

LAUSUNTO SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNALLE 16.6.2022

HE 74/2022 vp, hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi

Kiitämme mahdollisuudesta lausua asiasta.

Lausunnossa käsitellään seuraavia kuutta teemaa:

1. Nykytilan arviointi hallituksen esityksessä
2. Hoitotakuu ja Terapiatakuu
3. Nimikesuojatut ja laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt
4. Hoitoon pääsy ”kohtuullisessa ajassa”
5. Odotusaikatietojen julkaiseminen ja hoitoon pääsyn valvonta
6. Kuntoutus hoidon kokonaisuudessa

1. NYKYTILAN JA VAIKUTUSTEN ARVIOINTI HALLITUKSEN ESITYKSESSÄ

Hallituksen esityksen nykytilan arviointia on laajennettu lausuntopalautteen perusteella. Esityksessä on tunnistettu tämänhetkistä hoitoon pääsyä koskevan tietoperustan vajavaisuus, mutta vajavaisuuden havainnointi keskittyy lähinnä käytettävissä olevan tilastoaineiston kattavuuteen sekä puutteellisiin kirjauskäytäntöihin, jotka tekevät hoitokäyntien sisällön erittelystä haasteellista.

Lisäyksistä huolimatta tietoperustan puutteellisuuden arvioinnissa eikä myöskään myöhemmin hoitotakuun toteuttamisen vaatiman lisäresursoinnin tarvetta arvioidessa ole otettu riittävästi huomioon nykyisen hoitotakuusäätelyn aktiivista kiertämistä. Esityksessä esitetään ikään kuin uutena mahdollisuutena, että hoitoon pääsyn määräaikoja on mahdollista kiertää lähettämällä potilas jonkun muun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle, vaikka tarve olisi lääkäri- tai hammaslääkäripalveluille (s. 90).

Valvonnan vähäisen luonteen vuoksi näiden potilasturvallisuutta vaarantavien käytäntöjen olemassaolon laajuudesta ja luonteesta ei ole kattavaa tietoa. Yksittäisten kuntien ja sairaanhoitopiirien tilannetta käsitellään kuitenkin aika ajoin julkisuudessa. Yleisesti tiedossa olevia esimerkkejä esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa ovat Kuopion kaupungin lähetekielto lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa ja Espoon kaupungin sisäinen jono.

Käytössä olevaan tilastotietoon kohdistuu sen lähtökohtaisten puutteellisuuden ja lähetekielto- ja jonokäytäntöjen olemassaolon vuoksi sellaista epävarmuutta ja epäluotettavuutta, joka tekee käytössä olevasta tilastotiedosta hyvin epäluotettavaa nykytilan arvioinnissa.

2. HOITOTAKUU JA TERAPIATAKUU

Eduskunnan käsittelyyn edenneessä Terapiatakuu-kansalaisaloitteessa esitettiin psykoterapeuttisen ja muun psykososiaalisen hoidon¹ tuomista neljän viikon, eli noin yhden kuukauden, hoitotakuun piiriin. Kahdeksan eduskuntapuoluetta ilmoitti kannattavansa aloitetta vuonna 2019, minkä lisäksi se sai laajasti tukea eduskunnan lähetekeskustelussa 22.11.2019. Sosiaali- ja terveysvaliokunta päätti liittää Terapiatakuun osaksi hoitotakuuta 14.2.2020.

Valiokunnan päätöksestä huolimatta nyt käsillä oleva esitys hoitotakuun uudistamisesta ei huomioi Terapiatakuu-kansalaisaloitetta. Esityksen perusteluissa ei ole otettu kantaa siihen, millä tavoin esitys toteuttaa tai ei toteuta Terapiatakuu-kansalaisaloitteen keskeisiä tavoitteita. Kansalaisaloite ja siinä esitetty neljän viikon hoitotakuu on mainittu vain lausuntopalautteen kuvauksessa opiskelija- ja potilasjärjestöjen tavoitteena (s. 109) ilman, että edellä käsiteltyä sosiaali- ja terveysvaliokunnan antamaan toimeksiantoon olisi viitattu esityksessä.

Hallituksen esityksen merkittävin sisällöllinen puute on, että mielenterveyden häiriöiden hoitoon soveltuva psykoterapia ja muu psykososiaalinen hoito on sivuutettu hoitotakuun tiukennuksesta.

Esityksen 51 § a §:n mukaan seitsemän päivän hoitotakuuseen kuuluu matalan kynnyksen mielenterveysapu. Tämä tarkoittaa esityksen säännöskohtaisten perustelujen mukaan psykososiaalisiin menetelmiin koulutettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastaanottoja, joilta saa erilaista neuvontaa, ohjausta ja tukea. Ohjaus voi olla myös lyhytneuvontaa tai psykososiaalisia lyhyitä terapiajaksoja. Esityksessä terapiajaksoilla tarkoitetaan vain psykososiaalisista lyhyistä terapiajaksoista, ei psykoterapeuttisista lyhyistä terapiajaksoista.

Hoitotakuu-uudistuksen keskeinen seitsemän päivän hoitotakuu ei siis sisällä tällä hetkellä lyhytpsykoterapioita, jotka ovat tutkitusti tehokas hoitomuoto mielenterveyden häiriöiden hoidossa, erityisesti oireiden ilmenemisen alkuvaiheessa. Viive psykoterapeuttisen hoidon aloituksessa heikentää hoitotuloksia. Oikea-aikaisen avun myötä potilaan mielenterveyden häiriöiden syveneminen ja tilanteen monimutkaistuminen vähenisi ja yleisesti hoitojen painopiste siirtyisi pitkistä, hitaasti saatavista psykoterapioista nopeisiin psykososiaalisiin hoitoihin, joita riittäisi useammalle.

Tämä on keskeinen syy sille, miksi psykoterapeuttisen hoidon ja muun psykososiaalisen tuen eriyttäminen omaan hoitotakuuluokkaansa olisi perusteltua, vaikka se muodostaisikin poikkeuksen perusterveydenhuollon hoitotakuun esitettyyn kahden luokan (7 päivää ja 3 kuukautta) systematiikkaan.

Mainitut matalan kynnyksen tuen muodot ovat tervetulleita, mutta ne eivät kuitenkaan korvaa mielenterveyden häiriöiden hoitoon soveltuvaa psykoterapiaa tai muita psykososiaalisia hoitomenetelmiä. Kriisiapua, neuvontaa ja ohjausta voivat antaa (ja antavat) myös muut kuin psykoterapeuttisiin tai muihin psykososiaalisiin hoitomenetelmiin koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kun tällaista erittäin matalan kynnyksen tukea on saatavilla

¹ Muu psykososiaalinen hoito voi olla esimerkiksi etulinjan yksilöllistä lyhytpsykoterapiaa (keskimäärin seitsemän kontaktikerran hoito), ryhmäpsykoterapiaa tai perheterapiaa.

myös muualta², on terveydenhuollon ammattihenkilöiden työpanosta perusteltua siirtää korkeampaa osaamista vaativiin psykoterapeuttisiin ja muihin psykososiaalisiin hoitomenetelmiin.

Nyt esitetty seitsemän vuorokauden hoitotakuu mahdollistaa aiempaa paremmin mielenterveyden häiriöiden lääkkeellisen hoidon nopean aloittamisen. **Parhaan hoitotuloksen takaamiseksi on olennaista, että psykoterapeuttiset ja muut psykososiaaliset hoidot voitaisiin aloittaa mahdollisimman yhtäaikaaisesti lääkkeellisen hoidon kanssa, sillä lääketieteellisen tutkimuksen perusteella useissa mielenterveyden häiriöissä, kuten masennuksessa, tehokkain hoito saadaan aikaan molempien hoitomuotojen yhtäaikaisella käytöllä.**

Lyhytterapian aloittaminen seitsemän päivän sisällä hoidon tarpeen arvioinnista on käytännössä hyvin haastavaa toteuttaa, mikäli viikon sisällä arviosta on myös tavattava esimerkiksi psykiatria tai muuta ammattilaista ja selvitettävä, millaisesta lyhytterapiasta potilas hyötyisi ja kuka ammattihenkilö parhaiten soveltuisi lyhytterapian toteuttajaksi. Nyt perusterveydenhuoltoon esitetty kaksitasoinen hoitotakuu näyttää kuitenkin muodostuvan itsetarkoitukselliseksi. Kaksijakoinen systematiikka johtaa siihen, että mikäli jotain palvelua ei ole käytännössä mahdollista tuoda seitsemän päivän hoitotakuun piiriin, se sijoittuu tästä syystä kolmen kuukauden hoitotakuun kategoriaan siitä huolimatta, että tuota palvelua olisi kuitenkin terveystaloudellisesti³, työllisyyspoliittisesti⁴ sekä kansantaloudellisesti⁵ erittäin perusteltua tarjota tätä nopeammassa ajassa.

Noin 2 prosenttia väestöstä on vuosittain psykoterapian tarpeessa. Tämä tarkoittaa noin 125 000 lyhytpsykoterapiajaksoa (noin 7–20 käyntiä) vuodessa.

Terapiatakuu-kansalaisaloitteen arvion mukaan psykoterapauttisen ja muun psykososiaalisen hoidon neljän viikon hoitotakuun toteuttaminen vaatisi noin 800 terapeuttihenkilötyövuotta. Näistä noin 300 olisi mahdollista kattaa olemassa olevista terveydenhuollon resursseista tehtävänsiirroilla. Noin 500 uuden terapeutin palkkaaminen tai palvelun hankkiminen esimerkiksi asiakasetelillä

² Tällaista tukea voidaan antaa esimerkiksi sosiaalihuollossa sekä järjestöissä.

³ Psykoterapia vähentää terveydenhuollon muuta käyttöä noin 20 prosenttia. Kuntien nettokustannusten terveydenhuollossa ollessa 1821 euroa per asukas, potentiaalinen säästö terveydenhuoltokustannuksissa olisi 45 miljoonaa euroa. Arviossa ei ole huomioitu sitä, että psyykkisesti oireilevan henkilön terveydenhuoltokustannukset todellisuudessa ovat noin 60 prosenttia korkeammat kuin asukaskohtainen keskiarvo, joten taloudellinen hyöty olisi luultavasti todellisuudessa tätäkin merkittävämpi.

⁴ Riittävän varhain aloitettu psykoterapia siirtäisi arviolta noin 6 prosenttia, eli 7500 henkilöä, työelämään, tuottaen noin 166 miljoonan euron kustannussäästön, perustuen työkyvyttömyyskoulujen (kuntoutustuki tai sairauspäiväraha) vähenemiseen 100 miljoonalla eurolla (7500 henkilöä, etuus 13 500 €/v) ja ansioverotulojen kasvuun 66 miljoonalla eurolla (7500 henkilöä, ansiovero 8800 €/v).

⁵ Noin neljännes sairausperusteisesta tuottavuuden menetyksestä johtuu mielenterveyden ongelmista. Tämä menetetyt työpanoksen kustannus on vuositasolla noin 850 miljoonaa euroa. Lyhyissä sairauspoissaoloissa mielenterveyssyistä valtaosan kustannuksista kantavat yksityiset työnantajat, lähes 300 miljoonaa euroa vuodessa. Sairaana työskentely aiheuttaa yhtä suuren menetyksen kun sairauslomapäivät, eli noin 850 miljoonaa euroa vuodessa. Kustannus kohdentuu työnantajiin. Psykoterapian tuloksena työntekijän tuottavuus kasvaa keskimäärin 6 viikkotuntia. Kun arviolta puolet Terapiatakuun piirissä olevat ovat työelämässä, Terapiatakuu tuottaa noin 9 500 henkilötyövuoden tuottavuuskasvun, josta hyötyvät kaikki työnantajasektorit.

maksaa noin 30 miljoona euroa mukaan lukien oheiskustannukset (60 000 €/htv). Lisäksi terapeuttikoulutukseen tulisi alkuvaiheessa varata noin 5 miljoonaa euroa vuodessa.

Mikäli psykoterapeuttisen ja muun psykososiaalisen hoidon neljän viikon hoitotakuuta ei ole mahdollista toteuttaa valtakunnallisesti samassa aikataulussa kuin muuta hoitotakuuta, on neljän viikon hoitotakuu mahdollista säätää tulemaan voimaan siirtymäajalla. Hallituksen esityksessä myös muun hoitotakuun voimaantulo on lausuntopalautteen perusteella porrastettu.

3. NIMIKESUOJATUT JA LAILLISTETUT TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖT

Hallituksen esityksen mukaan arvion hoidon tarpeesta perusterveydenhuollossa, opiskeluterveydenhuollossa ja vankiterveydenhuollossa (pl. suun terveydenhuolto) tekisi jatkossa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö (s. 114). Tämä tarkoittaisi sitä, että hoidon tarpeen arviointia eivät voisi tehdä enää nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten lähihoitajat.

Hallituksen esityksessä muutoksen arvioidaan aiheuttavan henkilöstön ”tehtäviin ja sijoittamiseen liittyviä muutostarpeita”. Perustelujen mukaan sellaisten yksiköiden, joissa arvioita tekevät myös nimikesuojatut ammattihenkilöt, määrän voidaan arvioida olevan pieni. Olisi kuitenkin syytä selvittää – mahdollisuuksien mukaan tutkimusperustaisesti –, missä määrin lähihoitajat voisivat kuitenkin myös jatkossa tehdä hoidontarpeen arviointia lisäkoulutuksen, päätöspuiden (joita suunhoitoon painottuvan lähihoitajatutkinnon suorittaneet hammashoitajat hyödyntävät), kliinisten vastualueiden ja asiakassegmentoinnin avulla, potilasturvallisuus huomioiden.

Mikäli lähihoitajien käyttämisen hoidontarpeen arvioinnissa arvioitaisiin olevan näillä reunaedellytyksillä mahdollista myös tulevaisuudessa, tulisi hoidontarpeen arviota koskevaan säännökseen (51.2 §) lisätä maininta nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden mahdollisuudesta tehdä hoidontarpeen arvio myös perusterveydenhuollossa.

Samoin myös 51 a §:n rajausta hoidon antajasta tulisi tarkastella uudestaan siten, että selvitetäisiin, voisivatko myös nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt antaa säännöksessä tarkoitettua hoitoa. Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä on lähihoitajia (ks. hallituksen esityksen s. 49). Jotta lähihoitajan pohjakoulutuksen saanut voisi antaa esitetyssä säännöksessä tarkoitettua hoitoa, tulisi hänen suorittaa esimerkiksi sairaanhoitajan AMK-tutkinto, mikä ei ole välttämättä joustavin ja kustannustehokkain tapa sote-alan työvoimapulan hallitsemisessa ja siihen sopeutumisessa. Mallia toisenlaiseen työn kehittämisen tapaan voidaan hakea esimerkiksi suun terveydenhuollosta, jossa lähihoitajan pohjakoulutuksella työskentelevien hammashoitajien roolia on aktiivisesti kehitetty.

Jotta hoitotakuuta ei kierrettäisi ohjaamalla potilas muulle kuin tarkoituksenmukaiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle, mainitussa 51 a §:ssä on jo nyt mekanismi, jossa potilaalla on oikeus sen ammattihenkilön toteuttamaan tutkimukseen ja antamaan hoitoon, jonka tutkimuksen ja hoidon se ammattihenkilö, jolle potilas on ensin ohjattu, arvioi tarpeelliseksi. **Säännöksessä oikeus koskee vain lääkärin tekemiä tutkimuksia ja antamaa hoitoa, mutta säännös olisi syytä laajentaa koskemaan laajemminkin eri ammattiryhmiä. Mielenterveyspalveluissa tämä voisi tarkoittaa**

esimerkiksi potilaan oikeutta päästä psykologin vastaanotolle, jos potilaalla on tarve juuri tämän tarjoamalle hoidolle tai tutkimukselle.

4. HOITOON PÄÄSY ”KOHTUULLISESSA AJASSA”

Hyvinvointialueella olisi velvollisuus järjestää hoito säädettäväksi esitetyn terveydenhuoltolain 51 a §:n 5 momentin mukaisesti ”kohtuullisessa ajassa”⁶, eli mahdollisesti nopeamminkin kuin kolmessa kuukaudessa.

Hoitotakuusäätelyn yhtenä keskeisenä hyötynä voidaan pitää sitä, että hoitoon päästään kohtuullisessa ajassa ilman, että ”kohtuullisuutta” on varsinaisesti tarpeen määritellä joko etukäteen tai jälkikäteen jokaisen potilaan kohdalla. Hoitoon pääsyn yleisiä määraaikoja noudattamalla suuri osa potilaista saa hoitoa niin nopeasti, että kohtuullisuudesta ei synny eriäviä käsityksiä potilaan, hoidon järjestämisvastuussa olevan tahon ja valvontaviranomaisen välillä.

Kuitenkin, mikäli psykoterapeuttinen ja muun psykososiaalisen hoito on järjestettävä kolmen kuukauden hoitotakuun piirissä, oikein sovellettuna sääntely edellyttäisi tekemään mielenterveyspotilaiden kohdalla tavallista useammin 51 a §:n 5 momentin mukaisia yksittäistapauksellisia arvioita kohtuullisuudesta, sillä mielenterveyden ongelmien tiedetään kriisiytyvän sitä helpommin, mitä kauemmin kiireettömäksi määritellyn hoidon saaminen kestää. Tällöin sääntely edellyttäisi, että hoito järjestetään kolmea kuukautta lyhyemmässä ajassa.

Kohtuullisuuteen tehokkaasti vetoaminen vaatii kuitenkin potilaalta sellaisia resursseja, toimintakykyä ja oikeudellisia toimintavalmiuksia, joita mielenterveyden ongelmia kohtaavalla ihmisellä ei hoitoon hakeutuessaan välttämättä ole. Yksittäistapauksellisten arvioiden tekeminen ja niiden asianmukaisuuden todentaminen kuormittavat myös palvelun järjestäjiä ja valvontaviranomaisia.

Myös yllä mainituista syistä nyt käsillä olevaan esitykseen olisi lisättävä erillinen määräaika, joka velvoittaa psykoterapeuttisen ja muun psykososiaalisen hoidon järjestämiseen neljän viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista.

5. ODOTUSAIKATIETOJEN JULKAISEMINEN JA HOITOON PÄÄSYN VALVONTA

Julkisten odotusaikatietojen tietosisällön yhdenmukaistaminen on kannatettava esitys, samoin tietojen keräämisen ja käsittelyn keskittäminen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Hallituksen esityksen mukaan odotusaikatietojen julkaiseminen palvelee sekä yksiköiden omavalvontaa että potilaita, minkä lisäksi siitä on hyötyä myös terveydenhuollon valvontaviranomaisille. Valvira ja aluehallintovirastot valvovat hoitoon pääsyn toteutumista suunnitelmaperusteisesti ja niillä on mahdollisuus valvoa hoitoon pääsyä myös reaktiivisesti kanteluiden perusteella.

⁶ ”Kohtuullisessa ajassa”, kun otetaan huomioon ”potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys” (51 a §, HE 74/2022, s. 151.).

Hoitoon pääsyn valvonnassa olisi syytä siirtyä järjestelmällisempään ja kattavamman tilastoinnin perusteella tapahtuvaan valvontaan sen sijaan, että valvonnan kohdentamisessa nojaututaan potilaiden tekemiin kanteluihin.

Kanteluilla on merkittävä roolinsa yksittäisten konfliktitilanteiden esiin nostamisessa ja ratkaisemisessa, mutta ennemminkin järjestelmän toimimattomuudesta tai aliresursoinnista seuraavien odotusaikojen noudattamisen valvomisessa kanteluihin nojautuen on tunnistettavissa ainakin neljä ongelmaa:

- 1) Haavoittuvammassa asemassa olevilla, kuten lapsilla, vammaisilla, mielenterveyspotilailla, päihdepotilailla tai vanhuksilla on usein muita vähemmän sellaisia oikeudellisia toimintavalmiuksia, joita kantelun tekeminen vaatii.
- 2) Kantelu voidaan kokea liian raskaaksi toimenpiteeksi tilanteessa, jossa määräajan ylitys on esimerkiksi vain joitain viikkoja, vaikka sen sijaan valvovan viranomaisen näkökulmasta ylitys olisikin voinut johtaa toimenpiteisiin valvottavaa kohtaan.
- 3) Potilaan näkökulmasta kantelu palvelee häntä ensisijaisesti hänen omassa asiassaan. Kun hoito aloitetaan odotusajan ylittymisen jälkeen, kantelun tekemistä ei välttämättä koeta enää ajankohtaiseksi, vaikka kantelun tekemisellä olisi laajempaa merkitystä myöhemmän jälkikäteen valvonnan kohdentamisessa.
- 4) Koska potilas ohjataan tekemään muistutus ennen kantelua, voi osa odotusaikojen merkittävistäkin ylityksistä jäädä vain toimintayksikön tietoon.

Myös näistä syistä hyvinvointialueiden velvollisuus julkaista aiempaa tiheämmin ja THL:n yhteismitallistamaa tietoa hoitoon pääsystä on kannatettava uudistus.

6. KUNTOUTUS HOIDON KOKONAISUUDESSA

Hallituksen esityksessä ei oteta kantaa Kansaneläkelaitoksen järjestämiin tai korvaamiin kuntoutuspalvelujen järjestämiseen tai niiden toteutumiseen, vaikka tosiasiallisesti niillä on merkittävä rooli julkisissa mielenterveyspalveluissa. Olisi tärkeää tunnistaa mielenterveysongelmien tyypillisten hoitopolkujen kaikki vaiheet ja arvioida niitä kokonaisuutena riippumatta siitä, järjestääkö hoitoa tai sen osakokonaisuutta kunta/hyvinvointialue vai Kansaneläkelaitos.

Potilaan näkökulmasta hyvin samankaltaisia kuntoutusmuotoja koskee hyvin erilainen sääntelykehikko riippuen siitä, onko kuntoutus kunnan – tulevaisuudessa hyvinvointialueen – vai Kansaneläkelaitoksen vastuulla. Kansaneläkelaitoksen järjestämä vaativa lääkinnällinen kuntoutus voi olla esimerkiksi toimintaterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta tai psykoterapiaa, mutta oikeudellisesti ne eivät kuitenkaan ole hoitotakuun piirissä, vaikka kunnallisen terveydenhuollon järjestämänä pitkälti samansisältöiset kuntoutusmuodot olisivat. Nykyinen ja nyt esitetty hoitotakuu koskee vain sellaista lääkinnällistä kuntoutusta, jonka kunnallinen terveydenhuolto järjestää.

Sinänsä kunnallisen terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutus eroavat toisistaan esimerkiksi tavoitteidensa osalta: kuntoutuslain 9.3 §:n mukaan Kansaneläkelaitos ei järjestä kuntoutusta, jonka tavoitteet ovat ainoastaan hoidollisia, vaan se järjestää 9.1 §:n mukaisesti arjen toiminnoissa suoriutumisesta ja osallistumista tukevaa kuntoutusta. Samoin Kansaneläkelaitos korvaa kuntoutuspsykoterapiana sellaista terapiaa, joka ensisijaisesti parantaa työ- ja opiskelukykyä.

Käytännössä kuntoutujan näkökulmasta nämä eriävät tavoitteet voivat olla lähinnä semanttisia. Kansaneläkelaitoksesta on vuosien aikana muodostunut merkittävin psykoterapian järjestäjä. Käytännössä monen työikäisen hoitopolku haarautuu erikoissairaanhoidon kolmen kuukauden lakisääteisen hoito- ja arviointijakson jälkeen siten, että erikoissairaanhoidon vastaa lääkehoidosta ja Kansaneläkelaitos terapiasta.

Psykoterapeuttisen ja psykososiaalisen hoidon neljän viikon hoitotakuun avulla potilas saisi hoitoa, vaikka hänellä ei olisi taloudellista mahdollisuutta hakeutua Kelan kuntoutuspsykoterapiaan tai itse maksettavaan yksityiseen psykoterapiaan. Kelan maksamat korvaukset kuntoutuspsykoterapian käynneistä ovat merkittävästi pienemmät kuin potilaalle koituvat kustannukset. Potilaalle jää itse maksettavaksi keskimäärin 37 euroa per käynti.

Potilas saisi neljän viikon hoitotakuun myötä hoitoa myös silloin, kun hänelle ei voida myöntää Kelan korvaamaa kuntoutuspsykoterapiaa tai se ei sovellu hoitomuodoksi esimerkiksi omavastuun suuruuden tai kuntoutuspsykoterapiaan hakeutumisen myötä syntyvän hoitoviiveen takia.

Kuntoutuspalvelujen samankaltaisuus on tunnistettu myös säädösten tasolla, sillä terveydenhuoltolain 29.4 §:ssä säädetään järjestämisvastuullisen tahon selvittämisestä tilanteesta, jossa kuntoutuksen järjestämisvastuusta on epäselvyyttä. Jos Kansaneläkelaitoksella on velvollisuus järjestää lääkinnällistä kuntoutusta, kunnan (hyvinvointialueen) ei tarvitse järjestää kuntoutusta. Kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutus, jos järjestämisvastuusta on epäselvyyttä.

Käytännössä ollaan siis tilanteessa, jossa hoitotakuun ulkopuolelle rajautuu tästä organisaatorajasta johtuen merkittävä määrä mielenterveyspotilaan näkökulmasta tärkeää kuntoutusta, jolla on myös hoidollista merkitystä. Usein mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta tarkoituksenmukainen hoidon kokonaisuus saavutetaan vasta silloin, kun lääkkeellinen hoito on aloitettu kunnallisen terveydenhuollon puolella ja potilas on aloittanut Kansaneläkelaitoksen järjestämän vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen tai korvaaman kuntoutuspsykoterapian.

Monikanavarahoituksen purkamista valmistellut virkamiestyöryhmä on esittänyt yhtenä vaihtoehtona, että Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulla oleva kuntoutus siirrettäisiin joko hyvinvointialueiden järjestämis- tai rahoitusvastuulle. Tämä olisi tärkeä askel kehityssuuntaan, jossa esimerkiksi kuntoutuspsykoterapiaa myönnettäisiin aina potilaan hoidollisen tarpeen mukaan, eikä palvelujen tosiasiallinen saatavuus olisi kiinni siitä, uhkaako mielenterveyden häiriö esimerkiksi nimenomaisesti vakuutetun työ- tai opiskelukykyä vai ei.

Tällöin voitaisiin myös luopua Kansaneläkelaitoksen kuntoutuslaissa säädetyistä kolmen kuukauden odotusajasta, jonka aikana kuntoutuspsykoterapiaa hakevan on oltava hoitokontaktissa erikoissairaanhoidon. Psykoterapia tulisi voida aloittaa välittömästi – järjestävästä tahosta

riippumatta – sen jälkeen, kun lääkäri on tehnyt lääketieteellisen arvion siitä, ovatko käytettävissä olevat muut hoito- tai kuntoutusmuodot riittäviä psykoterapian asemesta.

Lisätietoja:

Oskari Korhonen

lakimies, Mielenterveyden keskusliitto ry

oskari.korhonen@mtkl.fi