosittain tulisi uusia asiakkaita ennaltaehkäisyyn, hoidon ja tuen piiriin.

Mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito on laaja kokonaisuus. Ennaltaehkäisevää ja vapaamuotoista mielenterveyttä vahvistavaa psykososiaalista tukea annetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, oppilashuollon psykologi- ja kuraattoripalveluissa sekä sosiaalipalveluissa. Lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoito kuuluu perusterveydenhuollolle. Osa hoidosta järjestetään digitaalisesti esimerkiksi nettiterapiana tai ohjattuna omahoitona. Vakavien tai komplisoituneiden mielenterveyden häiriöiden tutkimus ja hoito kuuluvat erikoissairaanhoidon. Hoidon ja kuntoutuksen palveluja täydennetään yksityisten palveluntuottajien, kuten psykoterapeuttien, tuottamalla ostopalveluilla ja 16 ikävuodesta lähtien kuntoutusvaiheessa myös Kelan korvaamalla kuntoutuspsykoterapialla, jos henkilön työ- tai opiskelukyky on heikentynyt. Lisäksi Kela järjestää myös muuta kuntoutusta.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvat lyhytpsykoterapia ja muut psykososiaaliset menetelmät muodostavat näin ollen vain osan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveytyön palveluista, ja niihin ohjautuisi vain osa hoitoa ja tukea tarvitsevista lapsista, nuorista ja perheistä. Tarkoituksena on, että takuun piiriin kuuluvia menetelmiä hyödynnettäisiin yksilöllisen tarpeen mukaan, eli niitä ei sovellettaisi tilanteissa, joissa kevyempi tuki riittäisi, eikä myöskään liian vaikeisiin tilanteisiin. Takuun piirissä olevat psykososiaaliset menetelmät voisivat myös korvata muita jo käytössä olevia hoitoja ja vapaamuotoista psykososiaalista tukea, eli kyseessä olisi ammattilaisten työtapojen kehittämiseen liittyvä muutos, joka voisi osaltaan myös tiivistää ja tehostaa aiemmin vapaamuotoisena keskusteluna toteutettua työskentelyä lasten, nuorten ja perheiden kanssa. Laskelmiin on tehty arvio siitä, miten suuri osa ilmaantuvuuden perusteella arvioiduista kokonaismääristä ohjautuisi takuun piiriin kuuluviin psykososiaalisiin interventioihin.

Keskeisimmät takuun piiriin kuuluvilla psykososiaalisilla menetelmillä hoidettavat häiriöt, eli lasten käytös- ja tunnehäiriöt ja ahdistuneisuus sekä nuorten masennus ja ahdistuneisuus, kattavat ikäryhmästä riippuen 70-90 prosenttia asiakkaista. Näiden lisäksi on olemassa harvinaisempia häiriöitä, joiden osalta on vaikeaa tarkasti ennakoita asiakasmäärien ja kustannusten kehitystä, koska ne riippuvat paljon sopivien psykososiaalisten menetelmien kehityksestä ja käyttöönotosta. Kaikkiin häiriöihin ei vielä ole olemassa strukturoituja psykososiaalisia menetelmiä tai menetelmillä ei vielä ole vaikuttavuusnäyttöä. Laskelmiin on arvioitu pieni lisäys myös harvinaisempien häiriöiden vuoksi hoitoa tarvitsevien määrästä ja vuosittaisista kustannuksista, jotta näidenkin interventioiden laajentamiseen olisi käytettävissä rahoitus.

Uusien esiin tulevien hoidon ja tuen tarpeiden lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on jo nyt lapsia ja nuoria, jotka tarvitsisivat esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia interventioita. Näiden asiakkaiden määriä on vaikea arvioida, koska osa on saanut avun muiden hoito- ja tukimuotojen kautta ja takuun piiriin esitettäviä psykososiaalisia interventioita on jo nyt tarjolla. Psykososiaalisia menetelmiä on otettu käyttöön vuodesta 2020 lähtien perusterveydenhuollossa ja opiskeluhuollossa osana mielenterveysstrategian toimeenpanoa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman ja Suomen kestävän kasvun ohjelman rahoituksilla. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeista koottiin helmikuussa 2024 tiedot siitä, miten paljon niissä on koulutettu eri menetelmien osaajia ja -ohjaajia. Suomen kestävän kasvun ohjelman rahoitusta saaneista hankkeista ei vielä ole keskitetysti koottua raportointia. Ottaen huomioon aiemmin koulutuksen saaneiden määrät, voidaan olettaa, että jo olemassa oleva psykososiaalisten menetelmien saatavuus kattaa vähintään aiemman tarpeen.

Taulukko 2. Tulevaisuuden sote-keskusohjelman hankkeissa koulutettujen menetelmäosaajien ja -ohjaajien määrät.

Koulutetut menetelmäosaajat					
Lapset 0-12v	Yht.	Nuoret 13-18v	Yht.	Aikuiset 19-22v	Yht.
Cool Kids	412	Cool Kids	416	Kognitiivinen lyhytterapia	822
Ihmeelliset vuodet	42	IPC-N	1548	IPC	64
Muut menetelmät	195	Muut menetelmät	342	Muut menetelmät	33
Koulutetut menetelmäohjaajat					
Lapset 0-12v	Yht.	Nuoret 13-18v	Yht.	Aikuiset 19-22v	Yht.
Cool Kids	27	Cool Kids	23	Kognitiivinen lyhytterapia	50
Ihmeelliset vuodet	0	IPC-N	67	IPC	29
Muut menetelmät	10	Muut menetelmät	5	Muut menetelmät	30

Asiakasmäärien osalta on huomioitava, että kaikki henkilöt, joille hoitoa tai tukea tarjotaan, eivät sitä aloita. Englannissa vuodesta 2008 lähtien toteutetun Talking Therapies –ohjelman seurantatietojen mukaan tämä osuus olisi jopa 30 prosenttia. Myös kansallisessa psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton prosessissa on todettu, että esimerkiksi kaikki vanhemmat eivät halua osallistua heille tarjottuun vanhemmuuden ohjaukseen. Vanhemmuuteen liittyviin tuen tarpeisiin voidaan vastata myös muilla keinoilla kuin esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvilla psykososiaalisilla interventioilla, esimerkiksi lapsiperheiden sosiaalipalveluissa. Laskelmiin on tehty arvio siitä, miten suuri osa haluaisi hoitoa tai tukea. Aikuisten osalta on käytettävissä edellä kuvattua tutkimustietoa, mutta lasten ja nuorten osalta on tehty arvio hoitoa tai tukea haluavien osuudesta.

Kustannusten laskenta

Kustannusten laskentaa varten tarvitaan vuosittaisen asiakasmäärän lisäksi arviot psykososiaalisten interventioiden yksikkökustannuksista. Laskelmissa interventioiden hinta-arvioiden pohjana on käytetty yleisimpien hyvinvointialueiden tähän mennessä käyttöön ottamien menetelmien hintoja. Näin ollen laskelmat perustuvat niiden menetelmien hintoihin, joilla kussakin ikäryhmässä katetaan valtaosa (70-80 prosenttia) perustasolla annetuista takuun piirissä olevista interventioista. Laskelmat ovat suuntaa-antavia esimerkkejä, sillä käyttöön otettujen menetelmien kokonaisuus ei ole kansallisesti yhteneväinen. On myös huomioitava, että psykososiaalisten menetelmien kokonaisuus on kehittyvä, ja tulevaisuudessa käytetyt menetelmät saattavat olla muita kuin laskelmien pohjana olevat.

Menetelmien kustannukset vaihtelevat toteutustavan (yksilö- vai ryhmämuotoinen) ja pituuden mukaan. Kustannusten kehitykseen vaikuttaa myös se, mitä menetelmiä hyvinvointialueet ja YTHS ottavat käyttöön ja missä laajuudessa. Samojen häiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon on olemassa erilaisia ja eri hintaisia menetelmiä. Valittu laskentatapa yleisimmin käyttöön valituista menetelmistä tuottaa kuitenkin hyvän keskimääräisen arvion siitä, miten paljon psykososiaalisten menetelmien antaminen voisi hyvinvointialueille maksaa. Seuraavassa käytetään hoito-sanaa kuvaamaan myös ehkäisyyn ja tuen menetelmien käyttöä.

Lapset 0-12 vuotta

Lasten ahdistuneisuuden osalta tapausten ilmaantuvuudeksi on THL arvioinut 1,25 prosenttia lapsiväestöstä, mikä tarkoittaisi noin 8 900 lasta vuodessa (vuoden 2022 väestötiedoilla). Ottaen huomioon oletukset siitä, kuinka suuri osa haluaa hoitoa (80 prosenttia) ja siitä, kuinka suuri osa lapsista hoidettaisiin takuun piiriin kuuluvilla menetelmillä (70 prosenttia) voidaan arvioida, että interventioiden piiriin tulevien lasten määrä olisi noin 5 000.

Palvelujen kustannukset:

- Interventiona Cool Kids (11 käyntikertaa, käyntihinta 80-120 euroa, joten yhteensä noin 1 100 euroa).
- Yhteensä kustannukset olisivat arviolta noin 5,5 miljoonaa euroa.

Lasten käytös- ja tunnehäiriöiden ilmaantuvuudeksi on THL arvioinut 1,25 prosenttia vuodessa. Laskelmassa oletetaan, että tämä jakautuisi lähes puoliksi kahteen interventioon, kevyempään Voimaperheet- ja intensiivisempään Ihmeelliset vuodet –vanhempainryhmään.

Palvelujen kustannukset:

- Kevyemmän intervention (Voimaperheet) osalta kohdejoukkona olisi 7 prosenttia 4-vuotiaista (noin 3 400). Ottaen huomioon oletukset siitä, kuinka suuri osa haluaisi hoitoa (50 prosenttia) ja siitä, kuinka suuri osa asiakkaista hoidettaisiin takuun piiriin kuuluvilla menetelmillä (100 prosenttia) voidaan arvioida, että intervention piiriin tulevien lasten määrä olisi noin 1 700. Hyvinvointialue maksaisi 2 000 euroa per lapsi, joten tämän intervention kokonaiskustannukset olisivat 3,4 miljoonaa euroa.
- Intensiivisemmän intervention (Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmät) arvioidaan tarkoituksenmukaiseksi noin puolelle arvioidusta ilmaantuvuudesta (noin 4 500 lasta). Ottaen huomioon oletukset siitä, kuinka suuri osa haluaisi hoitoa (80 prosenttia) ja siitä, kuinka suuri osa asiakkaista hoidettaisiin takuun piiriin kuuluvilla menetelmillä (70 prosenttia) voidaan arvioida, että takuuseen kuuluvien interventioiden piiriin tulevien lasten määrä olisi noin 2 500. Intervention kustannuksiksi on arvioitu noin 450 euroa (yhteensä 12-20 tapaamista 2,5 tuntia kerrallaan, kaksi ryhmänohjaajaa ja osallistujia 10-14 sekä menetelmäohjaus kolmen ensimmäisen ryhmän aikana). Näin ollen kokonaiskustannukset olisivat 1,1 miljoonaa euroa.

Edellä kuvattujen häiriöiden lisäksi lapsilla on myös harvinaisempia häiriöitä. Ottaen huomioon niiden hoitoon käytettävissä olevat, esitettyyn takuuseen kuuluvat menetelmät, asiakasmääriin arvioidaan tulevan viiden prosentin lisäys. Jos yksikkökustannuksena käytetään lasten interventioiden keskimääräisiä kustannuksia, niiden kustannukset olisivat arviolta 0,3 miljoonaa euroa.

Nuoret 13-18 vuotta

Nuorten masennuksen ilmaantuvuudeksi on THL arvioinut 3 prosenttia eli noin 11 200 nuorta vuosittain. Ottaen huomioon oletukset siitä, kuinka suuri osa haluaisi hoitoa (80 prosenttia) ja siitä, kuinka suuri osa nuorista hoidettaisiin takuun piiriin kuuluvilla menetelmillä (50 prosenttia) voidaan arvioida, että interventioiden piiriin tulevien nuorten määrä olisi noin 4 500.

Palvelujen kustannukset:

- Intervention (IPC) yksilökohtaisten kustannusten on arvioitu olevan noin 700 euroa seitsemän käynnin pakettina (käyntihinta 80-120 euroa).
- Yhteensä kustannukset olisivat arviolta noin 3,1 miljoonaa euroa

Nuorten ahdistuneisuuden ilmaantuvuudeksi on THL arvioinut 5,25 prosenttia eli noin 19 600 nuorta. Ottaen huomioon oletukset siitä, kuinka suuri osa haluaisi hoitoa (80 prosenttia) ja siitä, kuinka suuri osa nuorista hoidettaisiin takuun piiriin kuuluvilla menetelmillä (50 prosenttia) arvioidaan, että takuuseen kuuluvien interventioiden piiriin tulevien nuorten määrä olisi noin 7 900.

Palvelujen kustannukset:

- Interventiona Cool Kids (11 käyntikertaa, käyntihinta 80-120 euroa, joten yhteensä noin 1 100 euroa).
- Yhteensä kustannukset olisivat arviolta noin 8,6 miljoonaa euroa.

Edellä kuvattujen häiriöiden lisäksi nuorilla on myös harvinaisempia häiriöitä. Ottaen huomioon niiden hoitoon käytettävissä olevat, esitettyyn takuuseen kuuluvat menetelmät, asiakasmääriin arvioidaan tulevan viiden prosentin lisäys. Jos yksikkökustannuksena käytetään nuorten interventioiden keskimääräisiä kustannuksia, niiden kustannukset olisivat arviolta 0,5 miljoonaa euroa.

Nuoret aikuiset 19-22 vuotta

Palvelujen kustannukset:

Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden yhteisesiintyvyys huomioon ottaen THL on arvioinut ilmaantuvuusluvuksi 6 prosenttia eli 14 445 nuorta aikuista. Seurantatiedon perusteella heistä noin 70 prosenttia voisi haluta hoitoa (10 112).

- Kaikista heistä (10 112), 10 prosenttia oletetaan ohjattavan suoraan erikoissairaanhoidon ja 75 prosenttia ohjattuun omahoitoon (ei kuulu takuun piiriin).
- Jäljellä olevista 15 prosentista (1 517) puolet oletetaan ohjattavan nettiterapiaan (ei kuulu takuun piiriin) ja puolet lyhytinterventioiden piiriin (758 asiakasta, keskimääräinen kustannus 694 euroa/asiakas).
- Omahoitoon alun perin ohjatuista (7 584) neljäsosan oletetaan tarvitsevan nettiterapiaa (ei kuulu takuun piiriin) ja neljäsosa lyhytintervention (1 896 asiakasta, keskimääräinen kustannus 694 euroa/asiakas).
- Kaikista perusterveydenhuollon asiakkaista neljäsosan (2 275 asiakasta, keskimääräinen kustannus 2 700 euroa/asiakas) oletetaan päätyvän lyhytpsykoterapiaan.

Yhteensä kustannukset olisivat arviolta noin 8 miljoonaa euroa. Tästä YTHS:n osuudeksi arvioidaan väestöpeittävyuden perusteella 30 prosenttia eli 2,4 miljoonaa ja hyvinvointialueiden osuudeksi 5,6 miljoonaa. Vuonna 2023 YTHS:n palveluiden piirissä oli 73 000 alle 23-vuotiasta opiskelijaa. He voivat saada perusterveydenhuollon palveluja sekä YTHS:ltä että hyvinvointialueelta.

Menetelmien osaamisen ylläpito

Psykososiaalisten interventioiden antamiseen liittyvien kustannusten lisäksi välittömiin kustannuksiin sisältyvät myös henkilöstön osaamisen ja saatavuuden varmistaminen. Koulutuskustannuksiin sisältyvät psykososiaalisen menetelmän teoreettinen koulutus, menetelmäohjaus ja täydennyskoulutus. Vaihtuvuuden vuoksi työntekijöitä olisi myös koulutettava vuosittain lisää. Osa psykososiaalisista interventioista ja koulutuksista on lisensoituja, jolloin ne olisi ostettava tietyltä palveluntuottajalta.

Psykososiaalisten menetelmien arviointi ja osaamisen ylläpito on voimassa olevassa lainsäädännössä osoitettu yliopistosairaaloita ylläpitävien hyvinvointialueiden tehtäväksi keskittämisasetuksella. Yliopistosairaaloiden velvollisuutena on alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja koordinoiminen. Ne huolehtivat alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta. Hyvinvointialueet sopivat järjestämislain 36 §:ssä säädettyssä YTA-sopimuksessa

myös takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien osaamisen ylläpidon rahoituksesta. Koordinaatiovelvollisuus on siten jo olemassa oleva velvoite. Esitetyn lainsäädännön vuoksi koulutustarpeen volyymi kasvaa, joten lisärahoitusta on arvioitu tarvittavan takuun piiriin kuuluvien menetelmien koulutuksen ja ohjauksen järjestämiseen.

Kaikkiaan hyvinvointialueiden koulutus- ja koordinoitintoimintaan lasten, nuorten ja nuorten aikuisten osalta on tässä arvioitu tarvittavan 900 000 euroa yhteistyöaluetta kohden. Tästä 650 000 euroa on arvioitu tarvittavan läsnäolokoulutuksiin ja koulutuksen koordinointiin. Digitaalisella koulutusalueella tapahtuvaan koulutukseen on puolestaan arvioitu tarvittavan 250 000 euroa yhteistyöaluetta kohden. Koko maassa näiden yhteissumma olisi viideltä yhteistoiminta-alueelta arviolta 4,5 miljoonaa euroa. Kustannuksia on mahdollista hillitä tehokkaalla yhteistyöllä ja keskinäisellä työnjaolla.

Osaamisen ylläpidon on laskelmassa arvioitu edellyttävän kehittäjäaläkäarin ja koulutustoimintaa koordinoivien henkilöiden työpanosta. He hoitaisivat alueellisen koordinaatiotehtävän ohella esimerkiksi teoreettista koulutusta ja käytännön menetelmäohjausta. Hyvinvointialueilla voitaisiin kouluttaa ja palkata myös omia menetelmäohjaajia ja koordinaattoreita.

Läsnäolokoulutuksiin ja koulutuksen koordinointiin tarvittavia kustannuksia on arvioitu Itä-Suomen yhteistyöalueen kustannusarvion pohjalta. Nuorten osalta tehty kustannusarvio 215 000 euroa kattoi henkilöstökustannusten lisäksi myös muut kustannukset³². Itä-Suomen YTA-alueella nuorten psykososiaalisten menetelmien kouluttamisen ja juurruttamisen osalta toimijana on ollut Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) nuorten mielenterveyden osaamiskeskustiimi (NMOK), resurssina 2 projektikoordinaattoria 100 prosentin työajalla ja kehittäjäaläkäri 20 prosentin työajalla. Jos oletetaan, että myös lasten ja nuorten aikuisten osalta tarvittaisiin vastaavat resurssit, olisivat läsnäolokoulutusten ja koulutuksen koordinoinnin kokonaiskustannukset yhteensä edellä mainittu 650 000 euroa yhteistyöaluetta kohden. Kustannukset koskevat kahden yleisimmin käytetyn menetelmän käyttöönottoa ja ylläpitämistä.

Osa teoreettisesta koulutuksesta toteutetaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus – ohjelmassa ja Suomen kestävä kasvun ohjelmassa kehitetyllä digitaalisella koulutusalueella, jonka käyttö on maksutonta hankekauden aikana vuoteen 2025 saakka. Sen jälkeen toiminta rahoitetaan mahdollisesti käyttäjiltä perittävillä maksuilla. Näiden maksujen suuruutta on vaikea ennakoida, koska ne riippuvat muun muassa siitä, kuinka keskitetysti näitä alustoja tullaan jatkossa ylläpitämään. Tässä on jouduttu tekemään arvio, että digitaalisten koulutusalueiden kautta tapahtuvan koulutuksen kustannus olisi edellä mainittu 250 000 euroa yhteistyöaluetta kohden.

Psykososiaalisten menetelmien osaamisen ylläpitoa on toteutettu aiemmin eri hankerahoituksilla, joilla alueille on luotu erilaisia väliaikaisia ratkaisuja (17 hyvinvointialuetta jatkaa esimerkiksi RRP-rahoituksella kehittämistoimintaa vuosina 2024-2025). Valtionavustusta käytettäessä on huomioitava, että sitä ei saa käyttää hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain (617/2021) mukaisten tehtävien rahoittamiseen, ellei näillä toimilla ole välitöntä yhteyttä hankkeen kokeilu- ja kehittämistyöhön tai uusien toimintamallien käyttöönottoon.

³² Kustannusarvioon sisältyivät esimerkiksi psykososiaalisten menetelmien kokonaiskoordinaatio, koulutus (ml. kertauskoulutukset, menetelmäohjaus ja workshopit), käyttöönoton tuki ja juurruttaminen (implementaatio), osaajarekisterin ylläpito, osaajavajeiden tunnistaminen ja lisäkoulutukset.

Hyvinvointialueille syntyisi lisäksi kustannuksia koulutuksessa olevien työntekijöiden poissaoloista. Eri menetelmien koulutusten pituus ja järjestämistapa (läsnä- vai verkkokoulutus) vaikuttavat siihen, paljonko työntekijän olisi oltava poissa töistä. Jos oletetaan, että keskimäärin työntekijä olisi poissa töistä kaksi päivää ja keskimääräinen työtunnin hinta olisi 45 euroa, olisivat sijaiskustannukset 0,4 miljoonaa euroa. Ne perustuvat oletukseen, että menetelmiä toteuttamaan tarvittaisiin noin 4 000 työntekijää ja 670 henkilötyövuotta ja että vuosittain on vaihtuvuuden vuoksi koulutettava 15 prosenttia tarvittavasta lukumäärästä. Henkilötyövuosimäärä on laskettu laskelmien pohjana olevien menetelmien vaatimalla työajalla (esimerkiksi Cool Kids 11 käyntiä, oletus työajasta yhteensä 22 tuntia). Siitä on johdettu työntekijämäärä kertomalla se kuudella eli olettaen, että keskimäärin näitä interventioita antavat työntekijät käyttävät näihin menetelmiin kuudesosan työajastaan.

Taulukko 3. Yhteenveto kustannusarvioista

Miljoona euroa	Hyvinvointialueiden kustannukset	YTHS:n kustannukset Rahoitus: 77 % valtio ja 23 % opiskelijat
Alle 12-v. interventiot	10,4	
13-18-v. interventiot	12,3	
19-22-v. interventiot	5,6	2,4 (siitä valtion rahoitus 1,8 ja opiskelijoiden maksut 0,6)
Osaamisen ylläpito	4,5	
Koulutuksen aikaiset poissaolot	0,4	
Yhteensä	33,2	2,4
Valtion rahoitus yhteensä	33,2	1,8

Tietojärjestelmäkustannukset

Hyvinvointialueilla ja YTHS:llä tulisi olla asiakas- ja potilastietojärjestelmiin liittyvät toiminnot takuun seurantaan. Terveystietojärjestelmien (ml. YTHS) toiminnot ovat jo olemassa, koska hoitotakuu ja siihen liittyvä lakisääteinen seurantavelvoite on ollut voimassa jo aiemmin. Esitetyn lainsäädännön osalta järjestelmiin täytyy tehdä enimmäisaikojen seurantaan liittyviä täydennyksiä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiin tarvitaan muutoksia mielenterveystyön palveluja kuvaaviin toimenpidekoodeihin liittyen. Nämä toimenpiteet ovat osa laajempaa sosiaalihuollon tietoperustan vahvistamista, joka ei liity suoraan esitettyyn lainsäädäntöön.

Toimitilakustannukset

Uudistuksella ei olisi merkittäviä vaikutuksia toimitiloihin, koska toteutetaan nykyisissä palveluissa.

THL:n ja valvontaviranomaisten kustannukset

Takuun toteutumisen seurannassa olisi osin kyse perusterveydenhuollon hoitotakuuta vastaavasta määräaikojen toteutumisen seurannasta ja valvonnasta, joka liittyisi myös sosiaalihuollon perustason palveluiden toimintaan. Hyvinvointialueen on julkaistava neljän kuukauden välein yleisessä tietoverkossa tunnusluvut siitä, miten 53 §:ssä säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. THL tuottaa tunnusluvut saamiensa tietojen perusteella.

Aluehallintovirastojen tulee voimassa olevan terveydenhuoltolain 27 §:n ja sosiaalihuoltolain 25 §:n mukaisesti järjestää vuosittain lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja sosiaalihuollon mielenterveystyön työnjaon kehittämiseksi alueelliset yhteistyökokoukset. Esitetyn lainsäädännön seuranta liittyisi osaltaan tähän aluehallintovirastojen lakisääteiseen tehtävään, sillä lasten ja nuorten mielenterveystyötä tulee tarkastella kokonaisuutena. Valvontaviranomaisille voisi aiheutua lisäkustannuksia, mikäli esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien psykososiaalisten interventioiden saatavuudessa olisi puutteita ja tämä johtaisi esimerkiksi kanteluihin. Valvontaviranomaisiin liittyviä vaikutuksia arvioidaan myös viranomaisvaikutuksia käsittelevässä osiossa.

Vankiterveydenhuollon ja vastaanottopalveluiden kustannukset

Esityksen mukaiset psykososiaaliset interventiot osana perusterveydenhuollon mielenterveyden hoitoa kuuluvat myös nuorten vankien terveydenhuoltoon. Ehdotetun lainsäädännön toimeenpanosta voisi näin ollen aiheutua kustannuksia THL:n vankiterveydenhuollon yksikölle. Nuoria vankeja on määrällisesti vähän, ja suurin osa heistä on vankilassa vain lyhyen aikaa, joten tuen tai hoidon toteuttamista koskeva kuukauden enimmäisaika ei ehtisi välttämättä täytyä. Näin ollen pääosa myös vankeustuomion saaneista nuorista voisi saada tarvitsemansa psykososiaalisen intervention hyvinvointialueelta. Mielenterveyden häiriöt ovat vangeilla yleisiä, mutta vankilassa olevan nuoren tilanne on lähtökohtaisesti komplisoitunut ja kyse olisi siten muusta hoidon tai tuen tarpeesta kuin perustason palveluiden lyhytinterventioista, joita esitetty lainsäädäntö koskee. Tästä johtuen lisäkustannusten arvioidaan jäävän vankiterveydenhuollossa vähäisiksi.

Lapsia ja alle 23-vuotiaita nuoria on myös vastaanottopalveluissa. Vastaanottojärjestelmässä oli joulukuun 2023 lopussa yhteensä 35 506 asiakasta, joista 79 prosenttia oli Ukrainan kansalaisia, ja noin neljäsosa heistä on lapsia. Osa lapsista on tullut Suomeen ilman huoltajaa, joko yksin tai läheisen kanssa. Vastaanottopalvelut järjestää se vastaanottokeskus, jonka asiakkaaksi kansainvälistä suojelua hakeva tai tilapäistä suojelua saava rekisteröidään. Valtio korvaa vastaanottopalveluista aiheutuvat kustannukset talousarvionsa rajoissa. Vastaanottopalveluihin kuuluvat myös välttämättömät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut.

Vastaanottolain 26 §:n 2 momentin mukaan tilapäistä suojelua saavalle sekä kansainvälistä suojelua hakevalle lapselle ja ihmiskaupan uhrille, joka on lapsi ja jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta Suomessa. Vastaanottopalveluiden piirissä olevat lapset saavat tarvittaessa tukea myös opiskeluhuoltopalveluista samoin perustein

kuin muut lapset ja nuoret. Lapsiperheiden osalta vastaanottokeskukset järjestävät sosiaalipalveluina vanhemmuutta tukevia sosiaalipalveluja. Tarvittaessa asiakas ohjataan keskuksen ulkopuolisiin terveydenhuoltopalveluihin ja mielenterveyden hoidon piiriin.

Maahanmuuttovirasto on kehittänyt vastaanottojärjestelmän mielenterveystyötä, ja henkilöstöä on perehdytetty lapsia, nuoria ja perheitä tukeviin mielenterveystyön menetelmiin. Näitä menetelmiä on myös kehitetty vastaamaan paremmin vastaanottopalveluissa olevien tarpeisiin. Pääosin lasten, nuorten ja perheiden tarpeisiin voitaisiin vastata jatkamalla tätä työtä. Joitakin lisäkustannuksia voisi kuitenkin aiheutua psykososiaalisten menetelmien kokonaisuuden laajentamisesta.

4.2.1.2 Vaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan

Ehdotuksilla ei olisi vaikutuksia hyvinvointialueen perimiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuihin. Esityksen mukaan takuun piiriin kuuluvat hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut olisivat asiakkaalle maksuttomia. Interventioita annettaisiin myös hyvinvointialueen palveluissa, jotka ovat jo aiemmin olleet maksuttomia.

Ammattikorkeakoulu- ja yliopisto-opiskelijoilta perittävään veroluonteiseen terveydenhoitomaksuun ehdotuksella olisi arvion mukaan vähäinen vaikutus, jos terveydenhoitomaksua korotettaisiin esitetyn lainsäädännön myötä. Korkeakouluopiskelijat maksavat lukukausittain opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitomaksun Kansaneläkelaitokselle. Näillä maksuilla katetaan 23 % korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon kansallisesta rahoitusosuudesta. YTHS:n palvelujen piirissä on vuonna 2024 290 000 korkeakouluopiskelijaa. Ehdotuksesta aiheutuvasta 2,4 miljoonan lisäkustannuksesta korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon opiskelijoiden maksettavaksi tulisi 0,6 miljoonaa euroa vuonna 2025. Tämä tarkoittaisi opiskelijoille arviolta 2,40 euron korotusta lukukaudessa. Vaikutuksen arvioidaan näin ollen olevan pieni.

Kotitalouksien taloudelliseen asemaan uudistus vaikuttaisi positiivisesti etenkin pidemmällä aikavälillä, kun oikea-aikainen ja varhainen tuki mielenterveyteen perustason palveluissa tukisi lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja osallisuutta, jotka puolestaan edesauttaisivat esimerkiksi opinnoissa suoriutumista ja etenemistä sekä siirtymistä työelämään.

Lisäksi lasten ja nuorten perustason palveluissa tarjottavien psykososiaalisten interventioiden saatavuuden parantaminen saattaisi pitkällä aikavälillä vähentää Kelan kuntoutuspsykoterapioiden tarvetta ja toisi tätä kautta niiden omavastuuosuuksiin liittyviä säästöjä kotitalouksille.

4.2.1.3 Vaikutukset yrityksiin

Esitetyn lainsäädännön toimeenpanossa sosiaali- ja terveystalouden järjestäjät voisivat esimerkiksi lyhytpsykoterapian osalta hankkia palveluja ostopalveluina tai palvelusetelillä yrityksiltä tai itsenäisiltä ammatinharjoittajilta. Taloudellisten vaikutusten arvioinnissa lyhytpsykoterapian asiakasmääräksi arvioitiin noin 2 300, mutta hyvinvointialueiden päätöksistä riippuu, miten suuri osa siitä ostettaisiin yrityksiltä ja itsenäisiltä ammatinharjoittajilta. Lisäksi osan 18-22 -vuotiaiden psykososiaalisista hoidoista tuottaisi YTHS osana korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuoltoa. YTHS:n osuudeksi nuorten aikuisten palvelujen kustannuksista arvioitiin 2,4 miljoonaa euroa. Myös YTHS ostaa osan palveluista yksityisiltä palveluntuottajilta.

Psykososiaalisten menetelmien kehittämisen myötä voisi myös syntyä tavaramerkillä suojattuja interventioita tai koulutuspalveluja, jotka voitaisiin toteuttaa ainoastaan ostopalveluna. Myös niiden laajeneminen riippuisi siitä, mitä menetelmiä hyvinvointialueilla otettaisiin käyttöön tai ostaisivatko ne koulutuspalveluja.

4.2.1.4 Vaikutukset kansantalouteen

Mielenterveysongelmien aiheuttamat kustannukset kansantaloudelle ovat merkittäviä etenkin työkyvyttömyyteen liittyvien kustannusten osalta. Mielenterveyden häiriöihin sairastutaan tyypillisesti lapsuuden ja nuoruuden aikana, ja sairastuminen voi heikentää kouluttautumista ja työllistymistä. Tämä näkyy mielenterveyden häiriöiden suurina epäsuorina kustannuksina. OECD:n mukaan mielenterveyden suorat ja epäsuorat kustannukset ovat Suomessa OECD-maiden suurimpien joukossa³³. Näin ollen voidaan olettaa, että etenkin lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn ja hoidon saatavuuden vahvistaminen vähentäisi pitkällä aikavälillä niin suoria kuin epäsuoriaakin kustannuksia. Lapsuusiässä alkavien mielenterveysongelmien jatkuminen negatiivisena kierteenä aiheuttaa kaikkein suurimmat syrjäytymisestä aiheutuvat kustannukset.

Nuorena mielialahäiriöiden takia sairaalahoidossa olleista alle puolet on töissä 25 ikävuoden jälkeen.³⁴ WHO:n mukaan mielenterveyden hoidon kattavuuden laajentamisen hyödyt ylittävät sen kustannukset 2,3–3 -kertaisesti, jos pelkästään taloudelliset hyödyt lasketaan mukaan, ja 3,3–5,7 -kertaisesti, jos myös parantuneen terveyden arvo huomioidaan.³⁵

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan hankkeessa arvioitiin, että Suomessa mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairauspäiväraha-kaudet pienentävät bruttokansantuotetta 0,3–0,4 prosenttia. Jos mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen vähenisi 10–15 prosenttia, vahvistuisi bruttokansantuote 0,3–0,5 prosentilla. Tutkimuksen johtopäätös oli, että investoimalla mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyspalveluihin on mahdollista pienentää merkittävästi epäsuoria kustannuksia³⁶. Eri maiden erilaisen palvelu- ja kustannusrakenteen vuoksi arvio säästöjen suuruudesta ei kuitenkaan ole sellaisenaan sovellettavissa Suomeen³⁷.

4.2.2 Viranomaisvaikutukset

4.2.2.1 Kansalliset vaikutukset

Kansalliset viranomaisvaikutukset liittyisivät palveluiden järjestämisen ohjaamiseen, palveluiden sisältöihin liittyviin muutoksiin sekä lainsäädännön periaatteisiin liittyviin kysymyksiin.

Esitetyllä lainsäädännöllä määritettäisiin hoitoon ja palveluun pääsyn enimmäisaika tiettyyn mielenterveyden hoitomuotoon ja sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluun. Erillisestä enimmäisajasta säätäminen muusta lainsäädännöstä poikkeavalla tavalla on lain tulkinnan näkökulmasta haastavaa ja voi lisätä kansallisen ohjauksen tarvetta. Sosiaali- ja terveydenhuollon useassa eri palvelutehtävässä toteutettava kokonaisuus voi osoittautua

³³ Health at a glance: Europe 2018

³⁴ Hakulinen ym. 2019

³⁵ Chisholm ym. 2016

³⁶ Wahlbeck ym. 2017

³⁷ Knapp ym. 2011

haasteelliseksi, ja haasteita lisää se, että sosiaalihuollon sisältöohjauksen tietopohja ja toimijarakenteet erityisesti psykososiaalisten menetelmien osalta ovat puutteellisia verrattuna terveydenhuoltoon. Myös ehkäisevän terveydenhuollon ja sairaanhoidon välisen työnjaon kysymykset lainsäädännön toimeenpanossa voivat lisätä ohjauksen tarvetta. Informaatio- ja sisältöohjauksessa tehtäviä on sosiaali- ja terveysministeriöllä, THL:llä sekä aluehallintovirastoilla ja Valviralla sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisina.

Hallitusohjelma sisältää toimia, joilla kansallista ohjausta on käyttöön otettavien menetelmien osalta tarkoitus vahvistaa. Hallitusohjelman mukaisesti säädetään julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista palveluiden vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Lisäksi selvitetään mahdollisuus säätää kansallisesta toimijasta, jolla olisi toimivalta linjata sitovasti menetelmien ja palveluiden kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta sen ulkopuolelle. Nämä toimenpiteet etenevät käytäntöön kuitenkin vasta myöhemmin, joten esitetyn lainsäädännön toimeenpanoa on ohjattava ja tuettava sekä kansallisin että alueellisin ratkaisuin.

Esitetty lainsäädäntö muodostaisi terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolakeihin erilaiset hoitoon- ja palveluihin pääsyn enimmäisajat takuun piiriin kuuluville hoidoille ja palvelulle verrattuna muihin hoitoihin ja sosiaalipalveluihin. Terveydenhuoltolakiin muodostuisi myös erillistä hoitoon pääsyn sääntelyä psyykkisiin ja fyysisiin terveysongelmiin. Kyse olisi poikkeuksellisesta ratkaisusta terveydenhuollon lainsäädännössä, ja on mahdollista, että samankaltaisia lakiesityksiä alettaisiin jatkossa vaatia ja tehdä myös muiden hoitojen ja sairausryhmien osalta. Sosiaalihuollon lainsäädännössä on sääntelyä tiettyjen asiakasryhmien palvelutarpeen arviointiin liittyvien määräaikojen osalta, mutta palveluun liittyvän päätöksen toimeenpanon erillinen määräaika olisi periaatteena uusi. Uuden tyyppinen sääntely loisi tarpeen arvioida sosiaalihuollon palvelulainsäädännön yleisiä linjoja osana kansallista palvelureformia.

Sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluilla ei kaikilta osin ole vakiintunutta ja erikoistunutta sisältöä, ja palvelujen alueellisen järjestämisen tilanne on vaihteleva. Esitetyn lainsäädännön myönteisenä vaikutuksena olisi, että sosiaalihuollon mielenterveystyön sisällöt vahvistuisivat lasten, nuorten ja perheiden osalta ja muodostuisivat hyvinvointialueilla aikaisempaa yhdenmukaisemmiksi. Samalla myös niihin liittyvä tilastointi- ja muu tietopohja yhdenmukaistuisivat ja vahvistuisivat.

4.2.2.2 Vaikutukset hyvinvointialueisiin

Psykososiaalisten menetelmien alueellisessa käyttöönotossa keskeistä on huolellinen valmistelu, laadukas koulutus ja käytön ohjaus, toimiva johtaminen sekä pitkäjänteinen tuki.³⁸ Tätä kokonaisuutta tulisi suunnitella esitetyn lainsäädännön myötä sekä hyvinvointi- että yhteistyöalueen tasolla. Esitetyn lainsäädännön viranomaisvaikutukset liittyvät hyvinvointialueella keskeisesti sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäiseen, perusterveydenhuollon sisäiseen- sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon väliseen työnjakoon.

Psykososiaalisten menetelmien valinta ja kokonaisuuden koordinointi

³⁸ [Isokuortti 2023](#)

Esitetyllä lainsäädännöllä olisi vaikutuksia hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen laatimiseen, joita ollaan nyt tekemässä ensimmäistä kertaa. YTA-tasolla yhteistyön käytännöt ovat vielä jäsentymättömiä ja myös ristiriidat ovat mahdollisia, mikäli hyvinvointialueet ja yliopistosairaala eivät löytäisi yhteistä kantaa esimerkiksi käyttöön otettaviin psykososiaalisiin menetelmiin, joista tulisi esityksen mukaisesti sopia yhteistyösopimuksessa. On myös mahdollista, että interventiot eivät olisi laadukkaita ilman riittävää panostusta menetelmäkoulutukseen ja -ohjaukseen, eivätkä tämän vuoksi toisi hyvinvointialueille hoidon ja tuen vaikuttavuuteen liittyviä hyötyjä. Hallituksen esityksen valmisteluun liittyvissä kuulemisissa hyvinvointialueet nostivat esiin, että takuun piiriin kuuluvien menetelmien valintaa YTA-tasolla tulisi tehdä vuoropuhelussa eri osapuolten kesken, jotta myös paikalliset ominaispiirteet ja tarpeet tulisivat huomioituksi.

Esitetyn lainsäädännön toimeenpanossa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tulisi vahvistaa ja koordinoita keskinäistä yhteistyötään myös hyvinvointialueen sisäisessä toiminnassa. Hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollossa olisi määritettävä ne palvelut ja toimintayksiköt, joiden henkilöstö antaa takuun piiriin kuuluvia interventioita ja suunniteltava, miten terveydenhuollon sisäinen ja sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäinen yhteistyö ja työnjako toteutuvat. Tämä on välttämätöntä, jotta voidaan varmistaa yhteensovitettu kokonaisuus, sujuvat palveluketjut sekä hoidon ja tuen jatkuvuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä on todettu olevan merkittäviä haasteita, ja palveluiden kokonaisuus on sirpaleinen. Tämä voi näyttäytyä myös esitetyn lainsäädännön toimeenpanossa.

Etenkin lasten, mutta myös nuorten perusterveydenhuollon mielenterveyden hoidon saatavuudessa on ollut suuria puutteita ja alueellista vaihtelua. Mikäli tätä palveluvajetta ei korjattaisi esitetyn lainsäädännön toimeenpanossa, voisi tämä näkyä ehkäisevän terveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kuormittumisena. Toisaalta onnistunut lasten ja nuorten perusterveydenhuollon psykososiaalisten hoitojen saatavuuden vahvistaminen voisi vähentää pitkällä aikavälillä sekä sosiaalihuollon että ehkäisevän terveydenhuollon kuormitusta, jos lapset, nuoret ja perheet saisivat nykyistä paremmin laadukasta apua perusterveydenhuollon avosairaanhoidosta.

Mikäli psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarve vähentyisi perustason hoidon ja tuen saatavuuden vahvistumisen myötä, olisi sillä myönteisiä vaikutuksia lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilanteeseen. Esitetty lainsäädäntö ei kuitenkaan yksinään pysty vastaamaan lasten ja nuorten lisääntyneeseen mielenterveyden kuormitukseen, joten hyvinvointialueiden tulisi edelleen jatkaa mielenterveyden kokonaisuuden kehittämistä ja vahvistamista sekä yhteistyötä kuntien ja järjestöjen kanssa.

Henkilöstön osaaminen ja rekrytointi

Esitetyllä lainsäädännöllä olisi vaikutuksia henkilöstön osaamisen kehittämisen ja rekrytoinnin osalta. Lainsäädännön toimeenpano edellyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille osaamisen vahvistamista takuun piiriin kuuluvissa menetelmissä. Keskeisimpiä ammattiryhmiä ovat sairaan- ja terveydenhoitajat, sosionomit, opiskeluhoollon kuraattorit ja sosiaalityöntekijät.

Opiskeluhoollossa psykososiaalisen menetelmäkoulutuksen suorittamisen on todettu lisänneen kokemusta auttamismahdollisuuksista mielenterveysasioissa.³⁹ Menetelmien käyttöönotolla voitaisiin näin ollen vahvistaa työntekijöiden hyvinvointia ja työhön sitoutumista. Toisaalta

³⁹ [Kohti yhteistä työtä hyvinvointialueilla \(julkari.fi\)](#)

menetelmien käyttöönotto voi aiheuttaa henkilöstölle myös kuormitusta. Siksi hyvinvointialueilla tulisi edetä käyttöönotossa asteittain ja prosessia jatkuvasti arvioiden.⁴⁰

Esitetty lainsäädäntö edellyttäisi hyvinvointialueilta panostusta myös perusterveydenhuollon lääkärin osaamisen vahvistamiseen. Hyvinvointialueella olisi sovittava muun muassa konsultaatiokäytännöistä erikoissairaanhoidon kanssa. Myös perusterveydenhuollon sisäisen moniammatillisen työn koordinaatiota tulisi vahvistaa.

Esitetty lainsäädäntö loisi myös tarpeen palkata lisää henkilöstöä tilanteessa, jossa henkilöstön rekrytoinnissa on haasteita. Tilanne on jonkin verran helpottunut hyvinvointialueiden järjestämisvastuun myötä, mutta henkilöstön saatavuus vaihtelee alueittain ja ammattiryhmittäin.⁴¹ Esitetyssä lainsäädännössä on pyritty huomioimaan, että eri ammattiryhmiä voitaisiin hyödyntää mahdollisimman laajasti sekä sosiaali- että terveydenhuollosta. Lainsäädännön toimeenpanoon liittyen hyvinvointialueiden olisi tehtävä toimenpiteitä, joilla ne voisivat vahvistaa sekä henkilöstön pysyvyyttä, että uuden henkilöstön rekrytointia tukevia vetovoimatekijöitä. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt vuoden 2024 alussa hyvinvointialueille valtionavustuksina yli 800 000 euroa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työnjakoa uudistaviin pilotteihin sekä työkykyä tukevaan toimintaan. Osana Hyvän työn -ohjelmaa sosiaali- ja terveysministeriö toteuttaa muitakin toimenpiteitä, joiden voidaan arvioida tukevan hyvinvointialueita esitetyn lainsäädännön toimeenpanossa.

Hallinnollinen työ

Esitetty lainsäädäntö voisi lisätä hyvinvointialueiden hallinnollisia työtehtäviä jonkin verran, mikäli sosiaalihuollossa tehtävä päätöksenteko mielenterveystyön palveluina toteutettuun lasten ja nuorten psykososiaaliseen tukeen liittyen lisääntyisi. On tiedossa, että esimerkiksi opiskeluhoollon kuraattoripalveluissa ja kasvatus- ja perheneuvonnassa ei nykytilanteessa välttämättä tehdä kaikilla hyvinvointialueilla sosiaalihuoltolain 45 §:n mukaisesti palvelupäätöksiä.⁴² Ehdotettu uusi sääntely toisi osaltaan näihin käytäntöihin muutoksia. Kyse ei kuitenkaan olisi uudesta lakisääteisestä velvoitteesta. Esitetty lainsäädäntö loisi hyvinvointialueille tarpeen seurata takuun piiriin kuuluvien interventioiden saatavuutta ja enimmäisaikojen toteutumista toimenpidekoodien ja palvelupäätösten toimeenpanon osalta. Näiden prosessien kehittäminen edellyttäisi hyvinvointialueilta asiakastyön dokumentointiin liittyvien käytäntöjen johtamista, henkilöstön koulutusta ja tiedonhallinnan kehittämistä. Näyttöön perustuvien psykososiaalisten menetelmien terveydenhuollon toimenpidekoodit olivat vuoden 2023 lopussa jo käytössä suurimmalla osalla hyvinvointialueita. THL on tehnyt myös sosiaalihuollon palveluissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien toimenpidekoodien määrittelyä, ja ne voidaan ottaa käyttöön vuonna 2025. Yksittäisten ammattilaisten ja organisaatioiden välillä on kuitenkin vielä eroja siinä, kuinka säännönmukaisesti toimenpidekoodeja käytetään. Muut ihmisiin kohdistuvat yhteiskunnalliset vaikutukset

4.2.2.3 Vaikutukset perus- ja ihmisoikeuksiin

Mielenterveyden hoidon ja tuen palveluvalikoimaan liittyvällä sääntelyllä on merkitystä perusoikeuksien kannalta. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava

⁴⁰ Isokuortti 2023

⁴¹ [TEM 2021](#)

⁴² <https://www.julkari.fi/handle/10024/144565>

jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Lapsen oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta on välttämätöntä myös kaikkien muiden lapsen oikeuksien toteutumisen kannalta. Perustuslakivaliokunnan (PeV 30/2013 vp) mukaan palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp, s. 71 ja PeVL 36/2012 vp, s. 2/II).

Ehdotetuilla muutoksilla olisi myönteisiä vaikutuksia erityisesti perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädettyyn julkisen vallan vastuuseen turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet sekä julkisen vallan vastuuseen tukea perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Lasten ja nuorten perustason mielenterveystalvet ja mielenterveyden hoidon saatavuudessa on todettu merkittäviä puutteita ja alueellista vaihtelua. Esitetty lainsäädäntö korjaisi tätä tilannetta ja edistäisi lasten ja nuorten perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista ja yhdenvertaisuutta suhteessa muuhun väestöön.

Lapsen oikeuksien komitea on yleiskommentissaan nro 15 (LOS 24 art.) kehottanut valtioita soveltamaan psykososiaaliselle tuelle perustuvaa lähestymistapaa lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöihin ja panostamaan perusterveydenhuoltoon, jossa edistetään lasten psykososiaalisten, emotionaalisten ja henkisten ongelmien varhaista havaitsemista ja hoitoa. Esityksen voidaan katsoa vastaavan näihin kannanottoihin. Erityisesti takuun ikäryhmään liittyviä vaikutuksia kuvataan tarkemmin lapsia ja nuoria koskevassa alakohdassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laajemmassa kokonaisuudessa vaikutuksia voisi olla paitsi niihin, jotka kuuluvat esitetyn lainsäädännön ikäryhmään, välillisesti myös muuhun väestöön. Vaikka esitetyn lainsäädännön vaikutukset olisivat myönteisiä lainsäädännön piiriin kuuluvalla ikäryhmälle, se saattaisi nuoret aikuiset jossain määrin keskenään erilaiseen asemaan. Kuulemistilaisuuksissa etenkin opiskelijajärjestöt nostivat esiin, että merkittävä osa opiskelijoista jäisi esitetyn lainsäädännön ulkopuolelle, vaikka opiskelijoiden mielenterveyden ongelmat ovat hyvin yleisiä.⁴³ Esityksen mukaisesti alle 23-vuotiaat nuoret olisivat oikeutettuja nopeampaan mielenterveyden hoitoon- ja palveluihin pääsyyn perusterveydenhuollossa kuin yli 23-vuotiaat tiettyjen hoitojen osalta. Yli 23-vuotiaiden mielenterveyden hoitoon sovellettaisiin koko väestöä koskevaa hoitoon pääsyn lainsäädäntöä, jossa sääntely liittyy ensisijaisesti ensimmäisen hoitotapahtuman turvaamiseen.

Edellä kuvatut hoitoon pääsyn sääntelyn erot eivät olisi kuitenkaan merkittävästi yhdenvertaisuuteen vaikuttavia. Voimassa oleva lainsäädäntö takaa jo nyky muodossaan sen, että myös mielenterveyden hoidossa ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä 14 vuorokauden kuluessa ja muu perusterveydenhuollon kiireetön hoito potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Palvelujärjestelmän keskeiset puutteet ovat koskeneet erityisesti alaikäisten mielenterveyden hoidon kokonaisuutta. Esitettävät panostukset varhaisempien ikävaiheiden psykososiaalisten menetelmien saatavuuteen sekä kuukauden enimmäisaika takuun piiriin kuuluvien interventioiden osalta voivat vähentää myös myöhempää aikuisiässä esiin tulevaa hoidon ja tuen tarvetta. Näin ollen nopeamman hoidon ja tuen saamisen hyödyt näyttäytyvät myös myöhemmässä aikuisuudessa.

⁴³ [KOTT 2021](#)

Hallitusohjelman mukaisesti toteutetaan muitakin toimenpiteitä, joiden arvioidaan vaikuttavan myönteisesti koko aikuisväestön mielenterveyden hoidon saatavuuteen ja yhdenvertaisuuteen. Hoidon saatavuutta parannetaan perustasolla muun muassa Terapiat etulinjaan -toimintamallin kokemuksiä hyödyntäen, ottamalla käyttöön porrasteinen hoitomalli ja tehostamalla Mielenterveystalo-palvelukokonaisuuden käyttöä alueilla (omahoito-ohjelmat ja verkkoterapiat). Tämän lisäksi matalan kynnyksen palveluiden ja mielenterveysavun saatavuutta lisätään yhteistyössä muun muassa järjestöjen ja seurakuntien kanssa. Psykoterapiapalveluiden saavutettavuutta vahvistetaan uudistamalla psykoterapeuttikoulutusta kaksiportaiseksi ja säätämällä ensimmäisen portaan koulutus maksuttomaksi.

4.2.2.4 Vaikutukset lapsiin ja nuoriin

YK:n lapsen oikeuksien sopimus koskee lasten eli alle 18-vuotiaiden henkilöiden oikeuksien turvaamista. Osana lapsivaikutusten arviointia tulee huomioida myös perheen näkökulma, sillä perhe on lapsen keskeisin kasvuympäristö. Esitetyssä lainsäädännössä vaikutusten arviointi on syytä ulottaa myös 18 vuotta täyttäneisiin nuoriin, sillä esitys liittyy keskeisesti lapsuuden ja aikuisuuden väliseen nivelvaiheeseen ja kohdentuisi myös 18–22-vuotiaisiin. Osana lapsia ja nuoria koskevia vaikutuksia arvioidaan myös haavoittuvassa asemassa oleviin lapsiin, nuoriin ja perheisiin kohdistuvia vaikutuksia. Vaikutuksia sukupuolten tasa-arvoon, seksuaalivähemmistöihin ja kielellisiin oikeuksiin arvioidaan erillisessä alaluvussa.

Lapsia ja nuoria koskevassa vaikutusten arvioinnissa hyödynnetään WHO:n saatavuus, saavutettavuus, hyväksyttävyyys ja laatu (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality) viitekehystä. Lapsen oikeuksien komitean yleiskommentin nro 15 mukaan valtioiden tulisi varmistaa, että kaikki lasten terveyspalvelut vastaavat näitä kriteerejä. Viitekehystä voidaan terveydenhuollon lisäksi soveltaa myös sosiaalihuollon arviointiin.

Saatavuus

Esitetyn lainsäädännön osalta on arvioitava, vahvistaisiko se lasten ja nuorten mielenterveyden haasteisiin liittyvän hoidon ja tuen saatavuutta ja mitä vaikutuksia tällä olisi lapsiin, nuoriin ja perheisiin. Sekä lapsen oikeuksien komitea, että taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea on esittänyt Suomelle huolensa lasten ja nuorten mielenterveyden hoitovajeesta sekä palvelujen epätasaisesta maantieteellisestä jakautumisesta. Suomea on kehoitettu parantamaan mielenterveyden hoidossa etenkin ennaltaehkäisevien ja varhaisen vaiheen hoidon ja tuen palvelujen saatavuutta sekä sosiaali- että terveydenhuollossa.

Esitetty lainsäädäntö vastaisi näihin tunnistettuihin puutteisiin ja vahvistaisi hoidon ja tuen saatavuutta lasten ja nuorten lisääntyneisiin mielenterveyden oireisiin. Esityksellä voitaisiin osaltaan vaikuttaa myönteisesti myös kansallisen palvelujärjestelmän yhdenvertaisuuden vahvistumiseen, sillä tarjottavan tuen sisältöä pyrittäisiin yhtenäistämään sekä hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla että kansallisesti.

Psykoterapioista johdetut määrämuotoiset ja aikarajoitteiset työmenetelmät muodostavat vain osan mielenterveystyön kokonaisuudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lasten ja nuorten keskinäisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta on huomioitava, ettei kaikkiin mielenterveyteen liittyviin hoidon ja tuen tarpeisiin ole olemassa strukturoitua, näyttöön perustuvaa psykososiaalista menetelmää. Esimerkiksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) edellyttää yksilöllisiä ja monimuotoisia tuki- ja hoitotoimia, jotka toteutuvat arjessa. Neuropsykiatrisesta valmennuksesta ei ole toistaiseksi kehitetty strukturoituja työmenetelmiä,

joilla olisi vaikuttavuusnäyttöä.⁴⁴ Myös vammaisten lasten ja nuorten tarvitsema tuki on tyypillisesti monimuotoista.

Esitetty lainsäädäntö vahvistaisi vanhemmuuden ohjauksen saatavuutta, jota voitaisiin hyödyntää osana hoidon ja tuen kokonaisuutta myös edellä mainituissa monimuotoisempaa tukea tarvitsevilla ryhmissä. Psykososiaalisten hoitojen kehittyessä on oletettavaa, että vaikuttavuusnäyttöön perustuvien hoitojen kokonaisuus tulisi laajenemaan eri diagnoosiryhmiin ja tämä edelleen vahvistaisi yhdenvertaista saatavuutta. Voimassa olevan terveydenhuoltolain 14 vuorokauden hoitotakuu, jossa tuki- ja hoitotoimet toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti viimeistään 3 kuukauden enimmäisajassa, koskee kaikkien lapsiryhmien tarvitsemaa hoitoa.

Petteri Orpon hallitusohjelma sisältää myös muita lasten ja nuorten mielenterveyttä tukevia toimenpiteitä, kuten matalan kynnyksen chat- ja walk-in palvelujen vahvistamisen sekä Mielenterveystalo-palvelukokonaisuuteen kuuluvien omahoito-ohjelmien ja verkkoterapioiden käytön tehostamisen, jotka osaltaan parantaisivat hoidon ja tuen saatavuutta. Lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja tuen kokonaisuuden kehittämistä tulisi edelleen jatkaa ja arvioida osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulainsäädännön laajempaa uudistamista.

Saavutettavuus

Palvelun saavutettavuus on laaja-alainen käsite ja sitä arvioitaessa tulee ottaa huomioon esimerkiksi fyysinen, taloudellinen, sosiaalinen ja hallinnollinen näkökulma. Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien interventioiden saavutettavuus tulisi taata kaikille lapsille ja alle 23 –vuotiaille nuorille, riippumatta heidän taustastaan tai ominaisuuksistaan. Keskeinen saavutettavuuden kysymys on se, kuinka matalalla kynnyksellä lasten, nuorten ja perheiden olisi mahdollista saada takuun piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita. Valmistelun aikana toteutetun kyselyn perusteella etenkin opiskeluhoollon palvelut ja matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut olivat lasten ja nuorten mielestä palveluja, joihin olisi helppoa hakeutua.

Koska esitetty lainsäädäntö koskisi sekä ehkäisevää tukea että mielenterveyden häiriöiden hoitoa, se edesauttaisi saavutettavuutta. Takuun piiriin kuuluvan psykososiaalisen intervention saaminen ei edellyttäisi kaikissa tilanteissa lääkärin arviota, johon voisi olla vaikeaa päästä. Tukea voisi saada joustavasti esimerkiksi neuvolan tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ohjaamana, opiskeluhoollon kuraattori- ja psykologipalveluista tai muista matalan kynnyksen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Nämä ovat palveluita, joissa lapset, nuoret ja perheet jo muutoinkin asioivat, joka edesauttaisi myös fyysistä saavutettavuutta. Näissä palveluissa tulisi myös psykososiaalisten menetelmien käytön osalta kiinnittää erityistä huomioita lasten ja nuorten kohtaamiseen. Vastausten perusteella lapset ja nuoret kokevat keskeiseksi saavutettavuutta estäväksi tekijäksi sen, jos tuen tarvetta joutuu perustelemaan sitä saadakseen tai jos apua tarjoavan henkilön persoona ei ole mieluinen.

Ehkäisevien palvelujen kautta tarjotut interventiot eivät leimaa lasta, nuorta tai perhettä sosiaalisesti, ja tämä voisi madaltaa kynnystä ottaa psyykkiseen kuormitukseen tai mielenterveyteen liittyviä asioita puheeksi. Myös hallinnollinen saavutettavuus olisi arvion mukaan hyvä, sillä psykososiaalisen intervention saaminen ei edellyttäisi lapselta, nuorelta tai perheeltä kirjallisten hakemusten tekoa, vaan asiaa olisi mahdollista hoitaa suullisesti. Palvelut olisivat hyvinvointialueella maksuttomia, joten ne olisivat myös taloudellisesti saavutettavia.

⁴⁴ [Haltia ym. 2023](#)

On kuitenkin mahdollista, että esimerkiksi kielitaidon puutteiden vuoksi lapsella, nuorella tai vanhemmilla ei olisi valmiuksia psykososiaalisen intervention edellyttämään työskentelyyn, ja näin ollen he olisivat muita heikommassa asemassa tuen saavutettavuuden ja hoidosta ja tuesta saatavien hyötyjen osalta. Lasten ja nuorten olisi mahdollista hakeutua takuun piiriin esimerkiksi opiskeluhoitopalvelujen kautta. Näin ollen esimerkiksi huoltajien kielitaitoon, toimintakykyyn tai vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen liittyvät haasteet eivät vaikuttaisi yhtä vahvasti mahdollisuuksiin saada apua. Hyvinvointialueen tulisi kuitenkin varmistaa myös riittävät tulkkipalvelut ja tarvittaessa muokattava palvelupolkuja ja interventioita kaikille lapsille, nuorille ja perheille sopiviksi.

Toimintarajoitteiset, lastensuojelun sijaishuollossa olevat sekä sateenkaarinuoret kokevat mielenterveyden riskitekijöitä 2–5 kertaa muita useammin. Näiden ryhmien yksilölliset tilanteet ja tarpeet olisi kyettävä tunnistamaan. Voidaan ajatella, että myös edellä mainituille ryhmille on keskeistä, että tuen ja hoidon piiriin on mahdollista hakeutua opiskeluhoitopalveluiden ja muiden matalan kynnyksen palveluiden kautta. Myös sosiaalihuollon mahdollisuudet tarjota takuun piiriin kuuluvia mielenterveystyön palveluja edesauttaisivat osaltaan haavoittuvassa asemassa olevien lasten, nuorten ja perheiden tarvitseman tuen saavutettavuutta.

Myös mielenterveyteen liittyvän hoidon ja tuen osalta tulee varmistaa, että palvelut ovat vammaisten henkilöiden saavutettavissa ja ne järjestetään ja toteutetaan ilman syrjintää. Mikäli hyvinvointialue ei huomioisi takuun piiriin kuuluvia interventioita antavien ammattihenkilöiden osaamisessa ja toimitiloissa vammaisten henkilöiden erityistarpeita, he jäisivät ikätovereihinsa nähden heikompaan asemaan. Vammaisten lasten ja nuorten palvelukokonaisuuden kehittämiseen olisikin kohdistettava erillisiä kehittämistoimia. Tämä velvoite liittyy hyvinvointialueiden paikallisen tason lisäksi myös yliopistosairaalan tehtäviin ja hyvinvointialueiden väliseen yhteistyösopimukseen, jossa on järjestämislain 36 §:n mukaisesti edistettävä muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasturvallisuutta, tarpeenmukaisuutta, yhdenvertaista saatavuutta, kielellisiä oikeuksia sekä palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien toimivuutta. Vammaisten lasten ja nuorten palvelujen kehittämistarve liittyy osaltaan myös vammaispalvelulain uudistamiseen. Tavoitteena on, että hallituksen esitys vammaispalvelulain soveltamisalan tarkentamisesta annetaan eduskunnalle alkusyksyllä 2024.

Laatu

Esitetyn lainsäädännön osalta on arvioitava, lisääkö se lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvän hoidon ja tuen laatua sekä hyvin toimivia palveluprosesseja. Esitetystä lainsäädännössä edellytetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää hyödyntämään nykyistä laajemmin ja koordinoitummin näyttöön perustuvia psykososiaalisia menetelmiä ja sillä pyritään vahvistamaan hoidon ja tuen vaikuttavuutta. Takuun piiriin kuuluvien interventioiden antaminen edellyttäisi menetelmän käyttämiseen liittyvän koulutuksen suorittamista ja myös osaamisen ylläpitoa. Nämä tekijät turvaisivat tarjottavan hoidon ja tuen laatua.

Valmistelun tueksi toteutetussa lasten ja nuorten kyselyssä keskeiseksi tekijäksi mielenterveyteen liittyvän tuen saamisessa nousi se, että avun saamista ei pitäisi joutua odottamaan pitkään ja että tapaamisten pitäisi tarvittaessa järjestyä ilman ajanvarausta. Esitetty lainsäädäntö määrittää enimmäisajan psykososiaalisen intervention aloittamiselle, ja se täydentäisi voimassa olevaa hoitoon pääsyn lainsäädäntöä ensimmäisen 14 vuorokauden kuluessa järjestettävän hoitotapahtuman jälkeen. Opiskeluhoollon kuraattorin tai psykologin ensimmäinen tapaaminen on järjestettävä 7 vuorokauden kuluessa. Näin ollen tiukemman

enimmäisajan määrittäminen tukisi näitä tarpeita, mutta toisaalta jättäisi myös palvelujen järjestäjän vastuulle vahvistaa ja luoda matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja, joihin olisi mahdollista hakeutua myös ilman ajanvarausta. Lapset ja nuoret toivoivat kyselyn perusteella ensisijaisesti kasvokkaisia tapaamisia työntekijän kanssa, mutta eivät pitäneet vanhempien osallistumista tapaamisiin tärkeänä. Vastausten perusteella työntekijän kanssa kahden kesken tapahtuva työskentely olisi lasten ja nuorten näkökulmasta laatua edistävä tekijä.

Kokemus vaikuttavan avun saamisesta voisi vahvistaa lasten, nuorten ja perheiden kokemusta siitä, että apua kannattaa hakea. Mikäli perustason palvelujen tuella pystyttäisiin jatkossa katkaisemaan lapsen tai nuoren syrjäytymiskehitys nykyistä useammin, olisi sillä myönteisiä vaikutuksia lasten ja nuorten elämänvaiheisiin. Hoitamattomilla mielenterveysongelmilla on merkittävä yhteys esimerkiksi muuhun sairastavuuteen ja työllistymiseen. Myönteisiä vaikutuksia voisi nähdä myös perheiden arjessa. Mikäli vanhemmat saisivat oikea-aikaista ja laadukasta ohjausta esimerkiksi uhmakkaan lapsen ohjaamiseen, vahvistaisi tämä positiivista vuorovaikutusta perheiden arjessa. Vanhemman kasvatuskeinoihin liittyvä vaikuttava tuki vähentäisi myös riskiä lapsen kaltoinkohteluun. Kun lapsen tai nuoren masennusoireisiin olisi saatavilla laadukkaita psykososiaalisia interventioita, joiden avulla häntä tuetaan ihmissuhdetaitojen vahvistamisessa, vahvistaisi tämä myös ystävyyssuhteiden jatkuvuutta ja sosiaaliseen yhteisöön kuulumisen tunnetta. Psykososiaalisen intervention avulla tarjottava tuki esimerkiksi omien voimavarojen tunnistamiseen vahvistaisi lasten ja nuorten toimijuutta ja positiivista minäkuvaa.

Keskeiseksi kysymykseksi myönteisten vaikutusten saavuttamisessa tunnistetaan henkilöstön saatavuuteen liittyvät kysymykset. Tämän vuoksi esityksessä on pyritty huomioimaan takuun piiriin kuuluvien interventioiden toteuttajatahoina mahdollisimman laajasti lapsia, nuoria ja perheitä kohtaavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmät.

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä olisi menetelmäkoulutusten myötä ammatillisesti toimivat keinot tukea lapsia ja nuoria, voisi tämä edesauttaa myös työssä jaksamista. Henkilöstön vaihtuvuuden mahdollinen vähentyminen vahvistaisi lasten ja nuorten pysyviä ihmissuhteita koulun ja oppilaitoksen arjessa. Näin koulun ammattilaisilla olisi pitkäaikainen perspektiivi lapsen kehityksen seuraamiseen, ja tämä voisi osaltaan vahvistaa tarjottavan tuen oikea-aikaisuutta.

Strukturoitujen menetelmien käyttöön otossa voidaan tunnistaa myös riskejä. Takuun piiriin kuuluvat interventiot toteutetaan tietyn rakenteen ja sisällön mukaisesti, ja ne kohdentuvat tiettyyn ongelmaan ja oireeseen. Liian kapea-alainen tuki voisi aiheuttaa lapsille, nuorille ja perheille kokemuksen kaavamaisesti toteutetusta interventiosta, jossa heidän yksilöllinen palvelutarpeensa ei tule huomioituksi. Mikäli esitetty määrämuotoinen interventio ei olisi soveltuva lapselle ja hän jättäisi siksi hoidon kesken, voisi tämä luoda toivottomuutta ja tyytymättömyyttä tarjolla olevaan tukeen. Tuen tarvetta tulisi näin ollen tarkastella yksittäistä psykososiaalista interventiota laaja-alaisemmin ja kokonaisvaltaisesti. Valmistelun tueksi toteutetussa Otakantaa-kyselyssä korostui etenkin vanhempien toive siitä, että perheiden tilanteita tarkasteltaisiin kokonaisuutena yksilöiden sijaan.

Palvelun laatu liittyy paitsi annetun intervention asianmukaiseen ja osaavaan toteutukseen, myös palveluprosesseihin. Esitetty lainsäädäntö perustuu sekä sosiaali- että terveydenhuollossa annettaviin interventioihin. Mikäli sosiaalihuollossa takuun piiriin kuuluvia interventioita annettaessa ei osattaisi arvioida, milloin lapsi tai nuori tarvitsee terveydenhuollon arvion tai sairaanhoitoa, ei tämä edesauttaisi lapsen tai nuoren oikeuksien vahvistumista tarvittavan terveydenhoidon osalta. Sama haaste on kuitenkin olemassa jo nykytilanteessa. Esitetyn lainsäädännön hyötyjen arvioidaan olevan lasten ja nuorten näkökulmasta merkittävämpiä kuin

edellä mainitut mahdolliset kielteiset vaikutukset. Kielteisten vaikutusten torjuminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien ja toimintaperiaatteiden tunnistamista palveluketjujen suunnittelussa. On tärkeää, että ammattilaisilla on riittävästi osaamista moniammatillisen yhteistyön tekemiseen, jottei oikeus tarvittaviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin vaarannu.

Esitetty lainsäädäntö ei sisällä muutosehdotuksia sosiaali- tai terveydenhuollon toimintakäytäntöihin laajemmin. Näin ollen palveluiden järjestäjän vastuulle jäisi toimivien ja jatkuvuutta tukevien palveluprosessien vahvistaminen. Näitä osatekijöitä on tavoitteena vahvistaa myös laajemman kansallisen palvelureformin toteutuksessa.

Hyväksyttävyyys

Hyväksyttävyyden osalta tulee arvioida, tunnistetaanko esitettyssä lainsäädännössä lasten ja nuorten yksilölliset tarpeet, kulttuurinen tausta sekä sukupuoli- ja ikäkysymykset. Lasten ja nuorten osalta keskeiseksi mielenterveyteen liittyvän hoidon ja tuen haasteeksi on tunnistettu palvelujärjestelmän sirpaleisuus. Esitetyllä lainsäädännöllä ei ratkaistaisi tätä hajanaisuutta. Hallituksen esitys ei myöskään sisällä muutoksia ehkäisevän terveydenhuollon tehtäviin tai sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen työnjakoon. Esitettyyn lainsäädäntöön varatulla rahoituksella pystytään vahvistamaan lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluita sekä määrällisesti että laadullisesti, mutta panostus ei kuitenkaan välttämättä johda palvelurakenteen selkiyttämiseen hyvinvointialueella. Kansallisen palvelureformin yhteisenä keskeisenä tavoitteena on palvelujärjestelmän selkeyttäminen. Tätä työtä tulisi jatkaa myös lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden osalta hallituskauden aikana.

Esitetty lainsäädäntö koskee perustason palveluja, ja vaikutukset vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivien lasten ja nuorten tarvitseman erikoissairaanhoidon tilanteeseen olisivat välillisiä. Niiden haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien osalta, joille perustason palveluiden tuki olisi riittävää, olisi esitettyllä lainsäädännöllä myönteisiä vaikutuksia. Lainsäädännön toimeenpanossa olisi kuitenkin kiinnitettävä erityistä huomiota erityisryhmien ja vähemmistöjen tarpeisiin, jotta yhdenvertaisuus toteutuisi. Tähän palveluiden järjestäjillä on myös lakisääteinen velvoite. On kuitenkin tunnistettava, että kaikki lapset, nuoret ja perheet eivät hyödy tasavertaisesti takuun piiriin kuuluvista interventioista, sillä hoidon ja tuen tarpeet ovat monimuotoisia.

Esitetyn lainsäädännön toimeenpanosta voi aiheutua myös kielteisiä vaikutuksia lapsille ja nuorille. Julkisen sektorin ja hyvinvointialueiden tiukan taloudellisen tilanteen vuoksi on mahdollista, että lisärahoitusta ei täysimääräisesti kohdennettaisi lainsäädännön toimeenpanoon. On myös mahdollista, että mielenterveyteen kohdistettava työ pienentäisi jotakin muuta toimintaa hyvinvointialueella. Esimerkiksi yhteisöllisen opiskeluhoollon osuus verrattuna yksilökohtaiseen voisi pienentyä. On tiedossa, että yhteisöllinen opiskeluhoollto on jo nykytilanteessa vähentynyt oppilaiden ja opiskelijoiden yksilöllisten tuen tarpeiden lisääntymisen vuoksi. Tämän työn väheneminen edelleen vaikuttaisi kielteisesti niihin lapsiin, jotka hyötyvät ensisijaisesti yhteisöllisestä työstä. Yhteisöllisen työn puute voi myös luoda tarpeita yksilökohtaiseen tukeen, jos esimerkiksi kiusaaminen kouluyhteisössä lisääntyy. Yhteisöllinen työ on kuitenkin kouluyhteisön yhteinen tehtävä, eikä sitä tule nähdä yksinomaan opiskeluhoolltopalveluiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä.

On myös mahdollista, että esitetty lainsäädäntö ohjaisi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarkastelemaan lasten, nuorten ja perheiden arjen haasteita ensisijaisesti mielenterveyden ongelmina ja perusteettomasti medikalisoimaan lasten ja nuoren arkeen ja kehitykseen sekä

yhteiskunnalliseen tilanteeseen liittyviä tarpeita ja tilanteita. Tämä voisi luoda lapsille ja nuorille tarpeettomasti sairauteen liittyvää identiteettiä. Lapsen ja nuoren kehitykseen liittyy monenlaisia vaiheita, eikä niitä tulisi nimetä ensisijaisesti mielenterveyden ongelmiksi ja perheiden tuen tarpeita tulisi arvioida kokonaisvaltaisesti. Medikalisaation riskiä on pyritty vähentämään sosiaalihuollon roolilla takuun piiriin kuuluvien interventioiden toteutuksessa.

Esitetyllä lainsäädännöllä ei myöskään pystytä vaikuttamaan lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvien ongelmien juurisyihin, kuten koulukiusaamiseen tai perheiden arkeen liittyviin haasteisiin. Valmistelun yhteydessä toteutettujen kyselyiden vastauksissa korostui tarve tunnistaa laajemman lasten, nuorten ja perheiden arjen ja hyvinvoinnin merkitys, kun tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä. Sosiaalisen yhteisön, perheen ja ystävien tuki, harrastustoiminta, arjen turvalliset aikuiset, laadukas varhaiskasvatus, koulutus ja nuorisotyö sekä järjestöt ja seurakunnat nähtiin ensisijaisina hyvän mielenterveyden rakentajina.

Esitetyn lainsäädännön vaikutukset tuleekin nähdä osana laajempaa kokonaisuutta, jossa lainsäädäntö- ja kehittämistoimet täydentävät toisiaan ja vaikuttavat ehdotetun lainsäädännön toimeenpanon edellytyksiin. Jotta mahdollisia kielteisiä vaikutuksia voidaan vähentää, tulisi hyvinvointialueilla pohtia laaja-alaisesti myös muita toimia, joilla yhteistyössä esimerkiksi kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa voidaan vahvistaa lasten, nuorten ja perheiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävää työtä monialaisin ja –tasoin toimenpitein.

Vaikutusten jälkiarviointi

Esitetyn lainsäädännön toimeenpanon vaikutusten seuranta edellyttää kansallisen indikaattoritiedon sekä lasten ja nuorten kokemustiedon keräämistä ja analysointia. Seurannassa tulisi arvioida, mitä psykososiaalisia interventioita on alueellisesti ja kansallisesti käytössä, toteutuuko interventio tarkoitettusti ja onko interventioiden saatavuus yhdenvertaista. Yksilötason seurannassa tulisi kerätä tietoa myös vaikuttavuudesta lasten ja nuorten hyvinvointiin.

4.2.2.5 Vaikutukset yhdenvertaisuuteen

Yhdenvertaisuuteen liittyviä vaikutuksia tulee pohtia sukupuolen, etnisen taustan, kielen sekä vammaisuuden näkökulmasta. Ikäryhmäkohtaisia sekä lapsen ja nuoren taustaan ja toimintakykyyn liittyviä vaikutuksia on arvioitu edeltävässä alaluvussa. Tässä alaluvussa arvioidaan vaikutuksia sukupuolten tasa-arvon ja seksuaalivähemmistöjen sekä kielellisten oikeuksien näkökulmasta.

Esitetyn lainsäädännön osalta arviona on, että laajemmat yhdenvertaisuuteen liittyvät haasteet nousevat esiin myös esitetyn lainsäädännön kontekstissa. Hyvinvointialueiden toiminnan osalta ei ole käytettävissä kattavaa tietoa yhdenvertaisuuteen liittyvien osatekijöiden tilanteesta. Hyvinvointialueiden ensimmäistä toimintavuotta koskevan kansallisen arvion mukaan syrjimättömyys ja esteettömyys ei ole ollut alueiden kehittämistyön keskiössä, ja tähän odotetaan kiinnitettävän huomiota vuoden 2024 aikana yhdenvertaisuuden vahvistamiseksi.⁴⁵

Sukupuolten tasa-arvo ja seksuaalivähemmistöt

⁴⁵ [STM 2024](#)

Mielenterveyteen liittyvissä oireissa ja sairastavuudessa on sukupuolittuneita piirteitä. Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöissä ei pienillä lapsilla ole sukupuolieroja, mutta nuoruusiässä masennus ja ahdistuneisuus yleistyvät tytöillä voimakkaasti. Kouluterveyskyselyissä on todettu erityisesti tyttöjen itse raportoiman masennus- ja ahdistusoireilun yleisyys. Vähintään kaksi viikkoa kestänyttä masennusoireilua oli enemmän perusopetuksen 8. ja 9.-luokkalaisilla tytöillä (37 %) kuin pojilla (13 %). Korkeakouluopiskelijoiden osalta on todettu vastaava ilmiö. Tyttöjen ja naisten riski sairastua syömishäiriöön on huomattavasti suurempi miehiin verrattuna. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien henkilöiden psyykkisen ja fyysisen sairastumisen riski on suurentunut.

Käytöshäiriöt ovat pojilla noin kaksi kertaa yleisempiä kuin tytöillä. Poikien suurempaa alttiutta käytös- ja tarkkaavuushäiriöihin on selitetty poikien hitaammalla kypsymisellä. Tytöt kehittyvät nopeammin muun muassa kielellisen ja tunne-elämän säätelyn osalta ja on esitetty, että tämä saattaa suojata tyttöjä käytöshäiriöoireilulta, mutta toisaalta altistaa masennus- ja ahdistusoireille. Pojat saattavat vaikeuksia kohdatessaan olla alttiimpia reagoimaan käytösoirein. Hoitoon hakeutuminen mielenterveysasioissa on yleisempää naisilla kuin miehillä.

Esitetty lainsäädäntö koskisi kaikenikäisiä lapsia, joten siinä huomioidaan sekä poikien korostunut uhmakkuuteen ja käytösoireiluun liittyvä ikävaihe, että teini-iässä korostuva tyttöjen masennus- ja ahdistuneisuusoireilu. Etenkin pienten lasten käytösoireiden osalta vanhemmuuden ohjaus on keskeinen hoidon ja tuen väline, josta hyötyvät vanhemmat sukupuolesta riippumatta. Nämä perheen toimivuuteen ja positiiviseen vuorovaikutukseen kohdentuvat psykososiaaliset interventiot edistävät kaikkien lasten ja perheiden hyvinvointia.

Valmistelun tueksi toteutetun kyselyn perusteella sukupuolten välillä ei ollut eroa siinä, mistä apua koetaan helpoksi hakea. On kuitenkin tiedossa, että tytöt ja naiset hakevat apua miehiä yleisemmin masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Voidaan ajatella, että esitetty lainsäädäntö huomioisi etenkin heidän tarpeensa. Ne pojat, jotka ovat motivoituneita keskusteluapuun, voisivat myös saada hyötyä takuun piiriin kuuluvista interventioista. Kyselyssä sekä tytöt että pojat nimesivät mieluisimmaksi tuen muodoksi kahdenkeskiset keskustelut ammattilaisen kanssa. Keskeinen hoidon ja tuen saamista haastava tekijä kaikkien vastaajien osalta on vaikeus puhua ongelmista ulkopuolisen ihmisen kanssa. Tämä kysymys tulisi ottaa huomioon myös sukupuolisensitiivisten käytäntöjen rakentamisessa. Kyselyn perusteella pojista hieman suurempi osuus toivoi jotakin muuta tukea kuin keskustelumuotoisia tapaamisia. Myös nämä tuen tarpeet tulisi huomioida lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvän tuen kokonaisuuden kehittämisessä.

Yhdenvertaisen avun varmistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuussa olevan tahon tulisi arvioida, onko masennuksen tunnistamisessa ja tuen ja hoidon piiriin ohjautumisessa tai sen toteutuksessa tarvetta sukupuolisensitiivisyyden parantamiselle, vastaavatko psykososiaaliset interventiot yhdenvertaisesti tuen tarpeisiin ja huomioidaanko niissä esimerkiksi seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuulumisen erityispiirteitä. Tasa-arvolaki ja yhdenvertaisuuslaki kieltävät syrjinnän seksuaalisen suuntautumisen tai sukupuoli-identiteetin perusteella sekä velvoittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhdenvertaisuuden edistämiseen.

Kielelliset oikeudet

Esitetyllä lainsäädännöllä ei ole vaikutusta kielellisiä oikeuksia koskevaan sääntelyyn, mutta vaikutuksia on arvioitava lainsäädännön toimeenpanon näkökulmasta. Kielellisten oikeuksien osalta tulee arvioida, toteutuvatko suomen- ja ruotsinkielisten sekä saamen- ja romanikielisten lasten ja nuorten oikeudet kielilainsäädännön edellyttämällä tavalla ja onko viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien lasten ja nuorten oikeudet huomioitu. Kielellisiä oikeuksia laajempi käsite on kielellinen saavutettavuus. Kielellinen saavutettavuus edellyttää tiedotuksen, ohjauksen ja neuvonnan monikanavaisuutta ja tulkkipalveluiden saatavuutta. Saavutettavuuteen liittyy myös kulttuurinen ulottuvuus. Kielellisen saavutettavuuden toteutuminen edellyttää, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt osaavat kohdata erilaisista taustoista tulevia asiakkaita.

Hyvinvointialueilla on velvollisuus huomioida kielelliset oikeudet järjestämislain 5 §:n mukaisesti. Lisäksi YTHS:n ja opiskeluterveydenhuoltolain 8 §:ssä tarkoitetun alihankkijan tulee huomioida palvelujen kieli ja kielelliset oikeudet opiskeluterveydenhuoltolain 33 §:n perusteella. Kielelliset oikeudet eivät kuitenkaan toteudu täysimääräisesti nykytilanteessa ja on oletettavaa, että samat haasteet tulevat esiin myös esitetyn lainsäädännön toimeenpanossa.

Kouluterveyskyselyn tulosten perusteella ruotsinkielisten koulujen oppilaiden ja suomenkielisten koulujen oppilaiden välillä ei ollut havaittavissa eroja kohtalaisen tai vaikean ahdistuneisuuden kokemuksissa. Sosiaalinen ahdistuneisuus oli ruotsinkielisissä kouluissa harvinaisempaa kuin suomenkielisissä kouluissa. Ruotsinkielisten koulujen oppilaat kokivat suomenkielisten koulujen oppilaita huomattavasti harvemmin saaneensa apua opiskeluhoitopalvelujen ammattilaisilta sitä tarvitessaan. Tuloksista nähdään, että ruotsinkielisissä kouluissa lapset ja nuoret olivat käyneet muita yleisemmin opiskeluhoitopalvelujen ammattilaisten luona, mutta kokivat kuitenkin saaneensa tukea ja apua hyvinvointiinsa muita harvemmin. Syitä näihin kokemuksiin tulisi jatkossa selvittää tarkemmin.⁴⁶ Hyvinvointialueilla tilisi varmistaa, että menetelmäkoulutuksia kohdennettaisiin ruotsiksi työskenteleville työntekijöille, jotta kielelliset oikeudet voidaan turvata palveluiden arjessa.

Saamelaisilla on oikeus käyttää palveluja äidinkielellään saamelaisten kotiseutualueella. Saamenkielisten palvelujen huono saatavuus asettaa haasteita kielellisten oikeuksien toteutumiselle myös esitetyn lainsäädännön osalta. Kielellisten oikeuksien toteutumiseen vaikuttaa osaltaan myös harvaan asutun alueen haasteet palveluiden yhdenvertaisessa saatavuudessa. Oikeuksien vahvistamiseksi on kuitenkin tehty toimenpiteitä, jotka voivat tukea myös esitetyn lainsäädännön osalta kielellisten oikeuksien toteutumista. Kotiseutualueelle on perustettu psykososiaalisen tuen yksikkö Uvjj - Uvjâ - Uvja, joka tarjoaa saamelaiskulttuurin mukaisia ja saamenkielisiä mielenterveyspalveluita matalla kynnyksellä. Enemmistö saamelaisista lapsista ja nuorista asuu kuitenkin kotiseutualueen ulkopuolella ja heidän osaltaan tulisi turvata riittävät tulkkipalvelut myös takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten interventioiden osalta.

Romaneilla sosiaali- ja terveydenhuollon käytännöissä esiintyvät ongelmat liittyvät sekä kielellisiin että laajempiin kulttuurisiin eroihin suhteessa pääväestöön. Romaniväestössä on havaittu merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Oireilun määrä on noin nelinkertainen ja naisilla noin viisinkertainen koko väestöön verrattuna. Syyt henkiseen pahoinvointiin ovat pitkälti samoja kuin muussakin väestössä, mutta romanit hakeutuivat harvemmin sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin. Henkiseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset ovat romaniyhteisössä

⁴⁶ [Kouluterveyskyselyn tuloksia opetuskielen mukaan ruotsinkielisissä ja suomenkielisissä kouluissa \(julkari.fi\)](#)

arkaluonteisia.⁴⁷ Näin ollen esitetyn lainsäädännön osalta tulisi kiinnittää erityistä huomiota psykososiaalisten interventioiden kielelliseen saavutettavuuteen ja hoidon ja tuen piiriin hakeutumiseen liittyvään ohjaukseen ja neuvontaan, jotta romaniväestön lapsilla, nuorilla ja perheillä olisi yhdenvertainen mahdollisuus saada tukea myös mielenterveyden ongelmiin.

Myös viittomakieliset lapset ja nuoret kohtaavat arjessaan ongelmia sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä tiedonsaannissa. Etenkin mielenterveyteen liittyvissä asioissa viittomakielisen työntekijän antama palvelu takaisi myös esitetyn lainsäädännön osalta laadukkaimman tuen, mutta psykososiaalisten interventioiden menetelmäosaajia ei ole juurikaan saatavilla. Viittomakielisten palvelujen saavutettavuudessa on myös maantieteellisiä eroja.⁴⁸ Myös esitetyn lainsäädännön osalta on tiedostettava, että tulkkaus voi aiheuttaa väärintymmärryksiä ja kielelliset oikeudet eivät näin ollen toteutuisi täysimääräisesti. Vaikutukset työllisyyteen ja työelämään

Suorat työllisyysvaikutukset syntyisivät takuun piiriin kuuluvien interventioiden antamiseen tarvittavan työpanoksen edellyttämästä rekrytointitarpeesta. Ammateittain ja palveluittain vaihtelee kuitenkin se, korvaisivatko takuun piiriin kuuluvat psykososiaaliset interventiot aiemmin muulla tavoin lapsille ja nuorille annettua hoitoa ja tukea vai olisiko kyse lisähenkilöstön tarpeesta.

Takuun piiriin kuuluvien interventioiden toteuttamiseksi arvioidaan tarvittavan noin 670 henkilötyövuoden työpanos. Jos oletetaan, että interventioita toteuttavat työntekijät käyttävät näihin keskimäärin kuudesosan työajastaan, tarvittaisiin noin 4 000 takuun piiriin kuuluvia menetelmiä osaavaa työntekijää. Henkilötyövuosimäärä on laskettu laskelmien pohjana olevien menetelmien vaatimalla työajalla (esimerkiksi Cool Kids 11 käyntiä, oletus työajasta yhteensä 22 tuntia).

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita voitaisiin tarjota perusterveydenhuollossa, opiskeluhoollossa ja sosiaalihuollon perustason palveluissa. Tilastokeskuksen kuntasektorin palkkatilaston mukaan toimialoilla terveyskeskus- ja vastaavat yleislääkäripalvelut (86210) ja muut muualla luokittelemattomat sosiaalihuollon avopalvelut (88999) työskentelee noin 15 000 työntekijää sellaisissa ammateissa, joiden harjoittajista todennäköisimmin osa tulee antamaan näitä interventioita. Näin ollen interventioiden edellyttämä työpanos merkitsisi noin viiden prosentin lisäystä näissä tehtävissä olevien työntekijöiden työpanokseen. Luku on suuntaa antava, koska henkilöstötilastoista ei saada eriteltyä täsmällisiä henkilöstömääriä niissä palveluissa ja ammateissa toimivista, joissa takuun piiriin kuuluvia interventioita annetaan.

4.2.2.6 Vaikutukset turvallisuuteen

Hyvällä mielenterveydellä voidaan osaltaan vahvistaa yhteiskunnan turvallisuutta, sillä varhaisella tuella lasten ja nuorten tiettyihin käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmiin voidaan vähentää esimerkiksi myöhempiä päihde- ja persoonallisuushäiriöitä sekä syrjäytymistä ja rikollisuutta.

⁴⁷ [Weiste-Paakkanen ym. \(toim.\) 2018](#)

⁴⁸ [Katsui ym. 2021](#)

4.2.3 Yhteenvedo keskeisistä vaikutuksista

Esitetyn lainsäädännön keskeiset vaikutukset kohdistuvat kansallisen tason ohjaukseen, hyvinvointialueiden toimintaan sekä lapsiin ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveyteen liittyvän hoidon ja tuen saatavuuden parantamiseen. Kansallisella tasolla esitys lisäisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ohjaustarvetta etenkin psykososiaalisten menetelmien valintaan liittyen. Myös työnjako sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä voisi aiheuttaa ohjauksen tarvetta.

Esitetty lainsäädäntö toisi hyvinvointialueille ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon uusia tehtäviä, jotka edellyttävät lisärahoitusta. Kustannuksia aiheutuisi lyhytpsykoterapioiden ja psykososiaalisten menetelmien saatavuuden lisäämisestä. Interventioiden kohdentuminen lasten, nuorten ja perheiden yksilöllistä tuen tarvetta vastaavasti on taloudellisten vaikutusten osalta merkittävä kysymys, johon liittyy epävarmuustekijöitä.

Taulukko 3. Yhteenvedo taloudellisten vaikutusten arvioista

Miljoona euroa	Hyvinvointialueiden kustannukset	YTHS:n kustannukset Rahoitus: 77 % valtio ja 23 % opiskelijat
Alle 12-v. interventiot	10,4	
13-18-v. interventiot	12,3	
19-22-v. interventiot	5,6	2,4 (siitä valtion rahoitus 1,8 ja opiskelijoiden maksut 0,6)
Osaamisen ylläpito	4,5	
Koulutuksen aikaiset poissaolot	0,4	
Yhteensä	33,2	2,4
Valtion rahoitus yhteensä	33,2	1,8

Laajemmassa mittakaavassa taloudelliset vaikutukset muodostuvat siitä, miten paljon mielenterveyden ongelmat aiheuttavat julkisen sektorin kustannuksia ja toisaalta siitä, miten vähentyvät mielenterveysongelmat voisivat vähentää syrjäytymistä. Lainsäädännön onnistuneella toimeenpanolla arvioidaan olevan pitkällä aikavälillä myönteisiä vaikutuksia julkiseen talouteen näiden tekijöiden osalta.

Kansallisen ja yhteistyöalueiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta hyvinvointialueiden tulisi kyetä sopimaan käyttöön otettavista psykososiaalisista menetelmistä, jotka ovat takuun piirissä. Tästä sopimusprosessista ja yhteistyön tasosta ei ole vielä juurikaan kokemuksia ja siihen liittyy epävarmuustekijöitä ja mahdollisia ristiriitoja.

Ihmisiin kohdistuvista vaikutuksista keskeisin on lasten ja nuorten sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden ja laadun vahvistuminen. Huomiota tulisi kuitenkin kiinnittää erityisesti palveluiden saavutettavuuteen vähemmistöjen ja erityisen haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien osalta.

Esitetty lainsäädäntö ei ratkaisisi lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja tuen palvelujärjestelmän sirpaleisuuteen ja toimintarakenteisiin liittyviä epäselvyyksiä, joten tavoitteellista kehittämistyötä tulisi edelleen jatkaa. Esitetyn lainsäädännön vaikutuksia on arvioitava huomioiden laajempi palvelujärjestelmän tilanne, jossa julkisen talouden kestävyys on vaarantunut ja henkilöstön saatavuudessa on haasteita. Lisäksi toimeenpanon lapsivaikutusten seuranta edellyttää kansallisen indikaattoritiedon sekä lasten ja nuorten kokemustiedon keräämistä ja analysointia.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

Lainsäädännön esivalmistelun aikana koottiin tietoa ja näkemyksiä hallitusohjelmakirjauksen toimeenpanon eri vaihtoehdoista. Toteuttamisvaihtoihin liittyen arvioitiin muun muassa sitä, tulisiko takuun kohdentua yksinomaan terveydenhuoltoon vai tulisiko sen piiriin lukea myös sosiaalihuollon palveluiden antama tuki. Lisäksi arvioitiin, tulisiko takuun kohdentua perusterveydenhuollossa yksinomaan mielenterveyden häiriöiden hoidon tasolle tai pelkästään ehkäisevään työhön. Valmistelussa pohdittiin myös, tulisiko lainsäädännön tulla voimaan asteittain. Toteuttamisvaihtoehtoina pohdittiin myös erilaisia lakiteknisii ratkaisuja.

5.1.1 Lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidon takuu

Lasten ja nuorten terapiatakuu voitaisiin toteuttaa kohdentamalla takuu perusterveydenhuollon vastuulla olevien lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Näin ollen lainsäädäntö koskisi vain häiriötasoisia tiloja ja takuun piiriin pääseminen edellyttäisi lääkärin toteuttamaa taudinmäärittystä ja lievän tai keskivaikean mielenterveyden häiriön diagnoosia. Lievemmat, oiretasoiset tilat jäisivät mallin ulkopuolelle.

Häiriötasoon kohdentuvan mallin vahvuutena olisi se, että se rajautuisi selkeästi ja takaisi lievistä ja keskivaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsiville lapsille ja nuorille nopean pääsyn hoitoon sekä vähentäisi erikoissairaanhoidon kuormittumista. Kielteisenä lieveilmiönä voisi olla, että hoidon niukan saatavuuden tilanteessa asianmukaista diagnostiikkaa ei tehtäisi riittävästi, vaan tilanne arvioitaisiin epäasianmukaisesti lievemmäksi, oiretasoiseksi ja siten takuun ulkopuolelle jääväksi.

Lääkärin diagnostiseen arvioon ohjaamisen insentiivi voisi myös kuormittaa tarpeettomasti terveydenhuollon toimintaa, jos oiretasoisia tilanteita pyrittäisiin tulkitsemaan mielenterveyden häiriöiksi. Koska takuu rajautuisi vain häiriöiden hoitoon, tulisi kaikki sen piiriin kuuluvat interventiot toteuttaa terveydenhuollossa. Sosiaalihuollossa tarjottavaa tukea ei näin ollen voitaisi lukea takuun piiriin, vaikka se on lapsille, nuorille ja perheille tärkeä tuen saamisen kanava. Esimerkiksi opiskeluhuollon kuraattorien toteuttamat interventiot tai käytösoireista kärsivien pienten lasten strukturoitu vanhempien ohjaus, joka toteutetaan sosiaalihuollossa,

eivät kuuluisi takuun piiriin. Valmistelussa myös pohdittiin, medikalisoisiko tämä toteutustapa perusteetta lasten ja nuorten kasvuun ja kehitykseen liittyviä haasteita. Näin ollen toteuttamistapaa ei nähty perustelluksi.

5.1.2 Ehkäisevän tason takuu

Lasten ja nuorten terapiatakuu voitaisiin toteuttaa kohdentamalla takuu vain mielenterveyden häiriöitä ehkäisevään hoitoon ja tukeen. Malli ei näin ollen koskisi häiriötasoisia tiloja, eikä takuun piiriin pääseminen edellyttäisi lääkärin toteuttamaa taudinmäärittystä tai mielenterveyden häiriön diagnoosia. Mielenterveyden häiriöitä ehkäisevää tukea voitaisiin tarjota sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Tällöin takuu ei kattaisi lyhytpsykoterapiota, koska ne eivät kuulu ehkäisevään työhön. Toteutusmuodon tarkoituksena olisi turvata tuen saaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun kyse on vielä häiriöiden ehkäisystä.

Mielenterveydenhäiriöitä ehkäisevän tuen takuun avulla pyrittäisiin vastaamaan mahdollisimman nopeasti ja varhaisessa vaiheessa lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyviin oiretasoihin tiloihin ja psyykkisen toimintakyvyn heikentymisestä johtuviin tuen tarpeisiin. Ahdistus- ja mielialaoireet lapsilla ja nuorilla näyttävät lisääntyneen, mutta kaikkea lasten ja nuorten oireilua ei tule tulkita mielenterveyden häiriöksi. Tarvetta on erityisesti matalan kynnyksen palveluille.

Mallin vahvuutena olisi se, että tukea voitaisiin tarjota sekä sosiaali- että terveydenhuollon toimintayksiköissä ja palveluissa, joihin lasten ja nuorten on helppoa hakeutua. Mallin ongelma kuitenkin on, että sen ulkopuolelle jäisi suuri osa lapsista ja nuorista, joiden perustason terveydenhuollossa on vajeita. Oiretason ehkäisevän työn vaikutus olisi rajallinen, eikä se vähentäisi erikoissairaanhoidon kuormitusta. Toteuttamismalli ei näin ollen vastaisi riittävästi ikäryhmän tarpeisiin, eikä palvelujärjestelmän keskeisiin ongelmiin. Toteuttamistapa ei myöskään vastaisi hallitusohjelman kirjausta, jonka mukaan takuun piiriin tulisi kuulua lyhytpsykoterapioita.

5.1.3 Asteittain voimaan tuleva takuu

Lasten ja nuorten terapiatakuun lainsäädäntö olisi mahdollista toteuttaa siten, että takuu toteutettaisiin asteittain. Tälle olisi perusteita, koska lasten ja nuorten psykososiaalisten hoitojen kokonaisuudessa kyse on mittavaa henkilöresurssia ja osaamista edellyttävästä toiminnasta, johon hyvinvointialueilla ei toistaiseksi ole kaikilta osin riittävää valmiutta. Asteittain voimaan tulevan sääntelyn toteuttamiselle olisi useita vaihtoehtoja. Lainsäädäntöön voitaisiin määrittää portaittain voimaan tulevia säännöksiä, jossa ensimmäisessä vaiheessa takuu koskisi esimerkiksi pieniä lapsia ja asteittain vanhempia ikäryhmiä.

Lainsäädäntöön voitaisiin myös määrittää, että ensimmäisessä vaiheessa vuoden 2025 alusta tulisivat käyttöön vaikuttaviksi osoitetut psykoterapioihin perustuvat lyhytinterventiot ja toisessa vaiheessa, esimerkiksi vuoden 2027 alusta, varsinaiset lyhytpsykoterapiat. Lyhytpsykoterapiat tulisivat lainsäädännön piiriin myöhemmin, sillä psykoterapeuteista on merkittävästi pulaa. Hallituskauden aikana toteutettavat toimet psykoterapeuttien saatavuuden edistämiseksi vaikuttavat vasta usean vuoden kuluttua. Vuosien 2018 ja 2019 aineistoon perustuvassa tutkimuksessa todettiin, että HUS-alueella lyhyiden ostopalvelopsykoterapioiden osalta 20 % potilaista aloitti psykoterapian noin kuukauden ja puolet noin kolmen kuukauden

kuluessa läheteestä. Tutkimuksessa todetaan, että hoitoon pääsyä kolmen kuukauden kuluessa voidaan pitää kohtuullisena lyhyen psykoterapian osalta.⁴⁹

Asteittainen voimaantulo voisi liittyä myös hoidon ja tuen aloittamisen enimmäisaikoihin. Tässä toteuttamisvaihtoehdossa kaikkien interventiomuotojen tulisi olla saatavilla heti vuonna 2025, mutta hoitoon pääsyn enimmäisaika olisi ensin esimerkiksi kolme kuukautta ja vuoden 2027 alusta yksi kuukausi. Edellä kuvattujen toteuttamistavat eivät kuitenkaan vastaisi täysimääräisesti siihen akuuttiin tarpeeseen, jota perustason mielenterveystyössä tunnustetaan.

Yhtenä toteutusvaihtoehtona asteittain toteutettavalle voimaantulolle pohdittiin myös ratkaisua, jossa vaikuttavuusnäyttöön perustuvien psykososiaalisten menetelmien asemaa vahvistettaisiin lainsäädännössä muilla keinoin kuin hoidon ja tuen aloittamiseen liittyvällä enimmäisajalla. Tässä toteuttamisvaihtoehdossa säädettäisiin lailla kansallisesta toimijasta, joka voisi määrittää mitä lasten ja nuorten psykososiaalisia menetelmiä otetaan kansallisesti käyttöön. Lainsäädännöllä määritettäisiin takuun toteutumista valvovaksi tahoksi kansallinen toimielin. Toimielimen tehtävänä olisi mm. menetelmien arviointi ja käyttöönottosuunnitelmien onnistumisen varmistaminen. Menetelmien vieni palvelujärjestelmään tehtäisiin porrasteisesti ja vaiheittain.

Lainsäädännön piirissä voisivat olla ensimmäisessä vaiheessa keskeisimmät lasten ja nuorten mielenterveysperusteiset ongelmat. Kansallisesti menetelmän valinta perustuisi siihen, että menetelmä olisi jo käytössä oleva, palvelujärjestelmään sopiva ja vaikuttavuusnäyttöä omaava. Ensimmäinen vaihe toimisi samalla pilottina takuun jatkototeutukselle ja lainsäädännön laajentumiselle muihin menetelmiin. Toteuttamismallissa valitulle kansalliselle toimijalle annettaisiin uusi lakisääteinen tehtävä, jonka mukaisesti se toimisi takuun kansallisen seurannan toteuttajana ja koordinoijana. THL seuraisi kansallisella tasolla valittujen menetelmien koulutusten etenemistä, tarvetta ja yhdenvertaista palveluiden saatavuutta.

Erikseen säädetyn kansallisen toimijan mallin ongelmana olisi, että psykososiaalisten menetelmien käyttöä ohjattaisiin muusta sosiaali- ja terveydenhuollosta poikkeavalla tavalla. Ratkaisuun liittyy myös hallitusohjelmakirjauksia, joiden toimeenpano etenee vasta myöhemmin hallituskauden aikana. Hallitusohjelmassa on kirjaus, jonka mukaan säädetään julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista palveluiden vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Lisäksi selvitetään mahdollisuus säätää kansallisesta toimijasta, jolla on toimivalta linjata sitovasti menetelmien ja palveluiden kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta sen ulkopuolelle. Tämä kirjaus tulee vaikuttamaan myös esitetyn lainsäädännön toimeenpanoon joidenkin vuosien kuluttua. Valmistelussa arvioitiin, että myös lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin liittyvät tehtävät ja ratkaisut olisi perusteltua jäsentää osana tätä valmistelua.

5.1.4 Psykososiaalisten menetelmien saatavuuden vahvistaminen kehittämistyönä

Lainsäädäntöön liittyvien toimenpiteiden sijaan voitaisiin lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen vahvistamista jatkaa palvelujärjestelmän kehittämistoimena Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelman ja Suomen kestävän kasvun ohjelmien päätyttyä tukemalla edelleen psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoa. Kansainvälisten kokemusten perusteella nykytilasta tavoiteltuaan pääsemiseen tarvitaan vähintään kahden hallituskauden ajalle jaksottuva toimenpiteiden jatkumo. Palvelujärjestelmä ja siinä toimivat

⁴⁹ [Lyhyeen ostopalvelupsykoterapiaan ohjattujen potilaiden hoitoon pääsyn kesto \(duodecimlehti.fi\)](https://www.duodecimlehti.fi)

työntekijät tarvitsevat aikaa uusien menetelmien omaksumiseen, vakiinnuttamiseen ja toteuttamiseen vaikuttavalla tavalla.

Palvelujen parantaminen ei aina edellytä lainsäädäntömuutoksia. Mikäli tavoitteena olisi vahvistaa lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluita laajemmin, voisi vaihtoehtoinen toteuttamistapa olla myös vahvempi sääntely velvollisuudesta järjestää erityisesti lasten ja nuorten tarpeisiin vastaavia mielenterveyspalveluja. Hallitusohjelman mukaisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita halutaan vahvistaa turvaamalla oikea-aikainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan ja muihin vaikuttavaksi todettuihin psykososiaalisiin hoitoihin. Edellä kuvatut toimenpiteet eivät olisi näin ollen vastanneet hallituksen tahtotilaa.

5.1.5 Lakitekniset toteutusvaihtoehdot

Valmistelun aikana tarkasteltavana oli useita erilaisia lakitekniisiä toteutustapoja ja sääntelyn muotoja ehdotetulle lasten ja nuorten terapiatakuun sääntelylle.

Terveydenhuoltolaki

Valmistelun aikana pohdittiin, tulisiko terveydenhuoltolain mielenterveyden hoitoa koskevaan 27 §:ään esittää muutosta. Koska pykälä koskee koko väestön mielenterveyden hoidon periaatteita, ei siihen nähty perustelluksi tehdä ainoastaan lapsille ja nuorille tarkoitettuja mielenterveyden hoidon sisältöä koskevia säännöksiä. Lyhytpsykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoidot kuuluvat kaikenikäisen väestön palveluvalikoimaan. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta tarkoitus on esittää yksinomaan hoitoon pääsyn enimmäisaikaan liittyvää erityissääntelyä, joten muutokset nähtiin perustelluksi tehdä hoitoon pääsyä koskevaan terveydenhuoltolain 6 lukuun.

Sosiaalihuoltolaki

Sosiaalihuoltolain osalta pohdittiin, tulisiko sääntelyä esittää sosiaalihuoltolain mielenterveystyötä koskevaan 25 §:ään vai mielenterveystyön palveluita koskevaan 25 a §:ään. Mielenterveystyön 25 § kuvaa sosiaalihuollon mielenterveystyötä kokonaisuutena ja 25 a §:ää käytetään palveluista tehtävien hallintopäätösten tekemiseen. Valmistelun aikana pohdittiin, tulisiko sosiaalihuollon osalta takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten interventtioiden nähdä sisältyvän mielenterveystyön 25 §:ssä kuvatulla tavalla 14 §:ssä tarkoitettuihin yleisiin sosiaalipalveluihin, esimerkiksi opiskeluhoollon kuraattori-, kasvatus- ja perheneuvonnan tai sosiaaliohjauksen palveluun, vai tulisiko se nähdä erillisenä mielenterveystyön palveluna, josta säädettäisiin 25 a §:ssä.

Harkinnassa päädyttiin siihen, että takuun piiriin kuuluvat psykososiaaliset interventiot tulisi nähdä erillisenä mielenterveystyön palveluna, jotta niihin liittyvän päätöksen toimeenpanon muista palveluista poikkeava kuukauden määräaika voitaisiin selkeästi erottaa. Jos interventio olisi osa edellä mainittuja sosiaalipalveluita, olisi lasten, nuorten ja perheiden näkökulmasta epäselvää, milloin he olisivat oikeutettuja muita sosiaalipalveluita nopeampaan päätöksen toimeenpanoon.

Samassa yhteydessä pohdittiin myös sitä, tulisiko esitetyn lainsäädännön osalta poiketa sosiaalihuoltolain 45 §:n 1 momentin sääntelystä, jonka mukaan asiakkaalla on oikeus saada kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Tiedossa on, että nykytilanteessa kaikista sosiaalipalveluista ei hyvinvointialueilla tehdä palvelupäätöstä. Valmistelussa arvioitiin, että etenkin niiden sosiaalipalveluiden osalta, joihin määritetään muista palveluista poikkeava

päätöksen toimeenpano-aika, on velvoite päätöksen tekemiselle perusteltua. Mielenterveystyön palvelua koskevan päätöksen tekemisen ei myöskään nähty aiheuttavan asiakkaalle tuen piiriin pääsemisen haasteita, vaan päätös ennemminkin antaisi sosiaalihuollon asiakkaalle tietoa hänen oikeuksistaan ja tarpeelliseksi todetun tuen sisällöstä.

Psykososiaalisten interventioiden määrittely

Valmistelun aikana pohdittiin, miten esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvat psykososiaaliset interventiot tulisi määritellä. Hallitusohjelman kirjauksessa rajaus tehdään ”lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin”. Psykososiaaliset hoidot on hyvin laaja kokonaisuus, johon kuuluu esimerkiksi omahoitoja ja vapaamuotoisesti toteutettua tukea. Jo voimassa olevan hoitotakuun lainsäädännön perusteella edellä mainittuihin hoitoihin on päästävä 14 vuorokauden enimmäisajassa. Myöskään vaikuttavaksi todettua psykososiaalista hoitoa ei pidetty riittävän tarkkarajaisena muotoiluna lainsäädännön soveltamisen näkökulmasta. Tämän vuoksi säännöksen muotoiluun lisättiin tarkentavia määreitä psykososiaalisen hoidon määrämuotoisuudesta ja teoreettisesta taustasta. Määrittelyissä hyödynnettiin sosiaali- ja terveysministeriön eduskunnalle valmistelemaa muistiota VN/576/2023⁵⁰.

Yliopistosairaalaan ylläpitävän hyvinvointialueen velvoitteet

Valmistelussa pohdittiin tarvetta tarkentaa keskittämisasetuksen 4 §:ää, joka koskee alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista. Voimassa olevan sääntelyn mukaisesti yliopistosairaalaan ylläpitävällä hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tehtävänä on psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito (4 § 1 momentin 6 kohta). Valmistelussa todettiin, että tätä tehtävää ei ole tarpeen muuttaa erityisesti lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon psykososiaalisten menetelmien kokonaisuuden osalta.

Yliopistosairaalan tehtävä liittyy terveydenhuollon sisäiseen yhteistyöhön ja perusterveydenhuollon osaamisen tukemiseen sekä alueellisesti yhtenäisen ja yhdenvertaisesti saatavilla olevan psykososiaalisten hoitojen menetelmävalikoiman ylläpitämiseen, eikä sosiaalihuoltoon liittyviä tehtäviä ole perusteltua osoittaa terveydenhuoltoon ja yliopistosairaalalle. Tämän vuoksi takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien alueellisesta käyttöönnotosta nähtiin perustelluksi sopia hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa, jossa jo ennestään sovitaan terveydenhuollon psykososiaalisista menetelmistä, ja tarkentavaa sääntelyä esitetään siksi valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta.

Valmistelussa pohdittiin myös keskittämisasetuksen 4 §:n 6 kohdan täydentämistä niin, että psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito toteutettaisiin valtakunnallisessa yhteistyössä. Kohtaa ei kuitenkaan täydennetty, koska yhteistyön katsottiin toteutuvan yliopistosairaalaan ylläpitävien hyvinvointialueiden välillä ilman asetuksen muuttamista.

50

<https://stm.fi/documents/1271139/150418668/Selvitys+psykososiaalisista+menetelmist%C3%A4+090223.pdf/72291d6a-1f9e-1be1-0854-d77ab3b49bc6/Selvitys+psykososiaalisista+menetelmist%C3%A4+090223.pdf?t=1676635452511>

Laajemman palvelulainsäädännön uudistaminen

Valmistelun alkuvaiheessa pohdittiin, olisiko lasten ja nuorten terapiatakuun säätäminen tullut tehdä osana pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelmassa kirjattua laajempaa terveydenhuoltolain, sosiaalihuoltolain sekä lastensuojelulainsäädännön uudistusta. Tällöin oltaisiin voitu arvioida lasten, nuorten ja perheiden palvelujärjestelmää ja tehtäviä kokonaisuutena. Tästä toteuttamistavasta jouduttiin luopumaan aikataulusyistä.

5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot

Lasten ja nuorten lisääntyneet mielenterveysoireet tunnistetaan laajasti myös muissa maissa, mutta vastaavia lasten ja nuorten terapiatakuuseen vertautuvia lainsäädäntöuudistuksia ei ole tiedossa. Lasten ja nuorten mielenterveyden vahvistamiseen liittyvät toimintapolitiikat muissa maissa liittyvät pääosin lasten ja nuorten mielenterveyttä vahvistaviin toimiin, kuten lapsia ja nuoria kohtaavien ammattilaisten osaamisen vahvistamiseen ja ammattilaisten yhteistyötä vahvistaviin toimiin sekä avun saamisen kynnyksen madaltamiseen esimerkiksi matalan kynnyksen palveluita, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa ja sähköisiä palveluja kehittämällä. Koulujen ja oppilaitosten sekä järjestöjen rooli tunnistetaan useissa maissa keskeiseksi osatekijäksi uudistuksissa. Ulkomaiden toimenpiteiden osalta voidaan todeta, että ratkaisut ovat pääosin yhteneväisiä Suomessa tehtyihin toimenpiteisiin ja suhteessa esitettyyn lainsäädäntöön, vaikka palveluiden järjestämisen tapa ja vastuunjako vaihtelevat. Monialaisen yhteistyön sekä sujuvien palvelupolkujen rakentamisen haasteet tunnistetaan myös muissa maissa keskeiseksi ratkaistavaksi kysymykseksi.

5.2.1 Pohjoismaat

Kaikissa Pohjoismaissa on herännyt huoli lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvien haasteiden lisääntymisestä ja huolta on kannettu myös ilmiön medikalisoitumisesta. Islannissa 23.3.2023 järjestetyssä ministeritason kokouksessa ”Nordic Summit on Mental Health” korostui tarve ottaa käyttöön vaikuttavia mielenterveytyksen menetelmiä, joiden saamisen ehtona ei tulisi olla sairausdiagnoosi. Lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyviä kehittämistoimia on tehty pääosin hankkeisiin, ohjelmiin ja strategioihin liittyvänä työnä, ei niinkään lainsäädännön uudistuksina.

Ruotsi

Ruotsissa laadittiin kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2016–2020. Strategian tarkoituksena oli luoda olosuhteet pitkäaikaiselle strategiselle työlle, jonka tavoitteena on edistää mielenterveyttä, ehkäistä mielenterveyden ongelmia, vahvistaa varhaista tunnistamista ja interventioita sekä kehittää mielenterveyden hoidon sisältöjä.

Lasten ja nuorten osalta on kehitetty toimintaa, jolla pyritään vastaamaan varhaisessa vaiheessa lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden ongelmiin. Vuosina 2017–2023 sosiaalhallitus (Socialstyrelsen) ja opetustoimi (Skolverket) toteuttivat kansallisen ohjelman. Keskeisenä teemana oli varhainen ja koordinoitu toiminta (Tidiga och samordnade insatser⁵¹), jossa koulujen, terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen henkilöstö tekee suunnitelmallista yhteistyötä ja tarjoaa varhaista tukea, jossa tarkastellaan kokonaisvaltaisesti lasten ja perheiden tarpeita. Muun muassa vanhemmuuden ohjauksen interventiot ja varhainen tuki ahdistus- ja

⁵¹ [Kunskapsguiden TSI](#)

mielialaoireisiin on ollut osa tätä kehittämistyötä. Osa alueista ja kunnista on vahvistanut työtä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, osa muun terveydenhuollon toiminnassa.⁵²

Norja

Norjan suurkäräjät on vahvistanut lasten ja nuorten mielenterveyttä koskevan toimintasuunnitelman (Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse) vuosille 2019–2024.⁵³ Suunnitelma on laadittu kaikkien ministeriöiden laajassa poikkihallinnollisessa yhteistyössä, ja se sisältää sekä terveyttä edistäviä että ehkäiseviä ja hoidollisia toimenpiteitä. Lisäksi Norjassa on jo aiemmin laadittu laajempi kansallinen mielenterveysstrategia.⁵⁴

Lapsia ja nuoria koskevassa toimenpideohjelmassa on lasten ja nuorten mielenterveystyön kansallinen ja poikkihallinnollinen ohjeistus, jonka tarkoituksena on selkeyttää ja antaa suosituksia palvelujen, toimialojen ja toimintatasojen välisestä vastuunjaosta, yhteistyöstä ja tehtävistä. Kunnissa on vahvistettu matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja, ja myös koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon on ohjattu lisää resursseja. Norjassa on myös pohdittu, mikä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon rooliksi tulisi olla lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden hoidossa ja voitaisiinko vastuunjaon muutoksilla edesauttaa hoidon saavutettavuutta ja resurssien tehokasta hyödyntämistä.

Tanska

Tanskassa laadittiin vuonna 2022 10 vuoden suunnitelma mielenterveyden vahvistamiseen liittyen.⁵⁵ Sen yhtenä keskeisenä tavoitteena on lasten ja nuorten matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden vahvistaminen. Tanskassa on korostettu näyttöön perustuvien menetelmien käytön lisäämistä. Tätä tavoitetta on edistetty esimerkiksi psykiatriassa toimivilla laaturyhmillä, joilla pyritään myötävaikuttamaan näyttöön perustuvien menetelmien levittämiseen ja hoidon laadun parantamiseen. Lisäksi kehitetään ja levitetään toimintamallia, jossa kognitiivis-behavioristiseen terapiaan perustuvia interventioita annetaan.⁵⁶ Myös tarve lisätä lasten ja nuorten palvelujen välistä yhteistyötä on tunnistettu.

5.2.2 Iso-Britannia

Isossa-Britanniassa tehdyissä uudistuksissa on keskitytty pääasiassa tuen saatavuuden laajentamiseen kouluympäristöissä sekä julkisen terveydenhuollon National Health Servicen (NHS) palveluissa. Iso-Britanniassa käynnistettiin vuonna 2008 valtakunnallinen Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) -ohjelma, jonka tavoitteena on ollut edistää näyttöön perustuvien masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitomenetelmien saatavuutta ja saavutettavuutta koko väestössä. Alueellisiin mielenterveyspalveluja tarjoaviin yksiköihin ja myös kouluihin ja oppilaitoksiin on koulutettu työvoimaa, jolla ei ole sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillista koulutusta. Tämä henkilöstö toteuttaa strukturoituja hoito-ohjelmia kansallisten suositusten mukaisesti. Ne, joilla todetaan intensiivisemmän avun tarve, ohjataan mielenterveyden ammattilaisten tarjoamaan hoitoon.

⁵² [Kunskapsguiden Förstärkt första linje](#)

⁵³ [Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse \(2019–2024\)](#)

⁵⁴ [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\)](#)

⁵⁵ [Sundhetsministeriet 2022](#)

⁵⁶ [Healthcare Denmark 2023](#)

Monet ohjelmat ja selvitykset, kuten Future in Mind (2015), Five Year Forward View for Mental Health (2016), Transforming Children and Young People's Mental Health provision green paper (2018), ja NHS Long Term Plan (2019) ovat korostaneet tarvetta lisätä lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvän tuen saatavuutta. IAPT-ohjelmassa on todettu, että myös suppeamman koulutuksen saaneet ammattilaiset, kuten koulunkäyntiavustajat ja terveydenhoitajat, ovat saaneet strukturoituja interventioita hyödyntämällä yhtä hyviä tuloksia lasten ja nuorten kanssa kuin pidemmän koulutuksen saaneet terapeutit. Tutkimuksiin liittyy myös epävarmuustekijöitä.⁵⁷

Kouluympäristö on tunnistettu keskeiseksi tekijäksi riskiryhmien tunnistamisessa ja varhaisten interventioiden tarjoamisessa. NHS:n ja opetustoimen yhteistyönä on perustettu kouluilla toimivia mielenterveystyöryhmiä (Mental Health Support Teams), jotka tarjoavat näyttöön perustuvia interventioita lieviin tai keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin ja tukevat mielenterveystyön palvelupolkuja. Lisäksi kouluihin ja oppilaitoksiin on palkattu työntekijöitä (Education mental health practitioner), joiden tehtävänä on tukea koko koulu yhteisön osallistavaa mielenterveystyötä sekä antaa psykososiaalisia interventioita.⁵⁸

6 Lausuntopalaute

Hallituksen esityksen luonnoksesta järjestettiin lausuntokierros 29.4. – 9.6.2024. Ruotsinkielisen esityksen lausuntokierros alkoi käännosteknisistä syistä noin viikkoa myöhemmin ja kesti vastaavasti noin viikkoa pidempään. Lausuntoa pyydettiin yhteensä xx toimijalta, minkä lisäksi kaikilla halukkailla oli mahdollisuus antaa lausuntonsa Lausuntopalvelut.fi –palvelussa tai toimittamalla lausunto sosiaali- ja terveysministeriöön sähköpostitse tai kirjeitse. Lausunnon antoivat...

6.1 Lainsäädännön arviointineuvoston lausunto ja sen perusteella tehdyt muutokset

Täydentyy...

7 Säännöskohtaiset perustelut

7.1 Terveydenhuoltolaki

53 §. *Lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon pääsyä koskevat erityissäännökset.* Pykälän voimassa olevaa otsikkoa ”hoitoon pääsy lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa” ehdotetaan muutettavaksi vastaamaan pykälän muuttunutta sisältöä ja korostamaan sitä, että lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon pääsyssä on eroavaisuuksia muihin ikäryhmiin nähden. Voimassa oleva 1 ja 2 momentti koskevat lasten ja nuorten hoitoon pääsyä psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja ne esitetään siirrettäväksi termistöltään täsmennettynä uudeksi 2 ja 3 momentiksi.

Erityissäännös tarkoittaisi sitä, että pykälän 1 momentissa tarkoitettujen psykososiaalisten hoitojen osalta ei sovellettaisi voimassa olevaa 51 a §:n 4 momentin sääntelyä, jonka mukaan muiden kuin 51 a §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitettujen perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden ensimmäinen hoito- tai kuntoutustapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon

⁵⁷ [Pilling ym. 2020](#)

⁵⁸ [NHS](#)

ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hänelle tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon pääsyn osalta noudatettaisiin kuitenkin edelleen yhteyden saamisen ja hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arvioinnin osalta voimassa olevaa terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädettyä sekä sitä, mitä säädetään kiireettömään hoitoon pääsystä, ensimmäisestä hoitotapahtumasta ja lääkärin vastaanotolle pääsystä 51 a §:n 1 ja 2 momentissa. Terveydenhuoltolain 51 §:n ja 51 a §:n sisältöä tarkennetaan hallituksen esityksessä HE 74/2022 vp säännöskohtaisissa perusteluissa (s. 111–124).

Ehdotetun uuden 53 §:n 1 momentin mukaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito olisi aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve sille on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 3 §:n 2 kohdan mukaisesti lasten ja nuorten terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, avosairaanhoidoa sekä mielenterveyden hoitoa siltä osin kuin sitä ei järjestetä erikoissairaanhoidossa. Osa ehdotetussa 1 momentissa tarkoitetuista määrämuotoisista ja aikarajoitteisista psykososiaalisista hoitomenetelmistä soveltuu sekä ehkäisevään työhön että mielenterveyden hoitoon. Näin ollen edellä mainittuja psykososiaalisia hoitomenetelmiä voitaisiin käyttää paitsi lasten ja nuorten avosairaanhoidossa, mahdollisuuksien mukaan myös äitiys- ja lastenneuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ja opiskeluhuollon psykologipalveluissa.

Esityksen tarkoituksena ei ole muuttaa ehkäisevän terveydenhuollon tehtäviä, vaan se vastaisi jatkossakin mielenterveyttä edistävästä ja vahvistavasta työstä. Neuvolalla ja kouluterveydenhuollolla olisi edelleen keskeinen tehtävä tukea tarvitsevien lasten tunnistamisessa. Kouluterveydenhuolto seuraisi jatkossakin koululaisten terveydentilaa terveystarkastuksissa ja edistäisi mielenterveyttä antamalla terveysneuvontaa ja ohjausta. Takuun piiriin kuuluvien interventioiden osalta neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa pyrittäisiin, kuten aiemminkin, tunnistamaan mahdollisimman varhain ne lapset, joiden psykososiaalisesta kehityksestä herää huolta ja jotka tarvitsevat tukea mielenterveytensä vahvistamiseksi. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa koskevat muutokset esitetään jäljempänä opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:n yhteydessä.

Psykoterapioista johdetulla määrämuotoisella ja aikarajoitteisella psykososiaalisella hoidolla tarkoitettaisiin tietyn ongelman ehkäisyyn tai hoitoon, kuten esimerkiksi käytöshäiriöön, masennukseen tai ahdistuneisuuteen, kehitettyä menetelmää, jolla on tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa vaikuttavuusnäyttöä.⁵⁹ Psykoterapioista johdetut määrämuotoiset ja aikarajoitteiset psykososiaaliset hoidot perustuvat tiettyihin psykoterapeuttisiin viitekehyksiin, esimerkiksi kognitiiviseen psykoterapiaan. Nämä hoidot ovat kuitenkin varsinaista psykoterapiaa lyhyempiä ja tarkoitettu lievempien oireiden hoitoon. Näitä psykososiaalisia hoitoja voivat antaa sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat saaneet kyseisen menetelmän käyttöön liittyvän koulutuksen. Näiden hoitojen toteuttajilla ei yleensä ole varsinaista psykiatrian erityiskoulutusta tai pitkää psykoterapeuttikoulutusta.

⁵⁹ Lisätietoa: [Näyttöön perustuvat tuki- ja hoitomenetelmät - THL](#)

Palko toteaa psykososiaalisia menetelmiä koskevassa suosituksessaan, että vaikuttaviksi todetut psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta niiden kaikissa vaiheissa.⁶⁰ Terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittävät myös Käypä hoito –suositukset.

Psykoterapioista johdetuilla määrämuotoisilla ja aikarajoitteisilla psykososiaalisilla hoidoilla voidaan sekä ehkäistä varsinaista mielenterveyden häiriötä, että hoitaa perusterveydenhuoltoon kuuluvia lieviä ja keskivaikeita mielenterveyden häiriötä. Siten myös ehkäisevässä terveydenhuollossa, eli neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja opiskeluhoollon psykologipalveluissa, voitaisiin antaa esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita, jotka soveltuvat ehkäisevään ja mielenterveyttä vahvistavaan työhön lasten, nuorten ja perheiden kanssa.

Ehdotetun säännöksen piiriin kuuluvat psykososiaaliset interventiot hyödyntävät eri näkökulmia, esimerkiksi oireita ylläpitävien ja niitä helpottavien ajatusmallien tai vuorovaikutuksen muokkaamista. Masennusoireiden tai masennuksen hoidossa voidaan auttaa lasta tai nuorta tunnistamaan voimavaransa ja masennusta laukaisseet tekijät sekä ratkaisemaan ihmissuhteita kuormittavia tekijöitä. Työskentelyssä voidaan hyödyntää erilaisia tehtäviä sekä opetella ihmissuhdeongelmien ratkaisutaitoja. Ahdistuneisuuden hoidossa käytetään esimerkiksi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaavia yksilö-, ryhmä- tai perhekohtaisia menetelmiä, jotka sisältävät psykoedukaatiota ja harjoituksia.

Vanhemmustaitojen kehittämiseen pyrkivien interventioiden pääperiaate on ratkaista lapsen käytökseen liittyviä haasteita ensisijaisesti lisäämällä myönteistä vuorovaikutusta lapsen ja vanhemman välillä ja toissijaisesti opettamalla vanhemmille rakentavia keinoja ongelmakäyttäytymisen hallitsemiseksi. Työskentelyssä hyödynnetään kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä sekä sosiaalisen oppimisen periaatteita. Vanhemmuustaitojen ohjausinterventioissa vanhemman kanssa harjoitellaan erilaisia myönteiseen vanhemmuuteen ja lapsen myönteisen käyttäytymisen lisäämiseen tähtäviä taitoja. Vanhemmuustaito-ohjausta toteutetaan yleensä viikoittaisina ohjauksertoina joko vanhempien ryhmissä tai yksilöllisesti.⁶¹ Vanhemmuustaito-ohjauksessa voidaan hyödyntää myös verkossa tapahtuvaa työskentelyä ja puhelimen välityksellä tehtävää ohjausta.⁶²

Ehdotetun säännöksen piiriin kuuluvan psykoterapioista johdetun määrämuotoisen ja aikarajoitteisen psykososiaalisen hoidon sisällön ja toteutustavan tulisi olla kuvattu tarkasti, ja sen vastetta tulisi mitata hoidon aikana. Hoidon toteuttamiseen liittyvät käyntimäärät vaihtelisivat interventio- ja häiriökohtaisesti noin 3–25 käyntikerran välillä, lapsen, nuoren tai perheen tilanteesta ja tarpeista riippuen.

Lyhytpsykoterapialla tarkoitettaisiin perusterveydenhuollossa annettavaa psykoterapiaa, joka kestää enintään noin 20–25 tapaamiskertaa. Lyhytpsykoterapiaa antaa psykoterapeutti, joka on saanut sosiaali- ja terveysalan ammattikoulutuksen lisäksi pitkän psykoterapeuttikoulutuksen. Käsitteellisesti lyhytpsykoterapia on erotettava muista psykososiaalisista keskusteluhoidoista. Ohjaaminen lyhytpsykoterapiaan perustuisi lääkärin tekemään arvioon.

⁶⁰ [Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa - Palveluvalikoima](#)

⁶¹ <https://www.kaypahoito.fi/nix02618>

⁶² [Lisätietoa lasten ja nuorten tukemiseen soveltuvista psykososiaalisista menetelmistä](#)

Esitetyn säännöksen piiriin ei kuuluisi itsehoito, joka toteutuu omatoimisesti palvelujärjestelmän ulkopuolella, eikä omahoito eri muodoissaan. Omahoitoihin liittyy itsehoidon lisäksi lyhyt terveydenhuollon ammattilaisen ohjaus, joka voi vaihdella puhelinsoitosta muutamaan tapaamiseen. Esitettyä säännöstä ei sovellettaisi myöskään vastaanottokäynteihin, joissa lapselle, nuorelle tai perheelle annetaan vapaamuotoista psykososiaalista tukea, neuvontaa tai ohjausta. Näiden katsotaan lähtökohtaisesti toteutuvan perusterveydenhuollon 51 a §:n 1 momentissa tarkoitetun 14 vuorokauden hoitotakuun puitteissa osana hoitavan työntekijän antamaa hoitoa ja omahoidon tukea.

Esitetty 1 momentti ei koskisi myöskään toiminnallisia interventioita (esimerkiksi toimintaterapia), luovia terapioiden (esimerkiksi taideterapia), nettiterapiaa tai muita digituettuja hoitomuotoja, joiden katsotaan olevan luonteeltaan nopeasti asiakkaan saatavilla. Nettiterapialla tarkoitetaan lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin tarkoitettua hoitoa, joka perustuu potilaan itsenäiseen työskentelyyn ja kognitiivisterapeuttisiin harjoituksiin. Potilasta tukee häiriöön erikoistunut psykoterapeutti tai tähän tehtävään koulutettu terveydenhuollon ammattilainen.

Takuu ei myöskään koskisi sellaisia ohjaus- ja tukimenetelmiä, jotka ovat luonteeltaan lähestymis- ja työskentelytapoja tai prosessimaisen työskentelyn viitekehyksiä, esimerkkinä sellaiset ohjaukset ja valmennukset, jotka eivät ole määrämuotoisia ja aikarajoitteisia interventioita. Takuun piiriin eivät kuuluisi myöskään erikoissairaanhoidon vastuulla oleva psykososiaalinen hoito ja kuntoutus.

Esitetyn 1 momentin soveltamisessa olisi huomioitava, että lapsi, nuori tai perhe voi saada riittävän tuen jo esimerkiksi ohjatun omahoidon tai vapaamuotoisen psykososiaalisen tuen avulla. Kokonaistilanne tulisi aina arvioida huolellisesti ja käynnistää ensisijaisesti tarvittavat lapsen, nuoren tai perheen arjen toimintaympäristöön kohdistuvat tukitoimet. Näitä voivat olla esimerkiksi uneen, ravitsemukseen, fyysiseen aktiivisuuteen, opintoihin taikka perheen arkeen liittyvät tukitoimet.

Hoidon tarpeen arvioinnissa huomioidaan kiireettömän hoidon perusteiden mukaisesti lapsen ja perheen oma käsitys tilanteesta ja tuen/hoidon tarpeesta, lapsen oireet, toimintakyky, kehityksen eteneminen, lapsen ja perheen kokonaistilanne sekä vahvuudet ja voimavarat. Olennaista on lapsen ja hänen perheensä osallisuus sekä hoidon, tuen tarpeen ja tavoitteiden määrittely yhteistyössä. Kokonaistilannetta tulisi arvioida tarpeen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen yhteistyönä.

Lääketieteellisten arvioiden osalta moniammatillista osaamista, kuten psykologia tai psykiatrista sairaanhoitajaa, hyödynnettäisiin tarvittaessa, mutta kokonaisarviosta vastaisi lääkäri. Perusterveydenhuollon lääkäriä tulisi olla mahdollisuus tarvittaessa konsultoida psykiatrian erikoislääkärinä arviointinsa tueksi. Arvioinnissa voidaan diagnostiikan apuna hyödyntää erilaisia oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja, mutta asianmukainen lasten- ja nuorisopsykiatrin diagnostiikka edellyttää aina myös lääkärin henkilökohtaista tapaamista. Kun lapsen tai nuoren psyykkisen oireilun vaikeusaste sitä edellyttäisi, hänet ohjattaisiin kiireettömän tai kiireellisen hoidon perusteiden mukaan psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien psykososiaalisten hoitojen ei ole tarkoitus olla ensisijainen apu lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmiin, eikä niillä tulisi korvata muuta lapsen, nuoren tai perheen tarvitsemää tukea. Ehkäisevällä interventiolla ei myöskään tulisi korvata esimerkiksi lyhytpsykoterapiaa. Terveydenhuollon laillistetun ammattihenkilön tulisi aina arvioida hoidon tarve yksilöllisesti. Myös hoidon jatkuvuus olisi varmistettava takuun piiriin kuuluvan psykososiaalisen hoidon päätyttyä. Mahdollinen jatkohoidon tai muun tuen

tarve olisi arvioitava ja tarvittaessa varmistettava takuuta toteuttavan intervention jälkeen terveydenhuoltolain 51 § ja 51 a §:n mukaisesti.

Esityksen mukaan takuun piiriin kuuluva hoito olisi aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve sille on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Tarve takuun piiriin kuuluvalla hoidolle voitaisiin todeta 51 §:n mukaisen hoidon tarpeen arvion, 51 a §:n 1 momentissa tarkoitettuna ensimmäisen hoitotapahtuman yhteydessä tai hoitoprosessin aikana muun hoitomuodon, esimerkiksi ohjatun omahoidon, osoittaututtua riittämättömäksi. Enimmäisajan määrittämisen aloitushetkenä olisi se hoitotapahtuma, jossa terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö toteaa tarpeen takuun piiriin kuuluvalla psykososiaaliselle hoidolle ja tekee tästä merkinnät potilasasiakirjoihin.

28 vuorokauden enimmäisajan ylittämiseen liittyviä perusteita voisivat olla esimerkiksi tilanteet, joissa olisi perusteltua toteuttaa ensin muita toimia. Lääketieteellisillä, hoidollisilla tai muilla vastaavilla seikoilla voitaisiin tarkoittaa myös esimerkiksi sitä, että vanhemman ohjaus olisi perusteltua toteuttaa ryhmämuotoisena tai nuoren nähtäisiin hyötyvän ryhmämuotoisesta hoidosta sen tarjoamien sosiaalisten kontaktien vuoksi. Ryhmämenetelmät tulisi kuitenkin aloittaa 3 kuukauden enimmäisajassa taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti, kuten 51 a §:n 4 momentissa säädetään.

Esitetyssä 1 momentissa tarkoitettuja psykososiaalisia hoitoja voitaisiin toteuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa, joista säädetään terveydenhuoltolain 8 a ja sosiaalihuoltolain 2 a §:ssä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisesti toteutetuissa palveluissa tai kun potilas tai asiakas muutoin tarvitsee sekä terveyden- että sosiaalihuollon palveluja on sovellettava terveydenhuoltolain säännöksiä lääketieteellisen tarpeen mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon antamisesta ja sosiaalihuoltolain säännöksiä tuen tarpeita vastaavien sosiaalihuollon palvelujen antamisesta. Yhteisesti toteutettua palvelua on esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolassa, jos sosiaalihuoltolain 26 §:n mukaisen kasvatus- ja perheneuvonnan lisäksi toimintayksikössä on päätetty antaa myös terveydenhuoltolain mukaista palvelua. Myös laajalaisissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa annettavista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista osa voi olla yhteisesti toteutettuja.

Yhteisten palvelujen toteuttamista tukee 1.1.2024 voimaan tullut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annettu laki (703/2023, asiakastietolaki). Sen 46 §:n mukaan tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveyspalvelua toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteessä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö yhdessä, asiakkaalle voidaan laatia yhteinen palvelutarpeen arvio, asiakassuunnitelma ja kyseistä palvelua koskevat asiakaskertomusmerkinnät sekä muita tarpeellisia yhteisiä asiakasasiakirjoja. Palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma sekä muut yhteiset asiakasasiakirjat tallennetaan tarpeellisessa laajuudessa sekä sosiaalihuollon asiakasrekisteriin että potilasrekisteriin.

Lisäksi asiakastietolain 48 §:n mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden toimialojen monialaiseen yhteistyöhön osallistuvat henkilöt voivat salassapitosäännösten estämättä kirjata edustamansa organisaation asiakirjoihin sellaiset yhteistyössä saamansa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedot, jotka ovat välttämättömiä yhteisen asiakkaan asian hoitamiseksi sekä tallettaa yhteistyön perusteella laaditun asiakassuunnitelman, jos se on asiakkaan kannalta välttämätöntä asiassa, jonka hoitamiseksi asiakirja on laadittu.

Hyvinvointialue voisi päättää, missä perustason toimintayksiköissä ja palveluissa esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita annetaan. Terveydenhuoltolain 54 §:n mukaisesti, jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvaa hoitoa 51 a §:ssä tai 53 §:ssä säädettyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne

hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 9 §:n 1 momentissa tarkoitettulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palveluntuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 3 luvussa säädetään palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton ja käytöstä sopimisen periaatteita kuvataan hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetuksen uutta 2 a §:ää koskevissa säännöskohtaisissa perusteluissa.

Voimassa oleva 1 momentti siirtyisi täsmennettynä ja merkitystä muuttamatta uudeksi 2 momentiksi. Sen ensimmäistä virkettä tarkennettaisiin käytettyjen käsitteiden osalta siten, että lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden hoidon tarpeen arvioinnin sijaan säänneltäisiin lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi momentin sisältöä tiivistettäisiin lähetteen saapumista koskevan määrittelyn osalta.

Näin ollen ehdotetun 2 momentin mukaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi olisi edelleen aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, olisi arviointi ja tarvittavat tutkimukset edelleen toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut. Edellä mainitusta virkkeestä esitetään poistettavaksi muotoilu ”hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön” kielellisen ilmaisen tiivistämiseksi.

Voimassa oleva 2 momentti siirtyisi täsmennettynä pykälän uudeksi 3 momentiksi siten, että siihen lisättäisiin viittaus lapsiin ja psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Siten ehdotetun 3 momentin mukaan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu psykiatrisen erikoissairaanhoidon on järjestettävä lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

55 §. Tietojen julkaiseminen. Pykälän 1 momenttiin lisättäisiin viittaus siitä, että myös esitetyn lainsäädännön osalta enimmäisajan noudattamisen osalta hyvinvointialueen olisi julkaistava tieto kuukausittain sekä tarkennus edellä 53 §:n yhteydessä esitettyjen momenttien muutoksen vuoksi neljän kuukauden välein toteutuneesta lasten ja nuorten psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta.

Siten ehdotetun 1 momentin mukaan hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä sekä 53 §:n § momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c ja 52 §:ssä sekä 53 §:n 2 ja 3 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitosten tuottaa tunnusluvut saamiensa tietojen perusteella laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitosten on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaan hyvinvointialueet velvoitetaan julkaisemaan lakisääteisten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisen tiedot nykytilannetta tiheämmin asiakaslähtöisellä tavalla. Tämä esityksen yhteydessä ei oteta kantaa näihin tietojen julkaisemisen kysymyksiin, vaan tarvittavat muutokset arvioidaan erikseen.

7.2 Sosiaalihuoltolaki

25 a §. Mielenterveystyön palvelut. Pykälään esitetään lisättäväksi uusi 2 momentti siten, että voimassa oleva 2 momentti siirtyisi uudeksi 3 momentiksi.

Voimassa olevan 25 a §:n 1 momentin mukaan sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluilla tarkoitetaan erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen kohdennettuja palveluja. Sellaisina on järjestettävä ainakin asumispalveluja sekä niiden yhteydessä annettavaa sosiaaliohjausta, sosiaalityötä ja sosiaalista kuntoutusta. Ehdotetun uuden 2 momentin mukaan lisäksi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille olisi sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalista tukea, jossa käytettäisiin psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä.

Sosiaalihuollon psykososiaalisella työmenetelmällä tarkoitettaisiin sosiaalihuollon asiakkaalle annettua psykososiaalista tukea ehkäisevänä työnä tai mielenterveyden vahvistamiseksi. Siihen tarkoitettut menetelmät voisivat olla osittain samoja kuin terveydenhuollon ehkäisevän työn menetelmät, joista säädetäisiin 53 § 1 momentissa. Sosiaali- ja terveysministeriön eduskunnalle valmisteleman muistion mukaisesti kyseessä on sosiaalihuollon asiakkaalle annettu psykososiaalinen tuki, joka ei ole mielenterveyden oireiden tai häiriön hoitoa, vaan sen avulla tuetaan psykososiaalista hyvinvointia vahvistavia tietoja ja taitoja. Sosiaalihuollon interventio voi myös olla hoitoa täydentävä, esimerkiksi perhe- tai verkostopohjainen ohjelma.⁶³ Pelkästään sosiaalihuollon käyttöön valituilta menetelmiltä edellytettäisiin saman tasoista vaikuttavuusnäyttöä kuin terveydenhuollon käyttöön keskittämisasiäsetuksen 4 §:n mukaisesti valituilta menetelmiltä.

Sosiaalipalveluja on sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaisesti järjestettävä muun muassa lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin tukemiseksi sekä mielenterveysongelmasta aiheutuvaan tuen tarpeeseen. Sosiaalihuollon mielenterveystyöllä (25 §) tarkoitetaan toimintaa, jolla vahvistetaan yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, vähennetään ja poistetaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä sekä vastataan psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen.

Esitetyssä säännöksessä psykoterapioista johdetulla määrämuotoisella ja aikarajoitteisella psykososiaalisella työmenetelmällä tarkoitettaisiin lapsen, nuoren tai perheen kanssa työskentelyssä käytettävää sosiaalihuoltoon soveltuvaa psykososiaalista työmenetelmää, joka liittyisi esimerkiksi lapsen uhmakkuus- tai käytösoireiluun, mieliala- tai masennusoireiluun. Esitetty lainsäädäntö ei koskisi sellaisia ohjaus- ja tukimenetelmiä, jotka ovat luonteeltaan lähestymis- ja työskentelytapoja tai prosessimaisen työskentelyn viitekehyksiä, esimerkkinä sellaiset ohjaukset ja valmennukset, jotka eivät ole määrämuotoisia ja aikarajoitteisia interventioita.

Psykoterapioista johdetut määrämuotoiset ja aikarajoitteiset psykososiaaliset työmenetelmät perustuvat tiettyihin psykoterapeuttisiin viitekehyksiin, esimerkiksi kognitiiviseen psykoterapiaan, mutta ne ovat varsinaista psykoterapiaa lyhyempiä ja tarkoitettu ehkäisevään

⁶³ [STM 2023](#)

tukeen. Näitä psykososiaalisia interventioita voivat antaa henkilöt, jotka ovat saaneet kyseisen menetelmän käyttöön liittyvän koulutuksen ja menetelmän käyttöön kuuluvan menetelmäohjauksen.

Esityksessä tarkoitetut lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palveluissa käytettävät psykososiaaliset työmenetelmät perustuvat esimerkiksi oireita ylläpitävien ja niitä helpottavien ajatusmallien tai vuorovaikutuksen muokkaamiseen. Mielialaan liittyvissä tilanteissa voidaan auttaa lasta tai nuorta tunnistamaan voimavaransa sekä ratkaisemaan ihmissuhteita kuormittavia tekijöitä. Työskentelyssä voidaan myös hyödyntää erilaisia tehtäviä. Psykososiaaliset interventiot voivat olla esimerkiksi yksilö-, ryhmä- tai perhekohtaista työskentelyä, joka sisältää psykoedukaatiota ja harjoituksia. Psykoedukaatio tarkoittaa tiedon jakamista mielenterveydestä ja mielenterveyteen vaikuttavista asioista ja sen avulla voidaan edistää myös laaja-alaisempaa terveyttä ja hyvinvointia.

Vanhemmustaitojen kehittämiseen pyrkivien interventioiden pääperiaate on ratkaista lapsen käytökseen liittyviä haasteita ensisijaisesti lisäämällä myönteistä vuorovaikutusta lapsen ja vanhemman välillä ja toissijaisesti opettamalla vanhemmille rakentavia keinoja ongelmakäyttäytymisen hallitsemiseksi. Työskentelyssä hyödynnetään kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja sosiaalisen oppimisen periaatteita. Vanhemmustaitojen ohjausinterventioissa vanhemman kanssa opetellaan ja harjoitellaan erilaisia myönteiseen vanhemmuuteen ja lapsen myönteisen käyttäytymisen lisäämiseen tähtääviä taitoja. Vanhemmustaito-ohjausta toteutetaan yleensä viikoittaisina ohjauskertoina joko vanhempien ryhmissä tai yksilöllisesti.⁶⁴ Vanhemmustaito-ohjauksessa voidaan hyödyntää myös verkossa tapahtuvaa työskentelyä ja puhelimen välityksellä tehtävää ohjausta.⁶⁵

Ehdotetun säännöksen piiriin kuuluvan psykososiaalisen työmenetelmän sisällön ja toteutustavan tulisi olla kuvattu tarkasti ja sen vaikuttavuutta tulisi mitata intervention aikana. Intervention toteuttamiseen liittyvät käyntimäärät vaihtelisivat interventiokohtaisesti noin 3–25 käyntikerran välillä, lapsen, nuoren tai perheen tilanteesta ja tarpeista riippuen.

Hyvinvointialue voisi päättää, minkä sosiaalipalveluiden henkilöstö antaa takuun piiriin kuuluvia mielenterveystyöhön kohdennettuja interventioita. Tätä henkilöstöä voisivat olla esimerkiksi sosiaalityön, sosiaaliohjauksen, perhetyön, kasvatus- ja perheneuvonnan sekä kuraattoripalveluiden henkilöstö tai siihen voitaisiin palkata erillistä henkilöstöä hyvinvointialueen palvelustrategia huomioiden. Nuorten osalta palveluita voitaisiin organisoida osaksi työikäisten palveluja. Mielenterveystyön palveluja voitaisiin antaa esimerkiksi Ohjaamoissa ja nuorisoasemilla. Palveluprosesseissa tulisi varmistaa, että lapsi ja nuori saa viipymättä terveytensä ja kehityksensä kannalta välttämättömät palvelut.

Esitetyn säännöksen soveltamisessa olisi hyvin tärkeää huomioida, että lapsi, nuori tai hänen perheensä voi saada tarvitsemansa tuen myös muista 14 §:ssä tarkoitetuista sosiaalipalveluista, esimerkiksi lapsiperheiden kotipalvelusta, perhetyöstä tai sosiaalityöstä. Palvelutarpeen arvioinnissa olisi noudatettava, mitä sosiaalihuoltolain 36 §:ssä säädetään. Arviointia tehtäessä on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja otettava huomioon hänen toivomuksensa, mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa. Erityistä huomiota on kiinnitettävä lasten ja nuorten sekä vammaisten ja erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Sosiaalihuollon ammattihenkilö voisi tarvittaessa olla yhteydessä asiakkaan

⁶⁴ <https://www.kaypahoito.fi/nix02618>

⁶⁵ [Lisätietoa lasten ja nuorten tukemiseen soveltuvista psykososiaalisista menetelmistä](#)

läheisiin henkilöihin sekä eri yhteistyötahoihin ja asiantuntijoihin siten kuin sosiaalihuoltolain 41 §:ssä säädetään.

Palvelutarpeen arvioinnista vastaisi tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain 3 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö. Arviointi tulisi tehdä asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa. Myös opiskeluhuollon kuraattori voisi toteuttaa palvelutarpeen arviointeja sekä tarvittaessa myöntää sosiaalipalveluja. Edellä mainittujen tehtävien osalta olisi huomioitava lainsäädännön määräykset sosiaalihuollon ammattihenkilön kelpoisuudesta ja virkasuhteesta.

Jos todettaisiin, että lapsen, nuoren tai perheen tarpeisiin ei voida vastata vain sosiaalihuollon toimin esimerkiksi mielenterveystyön palvelulla, palvelutarpeen arvioinnista vastaavan sosiaalihuollon ammattihenkilön, omatyöntekijän tai muun asiakkaan palveluista vastaavan työntekijän olisi sosiaalihuoltolain 40 §:n mukaisesti asiakkaan suostumuksella otettava yhteyttä esimerkiksi terveydenhuoltoon. Tietojen luovuttamisesta ilman asiakkaan lupaa tai suostumusta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetussa laissa (703/2023).

Myös takuun piiriin kuuluvan mielenterveystyön palvelun osalta sosiaalipalvelut olisi sosiaalihuoltolain 33 §:n mukaisesti toteutettava siten, että ne soveltuvat kaikille asiakkaille ja että niihin on mahdollista hakeutua oma-aloitteisesti riittävän aikaisessa vaiheessa. Sosiaalipalveluja on pyrittävä järjestämään eri hallinnonalojen peruspalvelujen yhteydessä, jos järjestely edistää palvelujen yhteensovittamista ja laadultaan hyvien palvelujen järjestämistä. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelu olisi näin ollen mahdollista antaa esimerkiksi opiskeluhuollon kuraattorin toteuttaman arvioinnin perusteella tai vanhemman hakiessa apua lapsiperheiden sosiaalipalveluista.

Mielenterveystyön palvelulla ei tulisi korvata muuta lapsen, nuoren tai perheen tarvitsemää tukea, eikä sitä tulisi mieltää ensisijaisena ratkaisuna, jos lapsella tai nuorella on esimerkiksi arjenhallintaan tai koulunkäyntiin liittyviä haasteita. Lisäksi tulisi varmistaa, että lapsi tai nuori saa tarvitsemansa terveydenhoidon.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia interventioita voitaisiin toteuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa, kuten terveydenhuoltolain 8 a ja sosiaalihuoltolain 2 a §:ssä säädetään. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisesti toteutetuissa palveluissa tai kun potilas tai asiakas muutoin tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja on sovellettava terveydenhuoltolain säännöksiä lääketieteellisen tarpeen mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon antamisesta ja sosiaalihuoltolain säännöksiä tuen tarpeita vastaavien sosiaalihuollon palvelujen antamisesta. Yhteisesti toteutettua palvelua on esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolassa, jos sosiaalihuoltolain 26 §:n mukaisen kasvatus- ja perheneuvonnan lisäksi toimintayksikössä on päätetty antaa myös terveydenhuoltolain mukaista palvelua. Myös laaja-alaisissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa annettavista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista osa voi olla yhteisesti toteutettuja palveluja.

Yhteisten palvelujen toteuttamista tukee 1.1.2024 voimaan tullut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annettu laki (703/2023, asiakastietolaki). Sen 46 §:n mukaan tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveyspalvelua toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteessä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö yhdessä, asiakkaalle voidaan laatia yhteinen palvelutarpeen arvio, asiakassuunnitelma ja kyseistä palvelua koskevat asiakaskertomusmerkinnät sekä muita tarpeellisia yhteisiä asiakasasiakirjoja. Palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma sekä muut yhteiset asiakasasiakirjat tallennetaan tarpeellisessa laajuudessa sekä sosiaalihuollon asiakasrekisteriin, että potilasrekisteriin.

Asiakastietolain 48 §:n mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden toimialojen monialaiseen yhteistyöhön osallistuvat henkilöt voivat salassapitosäännösten estämättä kirjata edustamansa organisaation asiakirjoihin sellaiset yhteistyössä saamansa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedot, jotka ovat välttämättömiä yhteisen asiakkaan asian hoitamiseksi sekä tallettaa yhteistyön perusteella laaditun asiakassuunnitelman, jos se on asiakkaan kannalta välttämätöntä siinä asiassa, jonka hoitamiseksi asiakirja on laadittu.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton ja käytöstä sopimisen periaatteita kuvataan hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetuksen uutta 2 a §:ää koskevissa säännöskohtaisissa perusteluissa.

Ehdotettu uusi 4 momentti pysyisi sisällöltään ennallaan. Sen mukaan sosiaalihuollon mielenterveystyön palvelut täydentävät muita 14 §:ssä tarkoitettuja yksilön mielenterveyden tukemiseksi tarvittavia sosiaalipalveluja.

45 §. *Sosiaalihuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano* Pykälän voimassa olevaa 2 momenttia esitetään tarkennettavaksi siltä osin, kun päätöksen toimeenpano koskisi lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palveluna annettavaa psykososiaalista tukea. Lisäksi ilmaisu 3 kuukaudessa esitetään muutettavaksi sosiaalihuoltolaissa muuten käytössä oleviin ajan ilmaisun tapoihin.

Voimassa olevan 45 § 2 momentin mukaan päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireilletulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Momenttia esitetään muutettavaksi siten, että 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettua lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelua koskeva päätös olisi kuitenkin toimeenpantava viimeistään kuukauden kuluessa asian vireilletulosta ja muu päätös viimeistään 3 kuukauden kuluessa asian vireilletulosta. Aika voisi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Sosiaalihuoltoasia tulee sosiaalihuoltolain 34 §:n mukaisesti vireille hakemuksesta tai kun hyvinvointialueen sosiaalihuollon työntekijä on muutoin tehtävissään saanut tietää mahdollisesti sosiaalipalvelujen tarpeesta olevasta henkilöstä. Hallintolain 19 §:n nojalla sosiaalihuollon asiakas voi panna vireille palvelua koskevan hakemuksensa kirjallisesti tai suullisesti. Lapsi, nuori tai lapsen huoltaja voi olla yhteydessä sosiaalihuoltoon esimerkiksi puhelimitse.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolain 15 §:n mukaan opiskelijalle on opiskeluhollossa järjestettävä tapaaminen kuraattorin kanssa 7 arkipäivässä, jos opiskelija on tätä pyytänyt. Kiireellisessä tapauksessa mahdollisuus keskusteluun on järjestettävä samana tai seuraavana työpäivänä. Näin ollen sosiaalihuollon asia voi tulla vireille myös lapsen tai nuoren hakeutuessa opiskeluhoitopalveluihin ja kun hänelle järjestetään opiskeluhollossa kuraattorin tapaaminen edellä mainittujen määräaikojen puitteissa. Sosiaalihuollossa asia voi tulla vireille myös palvelutarpeen arvioimisen jälkeen asiakkuusprosessin aikana.

Sosiaalihuoltolaki ohjaa toimimaan siten, että asiakkailla olisi mahdollisuus itse arvioida, mikä on soveltuva palvelu. Asiakkaan edun mukaisesti on toimittava myös niissä tilanteissa, joissa

asiakas ei työntekijän arvion mukaan ole hakenut sitä palvelua, joka tilanteessa olisi soveltuvin. Lapsi, nuori tai perhe ei välttämättä ole tietoinen esimerkiksi sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluista. Asiakkaalle on kerrottava, mihin hänellä on lain mukaan oikeus.

Lukuun ottamatta sosiaalihuoltolain 46 §:ssä tarkoitettuja hoidon ja huolenpidon turvaavia päätöksiä sosiaalihuoltolaissa ei ole tarkasti säädetty siitä, kuka päätöksiä tekee. Sosiaalihuoltolain 41 §:ssä käytetään käsitettä sosiaalihuollon viranomainen. Hyvinvointialueelle laissa säädettyä päätösvaltaa ja oikeutta puhevallan käyttämiseen voidaan johtosäännöllä siirtää hyvinvointialueen viranhaltijoille.

Asiakkaan oikeudesta saada kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen järjestämisestä säädetään voimassa olevan sosiaalihuoltolain 45 §:n 1 momentissa. Kiireellisiä toimenpiteitä koskeva asia on käsiteltävä ja kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen järjestämisestä on tehtävä käytettävissä olevien tietojen perusteella viipymättä siten, ettei asiakkaan oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muissa kuin kiireellisissä asioissa päätös on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun asia on tullut vireille. Päätöksenteon aikaraja on siten riippuvainen yksittäisestä tilanteesta. Erityinen tarve päätöksen saamiseen asiakkaalla on silloin, jos hän ei saa hakemaansa palvelua tai hän saa vain osittain sen, mitä on hakenut. Myös sosiaalihuollon asiakaslain 6 §:n mukaan sosiaalihuollon tulee perustua päätökseen.

Lapsen, nuoren ja perheen yksilöllisen tilanteen mukaan on arvioitava, milloin saatu informaatio on riittävä mielenterveystyön palvelua koskevan päätöksen tekemiseen. Jos tulee tietoon mahdollinen muu palvelutarve, on tilanne arvioitava siten kuin sosiaalihuoltolain 36 §:ssä säädetään.

Muissa kuin kiireellisissä asioissa päätös on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun asia on tullut vireille. Mikäli lapsen, nuoren tai perheen tilanne edellyttäisi kokonaisvaltaista palvelutarpeen arviointia, eikä 25 a §:ssä tarkoitettua mielenterveystyön palvelua olisi perusteltua aloittaa jo palvelutarpeen arvioinnin aikana, voitaisiin palvelua koskeva päätös tehdä vasta arvioinnin valmistuttua. Palvelutarpeen arvioinnissa olisi noudatettava sosiaalihuoltolain 36 §:n sääntelyä. Arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä.

Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tilanteissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tilanteissa ilman aiheetonta viivytystä. Esityksen mukaisesti lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta säädetäisiin voimassa olevaa kolmea kuukautta lyhyempi määräaika päätöksen toimeenpanolle. Päätös sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettua mielenterveystyön palvelusta olisi toimeenpantava kuukauden kuluessa siitä, kun lapsi, nuori tai lapsen huoltaja on hakenut sosiaalipalvelua tai asia on muutoin tullut vireille sosiaalihuollossa. Määräajat päätöksen toimeenpanolle eivät kuitenkaan oikeuta viivyttämään toimeenpanoa. Lähtökohtana on aina asiakkaan tarve sekä sosiaalihuoltolain 12 ja 13 §:n noudattaminen.

Määräaika on takaraja toimeenpanolle, ellei asian selvittäminen vaadi pidempää aikaa tai asian käsittelylle on muu lapsen, nuoren tai perheen tarpeeseen liittyvä erityinen peruste. Erityinen peruste voi olla esimerkiksi se, että asiakas tarvitsee palvelua vasta tietyn ajanjakson jälkeen tai hän haluaa mieluummin jonottaa tiettyä palvelua ja olla ottamatta vastaan sitä korvaavaa aiemmin saatavissa olevaa palvelua. Säännöksen muotoilu jättää hyvinvointialueille riittävästi harkinnanvaraa erilaisten tapausten varalle ja turvaa samalla lasten, nuorten ja perheiden etua.

Asiakkaan tilanteeseen liittyvä erityinen peruste päätöksen toimeenpanon pitemmälle ajalle voisi esitetyn lainsäädännön osalta olla esimerkiksi se, että olisi perusteltua antaa lapselle,

nuorelle tai perheelle ennen mielenterveystyön palvelun antamista muita 14 §:n sosiaalipalveluita. Asiakkaan tilanteeseen liittyvillä erityisillä seikoilla voitaisiin tarkoittaa myös esimerkiksi sitä, että vanhemman ohjaus olisi hänen tuen tarpeisiinsa liittyvistä syistä perusteltua toteuttaa ryhmämuotoisena. Ryhmämuotoisena toteutettu palvelu olisi kuitenkin aloitettava 45 §:n 2 momentin mukaisesti viimeistään 3 kuukauden kuluttua asian vireilletulosta.

Jollei laissa toisin säädetä, asiakkaalla ei ole ehdotonta oikeutta tietyn palvelun saamiseen, mutta hyvinvointialueella on velvoite huolehtia siitä, että asiakkaan tarpeeseen vastataan siten kuin laki edellyttää. Jos tarpeeseen ei voida vastata kuin tietyn palvelun avulla, on tämä palvelu järjestettävä siinä ajassa, mitä asiakkaan tarve ja sosiaalihuoltolain 12 ja 13 § edellyttävät. Päätöksenteossa ja päätösten toimeenpanossa on kaikissa tilanteissa turvattava asiakkaan välttämätön hoito ja huolenpito.

7.3 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta

10 a §. Kiireettömään hoitoon pääsy. Lainsäädännön yhtenäisyyden vuoksi terveydenhuoltolain 53 §:ään esitettyjen muutosten lisäksi muutoksia esitetään myös opiskeluterveydenhuoltolakiin. Hoitotakuun valmistelun yhteydessä (HE 74/2022 vp, s. 131) arvioitiin, että opiskeluterveydenhuoltolaissa olisi hyvä olla nimenomaiset hoitoon pääsyä koskevat säännökset. Eräitä säännöksiä hoitoon pääsystä oli tarpeen myös mukauttaa korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuoltoon sopivaksi. Pääsääntönä kuitenkin oli, että opiskeluterveydenhuoltolain säännökset ovat mahdollisimman yhdenmukaiset terveydenhuoltolain säännösten kanssa.

Pykälään esitetään lisättäväksi uusi 4 momentti siten, että nykyinen 4 momentti siirtyisi 5 momentiksi. Uusi 4 momentti vastaisi esitetyn terveydenhuoltolain 53 §:n uutta 1 momenttia sen kohderyhmää tarkentaen. Siten alle 23-vuotiaan korkeakouluopiskelijan perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito olisi aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle olisi todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellyttäisi.

Perusterveydenhuollolla tarkoitettaisiin korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa. Lyhytpsykoterapian ja psykoterapioista johdetun määrämuotoisen ja aikarajoitteisen psykososiaalisen hoidon määritelmiä ja säännöksen tarkempia perusteluja kuvataan terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momenttia koskevissa säännöskohtaisissa perusteluissa.

Korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyden kysymyksissä noudatettaisiin edelleen yhteyden saamisen ja hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arvioinnin suhteen voimassa olevaa opiskeluterveydenhuoltolain 10 §:ssä säädettyä sekä sitä, mitä säädetään kiireettömään hoitoon pääsystä, ensimmäisestä hoitotapahtumasta ja lääkärin vastaanotolle pääsystä 10 a §:n 1 ja 2 momentissa.

Opiskeluterveydenhuoltolain 4 §:n 2 momentin mukaan palveluja tuottaessa on noudatettava, mitä terveydenhuollon palveluista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädännössä. Siten YTHS:n tulisi huomioida psykososiaalisia hoitomenetelmiä valitessaan terveydenhuoltolain 8 §, jonka mukaan toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi huomioon tulee ottaa opiskelijoiden yhdenvertaisen kohtelun vaatimukset.

Voimassa olevan opiskeluterveydenhuoltolain 8 §:n 3 momentin mukaisesti YTHS:n on tuotettava opiskeluterveydenhuollon palvelut pääosin omana toimintanaan. Jos tämän lain

mukaista tuottamisvelvollisuutta ei voida muuten toteuttaa, YTHS voi hankkia omaa toimintaansa täydentäviä opiskeluterveydenhuollon palveluja muulta palveluntuottajalta.

Se seikka, että alle 23-vuotiaan hoidon pääsyn määräajasta ja sisällöstä säädettäisiin myös opiskeluterveydenhuoltolaissa ei kuitenkaan estäisi korkeakouluopiskelijaa halutessaan hakeutumasta sen hyvinvointialueen perusterveydenhuollon piiriin, missä hänellä on kotipaikka. Kyseessä olisi opiskelijan valinta, eikä hoitava taho voisi kieltäytyä tai siirtää hänen hoitoaan opiskeluterveydenhuollon vastuulle tai vastoin opiskelijan omaa tahtoa ja tahdonilmaisua.

7.4 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista

4 §. *Maksuttomat sosiaalipalvelut.* Pykälän 1 momentin 1 kohtaan ehdotetaan lisättäväksi maininta siitä, että esityksen mukainen mielenterveystyön palvelu olisi lapselle ja nuorelle maksutonta. Sosiaalipalveluista maksuttomia olisivat siten 1 kohdan mukaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 14 §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettu sosiaalityö, 2 kohdassa tarkoitettu sosiaaliohjaus, 3 kohdassa tarkoitettu sosiaalinen kuntoutus, 4 kohdassa tarkoitettu perhetyö, 16 kohdassa tarkoitettu päiväkeskuspalvelu päihdetyön erityisenä palveluna, 19 kohdassa tarkoitettu kasvatus- ja perheneuvonta, 20 kohdassa tarkoitettu lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta, mainitun lain 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettu mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalinen tuki ja 27 §:ssä tarkoitettut tuetut tapaamiset ja valvotut vaihdot sekä sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 d ja 27 e §:ssä tarkoitettut vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta kuljetusta ja aterioita lukuun ottamatta.

8 Lakia alemman asteinen sääntely

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä annetun lain 36 §:n 5 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä 3 ja 4 momentissa tarkoitetuista asioista, joista on sovittava yhteistyösopimuksessa. Järjestämislaissa annetun valtuutuksen perustella on annettu valtioneuvoston asetus hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta, joka tuli voimaan 1.7.2023. Esitetyn lainsäädännön valmistelun ajankohtana ensimmäisiä yhteistyösopimuksia valmistellaan yhteistyöalueilla.

Kukin hyvinvointialue kuuluu yhteen viidestä yhteistyöalueesta. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä kuuluvat kukin eri yhteistyöalueeseen. Samaan yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet laativat hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen, jonka sisällöstä ja valmistelusta säädetään järjestämislain 36 ja 37 §:issä. Yhteistyösopimuksessa on sovittava järjestämislain 36 § 3 momentin 8 kohdan mukaisesti hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisten periaatteiden määrittelyssä niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen. Yhteistyösopimuksessa on sovittava 36 §:n 4 momentin mukaan sovittuihin vastuisiin liittyvästä hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta. Kaksikielisten hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien toteutumisen turvaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämä yhteistyösopimus on yhteen sovitettava 36 §:ssä tarkoitettujen yhteistyösopimuksen kanssa.

Asetukseen esitetään lisättäväksi uusi 2 a § sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönotosta. Sen mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava järjestämislain 36 §:n 3 momentin 8 kohdassa tarkoitettulla tavalla ainakin terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentissa ja

sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettujen lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon psykososiaalisten menetelmien käyttöön otosta ja käytöstä. Menetelmien käyttöön otosta ja käytöstä olisi sovittava siten, että niistä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittava kokonaisuus.

Yhteistyösopimuksen tarkoituksena on varmistaa yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden työnjako, yhteistyö ja yhteensovittaminen siltä osin kuin se on tarpeellista niiden lakisääteisten tehtävien toteutumisen turvaamiseksi. Yhteistyösopimuksen on edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta, tuottavuutta, laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta, tarpeenmukaisuutta, yhdenvertaista saatavuutta, kielellisiä oikeuksia sekä palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien toimivuutta. Yhteistyöalueita koskevalla lainsäädännöllä pyritään varmistamaan, ettei erityistä osaamista vaativien sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuksien organisoiminen jää yksittäiselle hyvinvointialueelle, vaan vastuuta voidaan jakaa yhteistyöalueiden kesken.

Asetukseen esitettävä uusi säännös olisi tarpeen edellä kuvattujen tavoitteiden saavuttamiseksi, jotta lapsille ja nuorille voidaan taata laadukkaiden ja vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien saatavuus alueellisesti yhdenvertaisesti. Lisäksi tarkoituksena olisi varmistaa, että menetelmien käyttöön otosta ja käytöstä sovittaisiin siten, että niistä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittava kokonaisuus. Yhteistyöalueet voisivat tehdä myös keskinäistä yhteistyötä kansallisen yhdenvertaisuuden ja kustannustehokkuuden edistämiseksi.

Terveydenhuoltolain 45 §:n nojalla annetulla keskittämisasiasetuksella on säädetty tietyiltä osin erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien alueellisesta keskittämisestä. Yhteistyösopimuksessa on huomioitava myös keskittämisasiasetuksen yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen velvoitteet. Terveydenhuollon psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito on keskittämisasiasetuksen 4 §:n 6 kohdan mukaisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja Uudellamaalla HUS-yhtymän vastuulla. Tämä tarkoittaa huolehtimista siitä, että hyvinvointialueilla on käytössä vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta.

Näin ollen hyvinvointialueet sopisivat yhteistyöalueen tasolla lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psykososiaalisten menetelmien kokonaisuudesta, jotka kuuluisivat esitetyn lainsäädännön piiriin, ottaen huomioon yliopistosairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen tehtävät. Yhteistyöalueiden olisi mahdollista tehdä myös keskinäistä ja kansallista työnjakoa tiettyjen menetelmien osaamisen ylläpidon suhteen mahdollisimman toimivien ja kustannustehokkaiden ratkaisujen löytämiseksi. Tämä tukisi myös kansallista menetelmien käyttöön oton yhdenvertaisuutta. Ennen yhteistyösopimuksen hyväksymistä hyvinvointialueiden on kuultava järjestämislain 37 §:n mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriötä. Kunkin hyvinvointialueen aluevaltuusto hyväksyy yhteistyösopimuksen.

Menetelmien käyttöön oton ratkaisussa tulisi huomioida se, että terveydenhuoltolain 8 § mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja se, että hyvinvointialueen on järjestämislain 4 §:n mukaisesti suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Yhtenäiset periaatteet menetelmien käyttöön otossa edistävät hyvinvointialueiden asukkaiden yhdenvertaisuuden toteuttamista. Yhtenäisistä periaatteista sopiminen ei kuitenkaan tarkoita, että kaikki uudet menetelmät olisi otettava yhtäaikaaisesti käyttöön kaikilla hyvinvointialueilla. Uusia menetelmiä voidaan ottaa käyttöön esimerkiksi alueellisen kehittämisen kokeilujen kautta (HE 241/2020 vp, s.758)

Sosiaalihuollossa ei toistaiseksi ole keskittämisasiasetusta, eikä sosiaalihuollossa ei ole määritetty myöskään alueellista tai kansallista toimijaa, joka antaisi suosituksia palveluvalikoiman sisällöstä. Esitetyn lainsäädännön osalta sosiaalihuollon käyttöön soveltuvien psykososiaalisten menetelmien arvioinnissa ja valinnassa tulisi yhteistyöalueen tasolla hyödyntää esimerkiksi THL:n tuottamaa tietoa sekä Itämeren Kasvun tuki –tietolähteitä sekä yhteistyöalueen koulutus-, tutkimus, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan (TKKI) toteuttamisrakenteita, joista säädetään asetuksen 3 §:ssä.

Sekä sosiaali- että terveydenhuollon psykososiaalisten menetelmien osalta on tarkoitus vahvistaa kansallista ohjausta Petteri Orpon hallituskauden aikana. Kansallinen työ ohjauksen vahvistamiseksi on jo käynnistetty osana kansallista palvelureformia. Hallitusohjelmakirjauksen mukaisesti säädetään julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista palveluiden vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Lisäksi selvitetään mahdollisuus säätää kansallisesta toimijasta, jolla on toimivalta linjata sitovasti menetelmien ja palveluiden kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta sen ulkopuolelle. Nämä uudistukset tulevat vaikuttamaan myös esitetyn lainsäädännön soveltamiseen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon.

9 Voimaantulo

Ehdotetaan, että lait tulisivat voimaan 1.5.2025.

10 Toimeenpano ja seuranta

Sosiaali- ja terveysministeriö tiedottaa lain hyväksymisestä ja vahvistamisesta.

11 Suhde muihin esityksiin

11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä

Esityksen jatkovalmistelussa tulee huomioitavaksi hallituksen 15.–16.4.2024 kehysriihessä tekemä päätös perusterveydenhuollon hoitotakuun palauttamisesta vuoden 2022 tasolle purkamalla edellisen hallituksen siihen tekemät tiukennukset. Käytännössä hoitotakuu, eli pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon, muuttuisi 14 vuorokaudesta kolmeen kuukauteen. Lisäksi hoitotakuun toteuttamiseen liittyvä terveydenhuoltolain ostopalveluvelvoite poistettaisiin.

Esityksen osalta hoitotakuun muutokset vaikuttaisivat siihen, kuinka nopeasti ensimmäinen hoitotapahtuma perusterveydenhuollossa tulisi järjestää. Ensimmäisen hoitotapahtuman lykkäytyminen voisi viivästyttää myös lasten ja nuorten terapiatakuun piiriin tulemisen prosessia etenkin lääketieteellistä arviota tarvitsevien lasten ja nuorten osalta, sillä arviona on, että hoitotakuun muutokset vaikuttavat ensisijaisesti lääkärille pääsyyn. Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden suoravastaanotolle pääsyyn hoitotakuun muutoksilla arvioidaan olevan vähemmän vaikutuksia. Hoitotakuu on kuitenkin enimmäisaika, ja potilaan ottaessa yhteyttä on yksilöllisesti arvioitava, tarvitseeko hän hoitoa nopeammin. Potilaalla on lain mukaan joka tapauksessa oikeus hyvään hoitoon.

On mahdollista, että hoitotakuun muutosten myötä lapsia ja nuoria ohjautuisi terapiatakuun piiriin kuuluvan hoidon ja tuen saamiseksi terveysasemalla ja muussa perusterveydenhuollossa tapahtuvan avosairaanhoidon sijaan ennaltaehkäisevää tukea antaviin palveluihin (opiskeluhoito ja sosiaalihuolto), joissa on lakisääteisesti nopeampi velvoite järjestää

ensikäynti ja palvelut. Hoidon tarpeessa olevia lapsia ja nuoria voisi myös lisääntyvästi ohjautua erikoissairaanhoidon hoidon odotusaikana tapahtuneen tilanteen vaikeutumisen vuoksi.

Terapiatakuussa säädetään kuitenkin tiettyjen hoitomenetelmien saamisesta. Sen piiriin kuuluvan hoitomuodon tarpeen toteaminen voi tapahtua missä tahansa hoidon vaiheessa, joten se ei aina kytkeydy ensimmäiseen hoitotapahtumaan. Esimerkiksi ohjatun omahoidon tai vapaamuotoisen psykososiaalisen tuen toimenpiteet voivat olla ensisijaista hoidon alkuvaiheessa. Terapiatakuun piiriin kuuluva hoito olisi kuitenkin aina annettava esityksen mukaisesti 28 vuorokauden enimmäisajassa, kun hoidon kuluessa tarve todetaan.

Terveystalouden ostopalveluvelvoitteen osalta vaikutuksia esitykseen ei toistaiseksi voida arvioida, sillä muutosten sisällöstä ei ole toistaiseksi tarkempia tietoja. Hyvinvointialueilla on kuitenkin jo järjestämislain 8 §:n ja hyvinvointialuelain 9 §:n mukaan velvoite tuottaa palvelut muilla keinoin, jos se ei pysty omana toimintanaan tuottamaan niitä määräajassa. Lisäksi YTHS:illä on opiskeluterveydenhuoltolain 8 §:n mukaan velvoite hankkia opiskeluterveydenhuollon palvelut muulta palveluntuottajalta, jos se ei pysty omana toimintanaan tuottamaan niitä määräajassa.

Myös hoitotakuuta koskeva hallituksen esitys liittyy esitykseen valtion vuoden 2025 talousarvioksi ja tulisi siten käsiteltäväksi sen yhteydessä. Täten se tulisi yhteen sovittua terapiatakuuta koskevan esityksen kanssa eduskuntakäsittelyn yhteydessä.

11.2 Suhde talousarvioesitykseen

Esitys liittyy esitykseen valtion vuoden 2025 talousarvioksi ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Esitys perustuu pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelmaan ja sen toteuttamiseksi on varattu vuodesta 2025 alkaen yhteensä 35 000 000 euroa vuosittain.

12 Suhde perustuslakiin ja sääntämisenjärjestys

Riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut

Esityksessä ehdotetaan lisättäväksi terveydenhuoltolakiin, sosiaalihuoltolakiin, lakiin korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin säännöksiä lasten ja alle 23-vuotiaiden perustason mielenterveyspalvelujen järjestämiseen ja palveluihin pääsyyn liittyen. Ehdotetulla sääntelyllä on kiinteä yhteys useisiin perustuslain turvaamiin perusoikeuksiin.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Tällä velvoitteella lapsen perheen tukemisesta on vaikutusta joko suoraan tai vähintään epäsuorasti lapsen hyvinvointiin. Perustuslain 22 §:ssä säädetään myös julkisen vallan velvoitteesta turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Perusoikeuksien tosiasiallinen toteutuminen edellyttää julkisen vallan aktiivisia toimenpiteitä esimerkiksi tosiasiallisten edellytysten luomiseksi perusoikeuksien käyttämiselle. Keskeisiin keinoihin turvaamisvelvoitteen toteuttamiseksi kuuluvat perusoikeuden käyttöä turvaavan ja täsmäntävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen (HE 309/1993 vp, s. 75). Lasten ja nuorten

terapiatakuun sääntelyn tarkoituksena onkin turvata lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille pääsy riittäviin, terveyttä edistäviin perustason mielenterveyspalveluihin. Myös terapiatakuun toimeenpanoon osoitettu rahoitus turvaa palveluiden tosiasiallista toteutumista.

Velvoite edistää väestön terveyttä viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Kysymys on etenkin palvelujen saatavuuden turvaamisesta. Palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat kuitenkin välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (PeVL 17/2021 vp, s. 17, PeVL 63/2016 vp, s. 2, PeVL 67/2014 vp, s. 3/II, ks. myös HE 309/1993 vp, s. 71).

Suomea velvoittaa myös YK:n lapsen oikeuksien yleissopimus, jonka 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen eli alle 18-vuotiaan etu. Kysymys on siis riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaamisesta lapsille, jotka ovat oikeutettuja erityiseen huolenpitoon ja apuun myös muiden Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten, kuten vammaisten yleissopimuksen ja TSS-sopimuksen perusteella. Vammaisten yleissopimuksen ja TSS-sopimuksen soveltamispiiriin kuuluvat kaikki sopimusvaltion oikeudenkäytön piirissä olevat henkilöt, lapset, nuoret ja aikuiset.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukainen oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin ei kuitenkaan ole oikeutena subjektiivinen, vaan velvoite julkiselle vallalle turvata palvelut. Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa lähtökohtana on sellainen palvelujen taso, joka luo jokaiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp, s. 71/II). Viime kädessä tämä edellyttää yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävydestä (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Perustuslaki ei edellytä, että valtakunnallisesti joka alueella olisi tarjolla täysin samanlaiset palvelut, vaan että kaikilla alueilla on palveluja yhdenmukaisten periaatteiden mukaisesti alueella asuvien ihmisten tarpeita vastaavasti. Jotta palvelut ovat riittäviä, niitä pitää olla saatavilla ja niiden pitää olla riittävän laadukkaita, jotta niillä voidaan vastata ihmisten tarpeisiin.

Perustuslakivaliokunta on katsonut lausunnossaan PeVL 41/2010, että riittävät voimavarat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin tulee osoittaa huolehtimalla muun muassa terveydenhuollon henkilöstön riittävydestä ja asiantuntemuksesta sekä asianmukaisista toimitiloista ja toimintavälineistä. Tämä velvollisuus oli osoitettu silloisille kunnille ja sairaanhoitopiireille ja valiokunta katsoi edellä mainittujen toimintaedellytysten turvaamisen olevan olennainen tekijä perustuslain 19 §:n 3 momentista ja 22 §:stä johtuvia julkisen vallan velvoitteita täsmennettäessä ja toteutettaessa. Sama velvollisuus koskee hyvinvointialueita ja myös esityksen mukaisia lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluiden tukeas.

Perustuslakivaliokunta on korostanut, että vaikka perustuslain 19 §:n 3 momentin säännös ei turvaa mitään nimenomaista tapaa tarjota palveluja, tältä osin perustuslain mukainen edellytys on, että palveluja on riittävästi (PeVL 17/2021 vp, s. 18, PeVL 26/2017 vp, s. 32 ja 36—41 ja PeVL 12/2015 vp, s. 3 ja PeVL 11/1995 vp, s. 2). Valiokunta on painottanut nimenomaisesti, että säännöksellä velvoitetaan julkinen valta turvaamaan palvelujen saatavuus (PeVL 26/2017 vp, erit. s. 44—45 ja PeVL 54/2014 vp, s. 2/I). Säännös merkitsee siten vaatimusta palvelujen riittävästä tarjonnasta maan eri osissa asuville (PeVL 17/2021 vp, s. 18, PeVL 26/2017 vp, s. 33, PeVM 25/1994 vp, s. 32/II). Lauseke lailla toteutettavasta tarkemmasta sääntelystä jättää lainsäätäjälle liikkumavaraa oikeuksien sääntelyssä ja viittaa siihen, että perusoikeudellinen

täsmällinen sisältö määräytyy perusoikeussäännöksen ja tavallisen lainsäädännön muodostaman kokonaisuuden pohjalta (PeVM 25/1994 vp, s. 5-6).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää jo pitkään koskeneet haasteet, kuten hyvinvointialueiden (ennen 1.1.2023 kuntien) taloudellisen tilanteen vaikeudet sekä henkilöstön saatavuusongelmat ovat vaikeuttaneet myös lasten ja nuorten palveluihin pääsyä. Mielenterveyspalvelujen taso ei ollut lapsille ja nuorille riittävä luomaan heille edellytyksiä toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Perustuslain 22 §:n aktiivinen toimintavelvoite on korostunut erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden kuten lasten kohdalla. Tällä hetkellä erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvässä palvelujärjestelmässä on sirpaleisuutta, alueellista vaihtelua palvelujen saatavuudessa sekä puutteita kokonaisvaltaisen moniammatillisessa yhteistyössä. Lisäksi lasten ja nuorten mielenterveyden hoidossa palvelujärjestelmästä puuttuu perustason hoidosta vastaava taho. Tällä hallituksen esityksellä pyritään osaltaan vastaamaan näihin epäkohtiin turvaamalla lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoitoon ja tuen piiriin pääsyä esityksessä säädetyllä tavalla.

Yhdenvertaisuus

Ehdotettuun lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perustason mielenterveyspalvelujen turvaamisen tapaan liittyvät myös perustuslain 6 §:n säännökset. Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Säännös ilmaisee paitsi vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta myös ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta. Siihen sisältyy mielivallan kieltö ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa (HE 309/1993 vp, s. 42). Yhdenvertaisuudesta ja syrjinnän kiellosta määrätään myös useassa ihmisoikeussopimuksessa.

Yhdenvertaisuussäännös kohdistuu myös lainsäätäjään, eikä lailla voida mielivaltaisesti asettaa ihmisiä tai ihmisryhmiä toisia edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Yhdenvertaisuussäännös ei kuitenkaan edellytä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia. Lainsäädännölle on ominaista, että se voi kohdella tietyn hyväksyttävän yhteiskunnallisen intressin vuoksi ihmisiä eri tavoin edistääkseen muun muassa tosiasiallista tasa-arvoa (HE 309/1993 vp, s. 42—43, ks. myös PeVL 31/2014 vp, s. 3/I).

Perustuslakivaliokunta on vakiintuneesti todennut, ettei yleisestä yhdenvertaisuusperiaatteesta johdu tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn (mm. PeVL 11/2012 vp, s. 2, PeVL 2/2011 vp, s. 2). Keskeistä on, voidaanko kulloisetkin erottelut perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla (mm. PeVL 46/2006 vp, s. 2, PeVL 16/2006 vp s. 2). Valiokunta on eri yhteyksissä johtanut perustuslain yhdenvertaisuussäännöksistä vaatimuksen, että erottelut eivät saa olla mielivaltaisia eivätkä ne saa muodostua kohtuuttomiksi (PeVL 11/2012 vp, s. 2, PeVL 37/2010 vp, s. 3). Mielenterveysyistä aiheutuva tuen ja hoidon tarve on lainsäädännössä ylipäätään nähty ryhmänä, josta tarvitaan erityissääntelyä verrattuna muista terveysongelmista aiheutuvan tuen ja hoidon sääntelyyn ja lisäksi lapsen etu on otettava huomioon ensisijaisesti. On myös huomioitava, että lapset ovat ikänsä ja kehitystasonsa vuoksi haavoittuvassa asemassa, mikä on otettava huomioon julkisen vallan perustuslain 22 §:ään liittyviä aktiivisia velvoitteita ajatellen.

Esityksellä pyritään turvaamaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuortenmielenterveyspalveluiden tosiasiallista toteutumista, koska tällä hetkellä palveluihin pääsyssä erityisesti lasten ja nuorten osalta on puutteita. Kysymys on tästä näkökulmasta ennen muuta yhdenvertaisuuden edistämisestä siitä, että heidät lähtökohtaisesti saatettaisiin muita palvelun tarpeessa olevia

parempaan asemaan. Toisaalta lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psyykinen kehitysvaihe huomioon ottaen positiiviselle erityiskohtelulle on olemassa hyväksyttävät perusteet.

Lapsen oikeuksien sopimusta valvovan YK:n lapsen oikeuksien komitean mukaan lapsuus tulee nähdä ainutlaatuisena ajanjaksona, jolloin lapsi kehittyy ja jonka kuluessa lapsen oikeuksien loukkaukset voivat johtaa elämänpituisiin sukupolvet ylittäviin seurauksiin. Tämän vuoksi lapset ovat ryhmä, jonka oikeuksien kunnioittamiseen ja toteuttamiseen on panostettava erityisesti. Lapsille ei tule pelkästään turvata oikeuksia, vaan heidän hyvinvointinsa tulee olla prioriteettilistan kärjessä.⁶⁶

Vuonna 2011 voimaan tuleen terveydenhuoltolain valmistelun yhteydessä perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota siihen, että ehdotettu 53 §:n sääntely asetti alle 23-vuotiaat mielenterveyspalveluiden saamiseksi erikoissairaanhoidossa nopeuden osalta parempaan asemaan tätä vanhempiin verrattuna (PeVL 41/2010, s. x). Ehdotusta pidettiin merkityksellisenä juuri perustuslain 6 §:n 2 momentin näkökulmasta, jonka mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa iän perusteella. Säännöksessä lueteltuja erotteluperusteita ja siten muun muassa ikää voidaan pitää syrjintäkiellon ydinalueena. Syrjintäkieltosäännöksellä ei kuitenkaan ole kielletty kaikenlaista erontekoa ihmisten välillä, vaikka erottelu perustuisi säännöksessä nimenomaan mainittuun syyhyn, kuten ikään. Olennaista on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla (PeVL 1/2006 vp, s. 2/I, PeVL 59/2002 vp, s. 2–3). Perustuslakivaliokunta oli sosiaalioikeudellista sääntelyä arvioidessaan pitänyt esimerkiksi etuuksien määräytymistä eri tavoin eri-ikäisille henkilöille perustuslain kannalta ongelmattomana, jos erottelut eivät ole mielivaltaisia eivätkä erot muodostu kohtuuttomiksi (PeVL 34/2005 vp, s. 2/I, PeVL 60/2002 vp, s. 4–5). Toisaalta perustuslain yhdenvertaisuussääntely ei estä myöskään tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista positiivista erityiskohtelua eli jonkin ryhmän asemaa ja olosuhteita parantavia toimia (PeVL 34/2005 vp, s. 2/I, PeVL 40/2004 vp, s. 2/I).

Perustuslakivaliokunta arvioi tuolloin, että mahdollisimman varhainen pääsy erikoissairaanhoidossa psykiatrisen hoidon ja palvelujen piiriin oli lasten ja nuorten psyykinen kehitys huomioon ottaen erityisen tärkeää. Velvoite järjestää hoito kolmen kuukauden kuluessa myös jo täysi-ikäisille, mutta alle 23-vuotiaille nuorille katsottiin perustelluksi sen vuoksi, että siinä iässä monet nuoret ovat muun muassa useisiin elämäntilanteen muutoksiin liittyen psyykkisessä kehityksessään edelleen herkässä vaiheessa. Perustuslakivaliokunnan lausunnosta käy ilmi, että erityiskohtelun ulottaminen juuri alle 23-vuotiaisiin nojautui esityksen perustelujen mukaan sairaanhoitopiirien nuorisopsykiatriasta vastaavien ylilääkärien yksimieliseen suositukseen. Sääntelylle oli valiokunnan mielestä perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävät perusteet. Perustuslakivaliokunta katsoi, että yhtenäisen ikärajan määrittely laissa oli perusteltua myös sen vuoksi, että psykiatrista hoitoa tarvitsevat nuoret saatetaan tältä osin samaan asemaan asuinpaikasta riippumatta (PeVL 41/2010). Myös esitetyn lainsäädännön osalta vastaava ikärajaus sai kannatusta lapsi- ja nuorisopsykiatrian asiantuntijoilta.

Perustuslain 6 §:n 2 momentti ei estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista positiivista erityiskohtelua tietyin ryhmän, esimerkiksi lasten ja nuorten asemaa ja olosuhteita parantavia toimia (HE 309/1993 vp, s. 44, PeVL 4/2016 vp, s. 3). Ikärajan perustuvaa sääntelyä on perustuslakivaliokunta kuitenkin pitänyt perusoikeusherkkänä perustuslain 6 §:n 2 momentin syrjintäkielto huomioon ottaen ja erilaisen kohtelun mahdollistavalle hyväksyttävälle

⁶⁶ Suvianna Hakalehto: Lapsioikeuden perusteet, 2018, s. 36

perusteelle asetettavat vaatimukset ovat valiokunnan vakiintuneen käytännön mukaan erityisesti säännöksessä lueteltujen kiellettyjen erotteluperusteiden kohdalla korkeat (valiokunnan käytännöstä ikärajojen asettamisessa kokoavasti PeVL 44/2010 vp, s. 5/I—6/II sekä PeVL 31/2013 vp, PeVL 1/2006 vp, s. 2/I, PeVL 38/2006 vp, s. 2). Hyväksyttävän perusteen on valiokunnan käytännössä edellytetty olevan asiallisessa ja kiinteässä yhteydessä lain tarkoitukseen (ks. esim. PeVL 44/2010 vp, s. 5—6).

Yleisestä yhdenvertaisuusperiaatteesta ei perustuslakivaliokunnan vakiintuneen käytännön mukaan voi johtua tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn. Valittujen keinojen tulee kuitenkin olla oikeasuhteisia, eivätkä erottelut saa olla mielivaltaisia, eivätkä erot saa muodostua kohtuuttomiksi (PeVL 38/2006 vp, s. 3/II, PeVL 37/2010 vp, s. 3/I, PeVM 11/2009 vp, s. 2/I, ja PeVL 18/2006 vp, s. 2/II). Yhdenvertaisuusperiaatteesta poikkeamista perustelevan yhteiskunnallisen intressin ja poikkeamisen merkittävyyden onkin oltava keskenään oikeasuhteisia (PeVM 11/2009 vp, s. 2/I).

Edellä esitettyjen seikkojen vuoksi terapiatakuun kohdentaminen lapsiin ja alle 23-vuotiaisiin olisi perusteltua ja mahdollista myös yhdenvertaisuusperiaatteen näkökulmasta. Lisäksi takuun piirissä oleva tuki ja hoito olisi palveluna käyttäjilleen maksutonta, mikä turvaisi yhdenvertaisuutta palveluihin pääsyssä.

Ehdotettuja muutoksia tulee arvioida myös lasten ja nuorten keskinäisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Ehdotettu takuu pääsystä määrämuotoiseen ja aikarajoitteiseen lyhytpsykoterapiaan tai psykososiaaliseen hoitoon taikka tukeen säädetyssä ajassa jättäisi takuun ulkopuolelle ne lapset ja alle 23-vuotiaat nuoret, joiden oireiluun ei ole tarjolla takuun määrittelemää hoitoa tai menetelmää. Myös heidän, kuten yli 23-vuotiaidenkin hoitoon pääsyään turvaa kuitenkin voimassa olevan terveydenhuoltolaki, jonka 50 §:n mukaan hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arvio tulee tehdä saman vuorokauden aikana yhteydenotosta ja 51 a §:n mukaan hoitoon päästä 14 vuorokauden aikana. Sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisesti sosiaalihuollon tarpeessa olevan henkilön palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheutonta viivästystä. Sosiaalipalvelua koskeva päätös on sosiaalihuoltolain 45 §:n mukaisesti toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheutonta viivytyttä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireilletulosta.

Esitettävät muutokset eivät siten ole ristiriidassa perustuslain yhdenvertaisuusvaatimuksen kanssa.

Hyvinvointialueiden itsehallinto ja valtion velvollisuus turvata perusoikeuksien toteutuminen

Perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Itsehallintoalueille annettavien lakisäateisten palvelujen järjestämisvelvoitteiden kannalta merkityksellinen on perustuslain 22 §, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä valtiota, kuntia ja kuntia suurempia itsehallinnollisia hallintoalueita, kuten hyvinvointialueita. Hyvinvointialueesta annetun lain 2 §:n mukaan hyvinvointialue on julkisoikeudellinen yhteisö, jolla on alueellaan itsehallinto siten kuin siitä tässä laissa säädetään. Hyvinvointialueille on säädetty velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto asukkaalleen. Perustuslain säännös edellyttää julkiselta vallalta ja siten myös hyvinvointialueelta aktiivisia toimia ja sen tuleekin aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi.

Julkisen vallan turvaamisvelvoite tarkoittaa valtion osalta velvollisuutta osoittaa riittävä valtion rahoitus palvelujen toteuttamiseen. Perustuslakivaliokunta on todennut, että perustuslain 22 §:n mukaiseen perusoikeuksien toteuttamisvelvoitteeseen kuuluu valtion vastuu huolehtia siitä, että perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitetuilla alueilla on käytännön edellytykset suoriutua tehtävistään (PeVL 17/2021 vp, s. 23, PeVL 26/2017 vp, s. 22, ks. PeVL 10/2015 vp ja PeVL 37/2009 vp). Perustuslakivaliokunnan mukaan perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitettujen alueiden rahoitusta tulee soveltuvin osin arvioida perustuslakivaliokunnan rahoitusperiaatetta koskevan käytännön valossa (PeVL 15/2018 vp). Rahoitusperiaatteen merkitys kuntia suurempia hallintoalueita koskevan sääntelyn valtiosääntöisessä arvioinnissa poikkeaa kuitenkin muun muassa puuttuvan verotusoikeuden vuoksi arvioinnista kuntien osalta (PeVL 15/2018 vp, s. 21). Ratkaisevassa asemassa hyvinvointialueille osoitettujen tehtävien asianmukaisen hoitamisen turvaamisessa on siten nimenomaan valtion rahoituksen riittävyys ja sen oikea kohdentaminen (PeVL 15/2018 vp, s. 21).

Esityksen mukaisen terapiatakuun toimeenpanoa varten perustasolla on hyvinvointialueille varattu 35 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lähtien. Osa rahoituksesta kohdentuu opiskeluterveydenhuollon järjestäjänä toimivan Kelan kautta YTHS:lle esityksen mukaisen, alle 23-vuotiaiden korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalvelujen tuottamiseksi. Vuosittaisella rahoituksella voitaisiin siten tosiasiallisesti turvata lisääntyneiden lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden yhdenmukainen järjestäminen. Hyvinvointialueiden rakenteen ovat soteuudistuksen jälkeen osittain vielä muodostumassa ja myös alueiden resurssit ja haasteet eroavat toisistaan. Hyvinvointialueiden yleiskatteellisen rahoitusjärjestelmän vuoksi terapiatakuun toteuttamiseksi varattu 35 miljoonan euron suuruinen valtion rahoitus ei kuitenkaan ole korvamerkittyä juuri esityksen mukaisten palvelujen tuottamiseen.

Oikeusturva ja valvonta

Perustuslain 21 §:ssä säädetään oikeusturvasta ja sen 2 momentin mukaan oikeus tulla kuulluksi, saada perusteltu päätös ja hakea muutosta samoin kuin muut oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon takeet turvataan lailla. Terveysturvan ja sosiaalihuollon oikeusturvakeinot eroavat toisistaan. Sosiaalihuollon asiakkaalla on käytössään vahvat oikeusturvakeinot, kun asiakkaalla on oikeus saada kirjallinen päätös viivytyksettä sen jälkeen, kun asia on tullut vireille (sosiaalihuoltolaki 45 §). Lapsia tai hänen perhettään tai alle 23-vuotiaita nuoria koskevan terapiatakuun osalta päätös tulisi toimeenpanna esityksen mukaan pääsääntöisesti viimeistään kuukauden kuluessa. Päätökseen olisi sitten mahdollista hakea muutosta normaalisti sosiaalihuoltolain 6 luvussa säädetyin tavoin. Sen sijaan terveydenhuollossa hoidon antaminen itsessään on hoitopäätös, kun potilasta, myös terapiatakuun yhteydessä lasta tai nuorta, hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Terveysturvan potilailla onkin heikkona oikeusturvakeinona muistutuksen teko tai kantelu (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 10 ja 10 a §). Esityksessä ei ehdoteta muutoksia näihin oikeusturvakeinoihin.

Terapiatakuun toimeenpanoa ja toteutumista tullaan esityksen mukaisesti seuraamaan. Hyvinvointialueen ja YTHS:n tulee julkaista kuukausittain tiedot yleisessä tietoverkossa esitettyjen enimmäisaikojen noudattamisesta, jota pystytään terveydenhuollon osalta siten seuraamaan myös valtakunnallisesti. Lisäksi yhdenvertaisen kohtelun toteutumiseen olisi mahdollista puuttua valvontaviranomaisten toimin.

Asetuksenantovaltuus

Perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan tasavallan presidentti, valtioneuvosto ja ministeriö voivat antaa asetuksia tässä perustuslaissa tai muussa laissa säädetyn valtuuden nojalla. Lailla on kuitenkin säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista sekä asioista, jotka perustuslain mukaan muuten kuuluvat lain alaan.

Esityksessä ehdotetaan, että valtioneuvoston asetuksessa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annettaisiin tarkempia säännöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönotosta.

Ehdotettu asetuksenantovaltuus on perustuslain edellyttämällä tavalla tarkkarajainen ja sen voidaan tämän vuoksi katsoa täyttävän perustuslain vaatimukset.

Hallituksen käsityksen mukaan ehdotetut muutokset ovat sopusoinnussa perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien kanssa ja lakiehdotukset voidaan käsitellä tavallisessa lainsäätämisyksityksessä

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset: /

1.

Laki

terveydenhuoltolain 53 ja 55 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 53 § ja 55 §:n 1 momentti, sellaisena kuin niistä
ovat 53 § osaksi laissa 581/2022 sekä 55 §:n 1 momentti laissa 116/2023, seuraavasti:

53 §

Lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon pääsyä koskevat erityissäännökset

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito on aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidoa toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu psykiatrinen erikoissairaanhoido on järjestettävä lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

55 §

Tietojen julkaiseminen

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä sekä 53 §:n 1 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, ja 52 §:ssä sekä 53 §:n 2 ja 3 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

10/10/10

2.

Laki

sosiaalihuoltolain 25 a ja 45 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 45 §:n 2 momenttia sellaisena kuin se on laissa 677/2023, sekä
lisätään 25 a §:ään, sellaisena kuin se on laissa 1280/2022, uusi 2 momentti, jolloin nykyinen 2 momentti siirtyy 3 momentiksi, seuraavasti:

25 a §

Mielenterveystyön palvelut

Lisäksi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille on sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä.

45 §

Sosiaalihuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano

Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Edellä 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettua lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelua koskeva päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään kuukauden kuluessa asian vireilletulosta ja muu päätös viimeistään 3 kuukauden kuluessa asian vireilletulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

3.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 10 a §:ään, sellaisena kuin se on laissa 118/2023, uusi 4 momentti siten, että nykyinen 4 momentti siirtyy 5 momentiksi, seuraavasti:

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Alle 23-vuotiaan korkeakouluopiskelijan perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito on aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

4.

Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 4 §:n 1 momentin 1 kohtaa, sellaisena kuin se on laissa 1292/2022, seuraavasti:

4 §

Maksuttomat sosiaalipalvelut

1) sosiaalihuoltolain (1301/2014) 14 §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettu sosiaalityö, 2 kohdassa tarkoitettu sosiaaliohjaus, 3 kohdassa tarkoitettu sosiaalinen kuntoutus, 4 kohdassa tarkoitettu perhetyö, 16 kohdassa tarkoitettu päiväkeskuspalvelu päihdetyön erityisenä palveluna, 19 kohdassa tarkoitettu kasvatus- ja perheneuvonta, 20 kohdassa tarkoitettu lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta, mainitun lain 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettu mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalinen tuki ja 27 §:ssä tarkoitetut tuetut tapaamiset ja valvotut vaihdot sekä sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 d ja 27 e §:ssä tarkoitetut vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta kuljetusta ja aterioita lukuun ottamatta;

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Helsingissä x.x.20xx

Pääministeri

Petteri Orpo

Sosiaali- ja terveysministeri Kaisa Juuso

1.

Laki

terveydenhuoltolain 53 ja 55 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 53 § ja 55 §:n 1 momentti, sellaisena kuin niistä
ovat 53 § osaksi laissa 581/2022 sekä 55 §:n 1 momentti laissa 116/2023, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

53 §

53 §

*Hoitoon pääsy lasten ja nuorten
mielenterveyspalveluissa*

***Lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon
pääsyä koskevat erityissäännökset***

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito on aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestettävä lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille hoidon edellyttämä

Voimassa oleva laki

kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

55 §

Tietojen julkaiseminen

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

Ehdotus

kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

55 §

Tietojen julkaiseminen

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä sekä 53 §:n 1 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c, ja 52 §:ssä sekä 53 §:n 2 ja 3 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

2.

Laki

sosiaalihuoltolaki 25 a ja 45 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 45 §:n 2 momenttia sellaisena kuin se on laissa 677/2023, sekä

lisätään 25 a §:ään, sellaisena kuin se on laissa 1280/2022, uusi 2 momentti, jolloin nykyinen 2 momentti siirtyy 3 momentiksi, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

25 a §

25 a §

Mielenterveystyön palvelut

Mielenterveystyön palvelut

Lisäksi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille on sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä.

45 §

45 §

Sosiaalihuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano

Sosiaalihuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano

Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireille tulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. *Edellä 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettua lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelua koskeva päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään kuukauden kuluessa asian vireille tulosta ja muu päätös viimeistään 3 kuukauden kuluessa vireille tulosta.* Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20

LUONNOS

3.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 10 a §:ään, sellaisena kuin se on laissa 118/2023, uusi 4 momentti siten, että nykyinen 4 momentti siirtyy 5 momentiksi, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

10 a §

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Kiireettömään hoitoon pääsy

Alle 23-vuotiaan korkeakouluopiskelijan perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito on aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

4.

Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 4 §:n 1 momentin 1 kohtaa, sellaisena kuin se on laissa 1292/2022, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

4 §

4 §

Maksuttomat sosiaalipalvelut

Maksuttomat sosiaalipalvelut

1) sosiaalihuoltolain (1301/2014) 14 §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettu sosiaalityö, 2 kohdassa tarkoitettu sosiaaliohjaus, 3 kohdassa tarkoitettu sosiaalinen kuntoutus, 4 kohdassa tarkoitettu perhetyö, 16 kohdassa tarkoitettu päiväkeskuspalvelu päihdetyön erityisenä palveluna, 19 kohdassa tarkoitettu kasvatusta- ja perheneuvonta, 20 kohdassa tarkoitettu lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta ja mainitun lain 27 §:ssä tarkoitettujen tuettujen tapaamisten ja valvotun vaihdon sekä sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 d ja 27 e §:ssä tarkoitettua vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta kuljetusta ja aterioita lukuun ottamatta;

1) sosiaalihuoltolain (1301/2014) 14 §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettu sosiaalityö, 2 kohdassa tarkoitettu sosiaaliohjaus, 3 kohdassa tarkoitettu sosiaalinen kuntoutus, 4 kohdassa tarkoitettu perhetyö, 16 kohdassa tarkoitettu päiväkeskuspalvelu päihdetyön erityisenä palveluna, 19 kohdassa tarkoitettu kasvatusta- ja perheneuvonta, 20 kohdassa tarkoitettu lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta, *mainitun lain 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettu mielenterveyshuollon palveluna järjestettävä psykososiaalinen tuki* ja 27 §:ssä tarkoitettujen tuettujen tapaamisten ja valvotun vaihdon sekä sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 d ja 27 e §:ssä tarkoitettua vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta kuljetusta ja aterioita lukuun ottamatta;

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Valtioneuvoston asetus

hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta

Valtioneuvoston päätöksen mukaisesti
lisätään hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annettuun valtioneuvoston asetukseen (309/2023) uusi 2 a § seuraavasti:

2 a §

Sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönotto

Yhteistyösopimuksessa on sovittava järjestämislain 36 §:n 3 momentin 8 kohdassa tarkoitettulla tavalla ainakin terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentissa ja sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettujen lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä on sovittava siten, että niistä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittava kokonaisuus.