

HE 131/2024 vp

Hallituksen esitys eduskunnalle lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevaksi lainsäädännöksi

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolakia, sosiaalihuoltolakia, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettua lakia ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua lakia.

Esitys liittyy pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman kirjaukseen, 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. Lapsilla ja nuorilla tarkoitettaisiin alle 23-vuotiaita henkilöitä.

Esityksen mukaan terveydenhuoltolakiin ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettuun lakiin lisättäisiin säännös siitä, että perusterveydenhuollossa lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva 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.

Sosiaalihuollossa lapsille ja nuorille olisi järjestettävä mielenterveystyön palveluna psykososiaalista tukea hyvinvointialueen määrittämällä tavalla, jossa käytetään edellä mainittuja psykososiaalisia menetelmiä sosiaalihuollon palvelutehtävään soveltuvin osin. Menetelmien käyttöön otosta ja käytöstä olisi sovittava siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta muodostuu tarkoituksenmukainen kokonaisuus. Mielenterveystyön palvelua koskeva päätös olisi toimeenpantava kuukauden kuluessa tuen tarpeen toteamisesta. Palvelu olisi maksutonta.

Lisäksi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukuntaa koskevaa sääntelyä muutettaisiin edustuksen ja kokoonpanon osalta sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuun siirryttyä hyvinvointialueille.

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

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.5.2025.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN 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
2.1.1 Johdanto	7
2.1.2 Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöistä	8
2.1.3 Mielenterveysoireilu on yleistynyt	10
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
2.3.1.1 Mielenterveyttä edistävä työ	15
2.3.1.2 Mielenterveyden hoito perusterveydenhuollossa	16
2.3.1.3 Mielenterveyden hoitomuodot perusterveydenhuollossa	17
2.3.2 Sosiaalihuollon mielenterveystyö	19
2.3.3 Kansaneläkelaitoksen järjestämä ja korvaama kuntoutus	20
2.3.4 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen haasteet ja kehittämistarpeet	21
2.3.5 Lasten, nuorten ja perheiden näkemykset mielenterveyspalvelujen kehittämistarpeista	23
2.3.6 Mielenterveyspalvelujen kehittäminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto	28
2.4 Psykososiaalisia menetelmiä koskevat kansalliset suositukset	30
2.5 Hoitoon ja palveluihin pääsyn lainsäädäntö	32
2.5.1 Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa	32
2.5.1.1 Hoitoon pääsy korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa	34
2.5.1.2 Hoitoon pääsy oppilas- ja opiskelijahuollossa	35
2.5.1.3 Hoitoon pääsy vankiterveydenhuollossa	36
2.5.1.4 Hoitoon pääsy vastaanottopalveluissa	36
2.5.2 Palveluihin pääsy sosiaalihuollossa	37
2.6 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu	38
2.6.1 Hyvinvointialueet	38
2.6.2 Kansaneläkelaitoksen järjestämä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto	40
2.7 Henkilöstön saatavuus	41
2.7.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelujen henkilöstö	41
2.7.2 Psykoterapeutit	43
3 Tavoitteet	44
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	45
4.1 Keskeiset ehdotukset	45
4.1.1 Esitetyn lainsäädännön kohderyhmä	47
4.1.2 Takuun piiriin kuuluvat psykososiaaliset menetelmät ja niiden käyttöönotto	48
4.1.3 Takuun toteutus perusterveydenhuollossa	50

4.1.4	Takuun toteutus sosiaalihuollossa	51
4.1.5	Takuun toteutumisen seuranta	52
4.2	Pääasialliset vaikutukset	52
4.2.1	Taloudelliset vaikutukset	53
4.2.1.1	Vaikutukset hyvinvointialueiden ja valtion kustannuksiin	53
4.2.1.2	Vaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan	64
4.2.1.3	Vaikutukset yrityksiin	65
4.2.1.4	Vaikutukset kansantalouteen	65
4.2.2	Viranomaisvaikutukset	66
4.2.2.1	Kansalliset vaikutukset	66
4.2.2.2	Vaikutukset hyvinvointialueisiin	67
4.2.3	Muut ihmisiin kohdistuvat yhteiskunnalliset vaikutukset	71
4.2.3.1	Vaikutukset perus- ja ihmisoikeuksiin	71
4.2.3.2	Vaikutukset lapsiin ja nuoriin	72
4.2.3.3	Vaikutukset yhdenvertaisuuteen	79
4.2.4	Vaikutukset työllisyyteen ja työelämään	82
4.2.5	Vaikutukset turvallisuuteen	83
4.2.6	Yhteenveto keskeisistä vaikutuksista	83
5	Muut toteuttamisvaihtoehdot	84
5.1	Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset	84
5.1.1	Lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidon takuu	85
5.1.2	Ehkäisevän tason takuu	85
5.1.3	Asteittain voimaan tuleva takuu	86
5.1.4	Psykososiaalisten menetelmien saatavuuden vahvistaminen kehittämistyönä	87
5.1.5	Lakitekniset toteutusvaihtoehdot	87
5.2	Ulkomaisten lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot	90
5.2.1	Pohjoismaat	90
5.2.2	Iso-Britannia	91
6	Lausuntopalaute	92
6.1	Lausuntopalaute	92
6.1.1	Jatkovalmistelu	95
6.2	Lainsäädännön arviointineuvoston lausunto	96
6.3	Oikeuskanslerin ennakkotarkastus	97
7	Säännöskohtaiset perustelut	97
7.1	Terveystieteidenlaki	97
7.2	Sosiaalihoitolaki	103
7.3	Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta	108
7.4	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista	110
8	Lakia alemman asteinen sääntely	110
8.1	Valtioneuvoston asetus hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta	110
8.2	Valtioneuvoston asetus korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta	113
9	Voimaantulo	113
10	Toimeenpano ja seuranta	113
11	Suhde muihin esityksiin	114

11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä	114
11.2 Suhde talousarvioesitykseen	114
12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys.....	114
12.1 Riittävät sosiaali- ja terveystalvet	115
12.2 Yhdenvertaisuus	117
12.3 Hyvinvointialueiden itsehallinto ja valtion velvollisuus turvata perusoikeuksien toteutuminen	119
12.4 Oikeusturva ja valvonta	120
12.5 Yhteenveto	121
LAKIEHDOTUKSET	123
1. Laki terveydenhuoltolain 53 ja 55 §:n muuttamisesta	123
2. Laki sosiaalihoitolain 25 a ja 45 §:n muuttamisesta	124
3. Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 11 §:n muuttamisesta	125
4. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta	126
LIITTEET	127
RINNAKKAISTEKSTIT	127
1. Laki terveydenhuoltolain 53 ja 55 §:n muuttamisesta	127
2. Laki sosiaalihoitolain 25 a ja 45 §:n muuttamisesta	129
3. Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 11 §:n muuttamisesta	131
4. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta	133
ASETUSLUONNOKSET	134
Valtioneuvoston asetus hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta	134
Valtioneuvoston asetus korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta annetun asetuksen 2 §:n muuttamisesta	135

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 tytöillä. Syitä tähän ei tunneta tarkasti.

Pääministeri Petterin Orpon hallitus on sitoutunut mielenterveysoikeuksien ja hyvän mielenterveyden edistämiseen. Hallitusohjelman mukaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen 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. Valtakunnallisen 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. Tämä hallituksen 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. Hallituksen esityksen nykytila ja sen arviointi -osiossa ja osin myös esitetyn sääntelyn sisältöä kuvattaessa käytetään käsitteitä psykososiaalinen menetelmä ja -interventio, joilla tarkoitetaan psykososiaalisia hoitomenetelmiä ja sosiaalihuollon psykososiaalisia työmenetelmiä ja niiden antamista. Näitä käsitteitä on täsmennetty esitetystä sääntelyssä lainsäädännön tarkkarajaisuuden vaatimusten vuoksi. Tarkempaa tietoa psykososiaalisiin menetelmiin

liittyvistä 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.

Kansalaisaloitetta käsiteltiin eduskunnassa samanaikaisesti perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyä koskevan hallituksen esityksen kanssa (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, 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. Lisäksi käsittelyn yhteydessä tunnistettiin 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 pitkäjänteisen kehittämisen kautta (StVM 21/2022 vp).

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. Yhteistyötä tehtiin myös valtiovarainministeriön kanssa.

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

¹ [Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet 2023](#)

kartoittaa niiden 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 lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen 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 mielenterveyspalvelujen kehittämisessä tulisi huomioida.

Toteutusehdotusta ja hallituksen esityksen luonnosta käsiteltiin Kestävän hyvinvointiyhteiskunnan ministerityöryhmässä 29.1.2024, 4.4.2024 ja 5.9.2024 sekä Lapset, nuoret ja perheet -ministerityöryhmässä 17.4.2024 ja 12.9.2024.

Hallituksen esityksen luonnoksesta järjestettiin lausuntokierros 29.4.–9.6.2024 ja ruotsinkielisen luonnoksen osalta 8.5.–18.6.2024. Lausuntopyyntö julkaistiin Lausuntopalvelu.fi –sivustolla. Hallituksen esityksen valmisteluasiakirjat ovat luettavissa julkisessa palvelussa osoitteessa hanketunnuksella STM083:00/2023, <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM083:00/2023>.

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Lasten ja nuorten hyvinvointi ja mielenterveys

2.1.1 Johdanto

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 (1301/2014) mukaan alle 25-vuotiaista ja lastensuojelulain (417/2007) mukaan alle 23-vuotiaista henkilöä. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen (1326/2010) 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-vuotiaista 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 mielenterveydenhäiriöiden 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. Lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia haastavat esimerkiksi yksinäisyys, vähäinen liikkuminen ja ylipaino. Myös 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.

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 fyysistä 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.

2.1.2 Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöistä

Lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvät ongelmat ovat yleisiä. Raja normaalin ja häiriötasoisien 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 %, ahdistuneisuushäiriöiden 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 oirekuvan aiheuttamaan toimintakyvyn haittaan ja häiriön keston. Häiriöiden oirekuvassa ilmenee ikävaiheeseen kuuluvaa vaihtelua. Esimerkiksi lapsuusiän ahdistuneisuushäiriöissä tyypillisiä ovat erilaisten ikätasoisien pelkojen voimakkaammat muodot, määräkohteiset pelot ja eroahdistuneisuus. 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

² Vuori ym. 2024

³ mm. Sourander ym. 2007

⁴ Karjalainen ym. 2024

⁵ Aalto-Setälä ym. 2002

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 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.

2.1.3 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 huumaussainekuolemien 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

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

vastanneista tytöistä. Kevään 2023 kouluterveyskyselyssä tyttöjen masennus- ja ahdistusoireilu jatkui yhtä yleisenä. 8-9.-luokkalaisista tytöistä ahdistusoireilua raportoi jopa aiempaa useampi. Kaikkiaan miltei kolme neljännestä tytöistä (73 %) ja kolmannes pojista (33 %) raportoi vähintään yhtä mielenterveysoireita yli seularajan. Tulokset osoittavat pandemia-ajan vaikutusten suomalaisten lasten ja nuorten mielenterveyteen jatkuvan edelleen.

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 häiriöitä 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 terveyspalveluista 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 toteutumisesta. Julkisen vallan on myös turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, 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 ratkaisuihin 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 terveystalouteen.

Lasten sosiaali- ja terveystaloutta järjestettäessä huomioon tulee ottaa YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen (SopS 59-60/1991, LOS) velvoitteet. Sopimus on ollut Suomessa lainvoimaisena voimassa vuodesta 1991 lähtien, ja se koskee kaikkia alle 18-vuotiaita. Sopimuksen 3 artikla korostaa sitä, että kaikissa lapsia koskevissa lainsäädäntötoimissa on ensisijaisena harkintaperusteena käytettävä lapsen etu. 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 terveystalouteen, 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 kypsyttämystensä 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 tarkoitettuista palveluista. Tämä koskee myös lasten oikeutta mielenterveyteen, mielenterveyshäiriöiden hoitoon ja kuntoutuksen liittyviin palveluihin. Sopimusvaltioiden tulee varmistaa, ettei yksikään lapsi joudu luopumaan oikeudestaan nauttia näistä terveystalouteista, ja sopimusvaltioiden on erityisesti ryhdyttävä toimiin varmistukseksi, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon, jossa painottuu perusterveydenhoidon kehittäminen. Ehkäisevää terveydenhuoltoa, vanhempainohjausta sekä perhekasvatusta ja –palveluja tulee sopimusvaltioiden pyrkiä kehittämään. Artiklaa 24 koskevassa yleiskommentissaan nro 15 (2013) komitea korosti, että myös mielenterveyden hoidon osalta lasten palvelut 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 palveluihin, joita tarjotaan mahdollisimman lähellä lasten ja heidän vanhempiansa 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 kehoitetaan 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 maailmanlaajuisia 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 kasvatustehtävänsä 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.

Myös YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksista annetun yleissopimuksen (SopS 26–27/2016, vammaisyleissopimus) velvoitteet tulee huomioida lasten ja nuorten mielenterveyden edistämisen ja hoidon järjestämisessä. Vammaisyleissopimus tuli kansallisesti voimaan kesäkuussa 2016. Sen tarkoituksena on edistää, suojella ja taata vammaisille henkilöille täysimääräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki ihmisoikeudet ja perusvapaudet. Sopimuksen 7 artiklan mukaan kaikissa vammaisia lapsia koskevissa toimissa on otettava ensisijaisesti huomioon lapsen etu. Lisäksi vammaisella lapsella ja nuorella on erityisiä, vammaan liittyviä oikeuksia.

Vammaisyleissopimuksen artiklan 1 kohta turvaa vammaisten henkilöiden oikeuden parhaaseen mahdolliseen fyysisen sekä psyykkisen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella ja varmistaa terveydenhuolto- ja palvelujen saatavuuden. Vammaisen lapsen tulee saada

nauttia täysipainoisesta ja hyvästä elämästä sopimuksen 23 artiklan mukaisesti. Sopimuksen lähtökohtana ei ole selviämisen "minimitaso" tai välttämättömimpään tarpeeseen vastaaminen, vaan nimenomaan lapsen hyvä ja täysipainoinen elämä. Tämä oikeus koskee kaikkia eri tavoin vammaisia lapsia. Palveluja järjestettäessä joudutaankin pohtimaan, mitä täysipainoinen ja hyvä elämä tarkoittaa eri ikäkausina ja yksilöllisissä olosuhteissa. Myös vammaisyleissopimuksen artiklassa 25 tunnustetaan vammaisten henkilöiden oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Siten myös mielenterveyspalveluissa tulee varmistaa, että ne ovat vammaisyleissopimuksen mukaisesti vammaisten henkilöiden saavutettavissa, palvelut ovat esteettömiä ja ne järjestetään ja toteutetaan ilman 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, potilaslaki) 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 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. Viranomaisen tulisi 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. Vuonna 2020 julkaistiin Kansallinen mielenterveysstrategia, jonka tavoitteena on turvata mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus vuoteen 2030 asti. Strategian toimeenpano painottui vuosina 2020–22 mielenterveys- ja päihdepalveluiden saavutettavuuden ja vaikuttavuuden kehittämiseen, itsemurhien ehkäisyyn, mielenterveyden edistämiseen ihmisten arkiympäristössä sekä mielenterveyden häiriöstä kärsivien työllistymiseen. Vuosina 2023-2024 strategia keskittyy mielenterveystyön kehittämiseen.

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 suosittelee, 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,

¹¹ [TSS-komitean suosituksia Suomelle 2021](#)

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 ihmisoikeussopimuksiin, 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 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 palvelujen järjestämisestä. Kela järjestää mielenterveyspalveluja osana korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, jonka

valtakunnallinen tuottaminen on Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön 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

2.3.1.1 Mielenterveyttä edistävä työ

Lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevän terveydenhuollon palveluja ovat äitiys- ja lastenneuvolapalvelut sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin voidaan lukea myös opiskeluhuollon 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 opiskeluhoitopalvelut alueellaan sijaitsevien koulujen sekä toisen asteen oppilaitosten opiskelijoille heidän kotikunnastaan riippumatta. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta säädetään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa.

Opiskeluhoitopalveluihin sisältyvät koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä opiskeluhoollon psykologi- ja kuraattoripalvelut. Kuraattoripalvelut ovat sosiaalihuollon palveluja, mutta niitä käsitellään tässä yhteydessä opiskeluhoollon kokonaisuuteen sisältyvinä palveluina. Oppilas- ja opiskelijahuoltolakia (1287/2013) sovelletaan perusopetuslaissa (628/1998) tarkoitettussa opetuksessa olevan oppilaan sekä lukiolaissa (714/2018) ja ammatillisesta koulutuksesta annetussa laissa (531/2017) tarkoitettussa koulutuksessa olevan opiskelijan opiskeluhooltoon. Sitä ei sovelleta korkeakouluopiskelijoihin, eikä oppilas- ja opiskelijahuoltolain 7 §:ssä opiskeluhoollon psykologi- ja kuraattoripalveluista säädetty koske korkeakouluopiskelijoita.

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, tunnustetaan 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 saaneet

opiskeluhollosta 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 opiskeluholloin psykologit ja kuraattorit edistävät oppilas- ja opiskelijahuoltolain mukaisesti oppilaiden ja opiskelijoiden oppimista, terveyttä ja hyvinvointia sekä osallisuutta ja ehkäisevät ongelmien syntymistä. Lisäksi kaikkien opiskeluhollopalvelujen 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 opiskeluholloin psykologit ja kuraattorit käyttivät mielenterveyden ongelmiin asiakastyöajastaan keskimäärin puolet ja terveydenhoitajat noin neljänneksen.¹³

2.3.1.2 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 palvelujen piirissä olevat korkeakouluopiskelijat voivat saada mielenterveyspalveluja sekä hyvinvointialueelta että YTHS:stä. Työelämässä olevat nuoret puolestaan voivat asioida 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, kuuluvat 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

¹² THL, Asiointi ja avunsaanti perusopetuksen opiskeluhollopalveluissa – 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

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

tehtäviin. Kiireettömän hoidon perusteissa 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.

2.3.1.3 Mielenterveyden hoitomuodot perusterveydenhuollossa

Laadukas mielenterveyden hoito perustuu lapsen, nuoren ja perheen kohtaamiseen ja heidän kokonaistilanteensa huolelliseen arviointiin, jossa huomioidaan elinympäristön ja elämäntilanteen vaikutus oireiluun. Mitä nuorempi lapsi on, sitä suurempi osa hänen psyykkisestä oireilustaan liittyy kasvuympäristön tekijöihin kotona ja muissa kasvuympäristöissä. Olennaista on turvata lapsille ja nuorille heidän kehitysvaiheensa tarpeisiin vastaava aikuisten antama tuki arjessa, olosuhteiden turvallisuus ja pysyvyys sekä vaatimustason asettaminen kehitystason edellytysten mukaiseksi kotona, varhaiskasvatuksessa ja opinnoissa. Käsitys siitä, millaista arviota lapsen tai nuoren tilanteessa tarvitaan, saattaa selvitä vähitellen, kuten myös tarvittavan hoidon tai tuen muoto.

Lasten ja nuorten yleisiin psykososiaalisiin tukitoimiin kuuluvat hyvinvointia edistävien elintapojen ohjaus, muun muassa keventämällä lapsen tai nuoren kuormitusta kotona, opinnoissa ja vapaa-ajalla, tukemalla riittävään nukkumiseen ja liikkumiseen, ohjaamalla digitaalisen median käyttöön sekä tarjoamalla psykoedukatiivista tietoa ja ohjausta lapselle, nuorelle ja vanhemmalle. Psykoedukaatio sisältää tavoitteellista tiedon jakamista ohjaavalla työotteella, lapsen tai nuoren ongelma ja kehitysvaihe huomioiden. Vanhemmuuden voimavaroja ja taitoja voidaan vahvistaa ohjauksen keinoin sekä arkitilanteissa harjoittelemalla. Lapsen, nuoren tai vanhemman tarvitsemat arjen rakennetta ja toimivuutta koskevat tukitoimet tulee käynnistää viiveettä, vaikka ei olisi vielä selkeää käsitystä lapsen tai nuoren ongelmasta. Varhaiskasvatuksen, koulun ja oppilaitoksen tukitoimet ovat 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 yksilöön, vanhempiin tai koko perheeseen.

Psykososiaalisia hoitoja käytetään sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseen ja yksittäisten oireiden hoitamiseen, että häiriöiden hoitoon. Oireenmukaista hoitoa toteutetaan tilanteissa, joissa lapsen tai nuoren oireilu ei edellytä ensisijaisesti muunlaista tukea tai oireenmukainen hoito toteutetaan osana laajempaa hoitokokonaisuutta. Usein lapsilla ja nuorilla raja mielenterveyden oireilun ja lievän mielenterveyden häiriön välillä on vähäinen. Määritelmällisesti mielenterveyden häiriö voi syntyä esimerkiksi oireilun keston pidentyessä, ja hoidollisesti näissä tilanteissa käytetäänkin usein samoja menetelmiä. Lääkäriin diagnostinen arvio ei siksi ole aina edellytys hoidon käynnistämiseksi, ellei lapsen tai nuoren oirekuvat tai toimintakyky sitä muutoin edellytä. Oireenmukaisessa hoidossa keskitytään yleensä yksittäisen

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>

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. Erilaisia helposti saatavilla olevia ongelmakohtaisia verkkopohjaisia itsehoito- ja omahoito-ohjelmia, sovelluksia ja nettiterapioita on viime vuosina kehitetty tärkeäksi osaksi perusterveydenhuollon antamaa mielenterveyden hoitoa. Itsehoidoissa henkilö itse määrittelee hoidon tarpeen ja toteuttaa hoitonsa itsenäisesti. Omahoitoihin liittyy itsehoidon lisäksi lyhyt terveydenhuollon ammattilaisen ohjaus, joka voi vaihdella. Alaikäisten hoidossa verkkopohjaisten ohjelmien mahdollisuudet ovat vielä rajallisia. Parhaita tuloksia on saatu lasten käytöshäiriöiden 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.

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

Vaikuttavuusnäyttöä omaavat, strukturoidut psykososiaalisen hoidon ja tuen menetelmät ovat tärkeä osa lasten ja nuorten mielenterveyden hoitovalikoimaa perusterveydenhuollossa. Ne soveltuvat sekä häiriöitä ehkäisevään työhön, että lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Perusterveydenhuoltoon sopivia menetelmiä on olemassa mm. lasten ja nuorten ahdistuneisuuden hoitoon, lasten uhmakuus- ja käytösongelmiin, nuorten masennusoireiluun ja traumaperäiseen oireiluun, mutta ei esimerkiksi alakouluikäisten lasten mielialahäiriöihin. Myöskään lasten ja nuorten syömishäiriöihin ei toistaiseksi ole käytettävissä sopivaa määrämuotoista menetelmää. Neurokehityksellisiä erityisvaikeuksia kuten tarkkaavuus-yliaktiivisuusoireilua, autismin kirjon häiriön piirteitä tai yleisemmin neurokognitiivisia vaikeuksia ei voi poistaa määrämuotoisilla lyhytinterventioilla. Niiden hoidossa on keskeistä lapsen tai nuoren arjen kehitysympäristöjen (koti, varhaiskasvatus, koulu- ja opiskeluympäristö) muokkaaminen lapsen tai nuoren kehitystä tukeväksi. Neuropsykiatrisen ohjauksen käyttö perustason menetelmänä on yleistynyt, mutta menetelmän vaikuttavuudesta ei ole toistaiseksi selkeää tutkimusnäyttöä.¹⁸

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.

¹⁸ [Haltia ym. 2023](#)

Strukturoituihin psykososiaalisiin menetelmiin perustuvaa hoitoa antaa usein terveydenhuollon ammattihenkilö, 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 psykososiaalisia menetelmiä, eikä strukturoitu interventio myöskään ole aina ensisijainen vaihtoehto lapsen tai nuoren mielenterveysongelman hoitoon. Lapsen tai nuoren hoito yksilönä ja yksilöinterventioilla ei ole riittävää eikä vaikuttavaa tilanteissa, joissa kehitysympäristön vaatimukset jatkuvasti ylittävät hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden kohtuulliset kognitiivisen ja emotionaalisen säätelykyvyn valmiudet ja alittavat tuen ja ohjauksen tarpeet. Yksilökeskeisten interventioiden sijasta tarvitaan tuolloin ensisijaisesti ympäristötekijöihin kohdentuvaa monimuotoista tukea esimerkiksi vanhemmuutta ja vanhempien jaksamista tukemalla, riittävällä oppimisen tuella koulussa, kiusaamiseen puuttumalla sekä arjen kuormitusta ja digitaalista ärsyketulvaa vähentämällä. Psykososiaaliset määrämuotoiset menetelmät voivat tulla kyseeseen osana hoitokokonaisuutta silloin kun lapsen tai nuoren hoito ei edellytä ensisijaisesti muunlaista hoidollista lähestymistapaa tai esimerkiksi kasvuympäristön tekijöihin puuttumista.

Edellä kuvatut strukturoidut psykososiaaliset hoidot ja menetelmät sisältävät menetelmästä riippuen noin 3–20 käyntiä. Varsinaisia psykoterapiahoitoja annetaan vaikeammissa oireissa tai mielenterveyden häiriössä lääketieteelliseen arvioon perustuen. Psykoterapiaa toteuttavilla nimikesuojatuilla ammattihenkilöillä on erillinen psykoterapeuttikoulutus tiettyyn psykoterapiamuotoon. Psykoterapiaa voidaan järjestää lyhytpsykoterapiana (enintään 20-25 kertaa) tai pidempänä hoidollisena psykoterapiana 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.

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 (sosiaalihuoltolaki 10 § ja 13 §). Tämä velvoite on keskeinen myös lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyssä. Mielenterveyden tukeminen liittyy osaltaan myös lastensuojelulain 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 (sosiaalihuoltolaki 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 lain 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 lain 2 a §:n mukaisesti asiakkaan saamiin terveyspalvelujen kanssa, jotta hänelle voidaan tarjota kokonaisvaltaista apua ja tukea.

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 opiskelukykyyn 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 opiskelukykyyn parantamiseksi tai palauttamiseksi.

Kuntoutuspsykoterapia voi olla yksilö-, ryhmä-, perhe- tai paripsykoterapiaa 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 opiskelu- 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 hallituksen ohjelman mukaisesti lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden harkinnanvaraiseen kuntoutukseen on osoitettu 25 miljoonan euron lisärahoitus, jonka Kansaneläkelaitos kohdentaa LAKU-perhekuntoutukseen ja Oma väylä -kuntoutukseen.

2.3.4 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen haasteet ja kehittämistarpeet

Laajemmat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevat haasteet kuten hyvinvointialueiden taloudellinen tilanne sekä henkilöstön saatavuusongelmat vaikuttavat myös lasten ja nuorten palveluihin. Lisäksi on tunnistettavissa erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvän palvelujärjestelmän haasteita, joita ovat palvelujärjestelmän sirpaleisuus, alueelliset vaihtelut palvelujen saatavuudessa sekä kokonaisvaltaisen moniammatillisen yhteistyön puutteet.

Nämä tekijät on nostettu toistuvasti esiin selvityksissä, tutkimuksissa ja valvontaviranomaisten toimesta. Apulaisoikeuskansleri arvioi vuonna 2023 antamassaan ratkaisussa, 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 palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden parantamiseksi erityisesti perustason palveluissa (muun muassa StVM 4/2022 vp, s. 3; 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 kirjavia.

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

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 opiskeluhoitoon. Sosiaalihuoltolain 26 §:n nojalla järjestettävän kasvatus- ja perheneuvonnan henkilöstöresurssia on monin paikoin kohdennettu perusterveydenhuollon vastuulle kuuluvien lasten mielenterveyden häiriöiden tutkimukseen ja hoitoon, ja sosiaalihuollon palvelutehtävä on toteutunut puutteellisesti. Perusterveydenhuollon puutteet ovat näkyneet myös opiskeluhoitoon 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.

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.

Forsellin ym. tilastoraportissa (2022) lähes joka viidennellä 18–22-vuotiaalla todettiin mielenterveyteen liittyvä käynti julkisessa terveydenhuollossa vuonna 2020. Käyntejä oli noin 130 000 7–22-vuotiaalla. Perusterveydenhuollon mielenterveysperustaisten käyntien asiakasmäärä oli suurempi kuin erikoissairaanhoidossa. Palveluiden tarjonnassa ja käytössä oli suuria alueellisia eroja, osittain johtuen erilaisista kirjaamiskäytännöistä. Myös psykososiaalisten menetelmien alueellisessa saatavuudessa on eroja. Puutteellinen perustason palvelujen saatavuus lisää ohjautumista erikoissairaanhoidon. Esitetty lainsäädäntö parantaisi psykososiaalisiin interventioihin pääsyä. Perusterveydenhuollon hoitokeinojen lisääntyminen voisi siten vähentää erikoissairaanhoidon lähetteitä tilanteissa, joissa ne johtuvat puuttuvista perustason palveluista. Se parantaisi hoidon toteutumista oikea-aikaisesti jo perustasolla.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen 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

²⁰ Huikko ym 2023

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

18-vuotiailla, mikä viittaa palvelujen heikompaan saavutettavuuteen nuorten aikuisten keskuudessa²².

Palvelujen 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 niihin ohjautuminen on perheelle liian hankalaa. Toisaalta myös ruotsin- ja saamenkielisten lasten ja nuorten pääsyssä mielenterveyttä tukeviin tai mielenterveyttä hoitaviin palveluihin omalla äidinkielellään on havaittu olevan puutteita.

2.3.5 Lasten, nuorten ja perheiden näkemykset mielenterveyspalvelujen kehittämistarpeista

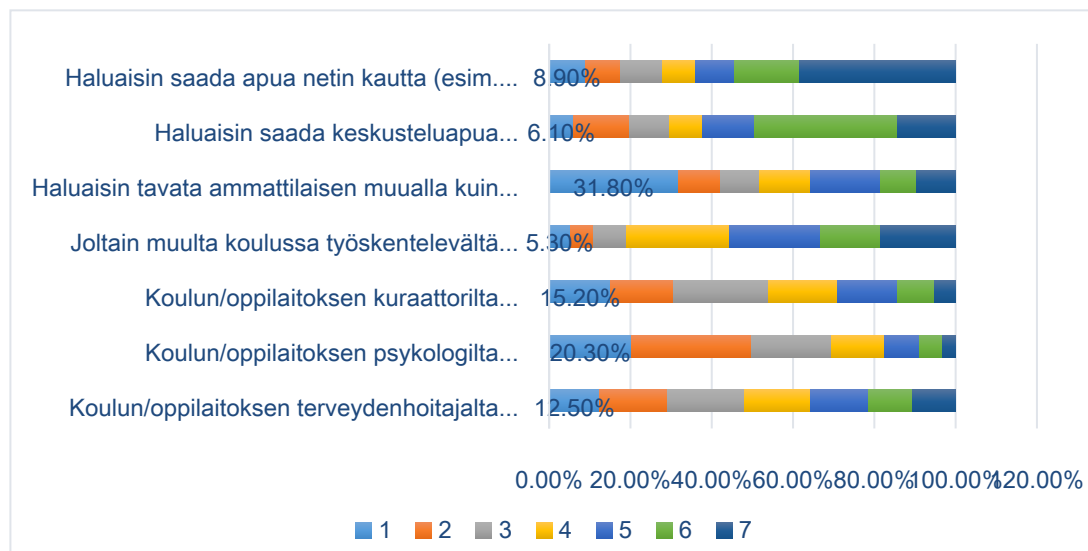
Hallituksen esityksen valmistelun tueksi toteutettiin kaksi verkkokyselyä. Näiden kyselyjen tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, millä tavoin lasten ja nuorten olisi helppo hakeutua mielenterveyteen liittyvän avun piiriin sekä missä ja minkälaista tukea tulisi olla tarjolla. Lapsille ja nuorille suunnattuun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

Vastausten perusteella lapset ja nuoret toivovat, että apua olisi saatavilla sekä opiskeluhoito- 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.

²² Forsell 2022

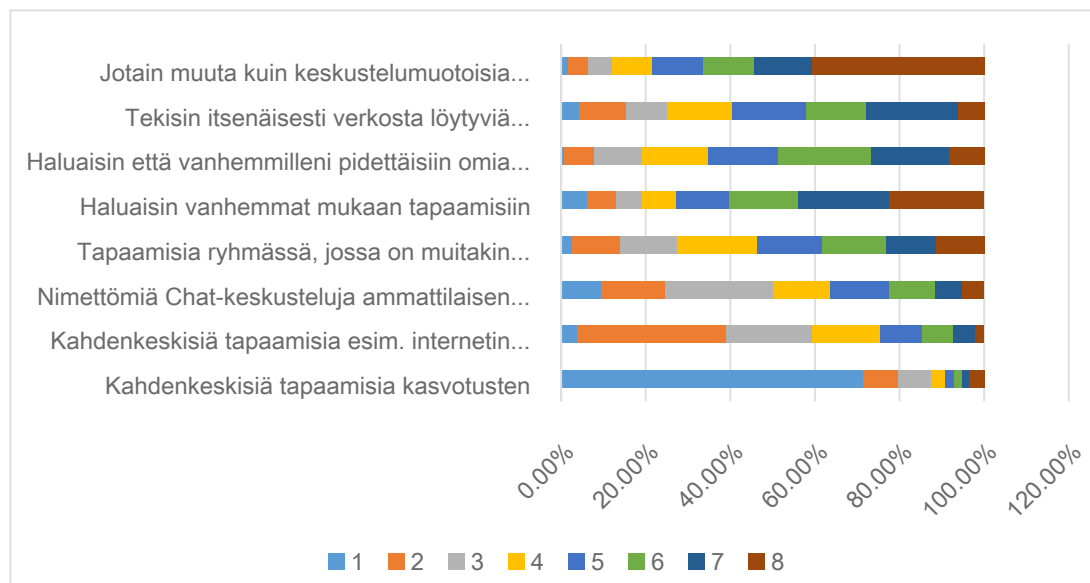
²³ [Karjalainen ym. 2022](#)

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



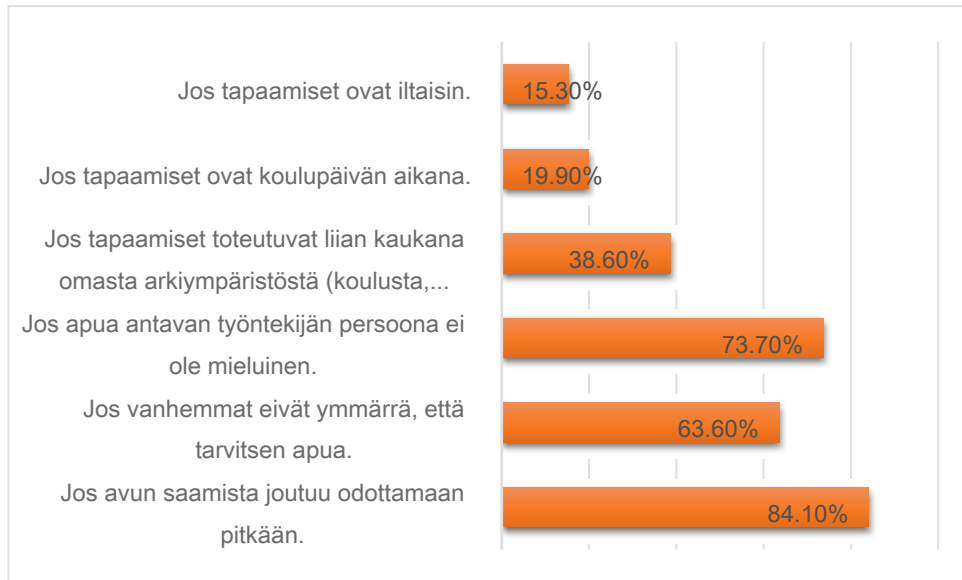
Kyselyyn annettujen vastausten perusteella lapset ja nuoret toivovat ensisijaisesti lähitapaamisia kahden kesken ammattilaisen kanssa (71 %). Myös etäyhteydellä toteutettuja tapaamisia pidettiin mieluisina, mikäli lähitapaaminen ei ole mahdollista (32 %). Chat-muotoinen keskusteluapu oli vastaajien mielestä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



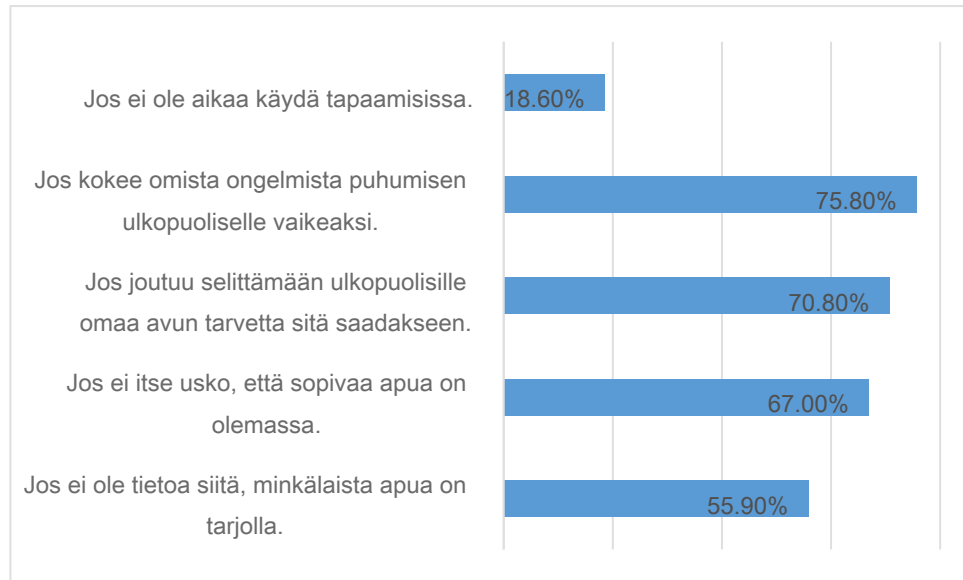
Kyselyn perusteella tärkein tekijä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen toimivuudessa on se, että apua on tarjolla nopeasti ja matalalla kynnyksellä. Myös työntekijän persoonan merkitys nostettiin esiin. (ks. kuvio 3) Kyselyn avovastauksissa korostettiin, että työntekijällä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot ja hänen tulee suhtautua vakavasti lasten ja nuorten esiin nostamiin huoliin. Moni totesi, että työntekijä ei saisi vähätellä ongelmia tai selittää niitä normaaliksi kehitykseen liittyväksi asiaksi. Lasten ja nuorten osallistaminen päätöksentekoon ja hoidon suunnitteluun nähtiin tärkeäksi. Moni vastaaja korosti myös, 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 perusteleva 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, palvelujen yhteensovittaminen ja se, että palveluja olisi tarjolla arjen ympäristöissä kuten kouluissa ja oppilaitoksissa sekä 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 Mielenterveyspalvelujen kehittäminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto

Mielenterveystyön pitkäjänteistä kehittämistä ohjaa vuosille 2020-2030 laadittu kansallinen mielenterveysstrategia. Siinä on viisi sisällöllistä painopistettä: mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveysoikeudet, 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 (1116/1990) ja päihdehuoltolaista (41/1986) 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 leimaantumista.

Keskeisenä kansallisena toimenpiteenä lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalvelujen kehittämisessä on ollut näyttöön perustuvien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto, jota myös esitetty hallituksen esitys ja lainsäädäntö koskee. Tavoitteena on ollut siirtää lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen hoidon ja tuen painopiste erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja muihin perustason palveluihin. Näyttöön perustuvia 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, opiskeluhuoltoon ja sosiaalihuoltoon.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kaikkiin hankkeisiin tuli sisällyttää psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto. Aluksi menetelmien saatavuuden parantaminen kohdentui vain nuorten perustason palveluihin, mutta vuosina 2021–2023 menetelmien käyttöönottoa laajennettiin kaikkiin ikäryhmiin. Koska tavoitteeksi asetettiin myös yhteistyörakenne erikoissairaanhoidon kanssa, vuosille 2022–2023 yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiireille myönnettiin erikseen valtionavustusta psykososiaalisten menetelmien alueellisen koordinoinnin kehittämistä varten. Tavoitteena oli saada käyttöön vaikuttavaksi todetut menetelmät yleisimpien lievien ja keskivaikeiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden varhaiseen hoitoon.

THL:n asiantuntija-arvion mukaan tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman rahoituksen käytön painopiste oli lasten osalta koulutusten koordinoinnista vastaavien työntekijöiden palkkaamisessa hyvinvointialueittain sekä yhteistyörakenteen luomisessa. Ohjelman rahoitusta ei juurikaan käytetty ammattilaisten kouluttamiseen menetelmien käyttöön. Sen sijaan nuorten parissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto käynnistyi heti hankkeen alkaessa, ja vaikuttavien interventioiden osaajia koulutettiin selvästi enemmän kuin lasten tai aikuisten parissa käytettäviin menetelmiin. Esimerkiksi masennuksen hoitoon koulutettujen osaajien määrän arvioitiin hankekauden päättyessä olevan varsin lähellä nuorten palvelutarpeeseen vastaamiseksi riittäväksi arvioitua määrää. Aikuisten psykososiaalisten menetelmien käyttöönotossa painopiste oli erityisesti verkkopohjaisissa, uusia interventioita koskevissa koulutuksissa. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden loppuarviointi, THL, painossa)

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman päätyttyä kehittämistyö jatkuu vuoteen 2025 saakka Suomen kestävän kasvun ohjelmassa.

Taulukko 1. Tulevaisuuden sote-keskusohjelman hankkeiden aikana 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	82 2
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 terveystieteiden ministeriö on myöntänyt rahoitusta Itlalle Kansallinen implementointiosaaminen lasten ja nuorten kasvun tueksi (Kasvun tuki KI) 2023–2025 –hankkeeseen, jonka 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. Hankkeessa kehitettävät ratkaisut integroidaan osaksi Kasvun tuki -kokonaisuutta.

Mielenterveyden hoitoon liittyvää kehittämistyötä on tehty myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä. Sen opiskeluterveydenhuoltopalveluihin oikeutettujen korkeakouluopiskelijoiden määrä yli kaksinkertaistui, kun laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta (695/2019, opiskeluterveydenhuoltolaki) tuli voimaan 1.1.2021 laajentuen koskemaan myös ammattikorkeakouluopiskelijoita. Vuosina 2021–2023 YTHS:lle myönnettiin yhteensä 5 miljoonan euron valtionavustus laajentuneiden tehtävien käynnistämiseen ja koronapandemian aiheuttamien haittojen ehkäisemiseen. Valtionavustuksen avulla on kehitetty muun muassa digimielenterveysklinikan palveluja. Lisäksi valtion budjetissa on varattu 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 terveystalvelujen 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 ja kuntoutusta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, mutta ei eritele erikseen suosituksen piiriin kuuluvia hoitomenetelmiä. Suositus kattaa diagnoosiryhmistä lääkkeisiin ja päihteisiin liittyvät häiriöt, psykoosit, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, syömishäiriöt, persoonallisuushäiriöt sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt. Palko on lisäksi julkaissut vuosina 2020 ja 2021 alkoholiriippuvuuden ja huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisia menetelmiä koskevat suositukset, jotka rajaavat palveluvalikoimaan kuuluvia menetelmiä ottaen erikseen huomioon nuorten ja samanaikaissairastavuuteen liittyvät palveluvalikoimat.

Palkon suositusten lähtökohtana ovat muun muassa asiantuntijoiden laatimat Käypä hoito -suositukset, erikoislääkäriyhdistysten antamat hoitosuositukset sekä sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet.

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

Palko voi antaa vain palveluvalikoiman sisältöä koskevia suosituksia. Sen 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 ilman syrjintää olla oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja hoidosta päättää lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

Sosiaalihuollossa ei ole vastaavia kansallisia toimijoita, joiden toimivaltaan kuuluisi suositusten antaminen. Sosiaalihuollon sisältöohjaus on perinteisesti perustunut terveydenhuoltoon vahvemmin normiohjaukseen lainsäädännön avulla. Sosiaalihuollon kansallisten laatusuosituksen 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 tavoitteita ovat ennaltaehkäisyn vahvistuminen, palvelujen integraation, saatavuuden ja jatkuvuuden parantuminen, palvelujärjestelmän selkiytyminen sekä vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden 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 kansallisella ohjauksella. 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 yhtenäistä tietotuotantoa kehitetään vastaamaan vaikuttavuusperusteisen päätöksenteon ja sitä tukevien tutkimusten ja selvitysten tarpeita.

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi keväällä 2023 kaksi selvitystä²⁴ ²⁵, jotka käsittelevät sosiaalihuollon sisältöohjauksen nykytilaa ja uudistamistarpeita sekä sosiaalihuollon palvelujen porrasteisuuden edistämistä. Selvityksistä nousee vahvasti esiin, että parhaaseen mahdolliseen tutkimustietoon perustuvan osaamisen ja palvelujen sekä 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 merkitystä sosiaalihuollon sisältöjen kehittämisessä sekä vaikuttavien työmenetelmien käytössä ja ohjauksessa. Kansallisena toimena selvityshenkilöt ehdottavat myös, että nimettäisiin sosiaalihuoltolain 33 a §:n mukainen toimielin tekemään aloitteita suositusten mukaisten

²⁴ [Heikkilä & Marjamäki 2024](#)

²⁵ [Muuri & Pohjola 2024](#)

palvelujen kokeilemisesta ja seuraamaan sekä arvioimaan niitä. Toimikunnassa voisi olla asiantuntemusta muun muassa THL:stä, hyvinvointialueilta, korkeakouluista, sosiaalialan osaamiskeskuksista ja sosiaalialan järjestöistä.

Näyttöön perustuvien hoitojen ja palvelujen saatavuuden vahvistamista on edistetty kansallisesti myös valtionavustushankkeissa. Kansallinen vaikuttavuuskeskus, joka muodostuu yliopistollisista hyvinvointialueista ja HUS-yhtymästä, aloitti 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 keskittämisasiäsetuksen 3 §:n 1 momentin 6 kohdan mukaisesti terveydenhuollon menetelmien arviointia hyvinvointialueilla koskevat koordinaatiotehtävät. FinCCHTA koordinoi verkostoa, jonka tehtäviä ovat sairaaloiden arviointitarpeiden kartoittaminen, päätöksenteon ja hankintojen koordinointi sairaaloissa sekä arviointitiedon tuottaminen terveystieteellisen ja kliinisen päätöksenteon tueksi. Verkoston ydinjoukon muodostavat yliopistosairaaloiden arviointiyliääkärit ja muut hyvinvointialueiden arviointitoiminnasta vastaavat henkilöt. Muut terveydenhuollon menetelmiä arvioivat organisaatiot toimivat verkoston jäseninä.

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, perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arviosta ja kiireettömään hoitoon pääsystä on terveydenhuoltolaissa, opiskeluterveydenhuoltolaissa, vankeuslaissa (767/2005) ja tutkintavankeuslaissa (768/2005). Nämä säännökset koskevat myös mielenterveyteen liittyvää hoidon tarvetta.

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 opiskeluhoillon psykologin tai kuraattorin kanssa sekä siitä, miten terveydenhoitajan ja lääkärin tulee olla koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tavoitettavissa.

2.5.1 Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn 3 kuukauden enimmäisaikoja tiukennettiin 1.9.2023 alkaen 14 vuorokauteen. Psykykkisten 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. Mielensterveys- tai päihdetyön suoravastaanotoille voi myös ottaa yhteyttä suoraan neuvonnan tai ohjauksen saamiseksi elämäntilanteisiin liittyvissä kriiseissä, psyykkisen kuormituksen tilanteissa tai tuen saamiseksi mielensterveyden oireiden tai mielensterveyteen liittyvän toimintakyvyn alenemisen vuoksi.

Voimassa olevassa terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään siitä, missä ajassa perusterveydenhuollon yksikköön tulee saada yhteys ja saada yksilöllinen arvio tutkimusten tai hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä esimerkiksi mielensterveyteen liittyvissä asioissa. Hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveyskeskukseen 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.

Arviossa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän 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 enimmäisaika lasketaan arviointia seuraavasta päivästä viikonloput ja arkipyhät mukaan lukien (HE 74/2022 vp, s. 116).

Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyä koskevan hallituksen esityksen (HE 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 hoitotapahtumakäsitteen määrittely ei valiokunnan näkemyksen mukaan ollut tarkoituksenmukaista (StVM 21/2022 vp, s. 8).

Jos potilas on yksilöllisen tutkimusten tai hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä koskevan 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 (terveydenhuoltolaki 51 a § 2 momentti). Näin ollen, jos esimerkiksi kouluterveydenhoitaja toteaa terveystarkastuksen tai muun vastaanottokäynnin 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 (terveydenhuoltolaki 51 a §:n 3 momentti). Näin ollen esimerkiksi toisen asteen opiskelijan tarpeen mukaiset ja suunnitellut jatkotapaamiset psykologin vastaanotolla eivät kuulu 14 vuorokauden perusterveydenhuollon kiireettömän hoitoon pääsyn piiriin. Tällöin hoito olisi järjestettävä hyvien hoitokäytäntöjen mukaisesti ja opiskelijan tilanteen kokonaisuus huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti (terveydenhuoltolain 51

a §:n 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 yksilöllisen tutkimusten tai hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä koskevan arvion perusteella 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 enimmäisaika 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 terveydenhuoltolain 54 §:n mukaisesti 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. Esimerkiksi lokakuussa 2023 niistä avosairaanhoitoon 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

Jos oikeus saada terveyttä koskeva asia vireille terveydenhuollon yksikössä tai hoitoon pääsy ei toteudu laissa säädettyssä ajassa, ensivaiheessa potilas voi tehdä asiasta muistutuksen terveydenhuollon toimintayksikön johtajalle. Sen jälkeen potilas voi viedä asian siitä, että viranomainen ei ole noudattanut lakia, kanteluna valvontaviranomaisena toimivan eduskunnan oikeusasiamiehen tai valtioneuvoston oikeuskanslerin tutkittavaksi.

Hallitus teki 15.–16.4.2024 kehysriihessä päätöksen perusterveydenhuollon kiireettömän hoitoon pääsyn sääntelyn palauttamisesta vuoden 2022 tasolle purkamalla edellisen hallituksen siihen tekemät tiukennukset. Asiaa koskevassa hallituksen esityksessä perusterveydenhuollon kiireettömän hoitoon pääsyn tiukennukset eivät kuitenkaan koskisi lapsia tai alle 23-vuotiaita nuoria. Heillä perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaika pysyisi edelleen 14 vuorokaudessa. Esitys olisi tarkoitus antaa eduskunnalle budjettilakiaikataulussa syyskuussa 2024. Laki tulisi voimaan 1.1.2025.

2.5.1.1 Hoitoon pääsy korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa

Korkeakouluopiskelijoiden osalta opiskeluterveydenhuoltolain 10 §:ssä on säädetty yhteyden saamisesta ja hoidon tarpeen arviosta sekä 10 a §:ssä hoitoon pääsystä 1.9.2023 alkaen terveydenhuoltolakia vastaavalla tavalla. Lisäksi YTHS:n tulee hoidon tarpeen arvioinnin

²⁶ [THL tilastoraportti 71/2023](#)

yhteydessä arvioida hyvinvointialueiden tavoin, pystyykö se toteuttamaan hoidon säädetyssä enimmäisajassa (opiskeluterveydenhuoltolaki 10 c §). YTHS:llä on omia palvelupisteitä 23 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 enimmäisajoissa toteuttaa. Osa YTHS:n palveluista tuotetaan ostopalveluna alihankkijoiden toimesta.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies on tutkinut omasta aloitteestaan opiskeluterveydenhuollossa hoidon järjestämisen ja toteuttamisen sekä hoitoon pääsyn tilannetta yleisemmin ja antanut 26.3.2024 päätöksen EOAK/2811/2022 korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon saatavuudesta. Päätöksessä apulaisoikeusasiamies katsoi, että korkeakouluopiskelijoiden oikeudet riittäviin terveyspalveluihin ja esimerkiksi välitön yhteydensaanti ja kiirettömään hoitoon pääsy eivät aina ole toteutuneet laissa edellytetyllä tavalla. Päätös koskee aikaa ennen hoitoon pääsyn sääntelyn kiristymistä 1.9.2023. Opiskeluterveydenhuoltolain 10 d §:n mukaisesti myös YTHS:n on tullut julkaista 1.9.2023 alkaen kuukausittain tiedot siitä, miten yhteydensaantiin ja yksilöllisen tutkimusten tai hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä koskevan arvioinnin sekä kiirettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen on toteutunut. Esimerkiksi tammi-huhtikuussa 2024 YTHS:n yleis- ja mielenterveyspalveluissa yhteydensaanti ja hoidon tarpeen arviointi saman päivän aikana toteutui 96 – 99 %:sti.²⁷ YTHS:n yleis- ja mielenterveyspalveluissa hoitoon pääsystä säädetyssä 14 vuorokauden enimmäisajassa oli vaihtelua niin tarkasteltavan ajanjakson kuin alueidenkin suhteen.²⁸

2.5.1.2 Hoitoon pääsy oppilas- ja opiskelijahuollossa

Opiskeluhoollon 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 yksilöllinen tutkimusten ja hoidon tarpeen arviointi kuten terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään, ja lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon pääsy on järjestettävä terveydenhuoltolain 51 a säädetyn mukaisesti.

Opiskeluhoollon psykologin vastaanotolle on säädetty voimassa olevaa terveydenhuoltolakia tiukemmista hoitoon pääsyn enimmäisajoista. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain 15 §:n mukaan opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhoollon 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 enimmäisajat koskevat myös opiskeluhoollon kuraattoreja.

Kuraattori arvioi oppilaan tai opiskelijan tuen tarvetta ja palveluihin pääsyä sosiaalihuoltolain mukaisesti. Koska kuraattori ei ole laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, tulee

²⁷ [Hoitotakuu YTHS:n palveluissa](#)

²⁸ [Avohilmo: Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen](#)

kuraattorin tarvittaessa ohjata lapsi tai nuori terveydenhuollon palvelujen piiriin terveydenhuoltolain 51 §:n mukaiseen yksilölliseen tutkimusten ja hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arvioon. Lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on sitten järjestettävä lapselle tai nuorelle arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana.

2.5.1.3 Hoitoon pääsy vankiterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollon kiireettömän 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 36.²⁹ Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä vankeuslain 10 luvun 1 §:n mukaisesti. Vankilaterveydenhuollon yksikön järjestämiin palveluihin ja hoitoon 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. 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.

2.5.1.4 Hoitoon pääsy vastaanottopalveluissa

Lapsia ja nuoria on myös vastaanottopalveluissa, joista vastaa Maahanmuuttovirasto. Vastaanottopalveluihin kuuluvat myös sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut. 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 (vastaanottolaki 26 §:n 2 momentti). Näitä ryhmiä koskevat siten terveydenhuoltolain hoidon tarpeen 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 yli 18-vuotiailla on hoitoon pääsyssä rajoitteita. Huomioon tulee ottaa lisäksi järjestämislain 56 §, jossa säädetään terveydenhuollon järjestämisestä eräissä tapauksissa ja 56 a § terveydenhuollon järjestämisestä tietyille hyvinvointialueella oleskeleville henkilöille.

²⁹ [RISE Tilastollinen vuosikirja 2022.pdf](#)

2.5.2 Palveluihin pääsy sosiaalihuollossa

Sosiaalipalvelujen osalta palveluihin pääsyyn liittyvät lakisääteiset enimmäisajat määrittyvät asian vireille tulon perusteella. Sosiaalipalveluja haettaessa asia tulee sosiaalihuoltolain 34 §:n mukaisesti vireille hakemuksesta tai kun hyvinvointialueen sosiaalihuollon työntekijä on muutoin tehtävissään saanut tietää mahdollisesti sosiaalipalvelujen tarpeessa 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 viivytystä. Tätä tarkemmin määriteltyjä määräaikoja on säädetty 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. Vastaanottopalvelujen järjestämisestä vastaa se vastaanottokeskus, 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.³⁰

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 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 palvelujen saatavuudessa on kuitenkin tunnistettu. THL:n valtakunnallisen FinLapset -kyselyn aineiston perusteella pienten lasten tukea tarvinneista vanhemmista merkittävän suuri osa raportoi tyydyttymätöntä palvelujen tai tuen tarvetta.³¹

Suurin osa lapsista ja nuorista (80–95 %) ei koe tarvitsevansa apua opiskeluhoollon kuraattorilta. Perusopetuksen osalta 1–3 prosenttia lapsista ei ole päässyt kuraattoripalveluun, vaikka olisi sitä tarvinnut. Toisen asteen opiskelijoista tytöistä 6–7 prosenttia ja pojista 2–3 prosenttia arvioi, että 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.³²

2.6 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu

2.6.1 Hyvinvointialueet

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelukokonaisuus on ollut 1.1.2023 lähtien 21 hyvinvointialueen ja Helsingin kaupungin järjestämisvastuulla. Lisäksi Uudellamaalla palvelujen järjestämisestä vastaa terveydenhuollossa myös HUS-yhtymä. Hyvinvointialueella on itsehallinto siten kuin hyvinvointialueesta annetussa laissa (611/2021) säädetään. Ahvenanmaan osalta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) mukaan sen omaan toimivaltaan. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja

³⁰ [Lastensuojelun käsittelyajat huhti - syyskuu 2023 \(julkari.fi\)](#)

³¹ [Tyydyttymätön palvelutarve lapsiperheitä tukevissa sosiaalipalveluissa | Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti \(journal.fi\)](#)

³² [Opiskeluhoitopalvelujen käyttö perusopetuksessa ja toisella asteella \(julkari.fi\)](#)

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. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä henkilöstö sekä 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 toteuttamisen 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) 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 tarkoitettuna 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 (582/2017, 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 koordinoita 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, jonka puitteissa aloitettiin psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto eri ikäryhmille.

Järjestämislain 36 §:n mukaisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimusten ensimmäisten sopimusluonnosten tuli valmistua 30.4.2024 mennessä, ja sopimukset allekirjoitetaan 31.12.2024 mennessä. Niiden 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 ministeriön 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 lakisääteisten 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 myös 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 6 §:n mukaan 1.1.2021 alkaen vastannut Kansaneläkelaitos. Opiskeluterveydenhuoltolain 8 §:n mukaan palvelut tuottaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Kelan asema opiskeluterveydenhuoltopalvelujen järjestäjänä ja YTHS:n asema säätiönä toimivana palvelujen tuottajana eroavat hyvinvointialueiden asemasta palvelujen järjestäjänä ja tuottajana muun muassa palvelujen rahoituksen osalta. Opiskeluterveydenhuollon rahoitusmallista säädetään opiskeluterveydenhuoltolain 14 §:ssä. Opiskeluterveydenhuollon kokonaiskustannuksen rahoitus koostuu kansallisesta osuudesta sekä Kansaneläkelaitoksen rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) 20 a §:n perusteella maksamista valtion korvauksista. Kansallinen rahoitusosuus puolestaan koostuu valtion

Kansaneläkelaitokselle maksamasta 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

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 tarkastelu ei anna kokonaiskuvaa henkilöstön saatavuuden tilanteesta ja koulutusmäärien lisäämisen tarpeesta. Sote-henkilöstöä koskevan tietopohjan puutteiden vuoksi tilanteen kokonaisarviointi on vaikeaa.

2.7.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelujen henkilöstö

Sairaanhoitajan ammateissa toimivista lähes 85 prosenttia toimi sairaanhoitajina (sisältää ensihoitajat), 3 prosenttia kätilöinä ja 12 prosenttia terveydenhoitajina. Kätilöistä, sairaankuljetuksen ensihoitajista ja terveydenhoitajista ei ole juurikaan työvoimapolua, 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 edellisenä 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 työvoimapolua selittänee se, että sairaanhoitajakoulutusta ei oltu monena vuonna juurikaan lisätty. Tämän vuoksi koulutuspaikkoja lisättiin määräaikaikaisesti 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 julkisen sektorin osuus on noin 7000. Hyvinvointialueilta eläköityy vuosien 2022-2031 aikana 24,6 % sairaanhoitajista, 31,2 % terveydenhoitajista ja 45 % osastonhoitajista.

Henkilöstön saatavuudesta on tuoretta tietoa muun muassa Kunta- ja hyvinvointialue työnantajat KT:n selvityksessä, jonka mukaan hyvinvointialueilla on tarjolla lukumääräisesti eniten täyttämättömiä tehtäviä sairaanhoitajille ja lähihoitajille.³³ Työ- ja elinkeinoministeriön selvitysten ja työnantajilta kerättyjen tietojen mukaan tilanne vuoden 2024 alussa näyttää helpottuneen vuoden 2023 alkuun verrattuna, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon ammatit ovat edelleen kärjessä työvoimapulan suhteen. Työvoimapula on kuitenkin vähentynyt selvästi viimeisen vuoden aikana erityisesti sairaanhoitajien osalta.³⁴

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 noin 60 % psykologeista työskentelee julkisella sektorilla ja suurin osa aikuisten tai lasten ja nuorten mielenterveytyksessä. Kolmanneksi eniten heitä toimi koulupsykologina ja neljänneksi eniten psykoterapeuttina.

Psykologiliiton kartoituksen perusteella vuonna 2021 eniten täyttämättömiä vakansseja oli opiskeluhuollossa ja toiseksi eniten erikoissairaanhoitossa. Psykologien koulutuspaikkoja on viime vuosina lisätty huomattavasti. Opintohallinnon tietopalvelu Vipusesta saatujen tietojen mukaan vuosina 2021–2023 koulutuspaikan vastaanottaneita on ollut noin 350–400, kun vuosina 2015–2020 määrä pysyi alle 300:ssa opiskelijassa. Aiempien vuosien selvästi alempi aloittajamäärä heijastuu vielä pitkään psykologien saatavuuteen. Tällä hetkellä 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 ja 2030-luvulle tultaessa noin 500 lääkäriä vuodessa. Noin 60 % lääkäreistä eläköityy julkisen sektorin tehtävistä, ja noin puolet eläköityneistä jatkaa työskentelyä vielä eläkkeellä ollessaan. Viimeisimpien työ- ja elinkeinoministeriön arvioiden mukaan pula lääkäreistä näyttää hieman helpottuneen.³⁵

Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palveluissa työskentelee pääosin sosiaalityöntekijöitä ja sosionomi AMK tutkinnon suorittaneita henkilöitä. Lisäksi sosiaalihuollossa on palveluja, joissa korostuvat hoiva- ja huolenpitotehtävät. Niissä toimivat erityisesti nimikesuojatut lähihoitajat, kodinhoitajat ja kehitysvammaisten hoitajat.

Opiskeluhuollon kuraattorina voi toimia sosiaalityöntekijä tai sosionomi, ja kuraattorin kelpoisuudesta säädetään oppilas- ja opiskelijahuoltolain 7 §:ssä. Kelpoinen toimimaan kuraattorina on sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain 7 §:ssä tai 8 §:n 1 momentissa tarkoitettuna korkeakoulututkinnon suorittanut henkilö. 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-

³³ [Hyvinvointialueilla on pahin pula lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä, Kunta- ja hyvinvointialue työnantajat KT](#)

³⁴ [Työvoiman saatavuus ja kohtaanto 1/2024, TEM-analyyseja 119/2024](#)

³⁵ [Työvoiman saatavuus ja kohtaanto 1/2024, TEM-analyyseja 119/2024](#)

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, mutta muutoin työvoiman saatavuus on melko hyvä. Suurin työvoimapula sosiaalialalla on sosiaalityöntekijöistä etenkin lastensuojelussa.³⁶ 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. Se perustuu Petteri Orpon hallituksen 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. Vuosille 2024–2027 laaditun toimeenpanosuunnitelman³⁷ mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusmääriä lisätään ja koulutuksen rakenteita kehitetään. Ammattihenkilöstön tehtäviä vähennetään esimerkiksi kirjallisen työn osalta ja henkilöstön työnjakoa selkeytetään. Lisäksi tuetaan sote-alan veto- ja pitovimatekijöitä ja vahvistetaan kansainvälistä rekrytointia. Hyvinvointialueille suunnattu valtionavustus on käytettävissä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työnjakoa koskeviin pilotteihin ja työssä jaksamista koskevaan valmennus- ja kehittämiskokonaisuuteen.

Lisäksi hallituksen 15–16.4.2024 kehysriihessä tekemä päätöksen mukaisesti ehdotetaan muutettavaksi sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annettua lakia siten, että oikeus toimia tilapäisesti laillistetun sosiaalityöntekijän tehtävissä mahdollistettaisiin myös henkilölle, joka on suorittanut soveltuvan sosiaalialan korkeakoulututkinnon osana tai sen lisäksi sosiaalityön perus- ja aineopinnot sekä käytännön harjoittelun tai jolla on soveltuvan sosiaalialan korkeakoulututkinnon ja sosiaalityön perus- ja aineopintojen lisäksi riittävä käytännön kokemus ja ammattitaito. Esityksen tavoitteena on varmistaa sosiaalihuollon henkilöstön riittävyttä ja saatavuutta sekä turvata sosiaalihuollon asiakkaiden oikeus riittäviin sosiaalipalveluihin ja hyvään sosiaalihuoltoon.

2.7.2 Psykoterapeutit

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

Psykoterapeutin nimikesuojatun ammattinimikkeen käyttämisen edellytyksenä on, että asianomainen henkilö on suorittanut yliopiston tai yliopiston yhdessä muun

³⁶ [Hyvinvointialueilla on pahin pula lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä](#)

³⁷ [Toimeenpanosuunnitelma 2024–2027. Sosiaali- ja terveysalan sekä pelastusalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen](#)

kouluttajaorganisaation kanssa järjestämän psykoterapeuttikoulutuksen. 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. Suomessa psykoterapeuttikoulutusta järjestävät Helsingin, Itä-Suomen, Jyväskylän, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistot sekä Åbo Akademi.

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 palvelujen saatavuudessa. Välittömiksi kehittämisehdotuksiksi selvityksessä nostettiin psykoterapiakoulutuksen pysyvän aseman vakiinnuttaminen yliopistossa ja tähän tarvittavan rahoituksen turvaaminen. Koulutuksen aseman virallistaminen loisi jatkuvuuden, joka mahdollistaisi laadun, sisällön ja kustannustehokkuuden kehittämisen. Selvityksessä todettiin, että jos koulutuksen asema vakiinnutetaan yliopistoissa ja sille budjetoidaan perusrahoitus, tämä vaikuttaa opiskelijoilta perittäviin kustannuksiin. Lisäksi ehdotettiin selvitettäväksi, miten psykoterapeuttikoulutuksen määrää voitaisiin lisätä.

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaan psykoterapiapalvelujen 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. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama ohjausryhmä ohjaa ja koordinoi sosiaali- ja terveys- ja opetus- ja kulttuuriministeriöissä toteutettavaa hallitusohjelmakirjausten toimeenpanoa. Psykoterapeuttikoulutusta koskevista säädös- ja rahoitusasemaa koskevista muutoksista vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Opetus- ja kulttuuriministeriö vastaa hallitusohjelman toimeenpanosta siltä osin, kun tehtävä koskee tutkintoon johtavaa koulutusta. Tutkintoa täydentävän koulutuksen, psykoterapiakoulutuksen sekä ammattitoiminnan ja siinä vaadittavan osaamisen sääntelyn osalta hallitusohjelman toimeenpanosta päävastuussa on sosiaali- ja terveysministeriö, jonka vastuulla on myös selvittää matalan kynnyksen peruspalvelujen ammattilaisen roolia, tehtäväkuvaa ja sen edellyttämää osaamista osana palvelujärjestelmää.

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 ehkäisyä 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 psokosiaalisen 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 parantamalla, 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 laillisuusvalvojen 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 kiireettömään hoitoon pääsyä koskevan (HE 74/2022 vp) että mielenterveys- ja päihdepalvelujen lainsäädännön uudistamista koskevan hallituksen esityksen (HE 197/2022 vp) käsittelyn yhteydessä huomiota siihen, että lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen tilanteen ratkaiseminen edellyttää kansallisia toimia palvelujen saatavuuden ja lasten ja nuorten oikeuksien turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysvaliokunta painotti, että psykososiaalisten hoitomuotojen ja psykoterapian saatavuutta turvaavia toimia on jatkettava määrätietoisesti ja pitkäjänteisesti 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 psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämukainen 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 opiskeluterveydenhuoltolakiin säädettyä 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 hyvinvointialueen määrittämällä tavalla psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia

määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä olisi sovittava siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta muodostuu tarkoituksenmukainen kokonaisuus. Lisäksi sosiaalihuoltolain 45 §:ään määritettäisiin, että edellä mainittua palvelua koskeva päätös olisi toimeenpantava kuukauden kuluessa tuen tarpeen toteamisesta. Aika voisi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatisi pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle 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 diagnosoimista, 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 terveydenhuollossa.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita voitaisiin antaa mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. 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, opiskeluhoitossa, perheneuvola- ja nuorisovastaanottotyypissä 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 avosairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluna. Työnjaossa olisi huomioitava sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväjako ja kunkin toiminnon lakisääteiset velvoitteet kuten se, ettei mielenterveyden häiriöiden hoito kuulu neuvoloiden, muun ehkäisevän terveydenhuollon tai sosiaalihuollon lakisääteisiin tehtäviin, vaan ne tekevät mielenterveyden häiriöitä ehkäisevää ja mielenterveyttä vahvistavaa työtä.

Esitetyn lainsäädännön valmistelussa on huomioitu, että terveyden- ja sosiaalihuollon lainsäädännöt eroavat toisistaan muun muassa päätöksentekomenettelyn, muutoksenhakuoikeuden sekä potilaan ja asiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvän sääntelyn osalta. 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 mielenterveyteen liittyvään avun ja tuen tarpeisiin voitaisiin vastata sosiaalihuollon keinoin. Näin olisi mahdollista torjua lasten ja nuorten tilanteisiin ja kehitysvaiheisiin liittyvää tarpeetonta medikalisaatiota ja huomioida lasten ja nuorten mielenterveyden tukemisessa paremmin myös vanhemmuuteen liittyvä tuen ja ohjauksen tarve.

Tarkoituksena ei ole nostaa esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita lasten, nuorten tai perheiden ensisijaiseksi mielenterveydenhuollon muodoksi, vaan hoidon ja tuen tarve olisi aina arvioitava yksilöllisesti. Takuun piiriin kuuluvia psykososiaalisia menetelmiä ei tulisi käyttää, mikäli jokin muu mielenterveyden hoito- tai tukimuoto vastaisi paremmin lapsen, nuoren tai perheen tarpeisiin. Esitys ei sisällä muutoksia sosiaali- ja

terveydenhuollon väliseen tai terveydenhuollon sisäiseen työnjakoon lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisemisessä tai hoidossa taikka lasten ja nuorten palvelujärjestelmän rakenteeseen. Lainsäädäntöön ei myöskään esitetä muutoksia kiireellisen mielenterveyden hoidon järjestämisen osalta.

Takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta sopiminen perustuisi järjestämislain 36 §:ssä tarkoitetussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa määritettyyn yhteistyöhön. Yhteistyösopimuksessa on sovittava sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueelliset periaatteet niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen. Veloitetta sopia esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvista lasten ja nuorten psykososiaalisista menetelmistä tarkennettaisiin valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta. Yhteistyösopimuksessa olisi huomioitava keskittämisasiasetuksen mukainen yliopistosairaaloiden velvoite huolehtia siitä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on väestön tarpeen mukaisesti vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta. Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen työnjako sekä takuun piiriin kuuluvien menetelmien kokonaisuus konkretisoiduiksi yhteistyöaluesopimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittavaksi kokonaisuudeksi.

Lisäksi ehdotetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992, asiakasmaksulaki) 4 §:ssä säädettäisiin esitetty sosiaalihuoltolain 25 a §:n mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalinen tuki maksuttomaksi sosiaalipalveluksi. Terveystuollossa mielenterveyden hoito on säädetty maksuttomaksi asiakasmaksulain 5 §:ssä.

Samassa yhteydessä esitetään tehtäväksi muutokset korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnan edustukseen ja jäsenistöön opiskeluterveydenhuoltolain 11 §:ssä ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta annetun asetuksen (274/2021) 2 §:ssä. Ehdotetuilla muutoksilla ei ole vaikutusta lasten ja nuorten terapiatakuuseen, vaan kyseessä on sote-uudistuksen yhteydessä korjaamatta jääneiden pykälien muuttaminen vastaamaan hyvinvointialueiden järjestämisvastuuta sosiaali- ja terveystuollossa.

4.1.1 Esitetyn lainsäädännön kohderyhmä

Määrämuotoiset ja aikarajoitteiset psykososiaaliset interventiot soveltuvat hyvin perusterveydenhuollossa mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn sekä lievien ja keskivaikeiden mielenterveys häiriöiden hoitoon sekä sosiaalihuollossa mielenterveyden ongelmien ehkäisyyn silloin, kun intervention kohteena oleva ongelma on riittävän rajattu, lapsen tai nuoren oma motivaatio riittävä ja hänen elämäntilanteensa muutoin riittävän vakaa. Eri syistä epävakaa kasvuympäristössä elävät lapset ja nuoret tarvitsevat yleensä lyhyttä interventiota pidempää ja monimuotoisempaa tukea. Lapsille ja nuorille, joilla on vakava-asteisia oireita, psykososiaaliset interventiot voivat soveltua osana muuta hoidon kokonaisuutta, mutta hoito toteutetaan tuolloin yleensä erikoissairaanhoidossa.

Myös lapset ja nuoret, joilla on useita samanaikaisia ongelmia (esimerkiksi mielenterveyden oireita, päihteiden käyttöä ja merkittäviä oppimisvaikeuksia) tarvitsevat usein erikoissairaanhoidoa tai monimuotoisempaa ja pitkäkestoisempaa tukea perustasolla kuin mitä lyhyet interventiot voivat tarjota. Samoin pitkäaikainen oireilu saattaa edellyttää muunlaista tukea. Neuropsykiatrisessa oireilussa (esimerkiksi ADHD tai autismikirjon ongelmat) ensisijaisia auttamiskeinoja eivät ole määrämötoiset interventiot, vaan arjen muokkaus lasten

ja nuorten kehitystarpeita vastaavaksi. Nämä lapset ja nuoret voivat kylläkin hyötyä samanaikaisesti muihin mielenterveyden oireisiin (esimerkiksi ahdistuneisuuteen tai masennukseen) kohdennetusta määrämuotoisesta interventiosta.

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

Sosiaalihuoltolaki sisältää sekä lapsen että nuoren määritelmät. Sen 3 §:n mukaan lapsella tarkoitetaan alle 18-vuotiasta ja nuorella 18–24-vuotiasta henkilöä. Sosiaalihuoltoon kuuluvan lastensuojelulain 6 §:n mukaan nuorena pidetään 18–22-vuotiasta. Nuoren määritelmiä on myös muiden hallinnonalojen lainsäädännössä, kuten nuorisolaissa, 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). Yhtenäisen ikärajan määrittely laissa mahdollisti potilaiden ja palvelujen järjestäjien kannalta yhdenvertaisen kansallisen käytännön. Ikäraja perusteltiin sairaanhoidopiirien nuorisopsykiatriasta vastaavien ylilääkärien yksimielisellä suosituksella.

Perustuslakivaliokunta (PeVL 41/2010) totesi hallituksen esitystä koskevassa lausunnossaan, että 53 §:ssä säädetyille ikärajalta 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 nuorten psyykinen kehitys on vielä herkässä vaiheessa, vaikka täysi-ikäisyys saavutetaan 18-vuotiaana. 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 mukaan tietyn ikäryhmän erityisasema lainsäädännössä oli näistä syistä perusteltu.

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.

Esitetyn lainsäädännön tarkoituksena olisi edellä kuvatulla tavalla turvata nuorten pääsy lyhytpsykoterapiaan tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvaan 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 psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia hoitoja sekä sosiaalihuollon osalta mielenterveyshuollon palveluna annettavaa psykososiaalista tukea, jossa käytetään edellä mainittuja psykososiaalisia menetelmiä sosiaalihuoltoon soveltuvin osin.

Lyhytpsykoterapialla tarkoitettaisiin perusterveydenhuollon potilaille 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.

Psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvalla määrämuotoisella ja aikarajoitteisella psykososiaalisella menetelmällä tarkoitettaisiin tietyn mielenterveyden ongelman hoitoon (esimerkiksi käytöshäiriöt, masennus tai ahdistuneisuus) kehitettyä menetelmää, jolla on tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa vaikuttavuusnäyttöä. Menetelmät perustuvat tiettyihin teoreettisiin viitekehyksiin, ja ne ovat psykoterapiaa lyhyempiä ja tarkoitettu lievempiin oireisiin. Psykososiaalisia interventioita voivat antaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat saaneet kyseisen menetelmän käyttöön liittyvän koulutuksen. Näitä ammattihenkilöitä voivat olla esimerkiksi sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, psykologit, opiskeluhuollon kuraattorit, sosiaaliohjaajat ja sosiaalityöntekijät.

Osa terveydenhuollossa käytössä olevista psykososiaalisista määrämuotoisista ja aikarajoitteisista hoitomenetelmistä soveltuu myös sosiaalihuollon työmenetelmiksi mielenterveyden häiriöitä ehkäisevään työhön. Tällaisia ovat esimerkiksi menetelmät, joilla pienten lasten vanhemmille annetaan vanhempainohjausta lapsen tunnesäätelyn tai käyttäytymisen haasteisiin vastaamisessa. Sosiaalihuollon osalta takuun piiriin kuuluvien interventioiden tavoitteena olisi vahvistaa lasten, nuorten ja perheiden mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää ja poistaa mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä. Mielenterveyden hoitoa ei toteutettaisi sosiaalihuollossa.

Voimassa olevan erikoissairaanhoidon toimintaa ohjaavan 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.

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 §). Yhteistyössä ja työnjaossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toimittaisiin edelleen yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden mukaisesti.³⁸ Ne korostavat yhteistyötä ja erityistason antamaa tukea perustasolle.

Voimassa olevan terveydenhuoltolain kiireettömään 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 psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvien määrämuotoisten ja aikarajoitteisten 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. Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvan hoitomuodon tarve saatetaan todeta heti ensimmäisen hoitotapahtuman yhteydessä tai myöhemmin hoitoprosessin aikana esimerkiksi muun hoitomuodon osoittauduttua riittämättömäksi. Määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito tai lyhytpsykoterapia voi potilaan tarpeesta riippuen toteutua ainoana hoitomuotona tai osana laajempaa hoidon kokonaisuutta. Tarve tällaisen hoitomuodon käyttöön voi myös uusiutua hoitoprosessin aikana. Mikäli perusterveydenhuollossa tarjottava hoito ei tuota riittävää hoitovastetta, tulee hoidon ja hoitomuodon tarve arvioida uudelleen. Tarvittaessa lapsi tai nuori ohjataan hoidon porrastuksen mukaisesti erikoissairaanhoidon palveluihin.

Yhteyden saaminen perusterveydenhuollon yksikköön ja yksilöllinen arvio tutkimusten ja 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. Jos lääketieteelliselle arviolle ei olisi tarvetta, neuvonnan, tuen tai oireenmukaisen yksilöllisen hoidon tarpeen voisi todeta muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri toimintayksikössä sovittujen toimintaohjeiden mukaisesti. Tällaisella muun ammattilaisen suoravastaanotolla annettava ohjaus ja tuki sekä esimerkiksi omahoito kuuluvat perusterveydenhuollon 14 vuorokauden hoitoon pääsyn piiriin.

³⁸ [STM 2019](#)

Mikäli lapsen tai nuoren tilanne edellyttäisi lääketieteellistä arviota, takuun piiriin kuuluvan hoitomuodon tarpeen toteaminen tapahtuisi osana hoidon suunnittelua ja arvion tekisi julkisen perusterveydenhuollon lääkäri. Lääkäri arvioi perusterveydenhuollon interventioiden riittävyyden ja oikea-aikaisuuden sekä erikoissairaanhoidon konsultaatioiden tai erikoissairaanhoidon ohjaamisen tarpeen.

Takuun piiriin kuuluvan psykososiaalisen hoitomenetelmän käyttö voitaisiin aloittaa tarvittaessa jo 51 a §:n 1 momentissa tai opiskeluterveydenhuoltolain 10 §:n 1 momentissa tarkoitetun ensitapaamisen aikana. Lapsen tai nuoren mahdollinen muu hoidon tarve olisi arvioitava ja varmistettava myös psykososiaalisen hoitomenetelmän toteuttamisen jälkeen.

Palveluprosessit tulisi organisoida siten, että ohjautuminen mielenterveyden hoidon piiriin sujuisi lapsen, nuoren ja perheen näkökulmasta sujuvasti. Silloin kun ei olisi tarvetta mielenterveyden häiriön hoidolle, vaan kyse olisi ehkäisevästä työstä, takuun piiriin kuuluvia psykososiaalisia 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 mielenterveyden häiriöitä ehkäiseviä ja mielenterveyttä tukevia psykososiaalisia interventioita, jotka soveltuvat sosiaalihuollon perustason palvelutehtävään ja toimintaan. Takuun piiriin kuuluvat interventiot toteutettaisiin hyvinvointialueen alueellisten linjausten mukaisesti sosiaalihuollossa lapsiperheiden ja työikäisten palvelutehtävissä siten, että niistä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittava, lasten ja nuorten tarpeisiin vastaava kokonaisuus.

Sosiaalihuollossa takuun piiriin kuuluvat psykososiaaliset työmenetelmät olisivat osa sosiaalihuoltolain 25 a §:n nojalla järjestettävien mielenterveystyön palvelujen kokonaisuutta. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 25 §:n mukaisesti sosiaalipalveluja ja muuta yksilöön ja yhteisöön kohdentuvaa toimintaa, jolla vahvistetaan lapsen tai nuoren mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, vähennetään ja poistetaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä sekä vastataan psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen. Lain 25 a §:n 2 momentin mukaisesti sosiaalihuollon mielenterveystyön palvelut täydentävät muita 14 §:ssä tarkoitettuja yksilön mielenterveyden tukemiseksi tarvittavia sosiaalipalveluja, kuten esimerkiksi sosiaaliohjausta, opiskeluhuollon kuraattoripalvelua tai kasvatus- ja perheneuvontaa.

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 hyvinvointialueen määrittämällä tavalla psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä on sovittava siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta muodostuu tarkoituksenmukainen kokonaisuus.

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 viivästyemiselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste. Esitetyn uuden 3 momentin mukaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelua koskeva päätös olisi 45 §:n 2 momentin sääntelystä poiketen toimeenpantava kuukauden kuluessa tuen tarpeen toteuttamisesta.

Toimeenpanon enimmäisaika 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 sosiaalipalvelujen henkilöstö antaa takuun piiriin kuuluvia mielenterveystyön kohdennettuja psykososiaalisia interventioita ja missä laajuudessa toimintaa toteutetaan sosiaalihuollossa. Tätä henkilöstöä voisivat olla esimerkiksi sosiaalityön, sosiaaliohjauksen, perhetyön, kasvatus- ja perheneuvonnan sekä kuraattoripalvelujen henkilöstö, mutta hallinnollisesti olisi kyse erillisestä mielenterveystyön palvelusta. 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 kehityksensä kannalta välttämättömät sosiaalipalvelut ja että palvelupolut terveydenhuoltoon ovat suunnitellut ja toimivat. Sosiaalihuollon mielenterveystyön palvelut eivät voisi korvata lapsen tai nuoren tarvitsemää, terveydenhuollon antamaa mielenterveyden hoitoa.

4.1.5 Takuun toteutumisen seuranta

Terveydenhuoltolain 55 §:ssä säädetään terveydenhuollon hoitoon pääsyn tietojen julkaisemisesta. Esityksen mukaan hyvinvointialueen olisi myös esitetyn lainsäädännön osalta julkaistava tunnusluvut siitä, miten enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Myös YTHS on velvollinen vastaavien, sitä koskevien tietojen julkaisemiseen opiskeluterveydenhuoltolain 10 d §:n mukaisesti.

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. YTHS tuottaisi edellä mainittuja tietoja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon osalta.

Toteuttaessaan esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvan psykososiaalisen intervention, työntekijä kirjaisi tekemänsä työn sisällön toimenpidekoodilla. Sosiaalihuollon toteuttaman intervention asiakastiedot ja päätöstiedot kirjattaisiin sosiaalihuollon asiakasrekisteriin, ja terveydenhuollona 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. Tiedot saataisiin tulevaisuudessa sosiaalihuollon seurantarekisterin kautta THL:n hyte-sote -tietovarannosta. Arvion mukaan sosiaalihuollon osalta tietojen keruu tulee olemaan mahdollista vasta vuonna 2026.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

Vaikutusten arviointia tehtiin hallituksen esityksen valmistelun eri vaiheissa muun muassa kuulemalla hyvinvointialueita, Kansaneläkelaitosta 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.

Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistellut arviointia valtion vuoden 2025 talousarvioesityksen yhteydessä budjettilakiesityksinä esiteltävien sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien lakimuutosten yhteisvaikutuksista mukaan lukien perus- ja ihmisoikeusnäkökulma. Arviointi julkaistaan samaan aikaan budjettilakien antamisen kanssa ja se on käytettävissä hallituksen esityksiin sisältyvien vaikutusarviointien täydentäjänä eduskuntakäsittelyssä.

Esityksellä olisi myönteisiä yhteisvaikutuksia valmisteilla olevaan kiireettömän perusterveydenhuollon hoitotakuuta koskevaan hallituksen esityksen kanssa, koska lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta kiireettömän perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaika säilyttäisiin kokonaisuudessaan nykyisessä 14 vuorokaudessa.

Sosiaaliturvaetuuksien leikkaukset yhdessä palveluihin kohdistuvien heikennysten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen korotusten kanssa voisivat ainakin välillisesti vaikuttaa myös terapiatakuun tarpeeseen ja sen toteutumiseen, jos lapsista ja nuorista huolta pitävien aikuisten ja perheiden tilanne heikkenisi. Esitetyn terapiatakuun maksuttomiin palveluihin hakeutuminen ei lisäisi perheiden kustannuksia, eikä olisi nostamassa siten myöskään tuen ja hoitoon hakeutumisen kynnyistä. Kuitenkin sosiaaliturvaetuuksien leikkausten riskinä on, että lapsuuden perheen toimeentulo-ongelmat lisäävä todennäköisyyttä muiden ongelmien kasautumiseen lapsen ja nuoren elämänsä aikana. Tällöin terapiatakuun tarjoamasta varhaisen vaiheen tuesta ja hoidosta saatava hyöty voisi jäädä arvioitua vähäisemmäksi.

Lisäksi opetus- ja kulttuuriministeriössä on valmisteilla hallituksen esitykset, joilla hallitusohjelma kirjauksen mukaisesti uudistetaan oppimisen ja koulunkäynnin tukea koskevaa sääntelyä perusopetuksessa sekä lukiokoulutuksessa ja ammatillisessa koulutuksessa. Esitysten tavoitteena olisi selkeyttää ja täsmentää oppilaan ja opiskelijan saaman tuen muotoja sekä turvata riittävä tuki siten, että tuen muodot olisivat valtakunnallisesti yhtenäiset, selkeät ja monipuoliset. Oppimisen tukea olisi oltava tarjolla yksilöllisesti ja oppilaan tarpeita vastaavasti. Näillä esityksillä olisi myönteinen, oppilaitoksissa lasten ja nuorten tukea lisäävä yhteisvaikutus terapiatakuuta koskevan esityksen kanssa.

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 otettavien psykososiaalisten menetelmien kokonaisuus on alueellisesti vaihteleva ja myös palvelujen 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, opiskeluhoitossa ja sosiaalihuoltolain mukaisena palveluna. Järjestämisvastuu edellä mainituista palveluista on pääasiassa hyvinvointialueilla. Lisäksi osan 18-22 -vuotiaiden psykososiaalisista hoidoista tuottaa YTHS osana korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuoltoa. 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

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvat interventiot muodostavat vain osan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveystyön palveluista, joten niihin ohjautuisi vain osa hoitoa ja tukea tarvitsevista lapsista, nuorista ja perheistä. Menetelmiä on monin paikoin käytössä ja nyt, ja interventioilla voidaan jossain määrin korvata muita olemassa olevia hoito- ja työmenetelmiä, eli vain osin on kyse ammattilaisten lisääntyvästä työstä. THL:n selvityksen mukaan mielenterveyden ongelmiin liittyvä työskentely vie noin puolet kuraattorien ja psykologien yksilökohtaisen asiakastyön ajasta. Näin ollen kyse olisi sekä asiakastyön vaikuttavuusnäyttöön perustuvan sisällön vahvistamisesta että sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveystyön palvelujen saatavuuden parantamisesta takuun piiriin kuuluvia interventioita antavaa henkilöstöä lisäämällä.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien asiakkaiden määrien arviointi on hyvin haastavaa. Asiakasmääriä arvioitaessa on jouduttu tekemään arviot:

- keskeisten häiriöiden kokonaisilmaantuvuudesta,
- siitä, kuinka suuri osa asiakkaista hoidettaisiin esityksessä tarkoitetuilla interventioilla ja
- osallistumishalukkuudesta eli kuinka suuri osa niistä, joille interventiota tarjotaan, hakeutuisi niihin ja onko aiempaa niin sanottua hoito- ja palveluvelkaa.

Näiden arvioiden perusteella on pyritty saamaan kokonaisarvio siitä, miten paljon vuosittain takuun piiriin kuuluvien interventioiden saajia yhteensä olisi. Lopulliseen asiakasmäärään vaikuttavat kuitenkin myös hyvinvointialueiden valinnat esimerkiksi siitä, miten paljon ja minkä menetelmien osajia koulutetaan sekä miten paljon hyvinvointialueet panostavat muihin hoito- ja palvelumuotoihin, jotka saattavat vähentää takuun piiriin kuuluvien interventioiden tarvetta.

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 näiden häiriöiden ennaltaehkäisyyn, hoidon ja tuen piiriin.

Mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito ovat kuitenkin 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 perusterveydenhuololle. Osa hoidosta järjestetään digiavusteisesti esimerkiksi nettiterapiana tai omahoitona. Vakavien tai komplisoituneiden mielenterveyden häiriöiden tutkimus ja hoito kuuluvat erikoissairaanhoidon. Hoidon ja kuntoutuksen palveluja täydennetään yksityisten palveluntuottajien tuottamilla 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 siis vain osan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveystyön hoito- ja tukimuodoista, 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 tai jonkin muun hoito- tai tukimuodon vastatessa paremmin lapsen, nuoren tai perheen tarpeisiin. Osin kyseessä olisi ammattilaisten työtapojen kehittämiseen liittyvä muutos, joka voisi osaltaan myös tiivistää ja tehostaa aiempaa työskentelyä lasten, nuorten ja perheiden kanssa. Laskelmiin on tehty arvio siitä, miten suuri osa ilmaantuvuuden perusteella arvioiduista kokonaisuudesta ohjautuisi takuun piiriin kuuluviin interventioihin. Arvio on tehty asiantuntijoiden yhteistyönä hyödyntäen valtionavustushankkeista, selvityksistä ja tutkimuksista koostettua tietoa. Lisäksi on huomioitava, että myös takuun ulkopuolella olevat hoitomuodot lisääntyvät ja monimuotoistuvat.

Samaan aikaan tämän esityksen kanssa on valmisteltu hallituksen esitystä, jossa ehdotetaan, että 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta kiirettömässä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa luovuttaisiin 23 vuotta täyttäneiden osalta, ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautetaan aiempi kolme kuukautta. Esitetyn lasten ja nuorten terapiatakuun piiriin kuuluvan ikäryhmän osalta kiirettömän perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsyn nykytila säilytettäisiin kokonaisuudessaan, eikä hoitoon pääsyn enimmäisajan esitetyillä muutoksilla siten olisi vaikutuksia tämän esityksen piirissä olevien interventioiden saamiseen.

Lasten käyttäytymisen ja tarkkaavuuden säätelyn ongelmat, lasten ahdistuneisuus sekä nuorten masennus ja ahdistuneisuus kattavat ikäryhmästä riippuen 70-90 prosenttia palvelujärjestelmän asiakkaita, ja näihin on siellä jo käytössä vaikutusnäyttöä omaavia psykososiaalisia menetelmiä. Lisäksi on olemassa harvinaisempia ongelmia ja häiriöitä, joiden osalta on vaikeaa tarkasti ennakoita asiakasmäärien ja kustannusten kehitystä. Kaikkiin häiriöihin ei vielä ole olemassa strukturoituja psykososiaalisia menetelmiä tai menetelmillä ei vielä ole tarvittavaa vaikuttavuusnäyttöä. Laskelmissa on kuitenkin huomioitu myös vähemmän yleisten häiriöiden vuoksi hoitoa tarvitsevien määrä ja vuosittaiset kustannukset, jotta interventioiden valikoimaa voidaan myös niiden osalta kehittää ja laajentaa.

Psykososiaalisia menetelmiä on osana mielenterveysstrategian toimeenpanoa otettu käyttöön vuodesta 2020 lähtien perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa ja opiskeluhuollossa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö -ohjelman ja Suomen kestävän kasvun -ohjelman rahoituksilla. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö -ohjelman hankkeista koottiin helmikuussa 2024 tiedot niissä koulutettujen eri menetelmien osaajien ja ohjaajien määristä. Suomen kestävän kasvun -ohjelman rahoitusta saaneista hankkeista ei vielä ole keskitetysti koottua raportointia. Voidaan kuitenkin olettaa, että jo olemassa oleva psykososiaalisten menetelmien saatavuus on riittänyt vastaamaan vähintään aiempaan tarpeeseen.

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	82
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

Lisäksi asiakasmääriä arvioitaessa 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 käyttöönotossa 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 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 hyödyntäen valtionavustushankkeissa saatuja kokemuksia. Osallistumishalukkuus vaihtelee menetelmittäin ja ikäryhmittäin, mikä on huomioitu arvioissa.

Kustannusten laskenta

Asiakkaat saisivat esityksen mukaisia palveluja perusterveydenhuollossa, opiskeluhoollossa tai sosiaalihuollossa. Takuun piiriin kuuluvien asiakkaiden kokonaismäärä ratkaisee kokonaiskustannukset, ei se, miten niiden antaminen jakautuu sosiaali- ja terveydenhuollon kesken. Esitys ei myöskään laajenna sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtävän mielenterveystyön piiriin kuuluvien lasten tai nuorten määrää. Hyvinvointialueiden aluekohtaisten palvelujen organisoitumisen kokonaisuudesta ja paikallisista ratkaisuksista riippuu, missä palveluissa takuun piirissä olevia interventioita annetaan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon lakisääteisten tehtävien määrittelemissä rajoissa. Nämä ratkaisut eivät kuitenkaan vaikuta oleellisesti kokonaiskustannuksiin. Takuun piiriin kuuluvien interventioiden vuosittaiset kokonaiskustannukset muodostuvat siten valittujen menetelmien yksikkökustannuksista ja asiakkaiden kokonaismäärästä.

Sosiaalihuollossa on terveydenhuollosta poikkeavia hallinnollisia vaiheita (muun muassa palvelutarpeen arviointi ja päätöksenteko), jotka koskisivat myös takuun piiriin kuuluvia mielenterveystyön palveluita. Ylimääräistä hallinnollista työtä tulee niiden asiakkaiden osalta, jotka eivät muuten olisi tulleet sosiaalihuollon palveluun. Arvion mukaan tämä ryhmä olisi pieni. Sosiaalihuollossa käytetään jo nyt esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia määrämuotoisia psykososiaalisia työmenetelmiä, ja vanhemmuuteen liittyvät tuen tarpeet sekä lasten ja nuorten kasvuun, kehitykseen ja hyvinvointiin liittyvät haasteet ovat tavanomaisia syitä hakeutua sosiaalihuollon piiriin. Lainsäädännön soveltamisen tueksi annettavalla ohjauksella ja koulutuksella voidaan selkeyttää palveluun ohjautumista ja sitä kautta vähentää esimerkiksi tarvetta muutoksenhauille.

Laskelmissa interventioiden yksikkökustannusarvioiden pohjana on käytetty yleisimpien hyvinvointialueiden tähän mennessä käyttöön ottamien menetelmien yksikkökustannuksia. Näin ollen laskelmat perustuvat niiden menetelmien yksikkökustannuksiin, joilla kussakin ikäryhmässä katetaan tällä hetkellä valtaosa (70-80 prosenttia) perustasolla annetuista takuun piirissä olevista interventioista. Laskelmat ovat suuntaa-antavia esimerkkejä, sillä menetelmien kokonaisuus ei ole kansallisesti yhteneväinen. On myös huomioitava, että psykososiaalisten menetelmien kokonaisuus on jatkuvasti kehittyvä, ja käytettävät menetelmät saattavat olla myös muita kuin laskelmien pohjana olevat.

Menetelmien yksikkökustannukset vaihtelevat toteutustavan (yksilö- vai ryhmämuotoinen) ja pituuden mukaan. Takuun piiriin kuuluvien interventioiden kokonaiskustannusten kehitykseen vaikuttaa siten 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, millaiset kustannukset psykososiaalisten menetelmien antaminen voisi hyvinvointialueille aiheuttaa. Esityksessä on kustannusten laskennan pohjana käytetty erilaisia ja erihintaisia menetelmiä, joten voidaan olettaa, että myös tulevaisuudessa käyttöön otettavat menetelmät ovat todennäköisesti keskimäärin kustannuksiltaan samaa luokkaa. Seuraavassa käytetään hoito-sanaa kuvaamaan myös ehkäisyn ja tuen menetelmien käyttöä.

Menetelmien yksikkökustannukset vastaavat pitkälti niiden antamiseen kuluvan työajan henkilöstökustannuksia. Näin ollen esitetyn lainsäädännön osalta hyvinvointialueille ja Kansaneläkelaitokselle osoitettava lisärahoitus kattaa takuun piiriin kuuluvien interventioiden antamiseen palkattavan lisähenkilöstön kustannukset. Arvioissa ei ole otettu huomioon, että osa takuun piiriin kuuluvien interventioiden antamiseen käytettävästä työajasta korvaa nykyään muilla tavoilla annettavaa tukea ja että henkilöstöä on jo koulutettu psykososiaalisten menetelmien antamiseen. Näin ollen lisähenkilöstön palkkaamiseen liittyvä kustannusarvio on tältä osin yliarvio.

Kustannuksiin tuo kuitenkin epävarmuutta se, miten palvelu saadaan tuotettua määräajassa ja tuoko se painetta esimerkiksi ostopalvelujen ja vuokratyön lisäämiseen. Lainsäädännön toimeenpanon alkuvaiheessa painetta tuo myös se, onko käytettävissä riittävästi menetelmien antamiseen koulutettuja työntekijöitä. Huoli liittyy erityisesti lyhytpsykoterapiaan, jonka tämänhetkinen saatavuus ei vastaa tarvetta ja jonka antaminen edellyttää pitkäaikaista koulutusta.

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, käynnin yksikkökustannus 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. Laskelmissa 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. Hyvinvointialueelle aiheutuvat kustannukset olisivat noin 2 000 euroa per lapsi, joten tämän intervention kokonaiskustannukset olisivat 3,4 miljoonaa euroa.
- Intensiivisempi interventio (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 kuvatut interventiot ovat esimerkkejä interventioista, joita tällä hetkellä on käytössä lasten yleisimpien mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon. Edellä mainittujen häiriöiden lisäksi lapsilla on myös vähemmän yleisiä 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 (käynnin yksikkökustannus 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, käynnin yksikkökustannus 80-120 euroa, joten yhteensä noin 1 100 euroa).
- Yhteensä kustannukset olisivat arviolta noin 8,6 miljoonaa euroa.

Edellä kuvatut interventiot ovat esimerkkejä interventioista, joita tällä hetkellä on käytössä lasten yleisimpien mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon. Edellä mainittujen 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 aikuisista. 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) neljäsoosan oletetaan tarvitsevan nettiterapiaa (ei kuulu takuun piiriin) ja neljäsoosa lyhytintervention (1 896 asiakasta, keskimääräinen kustannus 694 euroa/asiakas).
- Kaikista perusterveydenhuollon asiakkaista neljäsoosan (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 palvelujen piirissä oli 73 000 alle 23-vuotiasta korkeakouluopiskelijaa. 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. Yliopistosairaalat huolehtivat alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta. Koordinaatiovelvollisuus on siten jo olemassa oleva velvoite. Hyvinvointialueet sopisivat järjestämislain 36 §:ssä säädetystä yhteistyösopimuksessa myös takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien osaamisen ylläpidon rahoituksesta. Koska esitetyn lainsäädännön vuoksi koulutustarpeen volyyymi kasvaa, lisärahoitusta on arvioitu tarvittavan myös takuun piiriin kuuluvien menetelmien koulutuksen ja ohjauksen järjestämiseen.

Menetelmien koulutuksen ja ohjauksen järjestäminen koostuu kahdesta kokonaisuudesta:

- koulutukseen- ja koordinointiin tarvittava henkilöstö (mukaan lukien kouluttajilta edellytetty kouluttajataso osaaminen),
- digitaalisesti toteutettavan koulutuksen edellyttämä kehittämissä ja ylläpito (sisältö ja tekninen ratkaisu).

Kustannuksia on mahdollista hillitä tehokkaalla yhteistyöllä ja keskinäisellä työnjaolla. Kummankin kokonaisuuden lopullisiin kustannuksiin vaikuttavat siten koulutuksen organisointitavat sekä hyvinvointialueiden sopima työnjako ja kansallinen yhteistyö. Esityksen kustannusarviossa on hyödynnetty valtionosuushankkeissa saatuja tietoja ja kokemuksia, koska lopulliset organisointi- ja rahoitustavat eivät ole vielä tiedossa.

Kaikkiaan hyvinvointialueiden koulutus- ja koordinoitintoimintaan lasten, nuorten ja nuorten aikuisten osalta on tässä arvioitu tarvittavan vuosittain 900 000 euroa yhteistyöaluetta kohden. Tästä 650 000 euroa on arvioitu tarvittavan läsnäolokoulutuksiin ja koulutuksen koordinointiin.

Digitaalisesti toteutettavaan koulutukseen on puolestaan arvioitu tarvittavan vuosittain 250 000 euroa yhteistyöaluetta kohden. Koko maassa näiden yhteissumma olisi viideltä yhteistoiminta-alueelta arviolta vuosittain 4,5 miljoonaa euroa. Laskelma on suuntaa antava. Kustannusten arviointiin sisältyy joka tapauksessa epävarmuutta, koska alueiden ja eri toimijoiden roolit ja työnjaot menetelmien ylläpidossa saattavat jatkossa kehittyä ja muuttua olennaisestikin.

Laskelmassa osaamisen ylläpidon on arvioitu edellyttävän kehittäjälääkäriin 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.

Edellä kuvatun resurssin kustannuksia on arvioitu Itä-Suomen yhteistyöalueen kustannusarvion pohjalta, koska se on ainoa tähän mennessä vakiinnutettu työryhmä. Nuorten osalta tehty kustannusarvio 215 000 euroa kattoi henkilöstökustannusten lisäksi myös muut kustannukset³⁹. Itä-Suomen yhteistyöalueella 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 kehittäjälääkäri 20 prosentin työajalla. Jos oletetaan, että myös lasten ja nuorten aikuisten osalta tarvittaisiin vastaavat resurssit, olisivat läsnäolokoulutusten ja koulutuksen koordinoimisen kokonaiskustannukset yhteensä edellä mainittu 650 000 euroa yhteistyöaluetta kohden. Kustannukset koskevat kahden yleisimmin käytetyn menetelmän käyttöönottoa ja ylläpitämistä.

Paitsi koulutuskustannusten, myös henkilöstön saatavuuden kannalta on tarpeen kehittää paitsi läsnäolokoulutuksia, myös digitaalisesti toteutettavaa koulutusta. Läsnäolokoulutuksilla on suuremmat välilliset kustannukset, sillä ne sitovat enemmän henkilöstöresursseja. Digitaalisesti toteutettaviin koulutuksiin liittyy kuitenkin samanlainen läsnä toteutetun menetelmäohjauksen tarve kuin läsnäolokoulutuksiin.

Osa teoreettisesta koulutuksesta toteutetaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa ja Suomen kestävä kasvun -ohjelmassa jo kehitetyllä digitaalisella koulutusalueella, jonka käyttö on maksutonta hankekauden aikana vuoteen 2025 saakka. Hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteellista ja koulutustoiminnan järjestäminen kuuluu hyvinvointialueiden itsehallinnon piiriin, joten hyvinvointialueiden on keskenään sovittava digitaalisen koulutustoiminnan jatkosta.

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 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.

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

³⁹ Kustannusarvioon sisältyivät esimerkiksi psykososiaalisten menetelmien kokonaiskoordinaatio, koulutus (ml. kertauskoulutukset, menetelmäohjaus ja workshopit), käyttöönoton tuki ja juurruttaminen (implementaatio), osaajarekisterin ylläpito, osaajavajeiden tunnistaminen ja lisäkoulutukset.

työntekijä olisi koulutuksen vuoksi poissa asiakas- tai potilastyöstä kaksi päivää ja keskimääräinen työtunnin yksikkökustannus 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 niihin kuudesosan työajastaan.

Taulukko 2. Yhteenveto kustannusarvioista

Koko vuoden kustannukset vuoden 2025 tasossa (laki voimaan 1.5.2025)		
Miljoona euroa	Hyvinvointialueiden kustannukset	YTHS:n kustannukset
		Rahoitus: 77 % valtio ja 23 % opiskelijat (ei muutosta voimassa olevaan)
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 (8 kk=22,2)	2,4 (8 kk=1,6)
Valtion rahoitus yhteensä	33,2 (8 kk=22,2)	1,8 (8 kk=1,2)

Esityksessä ehdotetaan lakien voimaantuloa 1.5.2025, jolloin hyvinvointialueiden kustannukset olisivat vuonna 2025 yhteensä 22,2 miljoonaa euroa ja YTHS:n 1,6 miljoonaa euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi noin 1,2 milj. euroa. Valtion rahoitusosuus olisi yhteensä 23,4 miljoonaa euroa.

Tietojärjestelmäkustannukset

Hyvinvointialueilla ja YTHS:llä tulisi olla asiakas- ja potilastietojärjestelmiin liittyvät toiminnot takuun seurantaan. Terveystietojärjestelmässä (ml. YTHS) toiminnot ovat jo olemassa, koska hoitoon pääsy ja siihen liittyvä lakisääteinen seurantavelvoite on ollut voimassa jo

aiemmin. Esitetyn lainsäädännön osalta järjestelmiin täytyy tehdä enimmäisaikojen seurantaan liittyviä täydennyksiä. Terveydenhuollon asiakastietojärjestelmiin tulisi määrittää esitetyn lainsäädännön mukaiset hoidon tarpeen arvion tuloskoodit. Järjestäjien osalta aiheutuvia kustannuksia on vaikea arvioida. Kansallisella tasolla tavoitteena on toteuttaa muutoksia kokonaisuutena yhdessä terveydenhuoltolain 51 a §:n hoitoon pääsyn enimmäisaikoihin esitettyjen muutosten valmistelun kanssa.

Sosiaalihuollon osalta takuun toteutumisen enimmäisaikoja voidaan seurata mielenterveystyön palvelusta annettavan päätöksen toimeenpanon aikoja seuraamalla. Tiedot saataisiin tulevaisuudessa sosiaalihuollon seurantarekisterin kautta THL:n hyte-sote -tietovarannosta. Määräajan seuranta voidaan tehdä arvioasiakirjan, palvelusta annettavan päätöksen ja palvelun aloittamista koskevan asiakasasiakirjamerkinnän päivämäärien avulla. Alustavan arvion mukaan tämä ei edellyttäisi uusia tietojärjestelmätoteutuksia hyvinvointialueilla. Tarkemman menetelmäkohtaisen seurannan toteuttaminen edellyttäisi toimenpidekoodien käyttöönottoa. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiin tarvitaan muutoksia mielenterveystyön palveluja kuvaaviin toimenpidekoodeihin liittyen. Nämä toimenpiteet voidaan toteuttaa osana laajempaa sosiaalihuollon tietoperustan vahvistamista.

THL:n mukaan takuun piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien käyttö sosiaalihuollossa tulee todennäköisesti olemaan alkuvaiheessa varsin vähäistä ja arvioi siksi, ettei tietojärjestelmämuutoksia kannata suunnitella ja toteuttaa ennen kuin Kanta-palveluihin rakenteellisesti tallentavien järjestelmien käytöstä on kokemuksia. Kirjaamiseen liittyvien muutosten osalta tarvitaan henkilöstöresurssia muutoksen ohjaamiseen. Lisähenkilöstön rekrytointitarvetta on kuvattu edellä kustannusten laskenta -osiossa.

Toimitilakustannukset

Uudistuksella ei olisi merkittäviä vaikutuksia toimitiloihin, koska interventiot toteutettaisiin nykyisissä palveluissa.

THL:n ja valvontaviranomaisten kustannukset

Takuun toteutumisen seurannassa olisi osin kyse perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä vastaavasta enimmäisaikojen toteutumisen seurannasta ja valvonnasta, joka liittyisi myös sosiaalihuollon perustason palvelujen toimintaan. Hyvinvointialueen ja YTHS:n olisi julkaistava kuukauden välein yleisessä tietoverkossa tunnusluvut siitä, miten terveydenhuoltolain 53 §:ssä 1 momentissa tai opiskeluterveydenhuoltolain 10 a § 4 momentissa 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. Hyvinvointialueiden ja YTHS:n omavalvonta on ensisijaista, ja esimerkiksi muistutukset ja kantelut ohjautuvat ensisijaisesti niille, mutta ainakin väliaikaisesti uusi lainsäädäntö voisi aiheuttaa lisätyötä myös aluehallintovirastoille ja Valviralle. Valvira ja aluehallintovirastot määrittävät vuosittain valvontakohteiden painopisteet. Vuonna 2024 toiminnassa on painotettu muun muassa perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn, lapsiperheiden palveluiden sekä perustason mielenterveys ja päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisen valvontaa.

Lainsäädännön toimeenpanovaiheessa annetulla hyvällä kansallisella ohjauksella ja koulutuksella voidaan vähentää jälkikäteisvalvonnan tarvetta. Valvontaviranomaisiin liittyviä vaikutuksia arvioidaan myös viranomaisvaikutuksia käsittelevässä osiossa.

Vankiterveydenhuollon ja vastaanottopalvelujen 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 täyttyä. 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 palvelujen 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 terveyspalvelut.

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. Vastaanottopalvelujen piirissä olevat lapset saavat tarvittaessa tukea myös opiskeluhoitopalveluista 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. Myös järjestämislain 56 § terveydenhuollon järjestämisestä eräissä tapauksissa ja 56 a § terveydenhuollon järjestämistä tietyille hyvinvointialueella oleskeleville henkilöille tulee huomioida arvioitaessa oikeutta välttämättömiin sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Maahanmuuttovirasto on kehittänyt vastaanottojärjestelmän mielenterveystyötä, ja henkilöstöä on perehdytetty lapsia, nuoria ja perheitä tukeviin 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 arvioitu olevan 290 000 korkeakouluopiskelijaa. Ehdotuksesta aiheutuvasta 2,4 miljoonan lisäkustannuksesta korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon opiskelijoiden maksettavaksi tulisi 0,6 miljoonaa euroa vuonna 2026. Tämä tarkoittaisi opiskelijoille arviolta 2,40 euron korotusta vuodessa eli 1,20 euroa lukukaudessa. Vaikutuksen arvioidaan näin ollen olevan pieni. Korkeakouluopiskelijoiden terveydenhoitomaksu perustuu osaltaan opiskelijamäärän arvioihin. Mikäli opiskelijamäärä kehittyy nousujohteisesti kuten edeltävinä vuosina, on vaikutus terveydenhoitomaksuun todennäköisesti edellä arvioitua pienempi. YTHS:n rahoituksen jakautumisen suhteeseen opiskelijoiden ja valtion välille ei esitetä muutoksia.

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 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

Lukuun ottamatta nuorille aikuisille annettavaa lyhytpsykoterapiaa, esityksen mukaisia interventioita ei tällä hetkellä juurikaan osteta yksityisiltä palveluntuottajilta. Lyhytpsykoterapia sen sijaan hankitaan pääasiassa ostopalveluina tai palvelusetelillä yrityksiltä tai itsenäisiltä ammatinharjoittajilta, koska sitä tuotetaan tällä hetkellä hyvin vähän hyvinvointialueiden omana toimintana.

Ostopalvelujen käyttöön tuo painetta se, että esityksen mukaisiin interventioihin säädettäisiin määräaika. Ostopalvelujen tuleva kehitys riippuu hyvinvointialueiden päätöksistä, mutta todennäköisesti ostopalveluja hankittaisiin kuitenkin jatkossakin suunnilleen samoin, kuin nyt eli ostopalveluja käytettäisiin pääasiassa lyhytpsykoterapiassa. Taloudellisten vaikutusten arvioinnissa lyhytpsykoterapian asiakasmääräksi arvioitiin noin 2 300 ja kustannukseksi 6,1 miljoonaa euroa vuodessa.

Tähän vaikuttaa muun muassa se, että hankerahoituksella on koulutettu lyhytinterventioiden osaajiksi pääasiassa julkisten palveluntuottajien työntekijöitä eikä yksityisellä sektorilla ole lyhytpsykoterapiaa lukuun ottamatta ainakaan vielä paljon tarjontaa. Mikäli hyvinvointialueet kouluttavat edelleen työntekijöitään esityksen mukaisten menetelmien osaajiksi, se vähentää painetta ostopalvelujen tarpeeseen. Tulevaisuudessa myös yksityiset palveluntuottajat saattavat kouluttaa työntekijöitään lyhytinterventioiden tai lyhytpsykoterapioiden käyttöön, jos esimerkiksi työterveyshuoltoa tarjoavat yritykset haluavat lisätä palveluihinsa mielenterveyden tukea. Tällöin nämä yritykset saattaisivat alkaa tarjoamaan palvelujaan myös esityksen mukaisiin palveluihin hyvinvointialueiden ostettaviksi. Lyhytpsykoterapian ostopalvelujen kasvua rajoittaa pula psykoterapeuteista. Heistä on pulaa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla ja sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa. Lyhytpsykoterapian tarpeeseen ja sitä

kautta myös ostopalvelujen kehitykseen vaikuttaa myös se, miten hyvinvointialueet painottavat eri menetelmiä eli lisätäänkö tarjontaa kevyempiin lyhytinterventioihin ja muuhun perustason mielenterveyspalveluihin.

Osan 18-22 -vuotiaiden psykososiaalisista hoidoista tuottaisi YTHS osana korkeakouluopiskelijoiden opiskelijaterveydenhuoltoa. Myös YTHS ostaa osan palveluista yksityisiltä palveluntuottajilta, mutta ei ole tietoa, kuinka suuri osa YTHS:n 2,4 miljoonan euron kokonaiskustannuksista (esityksen mukaisiin menetelmiin) käytettäisiin ostopalveluihin.

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 joukossa⁴⁰. Nuorena mielialahäiriöiden takia sairaalahoidossa olleista alle puolet on töissä 25 ikävuoden jälkeen.⁴¹ 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.⁴² 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.

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan hankkeessa arvioitiin, että Suomessa mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairauspäiväraha- ja sairausvakuutusmaksut 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 kustannuksia⁴³. Eri maiden erilaisen palvelu- ja kustannusrakenteen vuoksi arvio säästöjen suuruudesta ei kuitenkaan ole sellaisenaan sovellettavissa Suomeen⁴⁴.

⁴⁰ Health at a glance: Europe 2018

⁴¹ Hakulinen ym. 2019

⁴² Chisholm ym. 2016

⁴³ Wahlbeck ym. 2017

⁴⁴ Knapp ym. 2011

4.2.2 Viranomaisvaikutukset

4.2.2.1 Kansalliset vaikutukset

Kansalliset viranomaisvaikutukset liittyisivät palvelujen järjestämisen ohjaamiseen, palvelujen 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 säättäminen 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 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 palvelujen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista palvelujen vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Lisäksi selvitetään mahdollisuus säätää kansallisesta toimijasta, jolla olisi toimivalta linjata sitovasti menetelmien ja palvelujen kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta sen ulkopuolelle. Nämä toimenpiteet etenevät käytäntöön kuitenkin vasta myöhemmin, joten esitetyn lainsäädännön toimeenpanoa olisi ohjattava ja tuettava sekä kansallisin että alueellisin ratkaisuin. Kansallisen yhdenvertaisuuden tukemiseksi sosiaali- ja terveysministeriö tulee toteuttamaan kansallista ohjausta lainsäädännön toimeenpanon tueksi esimerkiksi lain soveltamiseen liittyvän tukimateriaalin muodossa. Lisäksi vuoden 2024 aikana selvitetään, onko mahdollista laatia kansallinen suositus lasten ja nuorten psykososiaalisista menetelmistä yhteistyöalueilla tehtävien ratkaisujen tueksi. Myös muiden täydentävien toimenpiteiden tarvetta tullaan arvioimaan.

Esitetty lainsäädäntö muodostaisi takuun piiriin kuuluvien hoitojen ja palvelujen pääsyle muihin hoitoihin ja sosiaalipalveluihin verrattuna erilaiset enimmäisajat terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolakeihin. 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 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 käyttönotossa keskeistä on huolellinen valmistelu, laadukas koulutus ja käytön ohjaus, toimiva johtaminen sekä pitkäjänteinen tuki.⁴⁵ 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 erikoissairaanhoidon väliseen työnjakoon.

Psykososiaalisten menetelmien valinta ja kokonaisuuden koordinointi

Esitetyllä lainsäädännöllä olisi vaikutuksia hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksiin, joita ollaan vuoden 2024 aikana laadittu ensimmäistä kertaa. Järjestämislain 37 §:n 4 momentin mukaisesti yhteistyösopimusta on tarvittaessa muutettava. Muutos voi perustua yhden tai useamman hyvinvointialueen esitykseen tai sosiaali- ja terveysministeriön aloitteeseen. Näin ollen esitetyn lainsäädännön hyväksymisen myötä viiden yhteistyöalueen yhteistyösopimusten sisältöä tarkennettaisiin hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetuksen 2 a §:n osalta. Tässä prosessissa tulisi varmistaa, että tehdyt sopimukset turvaavat lainsäädännön toimeenpanoa ja varmistavat psykososiaalisten menetelmien osaamisen ja laadukkaan soveltamisen alueella.

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. Ristiriidat voisivat johtaa hyvinvointialueiden väliseen eriarvoisuuteen hoidon ja tuen saatavuudessa, eikä alueiden välisellä yhteistyöllä muodostuvia taloudellisia etuja saavutettaisi. 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 olivat pääosin yhtä mieltä siitä, että menetelmien valinta sekä osaamisen ylläpito tulisi tehdä yhteistyöalueen tasolla. 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. Toisaalta myös kansallista ohjausta pidettiin tärkeänä.

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 palvelujen kokonaisuus on sirpaleinen. Tämä voi näyttäytyä myös esitetyn lainsäädännön toimeenpanossa. Toisaalta, esitetty lainsäädäntö muodostaa konkreettisen vaateen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön vahvistamiselle. Toimivan mielenterveyden tukemisen ja hoidon kokonaisuuden rakentaminen

⁴⁵ [Isokuorti 2023](#)

tehostaisi hyvinvointialueiden toimintaa ja vahvistaisi asiakaslähtöistä palvelujärjestelmän toimintaa.

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. Esitetyllä lainsäädännöllä ei kuitenkaan yksinään pystytä vastaamaan lasten ja nuorten lisääntyneeseen mielenterveyden kuormitukseen, joten hyvinvointialueiden tulisi edelleen jatkaa mielenterveystyön 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- että terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen vahvistamista takuun piiriin kuuluvissa menetelmissä. Keskeisimpiä ammattiryhmiä olisivat ainakin sairaan- ja terveydenhoitajat, sosionomit, opiskeluhuollon kuraattorit, sosiaalityöntekijät ja psykologit.

Monilla alueilla etenkin opiskeluhuollon kuraattoreja on koulutettu valtionavustushankkeiden rahoituksella psykososiaalisten menetelmien osaajiksi. Opiskeluhuollossa psykososiaalisen menetelmäkoulutuksen suorittamisen on todettu lisänneen kokemusta auttamismahdollisuuksista mielenterveysasioissa.⁴⁶ Menetelmien käyttöönottolla voitaisiin näin ollen vahvistaa työntekijöiden hyvinvointia ja työhön sitoutumista. Toisaalta menetelmien käyttöönotto voi aiheuttaa henkilöstölle myös kuormitusta. Siksi hyvinvointialueilla tulisi edetä menetelmien käyttöönotossa asteittain ja prosessia jatkuvasti arvioiden.⁴⁷

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, kun hyvinvointialuetasoisella suunnittelulla on ollut mahdollista löytää henkilöstön riittävyttä tukevia ratkaisuja. Henkilöstön saatavuus vaihtelee alueittain ja ammattiryhmittäin. Haasteita on erityisesti sairaanhoitajien, lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden rekrytoinnissa.⁴⁸

⁴⁶ [Kohti yhteistä työtä hyvinvointialueilla \(julkari.fi\)](#)

⁴⁷ Isokuorti 2023

⁴⁸ STM 2024:1

Lisähenkilöstön palkkaamisen tarpeet kohdentuvat sosiaalihuollon osalta lapsiperheiden ja työikäisten palvelujen palvelutehtäviin. Sosiaalihuollon työvoimapula painottuu etenkin ympärivuorokautiseen hoivaan ja sosiaalityöntekijöihin. Sosionomien ja opiskeluhoollon kuraattorien työvoimatilanne on huomattavasti parempi. Lisähenkilöstön rekrytointia helpottaa myös se, että sosiaalityöntekijöiden rekrytoiminen esimerkiksi perheiden varhaisen tuen tehtäviin on helpompaa verrattuna lastensuojelun sosiaalityöhön. Terveystuollon osalta työvoiman rekrytointihaasteet ovat helpottumassa. Työ- ja elinkeinoministeriön ja työnantajilta kerätyn tilannetiedon perusteella työvoimapulan vähentymisestä etenkin sairaanhoitajien osalta on selviä merkkejä.

Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja mielenterveyden vahvistaminen on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen tehtävä. Esitetyssä lainsäädännössä on pyritty huomioimaan, että eri ammattiryhmiä voitaisiin hyödyntää mahdollisimman laajasti sekä sosiaali- että terveydenhuollosta. Tämä osaltaan edesauttaisi lisähenkilöstön rekrytoinnissa onnistumista. Hallituksen esityksen valmisteluun liittyvissä kuulemisissa hyvinvointialueiden yhteneväisenä kantana oli, että etenkin opiskeluhoollon kuraattorien ja kasvatus- ja perheneuvonnan henkilöstön ja sitä kautta myös sosiaalihuollon on tärkeää olla mukana takuun toteutuksessa, koska tätä henkilöstöä on jo koulutettu psykososiaalisten työmenetelmien käyttöön.

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.

Hyvän työn ohjelman toimenpidesuunnitelman⁴⁹ mukaisesti muun muassa lisätään aloituspaikkoja molemmilla kansalliskielillä erityisesti aloilla ja alueilla, joilla on suurin työvoimapula. Lisäksi parannetaan psykoterapeuttien saatavuutta kehittämällä mielenterveysalan ammattilaisten koulutusta siten, että se mahdollistaa hoidon painopisteen siirtämisen alkuvaiheen matalan kynnyksen peruspalveluihin. Hyvän työn ohjelmassa myös vahvistetaan psykoterapiapalvelujen saatavuutta uudistamalla psykoterapeuttikoulutusta kaksiportaiseksi, säädetään ensimmäisen portaan koulutus maksuttomaksi ja kehitetään varhaisen mielenterveyden tukemisen koulutusta osaksi muidenkin ammattiryhmien koulutusta. Hyvän työn ohjelmassa myös vähennetään hallitusohjelman mukaisesti ammattihenkilöstöltä vaadittavan kirjallisen työn määrää ja lisätään mahdollisuuksia kohdentaa työaikaa asiakastyöhön. Lisäksi selkeytetään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työnjakoa ja tarkastellaan kelpoisuusehtoja.

Esityksen piirissä olevia interventioita voidaan siis antaa joustavasti eri palveluissa ja erilaisten ammattilaisten toimesta. Tämä mahdollistaa muun muassa sen, että hyvinvointialueet voivat valita koulutettaviksi ja menetelmien antajiksi niiden palvelujen työntekijöitä ja niiden ammattien edustajia, joissa heidän alueellaan on parempi saatavuus. Lisäksi, vaikka esimerkiksi sairaanhoitajista ja sosiaalityöntekijöistä on yleisesti pulaa, heidän saatavuutensa on parempi lasten ja nuorten varhaisen tuen palveluissa, kuin muissa palveluissa.

⁴⁹ STM 2024:11

Ammateittain ja palveluittain vaihtelee se, korvaisivatko takuun piiriin kuuluvat psykososiaaliset interventiot aiemmin muulla tavoin lapsille ja nuorille annettua hoitoa ja tukea vai olisiko kyse lisähenkilöstön tarpeesta. Kuten työllisyysvaikutukset –luvussa on todettu, 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. Interventioiden edellyttämä työpanos merkitsisi noin viiden prosentin lisäystä toimialoilla terveyskeskus- ja vastaavat yleislääkäripalvelut (86210) ja muut muualla luokittelemattomat sosiaalihuollon avopalvelut (88999) 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. Sen perusteella voidaan kuitenkin arvioida, että esityksen toimeenpano ei vaadi merkittävää henkilöstön lisäystä eikä henkilöstön saatavuus siten todennäköisesti vaaranna uudistuksen toimeenpanoa.

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.⁵⁰ Ehdotettu uusi sääntely toisi osaltaan näihin käytäntöihin muutoksia, jos opiskeluhoollon kuraattorit tai kasvatus- ja perheneuvonnan henkilöstö osallistuisivat takuun piiriin kuuluvien interventioiden antamiseen. Kyse ei kuitenkaan olisi uudesta lakisääteisestä velvoitteesta sosiaalihuollolle.

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 ja YTHS:illä. 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.

4.2.3 Muut ihmisiin kohdistuvat yhteiskunnalliset vaikutukset

4.2.3.1 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 jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut 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 riittävyyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka

⁵⁰ <https://www.julkari.fi/handle/10024/144565>

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 terveyspalvelut sekä julkisen vallan vastuuseen tukea perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluissa 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 ikäryhmällä, 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.⁵¹ Esityksen mukaisesti alle 23-vuotiaat nuoret olisivat tiettyjen hoitojen osalta oikeutettuja nopeampaan mielenterveyden hoitoon- ja palveluihin pääsyyn perusterveydenhuollossa kuin yli 23-vuotiaat. Yli 23-vuotiaiden mielenterveyden hoitoon sovellettaisiin koko väestöä koskevaa kiireettömän hoitoon pääsyn lainsäädäntöä, jossa sääntely liittyy ensisijaisesti ensimmäisen hoitotapahtuman turvaamiseen. Valtiontalouden nykyisessä taloustilanteessa ja säästöpainneessa on varsin mahdollista, että yli 23-vuotiaiden perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja ei hyvinvointialueilla tulisi resurssimaan samassa määrin, vaan 23 vuotta täyttäneille tarjottaisiin kapeampaa hoitovalikoimaa ja lisääntyvässä määrin digitaalisia mielenterveydenhoitomuotoja. Työterveyshuollon olisi mahdollista kehittää palvelujensa piiriin kuuluville, 23 vuotta täyttäneille mielenterveyttä tukevia, varhaisen vaiheen ja matalan kynnyksen palveluja, mutta työelämän ulkopuolella olevat jäisivät niiden palvelujen ulkopuolelle. Toisaalta eroja olisi myös työterveyspalveluja tarjoavien tahojen mielenterveyspalvelujen laajuudessa.

Edellä kuvatut hoitoon pääsyn sääntelyn erot eivät olisi kuitenkaan merkittävästi yhdenvertaisuuteen vaikuttavia. Hallitus teki 15–16.4.2024 kehysriihessä päätöksen perusterveydenhuollon kiireettömän hoitoon pääsyn sääntelyn palauttamisesta vuoden 2022 tasolle. Kesällä 2024 lausuntokierroksella olleessa luonnoksessa hallituksen esitykseksi ehdotetaan, että 14 vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta kiireettömässä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa luovutaan 23 vuotta täyttäneiden osalta, ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautetaan aiempi kolme kuukautta (STM042:00/2024). Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta säilytettäisiin kokonaisuudessaan kiireettömän perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn nykytila. Kaikissa tapauksissa hoitoon tulisi kuitenkin

⁵¹ [KOTT 2021](#)

päästä kohtuullisessa ajassa. Tämän koko väestön hoitoon pääsyä koskevan esityksen vaikutuksia perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen ei arvioida tässä hallituksen esityksessä.

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 ja pitkään jatkuneet puutteet ovat koskeneet erityisesti alaikäisten mielenterveyden hoidon kokonaisuutta, joten lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten positiivinen erityiskohtelu olisi hyväksyttävää myös yhdenvertaisuuden näkökulmasta. 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.

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 kokemuksia hyödyntäen, ottamalla käyttöön porrasteinen hoitomalli ja tehostamalla Mielenterveystalo-palvelukokonaisuuden käyttöä alueilla (omahoito-ohjelmat ja verkkoterapiat). Tämän lisäksi matalan kynnyksen palvelujen ja mielenterveysavun saatavuutta lisätään yhteistyössä muun muassa järjestöjen ja seurakuntien kanssa. Psykoterapiapalvelujen saavutettavuutta vahvistetaan uudistamalla psykoterapeuttikoulutusta kaksiportaiseksi ja säätämällä ensimmäisen portaan koulutus maksuttomaksi.

4.2.3.2 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. Esitetystä 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 aiempia tutkimuksia ja selvityksiä, joissa on käsitelty lasten ja nuorten palvelujärjestelmän tilannetta sekä heidän tarpeitaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina. Lisäksi arvioinnissa on hyödynnetty valmistelun aikana toteutetun lasten kyselyn (528 vastaajaa) sekä Ota kantaa –sivuston kaikille avoimeen kyselyyn (580 vastaajaa) vastauksia. Vaikutusarvio on jaoteltu WHO:n saatavuus, saavutettavuus, hyväksyttävyyys ja laatu (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality) viitekehystä hyödyntäen. Lapsen oikeuksien komitean yleiskommentin nro 15 mukaan valtioiden tulisi varmistaa, että kaikki lasten terveystalvelut 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 ovat esittäneet 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. Psykososiaalisten menetelmien saatavuuden parantaminen vahvistaisi yhtenäisiä perustason palveluja, vähentäisi puutteellisista perustason palveluista johtuvaa ohjautumista erikoissairaanhoidon ja voisi osaltaan siten tasapainottaa palvelujärjestelmää.

Psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvat määrämuotoiset ja aikarajoitteiset hoito- ja työmenetelmät ja lyhytpsykoterapiat muodostavat vain osan mielenterveystyön kokonaisuudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Niiden käytön alue on terveydenhuollossa toteutettava mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja hoito sekä soveltuvin osin sosiaalihuollossa toteutettava mielenterveyden tukeminen, joten niiden saatavuuden vahvistaminen ei edistä yhteneväisellä tavalla kaikkea mielenterveyden hoidon saatavuutta tai vaikuta mielenterveyden taustatekijöihin.

Lasten ja nuorten keskinäisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta on huomioitava, että määrämuotoiset psykososiaaliset menetelmät ja lyhytpsykoterapiat ovat vain yksi osa mielenterveyden psykososiaalisista ja biologisista hoitomuodoista. Muut tarvittavat hoitomuodot toteutuvat yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti. Kaikkiin mielenterveyteen liittyviin hoidon ja tuen tarpeisiin ole olemassa tai ei ole tarkoituksenmukaista käyttää 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.⁵² Myös vammaisten sekä päihteitä käyttävien lasten ja nuorten tarvitsema tuki on tyypillisesti monimuotoista ja edellyttää ennen kaikkea toimivaa yhteistyötä eri ammattiryhmien ja palvelujen kesken. Tämän työn laadun vahvistaminen edellyttää monenlaisia kehittämistoimia.

Esitetty lainsäädäntö kuitenkin vahvistaisi esimerkiksi vanhemmuuden ohjauksen saatavuutta, jota voitaisiin hyödyntää osana hoidon ja tuen kokonaisuutta myös edellä mainituissa monimuotoisempaa tukea tarvitsevilla ryhmissä, ja ennaltaehkäisisi varhaisen vaiheen hoidolla ja tuella esimerkiksi lasten ja nuorten raskaamman päihdehoidon tarvetta. 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 perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitoon pääsy, jossa tuki- ja hoitotoimet toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti viimeistään 3 kuukauden enimmäisajassa, koskee kaikkien lapsiryhmien tarvitsemaa hoitoa.

Petteri Orpon hallituksen ohjelma 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

⁵² [Haltia ym. 2023](#)

käytön tehostamisen, jotka osaltaan parantaisivat hoidon ja tuen saatavuutta. Hallitusohjelman mukaisesti toteutetaan myös toimia, jotka kohdentuvat vakavasti päihteidenkäytöllä, rikoksilla ja väkivallalla oireilevien nuorten auttamiseen sekä nuorten huume- ja mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvät kysymykset. 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 joustavasti lasten, nuorten ja perheiden olisi mahdollista saada takuun piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita. Valmistelun aikana toteutetun kyselyn perusteella etenkin opiskelu- ja terveydenhuollon palvelut ja ilman lähetteitä toimivat 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 kuuluvien psykososiaalisten interventioiden käyttöönotto vahvistaisi eri ammattiryhmien osaamista oireenmukaisessa hoidossa tilanteissa, joissa lääkärin arviota ei tarvita. Tukea voisi saada joustavasti esimerkiksi neuvolan tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ohjaamana, opiskelu- ja terveydenhuollon kuraattori- ja psykologipalveluista tai muista matalan kynnyksen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Nämä ovat palveluita, joissa lapset, nuoret ja perheet jo muutoinkin asioivat. Tämä edesauttaisi myös fyysistä saavutettavuutta. Näissä palveluissa tulisi myös psykososiaalisten menetelmien käytön osalta kiinnittää erityistä huomiota 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 ja käytännössä myös YTHS:llä maksuttomia, joten ne olisivat myös taloudellisesti saavutettavia.

Määrämuotoiset menetelmät edellyttävät riittävää kykyä sanoittaa ja käsitteellistää työskentelyn kohteena olevia asioita. Ne eivät siksi sovellu lapsille ja nuorille, joilla on merkittäviä kognitiivisia rajoitteita. Myös puutteellinen kielitaito esimerkiksi maahanmuuttajalapsilla voi olla esteenä määrämuotoisesta interventiosta hyötymiselle. On myös mahdollista, että esimerkiksi kielitaidon puutteiden vuoksi lapsella, nuorella tai vanhemmillä 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 opiskelu- ja terveydenhuollon palvelujen 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 opiskeluhoitopalvelujen ja muiden matalan kynnyksen palvelujen 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 ikäveroihinsa 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 järsyä 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 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 tukemiseen, vahvistaisi tämä positiivista vuorovaikutusta perheiden arjessa. Vanhemman kasvatukseen 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 ystävyysuhteiden 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 tunnustetaan 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 huomioiduksi. Mikäli esitetty määrämuotoinen interventio ei olisi soveltuva lapselle ja hän jättäisi siksi sen kesken, voisi tämä luoda toivottomuutta ja tyytymättömyyttä tarjolla olevaan tukeen. Samoin kävisi, jos interventiot eivät kiinnittyisi saumattomasti osaksi hoitoketjuja ja palvelukokonaisuuksia, vaan jäisivät niistä irralliseksi. Lapsen, nuoren ja perheen tuen tarvetta tulisi näin ollen tarkastella yksittäistä psykososiaalista interventiota laaja-alaisemmin ja kokonaisvaltaisesti. Myös valmistelun tueksi toteutetussa Otakantaa -kyselyssä korostui etenkin vanhempien toive siitä, että perheiden tilanteita tarkasteltaisiin kokonaisuutena yksilöiden sijaan. Myös lausuntopalautteissa vanhemmuuteen ja perhetasolle tarjottavan kokonaisvaltaisen tuen tärkeyttä korostettiin.

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 palvelujen 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 esitetyssä 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 palvelujen tuki olisi riittävää, olisi esitetyllä lainsäädännöllä myönteisiä vaikutuksia. Monimuotoista tuen tarvetta on perusteltua pyrkiä ehkäisemään varhaisen vaiheen laadukkailla interventioilla. Näin voidaan vähentää esimerkiksi päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja lasten ja nuorten kehitykselle. Lainsäädännön toimeenpanossa olisi kuitenkin kiinnitettävä erityistä huomiota erityisryhmien ja vähemmistöjen tarpeisiin, jotta yhdenvertaisuus toteutuisi. Tähän palvelujen 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 vähentäisi jotakin muuta toimintaa hyvinvointialueella. Esimerkiksi yhteisöllisen opiskeluhuollon osuus verrattuna yksilökohtaiseen voisi pienentyä. On tiedossa, että yhteisöllinen opiskeluhoito 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 ja voisi myös luoda tarpeita yksilökohtaiseen tukeen, jos esimerkiksi kiusaaminen koulu yhteisössä lisääntyy. Yhteisöllinen työ on kuitenkin koulu yhteisön yhteinen tehtävä, eikä sitä tule nähdä yksinomaan opiskeluhoitopalvelujen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä.

On myös mahdollista, että esitetty lainsäädäntö ohjaisi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää 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. Medikalisaatio

voisi myös johtaa siihen, että mielenterveyden riskejä lähestyttäisiin lisääntyvästi tarjoamalla yksilö- ja perhetason psykososiaalisia interventioita sen sijaan, että pyritäisiin vaikuttamaan esimerkiksi elinympäristöihin ja olosuhteisiin. Oirekeskeinen tarkastelu saattaa jättää huomiotta lapsen tai nuoren kasvuympäristön roolin oireilun taustalla sekä kuormitustekijöihin vaikuttamisen ja tuen vahvistamisen. Tämä voisi luoda lapsille ja nuorille tarpeettomasti sairausriskiä tai sairauteen liittyvää identiteettiä ja sitä kautta heikentää normaalin lapsuus- ja nuoruusiän kehityksen edellytyksiä. Lapsen ja nuoren kehitykseen liittyy monenlaisia vaiheita, eikä niitä tulisi nimetä ensisijaisesti yksilön mielenterveyden ongelmiksi. Perheiden tuen tarpeita tulisi arvioida kokonaisvaltaisesti. Medikalisaation riskiä on pyritty vähentämään sosiaalihuollon roolilla takuun piiriin kuuluvien interventioiden toteutuksessa. On kuitenkin mahdollista, että lainsäädäntö ohjaisi myös sosiaalihuollossa vastaavaan ilmiöön eli psykologisoitumiseen psykososiaalisten menetelmien käytön korostuessa ohi muunlaisen avun ja tuen.

Esitetyllä lainsäädännöllä ei pystytä vaikuttamaan lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvien ongelmien yhteiskunnallisiin taustatekijöihin kuten koulukiusaamiseen tai erilaisiin perheiden arkeen liittyviin haasteisiin. Lasten ja nuorten hyvän mielenterveyden rakentuminen edellyttää monenlaisia toimia. Kansallisen mielenterveysstrategian suositusten mukaan lasten ja nuorten mielenterveys vahvistuu, kun yhteiskunta toimii niin, että luodaan edellytykset turvalliselle elämälle perheissä ja muissa keskeisissä kasvuympäristöissä ja yhteiskunnan muutoksissa, turvataan jokaiselle lapselle yhtäläiset mahdollisuudet hyvään itsetuntoon ja mielenterveystaitoihin, oppimiseen ja onnistumisen kokemuksiin, annetaan jokaiselle lapselle ja nuorelle yhtäläinen mahdollisuus osallistua turvallisiin ja kehitystä edistäviin harrastuksiin, turvataan haavoittuvassa asemassa tai elämäntilanteessa olevien lasten ja nuorten oikeudet, vähennetään lapsiperheköyhyyttä sekä vähennetään lasten ja nuorten syrjäytymistä.⁵³

Esitetty lainsäädäntö ei koske erikoissairaanhoidon eikä kata vaikeiden tai komplisoituneiden mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Vaikeiden häiriöiden hoitoon pääsystä säädetään voimassa olevan terveydenhuoltolain 53 §:ssä, jonka mukaan lasten ja nuorten psykiatrisessa hoidossa hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Hoitoon pääsy vaikeiden psyykkisten sairauksien vuoksi toteutuu siten lievempiä tilanteita hitaammin. Toisaalta perustason psykososiaalisen hoidon saatavuuden paranemisen odotetaan parantavan hoidon oikea-aikaisuutta. Perustasolla tarjottavan tuen saatavuutta ja laatua parantamalla voitaisiin vähentää lasten ja nuorten ohjautumista erikoissairaanhoidon. Näin voitaisiin välillisesti edistää myös vaikeista häiriöistä kärsivien lasten ja nuorten hoidon saatavuutta.

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

⁵³ [STM 2020](#)

kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa voidaan vahvistaa lasten, nuorten ja perheiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävää työtä monialaisin ja –tasoin toimenpitein.

Vaikutusten seuranta

Esitetyn lainsäädännön toimeenpanon vaikutusten seuranta edellyttää kansallisen seurantatiedon 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.

Seurantatietoa on mahdollista kerätä muun muassa hyvinvointialueiden ja sosiaali- ja terveysministeriön välisissä neuvotteluissa, joissa käydään vuosittain läpi hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ajankohtaista tilaa. Neuvottelujen tukena toimivat Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arviot, sote-valvojen (Valvira ja aluehallintovirastot) valvontaraportit sekä hyvinvointialueiden selvitykset ja sosiaali- ja terveysministeriön havainnot. Yhteistyöaluesopimuksen toteutumista seurataan ja arvioidaan vuosittain yhteistyöalueen neuvotteluissa. Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa yhdessä hyvinvointialueiden kanssa hyvinvointialueiden ajankohtaista tilannetta noin 3 kk välein päivittyvässä hyvinvointialueiden tilannekuvassa.

Seurantatietoa voidaan kerätä myös valvontaviranomaisten toiminnassa. Aluehallintovirastojen tulee järjestää vuosittain lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja sosiaalihuollon mielenterveyden työnohjauksen kehittämiseksi alueelliset yhteistyökokoukset, joiden avulla voidaan myös koota tietoa esitetyn lainsäädännön toimeenpanosta työnohjauksen näkökulmasta. THL jatkaa psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon liittyvää kansallista työtä, jonka osana koostetaan tietoa monesta eri näkökulmasta.

4.2.3.3 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 eivät ole olleet alueiden kehittämistyön keskiössä, ja tähän odotetaan kiinnitettävän huomiota vuoden 2024 aikana yhdenvertaisuuden vahvistamiseksi.⁵⁴

Sukupuolten tasa-arvo ja seksuaalivähemmistöt

Mielenterveyteen liittyvissä oireissa ja sairastavuudessa on sukupuolittuneita piirteitä. Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöissä ei pienillä lapsilla ole sukupuolieroja, mutta

⁵⁴ [STM 2024](#)

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 fyysiseen 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 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 koski 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 palvelujen järjestämistä varten 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. Myös laki naisten ja miesten tasa-arvosta (609/1986, 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. Se edellyttää tiedotuksen, ohjauksen ja neuvonnan monikanavaisuutta ja tulkkipalvelujen 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 asiakkaiden kielelliset oikeudet ja niiden toteutuminen järjestämislain 5 §:n mukaisesti. Lisäksi järjestämislain 36 §:ssä säädetty hyvinvointialueiden yhteistyösopimus on yhteen sovitettava 39 §:ssä tarkoitetun kaksikielisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen kanssa. Myös 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. Kuitenkin 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.⁵⁵ Hyvinvointialueilla tulisi varmistaa, että menetelmäkoulutuksia kohdennettaisiin myös ruotsiksi työskenteleville työntekijöille, jotta kielelliset oikeudet voidaan turvata ja toteuttaa palvelujen 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 vaikuttavat osaltaan myös harvaan asutun alueen haasteet palvelujen 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 - Uvjä - Uvja, joka tarjoaa saamelaiskulttuurin mukaisia ja saamenkielisiä mielenterveyspalveluita matalla kynnyksellä. Opetus- ja kulttuuriministeriö on tukenut saamenkielisten palvelujen edellyttämän osaamisen hankkimista rahoittamalla hankkeita, joilla koulutetaan saamenkielistä sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä ja kehitetään koulutusta. 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 henkiselle pahoinvoinnille ovat pitkälti samoja kuin muussakin väestössä, mutta romanit hakeutuivat harvemmin sosiaali- ja

⁵⁵ [Kouluterveyskyselyn tuloksia opetuskielen mukaan ruotsinkielisissä ja suomenkielisissä kouluissa \(julkari.fi\)](#)

terveydenhuollon piiriin. Henkiseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset ovat romaniyhteisössä arkaluonteisia.⁵⁶ 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 terveystalvissa 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.⁵⁷ Myös esitetyn lainsäädännön osalta on tiedostettava, että tulkkaus voi aiheuttaa väärintymmärryksiä ja kielelliset oikeudet eivät näin ollen toteutuisi täysimääräisesti.

4.2.4 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, opiskeluhollossa 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.

4.2.5 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.

⁵⁶ [Weiste-Paakkanen ym. \(toim.\) 2018](#)

⁵⁷ [Katsui ym. 2021](#)

4.2.6 Yhteenvedo keskeisistä vaikutuksista

Esitetyn lainsäädännön keskeiset vaikutukset kohdistuvat lapsiin ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveyteen liittyvän hoidon ja tuen saatavuuden parantamiseen, kansallisen tason ohjaukseen sekä hyvinvointialueiden toimintaan. 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

Koko vuoden kustannukset vuoden 2025 tasossa (laki voimaan 1.5.2025)		
Miljoona euroa	Hyvinvointialueiden kustannukset	YTHS:n kustannukset Rahoitus: 77 % valtio ja 23 % opiskelijat (ei muutosta voimassa olevaan)
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 (8 kk=22,2)	2,4 (8 kk=1,6)
Valtion rahoitus yhteensä	33,2 (8 kk=22,2)	1,8 (8 kk=1,2)

Esityksessä ehdotetaan lakien voimaantuloa 1.5.2025, jolloin hyvinvointialueiden kustannukset olisivat vuonna 2025 yhteensä 22,2 miljoonaa euroa ja YTHS:n 1,6 miljoonaa euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi n. 1,2 milj. euroa. Valtion rahoitusosuus olisi yhteensä 23,4 miljoonaa euroa.

Laajemmassa mittakaavassa taloudelliset vaikutukset muodostuvat siitä, miten paljon mielenterveyden ongelmat aiheuttavat julkisen sektorin kustannuksia ja toisaalta siitä, miten vähentyvät mielenterveysongelmat voisivat ehkäistä syrjäytymistä ja työttömyyttä. 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. Jos näitä ristiriitoja ei kyetä ratkaisemaan, muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin alueellista eriarvoisuutta. Esitetyn lainsäädännön toimeenpanoon liittyy epävarmuustekijöitä myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön rekrytointiin liittyen. Lainsäädännön toimeenpanoon on osoitettu palveluiden järjestäjille rahoitusta, mutta mikäli henkilöstöä ei työvoimapulasta johtuen saada palkattua, hyvinvointihyödyt lapsille, nuorille ja perheille jäävät saavuttamatta.

Ihmisiin kohdistuvista vaikutuksista keskeisin on lasten ja nuorten sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden ja laadun vahvistuminen. Huomiota tulisi kuitenkin kiinnittää erityisesti palvelujen 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 puutteita ja 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 rekisteritiedon 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 sisältää myös sosiaalihuollon palvelujen antama tuki. Lisäksi arvioitiin, tulisiko takuun kohdentua perusterveydenhuollossa yksinomaan mielenterveyden häiriöiden hoitoon tai pelkästään ehkäisevään työhön. Valmistelussa pohdittiin myös, tulisiko lainsäädännön tulla voimaan asteittain. Toteuttamisvaihtoehtoina pohdittiin myös erilaisia lakitekniisiä 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 aina 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 osaltaan 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. Apua hakevien ohjaaminen tarpeettoman kevyin perustein lääkärin diagnostiseen arvioon voisi myös kuormittaa 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 sosiaalihuollossa toteutettava käytösoireista kärsivien pienten lasten strukturoitu vanhempien ohjaus eivät kuuluisi takuun piiriin. Tämä toteutustapa voisi medikaloida perusteetta lasten ja nuorten kasvuun ja kehitykseen liittyviä haasteita, eikä sitä 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.

Mielenterveydenhäiriöitä ehkäisevän tuen takuun avulla pyrittäisiin vastaamaan mahdollisimman nopeasti ja varhaisessa vaiheessa lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyviin oiretasoiisiin tiloihin ja psyykkisen toimintakyvyn heikentymisestä johtuviin tuen tarpeisiin. Ahdustus- 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 nyt 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 tulisivat käyttöön vaikuttaviksi osoitetut psykososiaaliset 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.⁵⁸

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 kuvatut toteuttamistavat eivät kuitenkaan vastaisi täysimääräisesti siihen akuuttiin tarpeeseen, jota perustason mielenterveystyössä tunnistetaan.

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 muun muassa menetelmien arviointi ja käyttöönottosuunnitelmien onnistumisen varmistaminen. Menetelmien vienti 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 lakisäätötehtävä, jonka mukaisesti se toimisi takuun kansallisen seurannan toteuttajana ja koordinoijana. THL seuraisi kansallisella tasolla valittujen menetelmien koulutusten etenemistä, tarvetta ja yhdenvertaista palvelujen 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 palvelujen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista palvelujen vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Lisäksi selvitetään mahdollisuus säätää kansallisesta toimijasta, jolla on toimivalta linjata sitovasti menetelmien ja palvelujen 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

Palvelujen parantaminen ei aina edellytä lainsäädäntömuutoksia. Lainsäädäntöön liittyvien toimenpiteiden sijaan voitaisiin lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen vahvistamista jatkaa palvelujärjestelmän kehittämistoimena tukemalla edelleen psykososiaalisten menetelmien

⁵⁸ [Lyhyeen ostopalvelopsykoterapiaan ohjattujen potilaiden hoitoon pääsyn kesto \(duodecimlehti.fi\)](#)

käyttöönottoa. Kansainvälisten kokemusten perusteella nykytilasta tavoitetaan pääsemiseen tarvitaan käytännössä vähintään kahden hallituskauden ajalle jaksottuva toimenpiteiden jatkumo. Palvelujärjestelmä ja siinä toimivat työntekijät tarvitsevat aikaa uusien menetelmien omaksumiseen, vakiinnuttamiseen ja toteuttamiseen vaikuttavalla tavalla.

Sosiaali- ja terveysministeriö arvioi vuonna 2023 eduskunnalle valmistelemissaan muistiossa psykososiaalisiin menetelmiin liittyen, että riittävän hoitokapasiteetin kasvattaminen vie vuosia. Muistiossa katsottiin, että lainsäädäntömuutosten, jos niitä tehdään, aika on vasta silloin, kun on koulutettu riittävästi osajia antamaan hoitoa. Hoitotakuulainsäädännön muutoksia ei toisin sanoen katsottu olevan tarpeen tai mahdollistakaan tehdä lyhyellä aikavälillä.⁵⁹

Mikäli tavoitteena olisi vahvistaa lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluja laajemmin, voisi vaihtoehtoinen toteuttamistapa olla myös vahvempi kokonaissääntely velvollisuudesta järjestää erityisesti lasten ja nuorten tarpeisiin vastaavia mielenterveyspalveluja ja ohjata vahvasti niiden valtakunnallista yhdenmukaistamista esimerkiksi THL:n esittämän mallin mukaisesti. Malli integroisi opiskeluhuollon osaksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon porrastuksen kokonaisuutta ja sujuvoittaisi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä.⁶⁰ Kuitenkin hallitusohjelman mukaisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja 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 voimassa olevan pykälän mukaisesti kaikenikäisen väestön palveluvalikoimaan ja pohdittu ratkaisu olisi saattanut osaltaan vaikeuttaa lainsäädännön tulkintaa. 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 erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen

⁵⁹ [STM 2023](#) Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet, niihin kuuluvien hoitomuotojen käyttö ja toteutus sekä toimenpiteet niiden saatavuuden turvaamiseksi

⁶⁰ Aalto-Setälä t, Huikko E, Peltola K: Vaikuttavammat mielenterveyspalvelut lapsille ja nuorille-toimenpidesuositus. Päätöksen tueksi 4/2023. THL 2024.

kohdennetuista 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 sosiaalihoituksen 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 niistä tehtävän päätöksen toimeenpanon muista sosiaalipalveluista poikkeava kuukauden enimmäisaika voitaisiin selkeästi erottaa. Jos psykososiaalinen interventio olisi osa edellä mainittuja sosiaalipalveluja, olisi lasten, nuorten ja perheiden näkökulmasta epäselvää, milloin he olisivat oikeutettuja muita sosiaalipalveluja 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 sosiaalipalvelujen osalta, joihin määritetään muista palveluista poikkeava päätöksen toimeenpanoaika, 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 interventtioiden määrittely

Valmistelun aikana pohdittiin, miten esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvat psykososiaaliset interventiot tulisi ja voitaisiin määritellä laissa riittävän täsmällisesti ja riittävällä tarkkuudella, jotta säännöstä tulkittaisiin yhdenmukaisesti. Ehdotettavan sääntelyn tulisi varmistaa alueiden riittävä autonomia terapiatakuun toimeenpanoa koskevassa päätöksenteossa. Liian yksityiskohtainen säätäminen voisi myös johtaa menetelmien kehityssä ja monipuolistuessa toistuviin lainmuutostarpeisiin.

Hallitusohjelman kirjauksen mukaan rajausta tulisi tehdä ”lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin”. Lainsäädännön soveltamisen näkökulmasta määritelmää psykososiaalinen hoito tai vaikuttavaksi todettu psykososiaalinen hoito ei pidetty riittävän täsmällisenä ja tarkkarajaisena. Psykososiaalisten menetelmien/hoidojen kokonaisuus ja kirjo on hyvin laaja. Siihen kuuluu esimerkiksi omahoitoja ja vapaamuotoisesti toteutettua psykososiaalista tukea, eikä käsitteistö ole täysin vakiintunutta Suomessa eikä kansainvälisesti. Edellä mainittujen seikkojen vuoksi säännöksen muotoiluun katsottiin tarpeelliseksi lisätä tarkentavia määreitä määrämuotoisuuteen ja aikarajoitteisuuteen perustuvasta psykososiaalisesta hoidosta. Määrittelyissä hyödynnettiin sosiaali- ja terveysministeriön eduskunnalle valmistelemaa muistiota VN/576/2023.⁶¹ Lausuntokierroksella ollutta muotoilua psykoterapioista johdetusta psykososiaalisesta hoidosta pidettiin lausuntopalautteissa edelleen epäselvänä ja jatkovalmistelussa määrittelyä vielä tarkennettiin.

Yliopistosairaalaan ylläpitävän hyvinvointialueen velvoitteet

⁶¹ [Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmentämistarpeet](#)

Valmistelussa pohdittiin tarvetta tarkentaa myös erikoissairaanhoidon toimintaa ohjaavan keskittämisasiasetuksen 4 §:ää, joka koskee alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista. Voimassa olevan sääntelyn mukaisesti yliopistosairaala ylläpitävän 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. Mikäli tähän tehtävään esitettäisiin muutoksia, tulisi ratkaisut tehdä koko väestöä koskien.

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 käyttöönotosta nähtiin perustelluksi sopia hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa, jossa järjestämislain 36 §:n 3 momentin 8 kohdan mukaisesti tulee sopia sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisista periaatteista niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen. Tarkentavaa sääntelyä esitetään siksi järjestämislain nojalla annettuun valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta.

Valmistelussa pohdittiin myös keskittämisasiasetuksen 4 §:n 6 kohdan täydentämistä niin, että psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito toteutettaisiin valtakunnallisessa yhteistyössä. Yhteistyön katsottiin kuitenkin toteutuvan yliopistosairaala ylläpitävien hyvinvointialueiden välillä ilman asetuksen muuttamista. Valmistelussa myös huomioitiin, että hallitus on käynnistänyt hallitusohjelman ja kevään 2024 kehysriihen päätösten perusteella erikoissairaanhoidon työnjaon tarkastelun. Tässä tarkastelussa tullaan arvioimaan myös keskittämisasiasetuksen sisältöä sekä työnjakoa yhteistyöalueiden lisäksi myös kansallisella tasolla.

Laajemman palvelulainsäädännön uudistaminen

Valmistelun alkuvaiheessa pohdittiin, olisiko lasten ja nuorten terapiatakuusta säätäminen tullut tehdä osana pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelmassa 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 painottuvat esimerkiksi lapsia ja nuoria kohtaavien ammattilaisten osaamisen vahvistamiseen ja ammattilaisten yhteistyötä lisääviin toimiin sekä avun saamisen kynnyksen madaltamiseen matalan kynnyksen palveluja, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä sähköisiä palveluja kehittämällä. Koulujen ja oppilaitosten sekä järjestöjen rooli tunnistetaan useissa maissa uudistusten keskeiseksi osatekijäksi. Ulkomaiden toimenpiteiden osalta voidaan todeta, että ratkaisut ovat pääosin yhteneväisiä Suomessa tehtyihin toimiin ja suhteessa esitettyyn lainsäädäntöön, vaikka palvelujen 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 mielenterveystyön 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 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 insatser⁶²), 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 mielialaoireisiin on ollut osa tätä kehittämistyötä. Osa alueista ja kunnista on vahvistanut työtä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, osa muun terveydenhuollon toiminnassa.⁶³

Norja

Norjan suurkäräjät on vahvistanut lasten ja nuorten mielenterveyttä koskevan toimintasuunnitelman (Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse) vuosille 2019–2024.⁶⁴ Suunnitelma laadittiin 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.⁶⁵

Lapsia ja nuoria koskeva toimenpideohjelma sisältää mielenterveystyön kansallisen ja poikkihallinnollisen ohjeistuksen, jonka tarkoituksena on selkeyttää ja antaa suosituksia palvelujen, toimialojen ja toimintatasojen välisestä vastuunjaosta, yhteistyöstä ja tehtävistä. Kunnissa on vahvistettu matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja, ja koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon on ohjattu lisää resursseja. Norjassa on myös pohdittu, mikä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon roolin tulisi olla lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden

⁶² [Kunskapsguiden TSI](#)

⁶³ [Kunskapsguiden Förstärkt första linje](#)

⁶⁴ [Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse \(2019–2024\)](#)

⁶⁵ [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\)](#)

hoidossa ja voitaisiinko vastuunjaon muutoksilla edesauttaa hoidon saavutettavuutta ja resurssien tehokasta hyödyntämistä.

Tanska

Tanskassa laadittiin vuonna 2022 10 vuoden suunnitelma mielenterveyden vahvistamiseen liittyen.⁶⁶ Sen yhtenä keskeisenä tavoitteena on lasten ja nuorten matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen 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 annetaan kognitiivis-behavioristiseen terapiaan perustuvia interventioita.⁶⁷ 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. Isossa-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.

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 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.⁶⁸

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.⁶⁹

⁶⁶ [Sundhetsministeriet 2022](#)

⁶⁷ [Healthcare Denmark 2023](#)

⁶⁸ [Pilling ym. 2020](#)

⁶⁹ [NHS](#)

6 Lausuntopalaute

6.1 Lausuntopalaute

Hallituksen esityksen suomenkielisestä luonnoksesta järjestettiin lausuntokierros 29.4.–9.6.2024 ja ruotsinkielisestä luonnoksesta 8.5.–18.6.2024. Lausuntoa pyydettiin yhteensä 391 toimijalta. Lisäksi kaikilla halukkailla oli mahdollisuus antaa lausuntonsa Lausuntopalvelut.fi – palvelussa tai toimittamalla lausunto sosiaali- ja terveysministeriöön sähköpostitse tai kirjeitse.

Hallituksen esitysluonnokseen annettiin lausuntoaikana yhteensä 101 lausuntoa. Lausunnon antoivat Suomen Fysioterapeutit, sisäministeriö, Pirkanmaan hyvinvointialue, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Suomen ylioppilaskuntien liitto (SYL) ry, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, oikeusministeriö, Suomen koulu- ja opiskeluterveyden yhdistys, Suomen puheterapeuttiliitto ry, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, opetus- ja kulttuuriministeriö, valtiovarainministeriö, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, EFPP Suomen kansallinen verkosto ry, Suomen Opiskelija-Allianssi - Osku ry, Ihmisoikeuskeskus, Suomen psykologiliitto ry, Valvira, Helsingin yliopisto, Lastensuojelun keskusliitto, Talentia, Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry, Nuoret lesket ry, Kainuun hyvinvointialue, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL, Akava ry, Suomen lukiolaisten liitto SLL, Turun yliopisto, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry, Suomen vanhempainliitto ry, Suomen opiskelijakuntien liitto SAMOK ry, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS, Etelä-Savon hyvinvointialue, Suomen Ammattiin Opiskelevien Liitto – SAKKI ry, Tehy ry, Keski-Suomen hyvinvointialue, Mannerheimin lastensuojeluliitto ry, Kansaneläkelaitos, Pohjanmaan hyvinvointialue, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, Lapsiasiainvaltuutettu, Vammaisfoorumi ry, yhteinen lausunto Länsi- ja Sisä-Suomen, Etelä-Suomen, Lounais-Suomen, Itä-Suomen, Pohjois-Suomen ja Lapin aluehallintovirastolta, Jyväskylän yliopisto, ADHD-liitto ry, Teuvan kunta, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, IMAGINE-tutkimuskonsortio, Suomen lääkäriiliitto, Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö sr – Itla/Kasvun tuki, Suomen nuorisovaltuustojen kattojärjestö Allianssi ry, Kotkan kaupunki, Mielenterveyspooli, Nyyti ry, Suomen nuorisovaltuustojen liitto ry, Tampereen yliopisto Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS, Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami, Lapin hyvinvointialue, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistys, Suomen terveydenhoitajaliitto STHL ry, Nuorten mielenterveysseura – Yeesi ry, Koulukuraattori ry, Pelkosenniemen kunta, Tampereen yliopisto yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Suomen psykiatriyhdistys, Into – etsivä nuorisotyö ja työpajatoiminta ry, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite, Ratkes ry, Tampereen yliopisto Terapiat etulinjaan -toimintamalli, MIELI Suomen Mielenterveys ry, Mielenterveyden keskusliitto ry, Jyväskylän kaupunki, Maahanmuuttovirasto, eduskunnan oikeusasiamies, saamelaiskäräjät, Pelastakaa lapset ry, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, HUS Kuntayhtymä, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Helsingin kaupunki, Helsingin yliopiston ylioppilaskunta, Kuusamon kaupunki, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Svenska Finlands folkting, Finlands Svenska Skolungdomsförbundet FSS rf, SOS-lapsikylä, Psykosociala förbundet rf, Suomen Kuntoutusyritykset ry, Diakonissalaitos, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Invalidiliitto ry, Suomen yleislääkärit GPF ry sekä kaksi yksityishenkilöä. Lisäksi työ- ja elinkeinoministeriö ja Ahvenanmaan maakuntahallinto ilmoittivat, että heillä ei ole lausuttavaa asiasta. Valtioneuvoston oikeuskansleri ei lausuntokierroksen yhteydessä jättänyt esitysluonnoksesta lausuntoa, mutta otti esityksen ennakkoliseen tarkastukseen.

Lausunnoissa pidettiin kannatettavana esityksen tavoitetta vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyden varhaisen vaiheen tuen ja hoidon saatavuutta perustason palveluissa. Esitystä ei kuitenkaan pidetty riittävän laaja-alaisena eikä palvelujärjestelmän rakenteita selkeyttävänä ratkaisuna lasten ja nuorten mielenterveyden tukemiseksi. Useat järjestöt ehdottivat esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvan väestön ikärajan nostamisen 23 ikävuodesta nuorisolain mukaiseen 29 ikävuoteen. Oikeusministeriö ja eduskunnan oikeusasiamies kuitenkin katsoivat lausunnoissaan, että esitysluonnoksessa oli esitetty hyväksyttävät perusteet 23 vuoden ikärajalle sekä lasten ja nuorten erilaiselle kohtelulle muuhun väestöön nähden.

Esityksen nähtiin vahvistavan lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen laatua. Takuun piiriin kuuluvan hoidon ja tuen kokonaisuudesta annettiin kuitenkin myös kriittistä palautetta. Lyhytpsykoterapiat ja vaikuttavuusnäyttöön perustuvat määrämuotoiset ja aikarajoitteiset psykososiaaliset menetelmät nähtiin liian kapea-alaiseksi kokonaisuudeksi tukemaan lasten ja nuorten yksilöllisiä ja monimuotoisia tarpeita. Lisäksi esiin nostettiin huoli siitä, että kaikkiin perusterveydenhuollon vastuulla oleviin mielenterveyden häiriöihin ei ole kehitetty määrämuotoista ja aikarajoitteista psykososiaalista menetelmää. Lausunnonantajat korostivatkin laadukkaan ja kokonaisvaltaisen arvioinnin merkitystä, jotta lapset, nuoret ja perheet ohjautuisivat yksilöllistä tuen ja hoidon tarvettaan vastaavan avun piiriin.

Esitetyt terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentin ja sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentin sanalliset muotoilut koettiin vaikeaselkoisiksi. Osa lausunnonantajista esitti, että säännöksen muotoilun tulisi olla yleisluontoisempi ja kattaa kaikki psykososiaaliset hoidot tai mielenterveyden hoito. Toisaalta etenkin laillisuusvalvojien lausunnot korostivat lainsäädännön tarkkarajaisuuden periaatetta ja tarvetta määrittää selkeämmin joko laissa tai säännöskohtaisissa perusteluissa, mitkä psykososiaaliset hoidot ja työmenetelmät kuuluvat esitetyn lainsäädännön piiriin. Esityksen jatkovalmistelussa sekä säännöksiä että säännöskohtaisia perusteluja pyrittiin tarkentamaan.

Esitetyn kuukauden enimmäisajan nähtiin pituudeltaan pääosin vastaavan lasten ja nuorten tarpeisiin. Lapsiasiavaltuutettu piti tärkeänä, että hoitoon pääsulle säädettäisiin enimmäisaika, mutta piti ehdotettua aikaa pitkänä. Osa hyvinvointialueista kritisoi uuden lakisääteisen enimmäisajan säätämistä. THL:n mukaan lakisääteiset enimmäisajat eivät ole toimiva tai lapsen ja nuoren etua turvaava toteutustapa. Valtiovarainministeriö arvioi, että yksittäiselle palvelulle säädettävillä määräajoilla voisi olla haitallisia ohjausvaikutuksia palvelujärjestelmän kokonaisuuden kannalta. Lausuntopalautteessa tunnistettiin, että esityksen mukaan enimmäisajat määrittäisivät sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa erilaisin periaattein. Muun muassa THL, lapsiasiavaltuutettu ja osa hyvinvointialueista nostivat esiin, että periaatteita tulisi yhtenäistää. Esityksen jatkovalmistelussa sosiaalihuoltolain 45 §:ään ehdotettavaa sääntelyä muokattiin palautteiden perusteella.

Lausunnoissa pidettiin pääosin myönteisenä, että esitetyn lainsäädännön piirissä olevia interventioita voitaisiin antaa sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Näin voitaisiin vastata eri ikäisten lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja tuen tarpeisiin. Kuitenkin valtiovarainministeriö katsoi, että sosiaalipalvelut oli tuotu ehdotettuun sääntelyyn perusterveydenhuollon rinnalle alkuperäisestä hallitusohjelman kirjauksesta ja määräraha-vaikutuksesta poiketen.

Hyvinvointialueet korostivat, että on tärkeää turvata toimeenpanoon realistisiin kustannusarvioihin perustuvat riittävät resurssit. Lainsäädännön mahdollisena kielteisenä vaikutuksena nähtiin, että se ohjaisi palvelujärjestelmän toimintaa keskittymään liiaksi psykososiaalisiin menetelmiin ja voisi tästä johtuen mahdollisesti lisätä ostopalvelujen epätarkoituksenmukaista käyttöä etenkin lyhytpsykoterapioiden osalta. Lisäksi

mielenterveystyön palvelua koskevan päätöksen tekemisen sosiaalihuollossa nähtiin lisäävän tarpeettomasti hallinnollista työtä. Lapsiasiavaltuutettu piti ongelmallisena sosiaali- ja terveydenhuollon oikeusturvakeinojen erilaisuutta, sillä terveydenhuollossa potilas ei sosiaalihuollon tapaan saa muutoksenhakukelpoista päätöstä. Lapsiasiavaltuutettu esitti periaatteiden yhtenäistämistä siten, että myös terveydenhuollossa hoidosta annettaisiin päätös.

Lausunnoissa nostettiin lainsäädännön soveltamisen osalta esiin sosiaali- ja terveydenhuollon välisen työnjaon selkeyttämisen tarve ja myös ehkäisevän terveydenhuollon ja avosairaanhoidon erillisten tehtävien varmistaminen. Osa hyvinvointialueista esitti huolensa siitä, että esitetty lainsäädäntö voisi johtaa ehkäisevän terveydenhuollon painopisteen siirtymiseen kohti korjaavaa yksilötyötä. Opetus- ja kulttuuriministeriö korosti, ettei mielenterveyspalvelujen toteuttaminen ole opiskeluhoollon lakisääteinen tehtävä. Lainsäädännön kansallinen toimeenpanon ja soveltamisen tuki nähtiin hyvin tärkeäksi ja siihen toivottiin panostusta.

Hyvinvointialueet eivät kaikilta osin pitäneet yhteistyöalueen ja yhteistyösopimuksen tasoa riittävänä psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta sopimiseen, vaan toivoivat myös kansallisia ratkaisuja. Toisaalta alueet näkivät tarpeen psykososiaalisten menetelmien arvioinnin ja osaamisen ylläpidon keskittämiseksi. Lisäksi toivottiin mahdollisuuksia myös paikallisten ratkaisujen tekemiseen. Sekä järjestöt että hyvinvointialueet korostivat tarvetta määrittää kansallisella tasolla nykyistä ohjaavammin lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien palveluvalikoima, jotta kansallinen yhdenvertaisuus vahvistuisi. Myös psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton kokonaisuutta koordinoiva taho nähtiin tarpeelliseksi. Tähän liittyen esitettiin useita erilaisia ratkaisuja.

Esimerkiksi Suomen psykiatriyhdistys, HUS ja Mieli ry esittivät, että yliopistosairaala ylläpitävän hyvinvointialueen toimintaa ohjaavassa keskittämisasetuksessa tulisi säätää kansallisesta mielenterveyspalvelujen osaamiskeskuksesta ja myös vahvistaa yliopistosairaala ylläpitävien hyvinvointialueiden tehtäviä. Hyvinvointialueista Keski-Uusimaa, Pohjois-Pohjanmaa, Lappi ja Keski-Pohjanmaa korostivat, että yliopistosairaaloihin tulee perustaa psykososiaalisten menetelmien osaamiskeskuksia ja niiden rahoitus tulee turvata. Toisaalta Helsingin kaupunki ei nähnyt kansallisen osaamiskeskuksen määrittämistä tai yliopistosairaalan ohjaavaa roolia tarkoituksenmukaiseksi. Iita esitti kansallisen interventio- ja implementointiosaamisen asiantuntijaryhmän perustamista.

Osa lausunnonantajista näki tarpeelliseksi riippumattoman kansallisen tahon yhteistyöalueiden välistä koordinaatiota ja yhteistyötä järjestämään. THL näki tarpeen kansalliselle toimijalle, joka koordinoisi sosiaali- ja terveydenhuollon käyttämien psykososiaalisten menetelmien soveltuvuutta ja vaikuttavuutta koskevaa arviointia yhdessä hyvinvointialueiden, yliopistoklinikoiden, yliopistojen ja muiden tahojen kanssa. THL ehdotti, että kutakin menetelmäkokonaisuutta voisi koordinoida tietty osaamiskeskus ja vastuita voisi jakaa yliopistosairaaloille. Myös yliopistojen ja korkeakoulujen roolin vahvistaminen psykososiaalisiin menetelmiin liittyvien koulutusten osalta nostettiin esiin kehittämistarpeena. Opetus- ja kulttuuriministeriö kiinnitti huomiota siihen, että psykososiaalisten menetelmien antamisen edellyttämästä koulutuksesta ja ammattihenkilöasemasta ei ole esitetty velvoittavaa säännöstä ja että hyvinvointialueiden rooli täydennyskoulutuksen laadunvarmistuksessa on merkittävä.

Lausunnoissa tuotiin esiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja ammattilaisten kuormittunut tilanne ja haasteet toimeenpanna esitetty lainsäädäntö suunnitellussa aikataulussa. Kahdeksastatoista lausunnon jättäneestä hyvinvointialueesta 14 totesi, että lainsäädännön voimaantulon aikataulu on haastava, sillä psykososiaalisten

menetelmien osajia ei ole vielä riittävästi. Saman kannan esittivät myös YTHS, Valvira ja valtiovarainministeriö. Yhteneväisenä kantana oli, että lain voimaantuloa tulisi lykätä vähintään vuoden 2026 alkuun ja käyttää tätä edeltävästi lainsäädäntöön osoitettu rahoitus alueelliseen valmistelu- ja kehittämistyöhön. THL esitti lain porrastettua voimaantuloa muutamaa psykososiaalisiin menetelmiin keskittyen.

6.1.1 Jatkovalmistelu

Lausuntopalautteen perusteella hallituksen esitykseen täydennettiin psykososiaalisten menetelmien valintaa ja siihen liittyvää kansallista ohjausta, tietojärjestelmä- ja menetelmien käyttöönottokustannuksia sekä henkilöstön saatavuutta käsitteleviä vaikutusarvioiteja ja säännöskohtaisia perusteluja. Myös sosiaalihuollon mielenterveystyön palvelujen roolia suhteessa terveydenhuollon vastuulla olevaan mielenterveyden hoitoon tarkennettiin. Vaikutusarvioiteihin selkeytettiin, ettei sosiaalihuollon osuus laajentaisi sitä lasten ja nuorten ryhmää, jota esitetty lainsäädäntö hallitusohjelman kirjauksen perusteella koskisi. Sen sijaan sosiaalihuoltolakiin tehtävät muutokset mahdollistaisivat täysimittaisesti kaikkien niiden ammattiryhmien hyödyntämisen, joita on jo koulutettu psykososiaalisten menetelmien osajiksi. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisy on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen lakisääteinen tehtävä.

Lausuntopalautteessa ehdotettiin takuun piiriin kuuluvien hoitojen ja tukimuotojen kokonaisuuden laajentamista. Toisaalta kuitenkin korostettiin, ettei menetelmiä voida tuoda kentälle kerralla liikaa. Kokemuksesta tiedetään, että jo yksittäisen menetelmän juurruttaminen palvelujärjestelmään vie vuosia. Esityksessä on lähdetty liikkeelle hallitusohjelma kirjauksen perusteella niistä menetelmistä, joita on jo otettu käyttöön ja joilla on vaikuttavuusnäyttöä. Tavoitteena on, että terapiatakuulla kyetään vaikuttavasti vastamaan mielenterveyden haasteisiin, ja onnistumista tässä tulee tarkasti seurata. Takuun piiriin kuuluvien hoitojen ja tukimuotojen kokonaisuutta ei lausuntojen perusteella laajennettu, mutta on ilmeistä että menetelmien kehittyessä ja vaikuttavuusnäytön lisääntyessä uudenlaisia menetelmiä otetaan jatkossa käyttöön. Voimassa oleva terveydenhuoltolain 51 a §:n sääntely takaa jo nyt hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajassa. Tätä sääntelyä täydentävän lainsäädännön olisi kuvattava mahdollisimman tarkkarajaisesti, minkä hoitojen osalta säädettäisiin erillisestä hoitoon pääsyn määräajasta.

Esitettyä terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momenttia ja sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momenttia muokattiin lausuntopalautteiden perusteella lainsäädännön piiriin kuuluvien psykososiaalisten interventioiden määritelmän osalta. Psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito muutettiin muotoon psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito, jotta se kuvaisi psykososiaalisten menetelmien ominaispiirteitä paremmin. Psykologisen vuorovaikutuksen määritelmää käytetään myös palveluvalikoimaneuvoston suosituksessa ”Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa”.

Muita tarkentavia muutoksia tai lisäyksiä ei säännöksiin tehty, koska säännösten tasolla ei olisi mahdollista luetella tyhjentävästi ja ajantasaisesti takuun piiriin soveltuvia menetelmiä. Mielenterveyden hoidon tai mielenterveystyön sääntely on myös periaatteellisesti yleisluontoista. Säännöskohtaisiin perusteluihin tarkennettiin psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon liittyvää prosessia ja eri toimijoiden rooleja yhteistyöalueen tasolla menetelmien valinnassa. Kielellisten oikeuksien osalta esitykseen tarkennettiin, että kaksikielisten alueiden yhteistyösopimus tulee sovittaa yhteen yhteistyöalueen sopimuksen kanssa.

Lausuntopalautteessa psykososiaalisten menetelmien kansallisen tason toimintaan ja koordinointiin esitettiin useita erilaisia ratkaisuja. Jatkovalmistelussa, osana kansallista palvelureformia, selvitetään eri vaihtoehtoja ja pyritään tunnistamaan niiden yhtymäkohtia muuhun hallituskauden aikana tehtävään kehittämisen- ja lainsäädäntötyöhön. Näitä ovat esimerkiksi julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteisiin liittyvä valmistelu sekä yliopistosairaaloiden toimintaan liittyvä keskittämisasiasetuksen päivittäminen. Lisäksi jatkovalmistelussa selvitetään, olisiko lainsäädännön toimeenpanon tueksi mahdollista laatia kansallinen suositus lasten ja nuorten psykososiaalisista menetelmistä. Esitetyn lainsäädännön osalta voimaantulon aikatauluun ei tehty muutoksia.

Lausunnonantajilta kysyttiin myös, miten hallituksen kevään 2024 kehysriihessä tekemä päätös perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikojen keventämisestä 14 vuorokaudesta kolmeen kuukauteen vaikuttaisi esitetyn lainsäädännön toimeenpanoon. Hoitoon pääsyn enimmäisajan pidentymisen nähtiin vaarantavan esitetyn lainsäädännön tavoitteiden toteutumisen. Tämän esityksen lausuntokierroksen aikana hallitus päättikin, että lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta kiireettömän perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn nykytila säilytettäisiin kokonaisuudessaan, ja asiaa koskeva hallituksen esitysluonnos oli lausuntokierroksella 9.8.2024 saakka. Tuo perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyä koskeva esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle budjettilakiaikataulussa syyskuussa 2024, ja muutosten ehdotetaan tulevan voimaan 1.1.2025.

Lausuntokierroksen jälkeen havaittiin, että korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukuntaa koskevaan opiskeluterveydenhuollon 11 §:ään neuvottelukunnan kokoonpanosta oli sote-uudistuksen yhteydessä tehdyissä säädosmuutoksissa jäänyt ristiriita. Tämän vuoksi lain 11 §:ää ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta annettua valtioneuvoston asetusta esitettäisiin muutettavaksi tämän hallituksen esityksen yhteydessä. Esitettävillä muutoksilla ei olisi vaikutuksia lasten ja nuorten terapiatakuuseen. Muutos neuvottelukunnan edustuksessa koskisi Suomen Kuntaliittoa ja Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy:tä, joita on erikseen kuultu ehdotettavasta säädosmuutoksesta.

Lausuntopalautteen yhteenveto julkaistaan julkisessa palvelussa osoitteessa hanketunnuksella STM083:00/2023, <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM083:00/2023>.

6.2 Lainsäädännön arviointineuvoston lausunto

Arviointineuvosto antoi lausuntonsa hallituksen esityksen luonnoksesta 12.8.2024. Se katsoi hallituksen esitysluonnoksen noudattavan tyydyttävästi lainvalmistelun vaikutusarviointiohjetta. Arviointineuvosto suositteli, että esitysluonnosta korjataan neuvoston lausunnon mukaisesti ennen hallituksen esityksen antamista.

Arviointineuvosto nosti esiin esityksen neljä keskeisintä kehittämiskohdetta. Se halusi tarkennusta siihen, minkälaisiin mielenterveyden ongelmiin tai muihin ongelmiin lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrärahoilla ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito soveltuisi ja minkälaiset lapsi- ja nuorisoryhmät jäisivät soveltamisalan ulkopuolelle. Lisäksi kaivattiin tarkemmin vaikutuksia lasten ja nuorten hyvinvoinnin näkökulmasta.

Arviointineuvosto toivoi myös kuvausta siitä, miten esityksellä vastataan lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvään oireiluun vaikuttavasti, jos ongelmien juurisyihin ei voida vaikuttaa sekä siitä, mitä vaikutuksia sosiaali- ja terveysalan henkilöstövajeella voi olla terapiatakuun

toteutumiseen lasten ja nuorten sekä sosiaali- ja terveyspalvelun tuottajien kannalta. Esityksestä tulisi myös käydä paremmin ilmi, onko riskinä, että henkilöstövajeesta johtuen ostopalvelut lisääntyvät ja mitä tapahtuu, jos ehdotettu muutos ei olekaan toimeenpantavissa. Lisäksi esitykseen haluttiin suuntaa antava arvio yritysvaikutuksista sekä siitä, kuinka paljon esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjät tulevat vähimmillään tai enimmillään hankkimaan palveluja yksityisiltä tai itsenäisiltä ammatinharjoittajilta verrattuna nykytilaan.

Esitystä on muokattu arviointineuvoston lausunnon perusteella pääosin täsmentämällä ja täydentämällä vaikutusten arviointeja.

6.3 Oikeuskanslerin ennakkotarkastus

Valtioneuvoston oikeuskansleri otti esityksen ennakkolliseen tarkastukseen ennen esityksen antamista eduskunnalle ja antoi siitä huomioita. Niiden perusteella säätämisyjärjestysperusteluja täydennettiin yhteenvedolla.

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. Pykälään esitetään lisättäväksi uusi 1 ja 2 momentti, jolloin voimassa olevat 1 ja 2 momentit siirtyisivät termistöltään täsmennettynä uusiksi 3 ja 4 momenteiksi. Ne koskisivat edelleen lasten ja nuorten hoitoon pääsyä psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Ehdotetun uuden 53 §:n 1 momentin mukaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämutoinen 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. Näiden 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 palvelujen ensimmäinen hoito- tai kuntoutustapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palvelujen tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon 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 edelleen yhteyden saamisen ja yksilöllisen tutkimusten 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. 51 §:n mukaisesti yksilöllisen arvion yhteydessä myös määritetään, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia potilas tarvitsee. Ratkaisu tehdään potilaan ja/tai hänen huoltajansa antamien ja muiden alustavien tietojen perusteella ja arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Kaikkia potilaita ei ole tarpeen ohjata lääkärin vastaanotolle, vaan saattaa olla tarkoituksenmukaista ohjata potilas esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotolle. On myös hoitomalleja, joissa jo ensimmäisen yhteydenoton perusteella kiirettömässä asiassa konsultoidaan välittömästi lääkäriä tai muuta

terveydenhuollon ammattihenkilöä, ja potilaan tutkimusten ja hoidon suunnittelu ja hoidon toteuttaminen alkavat jo ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä. Terveystarkastuslain 51 §:n ja 51 a §:n sisältöä tarkennetaan hallituksen esityksessä HE 74/2022 vp säännöskohtaisissa perusteluissa (s. 111–124). Potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättää lääkäri terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994, ammattihenkilölain) 22 §:n 1 momentissa säädetyn mukaisesti.

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 3 §:n 2 kohdan mukaisesti lasten ja nuorten terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveystarkastuksia ja avosairaanhoidon sekä mielenterveyden hoitoa siltä osin kuin sitä ei järjestetä erikoissairaanhoidossa. Osa ehdotetussa 1 momentissa tarkoitetuista määrämuotoisista ja aikarajoitteisista psykososiaalisista hoitomenetelmistä soveltuu sekä mielenterveyden häiriöitä ehkäisevään työhön, että mielenterveyden häiriöiden 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. Esetetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien psykososiaalisten hoitojen toteuttaminen ehkäisevänä työnä olisi osa kouluterveydenhuollon erityistä tukea (terveydenhuoltolaki 16 §) ja opiskeluhuollon psykologin opiskelijan hyvinvointia ja psyykkisiä valmiuksia tukevaa työtä (oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 7 §).

Esityksen tarkoituksena ei ole muuttaa ehkäisevän terveydenhuollon tehtäviä, vaan se vastaisi jatkossakin mielenterveyttä edistävästä ja vahvistavasta työstä. Kouluterveydenhuolto seuraisi jatkossakin koululaisten terveydentilaa kaikki ikäluokat tavoittavissa terveystarkastuksissa ja edistäisi mielenterveyttä antamalla terveystarkastuksia ja ohjausta. Takuun piiriin kuuluvien interventtioiden 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.

Psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvalla määrämuotoisella ja aikarajoitteisella psykososiaalisella hoidolla tarkoitettaisiin tietyn mielenterveyden häiriön ehkäisyyn tai hoitoon kehitettyä menetelmää, jolla on tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa vaikuttavuusnäyttöä.⁷⁰ Menetelmät perustuvat tiettyihin teoreettisiin viitekehyksiin, esimerkiksi kognitiiviseen psykoterapiaan. Nämä hoitomenetelmät ovat kuitenkin lähtökohtaisesti varsinaista psykoterapiaa lyhyempiä, tarkoitettu lievempien oireiden hoitoon ja niitä voivat antaa sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat saaneet kyseisen menetelmän käyttöön liittyvän koulutuksen. Näiden hoitomenetelmien toteuttajilla ei yleensä ole varsinaista psykiatrian erityiskoulutusta tai pitkää psykoterapeuttikoulutusta.

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.⁷¹ Palko on julkaissut alkoholi- ja huumeriippuvuuksien psykososiaalisista hoidoista suositukset, joissa on eritelty erikseen nuorille suunnatut

⁷⁰ Lisätietoa: [Näyttöön perustuvat tuki- ja hoitomenetelmät - THL](#)

⁷¹ [Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa - Palveluvalikoima](#)

palveluvalikoimaan kuuluvat interventiot. Lisäksi terveydenhuollon tutkimusnäyttöön perustuvaa hoitoa määrittävät Käypä hoito –suositukset. Kansallista ohjausta on tarkoitus jatkossa kehittää ja laajentaa.

Psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvilla määrämuotoisilla ja aikarajoitteisilla psykososiaalisilla hoidoilla voidaan sekä ehkäistä varsinaisia mielenterveyden häiriöitä että hoitaa perusterveydenhuoltoon kuuluvia lieviä ja keskivaikeita mielenterveyden häiriöitä silloin, kun ne eivät ole komplisoituneita. 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. Hoidon toteuttamiseen liittyvät käyntimäärät vaihtelisivat interventio- ja häiriökohtaisesti noin 3–25 käyntikerran välillä, lapsen, nuoren tai perheen tilanteesta ja tarpeista riippuen.

Masennusoireiden tai masennuksen hoidossa voidaan auttaa lasta tai nuorta tunnistamaan voimavaransa ja masennusta laukaisseet tekijät sekä ratkaisemaan ihmissuhteita kuormittavia tekijöitä. Ahdistuneisuuden hoidossa käytetään esimerkiksi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjavia yksilö-, ryhmä- tai perhekohtaisia menetelmiä.

Vanhemmustaitojen kehittämiseen pyrkivien määrämuotoisten psykososiaalisten interventioiden pääperiaate on ratkaista lapsen käytökseen liittyviä haasteita ensisijaisesti lisäämällä myönteistä vuorovaikutusta lapsen ja vanhemman välillä ja toissijaisesti opettamalla vanhemmille rakentavia keinoja ongelmakäyttäytymisen hallitsemiseksi. Vanhemmuustaito-ohjausta toteutetaan vanhempien ryhmissä tai yksilöllisesti.⁷² Siinä voidaan hyödyntää myös verkossa tapahtuvaa työskentelyä ja puhelimen tai verkkoyhteyden välityksellä tehtävää ohjausta.⁷³

Lyhytpsykoterapialla tarkoitettaisiin perusterveydenhuollossa annettavaa psykoterapiaa, joka kestää enintään noin 20–25 tapaamiskertaa. Lyhytpsykoterapiaa antaa psykoterapeutti, joka on saanut pitkän psykoterapeuttikoulutuksen. Käsitteellisesti lyhytpsykoterapia onkin erotettava muista psykososiaalisista keskusteluhoidoista. Lyhytpsykoterapiaan ohjaututaan lääkärin arvion perusteella. Perusterveydenhuollon hoitovastuulla oleville potilaille lyhytpsykoterapiaa tarjotaan nykyisin usein erikoissairaanhoidon järjestämänä.

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 hoitoon pääsyn puitteissa.

⁷² [Käypä hoito: vanhemmuustaidot](#)

⁷³ [Lisätietoa lasten ja nuorten tukemiseen soveltuvista psykososiaalisista menetelmistä](#)

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

Takuu ei myöskään koskisi sellaisia ohjauksen ja tuen menetelmiä, jotka perustustuvat erilaisiin prosessimaisen työskentelyn viitekehyksiin ja työtapoihin, mutta jotka eivät ole määrämuotoisia ja aikarajoitteisia interventioita. Takuun piiriin eivät kuuluisi myöskään erikoissairaanhoidon vastuulla oleva psykososiaalinen hoito, erikoissairaanhoidon järjestämät erilaiset psykoterapiat tai kuntoutukset.

Hoidon tarpeen arvioinnissa tulee huomioida kiireettömän hoidon perusteiden mukaisesti lapsen, nuoren ja perheen oma käsitys tilanteesta ja tuen/hoidon tarpeesta, lapsen tai nuoren oireet, toimintakyky, kehityksen eteneminen, lapsen, nuoren ja perheen kokonaistilanne sekä vahvuudet ja voimavarat. Olennaista on lapsen, nuoren 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 psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan arviota, hyödynnettäisiin tarvittaessa, mutta kokonaisarviosta vastaisi lääkäri. Perusterveydenhuollon lääkäriä tulisi olla mahdollisuus tarvittaessa konsultoida psykiatrian erikoislääkäriä. Arvioinnissa voidaan diagnostiikan apuna hyödyntää erilaisia oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja, mutta asianmukainen lasten- ja nuorisopsykiatrisen diagnostiikka edellyttää aina myös lääkärin henkilökohtaista tapaamista. Kun lapsen tai nuoren psyykkisen oireilun vaikeusaste sitä edellyttäisi, hänet ohjattaisiin kiireettömän tai kiireellisen hoidon perusteiden mukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon.

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

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien psykososiaalisten hoitojen ei ole tarkoitus olla ensisijainen apu lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmiin, eikä niillä saisi eikä tulisi korvata muuta lapsen, nuoren tai perheen tarvitsemaa tukea tai hoitoa. Jos vapaamuotoisesti toteutettu, vastaanotolla heti aloitettava hyvän hoidon periaatteita noudattava mielenterveyden hoito olisi lapsen tai nuoren yksilölliseen tilanteeseen soveltuvin hoitomuoto, tulisi se käynnistää viivytyksettä. Ehkäisevällä interventiolla ei toisaalta tulisi myöskään korvata esimerkiksi lyhytpsykoterapiaa, jos lapsen tai nuoren hoito sitä edellyttää. Terveys- ja hyvinvointilain (2019/2018:110) 24 §:n mukaisesti ammattihenkilön tulisi aina arvioida hoidon tarve yksilöllisesti toimintayksikössä sovittujen toimintaohjeiden mukaisesti. Lapsen tai nuoren mahdollinen muun hoidon tarve olisi arvioitava ja varmistettava myös psykososiaalisen hoitomenetelmän toteuttamisen jälkeen.

Terveys- ja hyvinvointilain (2019/2018:110) 24 §:n mukaisesti ammattihenkilöllä on velvollisuus hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 §:n 1 momentin mukaisesti ja hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä (terveys- ja hyvinvointilain 24 §). Lisäksi sopivan hoitomuodon arvioinnissa tulee huomioida terveydenhuollon yleissääntely, kuten potilaan oikeus hyvään hoitoon (potilaslaki 3 §), terveydenhuollon ammattihenkilön velvoite noudattaa lääketieteellisesti perusteltuja menettelytapoja (ammattihenkilölaki 15 §)

sekä hyvinvointialueen velvoite toteuttaa sairaanhoito potilaan lääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti.

Esityksen mukaan takuun piiriin kuuluva hoitomuoto 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 yksilöllisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvion tai ensimmäisen hoitotapahtuman yhteydessä taikka hoitoprosessin aikana muun hoitomuodon osoittauduttua riittämättömäksi. Enimmäisajan määrittämisen aloitushetkenä olisi se hoitotapahtuma, jossa terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö toteaisi tarpeen takuun piiriin kuuluvalla psykososiaaliselle hoidolle ja tekisi tästä merkinnät potilasasiakirjoihin. Määrämuotoinen psykososiaalinen hoito tai lyhytpsykoterapia voisi potilaan tarpeesta riippuen toteutua ainoana hoitomuotona tai osana laajempaa hoidon kokonaisuutta.

Esitetyn 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 hyvän hoidon periaatteiden mukaisesti ja hoidon jatkuvuus huomioiden.

Esitetystä 1 momentissa tarkoitettuja psykososiaalisia hoitoja voitaisiin toteuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa, joista säädetään terveydenhuoltolain 8 a §:ssä 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 laajalaisista 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 arvioida, 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 säädetyissä 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) ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 3 luvussa säädetään palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta.

Psykososiaalisten menetelmien alueellisen kokonaisuuden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta säädetään terveydenhuoltolain 45 §:ään perustuvassa valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Sen voimassa olevan 4 §:n mukaisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja Uudellamaalla HUS-yhtymän on huolehdittava tietyistä erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Tehtävät liittyvät myös lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiiriin tulee huolehtia alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta.

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvien psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton ja käytöstä sopimisen periaatteet sovittaisiin yhteistyöalueen tasolla järjestämislain 36 §:n mukaisessa yhteistyösopimuksessa. Kohdassa 8.1 kuvataan näitä tarkemmin hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetukseen ehdotetun 2 a §:n perusteluissa. Sen mukaan yhteistyösopimuksessa tulisi sopia lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittavana kokonaisuutena. Jo YTA-asetuksen voimassa olevan 1 §:n mukaan hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen laatimisessa ja toimeenpanossa tulee ottaa huomioon, mitä siitä säädetään terveydenhuoltolaissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetussa laissa (615/2021). Ehdotettu 2 a § nostaisi terveydenhuollon lisäksi esiin myös sosiaalihuollon toiminnan ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan merkityksen yhteistyösopimuksia laadittaessa.

Ehdotetun uuden 2 momentin mukaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluna järjestettävästä psykososiaalisesta tuesta säädettäisiin sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentissa. Kyseessä olisi informatiivinen viittaus, jonka tarkoituksena on helpottaa ehdotettujen säädösten ymmärtämistä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteen sovitettuna kokonaisuutena.

Voimassa oleva 2 momentti siirtyisi täsmennettynä ja sen merkitystä muuttamatta uudeksi 3 momentiksi. Sen ensimmäistä virkettä tarkennettaisiin käytettyjen käsitteiden osalta siten, että lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen 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 3 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, arviointi ja

tarvittavat tutkimukset olisi edelleen toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut. Edellä mainitusta virkkeestä esitetään poistettavaksi muotoilu ”hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön” kielellisen ilmauksen tiivistämiseksi.

Voimassa oleva 3 momentti siirtyisi täsmennettynä pykälän uudeksi 4 momentiksi siten, että siihen lisättäisiin tarkentava viittaus lapsiin ja psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Siten ehdotetun 4 momentin mukaan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu psykiatrinen 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 tehtäisiin 53 §:ään ehdotettavista muutoksista johtuen muutokset siitä, miten ehdotetun enimmäisajan noudattamisen toteutumisen tunnusluvut olisi julkaistava lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon pääsystä kuten muutkin perusterveydenhuollon tasoisen hoidon enimmäisaikojen noudattamisen toteutumisen tunnusluvut.

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 § 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 saamiensa tietojen perusteella laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaan hyvinvointialueet velvoitetaan julkaisemaan lakisääteisten hoitoon pääsyn määräaikaisten toteutumisen tiedot nykytilannetta tiheämmin asiakaslähtöisellä tavalla⁷⁴. Tämän 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 ja 3 momentti siten, että voimassa oleva 2 momentti siirtyisi uudeksi 4 momentiksi.

Sosiaalihuollon mielenterveystyöstä säädetään voimassa olevassa 25 §:ssä, jonka mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan toimintaa, jolla vahvistetaan yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, vähennetään ja poistetaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä sekä vastataan psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen. Sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluista, jotka on kohdennettu erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen, säädetään 25 a §:ssä. Näin ollen sosiaalihuollon mielenterveystyötä tehdään sekä osana sosiaalihuollon yleispalveluja, että kohdennetuissa mielenterveystyön palveluissa.

Voimassa olevan 25 a §:n 1 momentin mukaan sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluilla tarkoitetaan erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen

⁷⁴ Vahva ja välittävä Suomi, Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma. 2.4 Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen – Palvelujen saatavuus

kohdennettuja palveluja. Sellaisina on järjestettävä ainakin asumispalveluja sekä niiden yhteydessä annettavaa sosiaaliohjausta, sosiaalityötä ja sosiaalista kuntoutusta.

Ehdotetun uuden 2 momentin mukaan 1 momentissa tarkoitettujen palvelujen lisäksi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille olisi mielenterveystyön palveluna järjestettävä hyvinvointialueen määrittämällä tavalla psykososiaalista tukea, jossa käytettäisiin psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä olisi sovittava siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta muodostuisi tarkoituksenmukainen kokonaisuus. Näin ollen kyse olisi mielenterveystyön palvelusta, jolla vastattaisiin lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen.

Uudessa 2 momentissa tarkoitettuja mielenterveystyön palveluja tulisi antaa lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille, jos palvelutarpeen arvioinnin perusteella tuen tarpeisiin ei voitaisi vastata yleisillä sosiaalipalveluilla kuten sosiaalityöllä, sosiaaliohjauksella, kasvatus- ja perheneuvonnalla, opiskeluhoollon kuraattoripalvelulla tai perhetyöllä. Näissä palveluissa annetaan vapaamuotoista psykososiaalista tukea esimerkiksi lapsen tai nuoren hyvinvoinnin ja osallisuuden vahvistamiseksi sekä vanhemmuuden tukemiseksi, mutta palveluissa käytetään myös määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Uuden säännöksen mukaisesti nämä psykososiaaliset työmenetelmät määritettäisiin jatkossa sosiaalihuollossa erilliseksi mielenterveystyön palveluksi. Mielenterveystyön palvelua voitaisiin antaa myös samaan aikaan toisen sosiaalipalvelun kanssa. 2 momentissa tarkoitettut psykososiaaliset työmenetelmät voisivat olla osittain samoja kuin terveydenhuollon ehkäisevän työn psykososiaaliset hoitomenetelmät, joista säädettäisiin terveydenhuoltolain 53 § 1 momentissa.

Sosiaalihuollon mielenterveystyön palvelulla ei voisi korvata lapsen tai nuoren tarvitsemää terveydenhuollossa annettavaa mielenterveyden hoitoa. Useita vaikuttaviksi todettuja psykososiaalisia menetelmiä voidaan kuitenkin käyttää sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön eduskunnalle valmisteleman muistion mukaisesti sosiaalihuollossa psykososiaalisten työmenetelmien käytössä on kyse sosiaalihuollon asiakkaalle annettavasta psykososiaalisesta tuesta, joka ei ole mielenterveyden häiriön hoitoa, vaan sen avulla tuetaan psykososiaalista hyvinvointia vahvistavia tietoja ja taitoja. Sosiaalihuollon psykososiaalinen työmenetelmä voi myös olla hoitoa täydentävä, esimerkiksi perhe- tai verkostopohjainen ohjelma.⁷⁵ Pelkästään sosiaalihuollon käyttöön valituilta psykososiaalisilta työmenetelmiltä edellytettäisiin saman tasoista vaikuttavuusnäyttöä kuin terveydenhuollon käyttöön keskittämisasiänsä 4 §:n mukaisesti valituilta menetelmiltä.

Esitetyssä säännöksessä psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvalla määrämuotoisella ja aikarajoitteisella psykososiaalisella työmenetelmällä tarkoitettaisiin lapsen, nuoren tai perheen kanssa työskentelyssä käytettävää sosiaalihuoltoon soveltuvaa psykososiaalista työmenetelmää, joka liittyisi esimerkiksi sellaiseen lapsen uhmakkuus- tai käytösoireiluun taikka lyhytkestoiseen mieliala- tai masennusoireiluun, joka ei edellyttäisi terveydenhuollossa toteutettavaa arviointia tai hoitoa. Esitetty lainsäädäntö ei koskisi sellaisia ohjaus- ja tukimenetelmiä, jotka ovat luonteeltaan lähestymis- ja työskentelytapoja tai prosessimaisen työskentelyn viitekehyksiä. Nämä ohjaukset ja valmennukset eivät ole määrämuotoisia ja aikarajoitteisia interventioita.

Sosiaalihuollon psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvat määrämuotoiset ja aikarajoitteiset psykososiaaliset työmenetelmät perustuvat tiettyihin teoreettisiin viitekehyksiin, esimerkiksi

⁷⁵ [STM 2023](#)

kognitiiviseen psykoterapiaan, mutta ne ovat varsinaista psykoterapiaa lyhyempiä ja tarkoitettuja ehkäisevään tukeen. Näitä psykososiaalisia interventioita voivat antaa ne sosiaalihuollon ammattihenkilöt ja muu sosiaalihuollon asiakastyöhön osallistuva henkilöstö, jotka ovat saaneet kyseisen menetelmän käyttöön liittyvän koulutuksen ja menetelmäohjauksen.

Ehdotetussa 2 momentissa tarkoitettut 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. Psykososiaaliset interventiot voivat olla esimerkiksi yksilö-, ryhmä- tai perhekohtaista työskentelyä. Vanhemmuustaitojen kehittämiseen pyrkivien määrämutoisten ja aikarajoitteisten psykososiaalisten työmenetelmien pääperiaate on ratkaista lapsen käytökseen liittyviä haasteita ensisijaisesti lisäämällä myönteistä vuorovaikutusta lapsen ja vanhemman välillä ja toissijaisesti opettamalla vanhemmille rakentavia keinoja ongelmakäyttäytymisen hallitsemiseksi. Vanhemmuustaito-ohjausta toteutetaan yleensä vanhempien ryhmissä tai yksilöllisesti.⁷⁶ Ohjauksessa voidaan hyödyntää myös verkossa tapahtuvaa työskentelyä ja puhelimen tai etäyhteyden välityksellä tehtävää ohjausta.⁷⁷

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

Esitetyn lainsäädännön piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita olisi järjestettävä hyvinvointialueen määrittämällä tavalla. Tämä tarkoittaisi sitä, että hyvinvointialue voisi päättää, minkä sosiaalipalvelujen henkilöstö antaa takuun piiriin kuuluvia mielenterveystyön palveluita ja missä laajuudessa toimintaa järjestetään sosiaalihuollossa. Tätä henkilöstöä voisivat olla esimerkiksi sosiaalityön, sosiaaliohjauksen, perhetyön, kasvatus- ja perheneuvonnan sekä kuraattoripalvelujen henkilöstö tai siihen voitaisiin palkata erillistä henkilöstöä hyvinvointialueen palvelustrategia huomioiden. Nuorten osalta palveluja voitaisiin organisoida osaksi työikäisten palveluja, ja niitä voitaisiin antaa esimerkiksi Ohjaamoissa ja nuorisoasemilla. Palveluprosesseissa tulisi varmistaa, että lapsi ja nuori saa viipymättä terveytensä ja kehityksensä kannalta välttämättömät palvelut. Tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustehokas ja tarkoituksenmukainen yhteensovittaminen.

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. Voi olla tarpeen, että vanhemman voimavaroja vahvistetaan esimerkiksi tarjoamalla lastenhoitoapua tai että perhettä tuetaan kotona tapahtuvalla työskentelyllä arkirytmien vahvistamiseksi taikka tapaamalla lasta, nuorta tai perhettä vapaamuotoisen psykososiaalisen tuen antamiseksi esimerkiksi toiminnallisuutta hyödyntäen. Mielenterveystyön palvelulla ei siten tulisi korvata muuta lapsen, nuoren tai perheen tarvitsemää tukea, eikä sitä tulisi mieltää ensisijaisena ratkaisuna, jos kyse on esimerkiksi arjenhallintaan tai koulunkäyntiin liittyvistä haasteista. Lisäksi tulisi varmistaa, että lapsi tai nuori saa tarvitsemansa terveydenhoidon.

Arvioitaessa lapsen tai nuoren mielenterveystyön palvelun tarvetta olisi noudatettava, mitä sosiaalihuoltolain 36 §:ssä säädetään palvelutarpeen arvioinnista. Arviointia tehtäessä on

⁷⁶ <https://www.kaypahoito.fi/nix02618>

⁷⁷ [Lisätietoa lasten ja nuorten tukemiseen soveltuvista psykososiaalisista menetelmistä](#)

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 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. 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.

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.

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.

Yhteisten palvelujen toteuttamista tukee 1.1.2024 voimaan tullut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annettu laki. 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 periaatteet sovittaisiin yhteistyöalueen tasolla järjestämislain 36 §:n mukaisessa yhteistyösopimuksessa. Näitä periaatteita kuvataan tässä hallituksen esityksessä kohdassa 8.1 hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun valtioneuvoston asetuksen uutta 2 a §:ää koskevissa perusteluissa. Yhteistyösopimuksessa tulisi sopia lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittavana kokonaisuutena.

Ehdotetun uuden 3 momentin mukaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluvaan psykososiaaliseen hoitoon pääsystä säädettäisiin terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentissa. Kyseessä olisi informatiivinen viittaus, jonka tarkoituksena on helpottaa ehdotettujen säädösten ymmärtämistä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteen sovitettuna kokonaisuutena.

45 §. *Sosiaalihuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano.* Pykälää esitetään tarkennettavaksi siltä osin, kun päätöksen toimeenpano koskisi 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettua lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palveluna annettavan psykososiaalista tukea. Pykälään lisättäisiin uusi 3 momentti siten, että nykyinen 3 momentti siirtyisi 4 momentiksi.

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 vireille tulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Uuden 3 momentin mukaan poiketen siitä, mitä 2 momentissa säädetään, 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettua lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelua koskeva päätös olisi toimeenpantava kuukauden kuluessa tuen tarpeen toteamisesta. Aika voisi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste. Päätöksen toimeenpanon enimmäisaika määräytyisi näin ollen sosiaalihuoltolain yleisestä linjasta poikkeavalla tavalla. Päätöksen toimeenpanon enimmäisaika laskettaisiin siitä ajankohdasta, jona tarve 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettulle palvelulle olisi palvelutarpeen arvioinnin perusteella todettu ja sosiaalihuollon ammattihenkilö tekisi tästä mielenterveystyön palvelusta päätöksen.

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 hallintosäännöllä 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.

Sillä henkilöllä, joka saa ensimmäisenä sosiaalihuollossa tiedon uudesta asiakkaasta, ei välttämättä ole palvelutarpeen arvioinnin toteuttamiseen soveltuvaa koulutusta, mutta hänelle syntyy velvollisuus huolehtia siitä, että arviointi aloitetaan lainmukaisesti. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain 7 §:n mukaisesti kuraattorina voivat toimia paitsi rekisteröidyt sosiaalihuollon ammattihenkilöt (sosionomi ja sosiaalityöntekijä) myös henkilöt, jotka ovat suorittaneet tehtävään soveltuvan sosiaali- tai kasvatusalalle tai käyttäytymistieteisiin suuntautuneen korkeakoulututkinnon. Tutkintoon tulee sisältyä tai sen lisäksi olla suoritettuna 60 opintopisteen laajuiset korkeakouluopinnot, joiden tulee muodostua sosiaalityön yliopisto-opinnoista tai sosionomin korkeakoulututkintoon kuuluvista opinnoista. Vastaavana kuraattorina voi toimia vain sosiaalihuollon ammattihenkilölain mukainen sosiaalityöntekijä. Kuraattorityötä tekevät henkilöt, jotka eivät ole sosiaalihuollon ammattihenkilöitä, voidaan katsoa sosiaalihuoltolain 3 §:n mukaiseksi muuksi asiakastyöhön osallistuvaksi henkilöstöksi. Kuraattoripalvelun toteutumisesta vastaa aina viime kädessä sosiaalihuollon ammattihenkilö. Jos kuraattori ei ole sosiaalihuollon ammattihenkilö, vastuu on vastaavalla kuraattorilla.

Mikäli opiskeluhuollon kuraattori on sosiaalihuollon ammattihenkilö, hän voi myös tehdä sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisen palvelutarpeen arvioinnin, mikäli tämä katsotaan työnjaollisesti tarkoituksenmukaiseksi. Jos kyseessä on erityistä tukea tarvitseva lapsi, arvioinnin tekijältä edellytetään sosiaalityöntekijän kelpoisuutta.

Palvelutarpeen arvioinnissa olisi noudatettava sosiaalihuoltolain 36 §:n sääntelyä. Arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Laki ei edellytä, että palvelutarpeen arviointi tehtäisiin jokaisessa tapauksessa samalla tavoin, vaan arviointi tulee tehdä asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa.

Päätös asiakkaan tarvitsemasta sosiaalipalvelusta on toimeenpantava kiireellisissä tilanteissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tilanteissa ilman aiheetonta viivytystä. Esityksen mukaisesti lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelun osalta säädettäisiin, että päätös olisi toimeenpantava viimeistään kuukauden kuluttua tuen tarpeen toteamisesta. Kuukaudella tarkoitettaisiin 30 päivää ja enimmäisaika laskettaisiin tuen tarpeen toteamisesta, eli päätöksen tekoa seuraavasta päivästä. Enimmäisajat päätöksen toimeenpanolle eivät kuitenkaan oikeuta viivyttämään toimeenpanoa. Lähtökohtana on aina asiakkaan tarve sekä sosiaalihuoltolain 12 ja 13 §:n noudattaminen.

Ehdotuksen mukaan toimeenpanoaika voisi olla kuukautta pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatisi pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle olisi muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste. Erityinen peruste voisi olla esimerkiksi se, että asiakas tarvitsee mielenterveystyön palvelua vasta tietyn ajanjakson jälkeen tai hän haluaa mieluummin jonottaa tiettyä palvelua ja olla ottamatta vastaan sitä korvaavaa aiemmin saatavissa olevaa palvelua. Erityinen peruste voisi olla myös se, että olisi perusteltua antaa lapselle, nuorelle tai perheelle ennen mielenterveystyön palvelun antamista muita 14 §:n sosiaalipalveluita, kuten esimerkiksi lapsiperheiden kotipalvelua tai perhetyötä. Asiakkaan tilanteeseen liittyvillä erityisillä seikoilla voitaisiin tarkoittaa myös esimerkiksi sitä, että vanhemman ohjaus olisi hänen tuen tarpeisiinsa liittyvistä syistä perusteltua toteuttaa ryhmämuotoisena. Säännöksen muotoilu jättäisi hyvinvointialueille riittävästi harkinnanvaraa erilaisten tapausten varalle ja turvaisi samalla lasten, nuorten ja perheiden etua. Pidemmän käsittelyajan tai toimeenpanon viivästyksen synnä ei kuitenkaan voisi olla resurssien riittämättömyys.

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 §:n 1 momenttiin esitettyjen muutosten lisäksi muutoksia esitetään myös opiskeluterveydenhuoltolakiin. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevan sääntelyn 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 nykyiset 4 ja 5 momentit siirtyisivät momentiksi 5 ja 6. Uusi 4 momentti vastaisi esitetyn terveydenhuoltolain 53 §:n uutta 1 momenttia sen kohderyhmää tarkentaen. Siten alle 23-vuotiaan korkeakouluopiskelijan perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva 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 psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvan määrämuotoisen ja aikarajoitteen psykososiaalisen hoidon määritelmiä ja säännöksen tarkempia perusteluja kuvataan terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momenttia koskevissa säännöskohtaisissa perusteluissa.

Korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyden kysymyksissä noudatettaisiin edelleen yhteyden saamisen ja yksilöllisen tutkimusten 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 lain 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 sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetun lain (741/2023) 10 §, jonka mukaan terveydenhuollon 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.

Enimmäisaikojen noudattamista koskevien tietojen julkaisemisesta säädetään voimassa olevan opiskeluterveydenhuoltolain 10 d §:ssä. Sen mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on julkaistava kustakin toimipisteestään kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 10, 10 a ja 10 b §:ssä säädettyjen

enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Tämä koskisi siten myös uuteen 10 a §:n 4 momenttiin ehdotettua enimmäisaikaa.

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.

11 §. *Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunta.* Pykälän 2 momenttia esitetään muutettavaksi siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä tapahtunut sosiaali- ja terveystalouden järjestämistahon muutos kuntatoimijoilta hyvinvointialueille tulisi huomioiduksi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnan edustuksessa ja jäsenistössä. Muutos esitetään tehtäväksi terapiatakuuta koskevan esityksen yhteydessä, koska opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:ään esitetään joka tapauksessa terapiatakuusta johtuvia muutoksia. Ehdotetulla muutoksella 11 §:n 2 momenttiin ei ole vaikutusta terapiatakuun toteutumiseen.

Voimassa olevan 2 momentin mukaan neuvottelukunnassa ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Kansaneläkelaitos, Suomen Kuntaliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, yliopistot ja ammattikorkeakoulut, ylioppilaskunnat ja opiskelijakunnat.

Neuvottelukunnan yhtenä tehtävänä on edistää Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tuottaman opiskeluterveydenhuollon ja hyvinvointialueiden järjestämisen opiskeluterveydenhuollon ja muun terveydenhuollon yhteensovittamista. Koska Kuntaliitto ei enää 1.1.2023 voimaan tulleen sote-uudistuksen jälkeen edusta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjätahoina toimivia hyvinvointialueita, tulisi edustusta neuvottelukunnassa muuttaa. Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy on organisaatio, joka edustaa hyvinvointialueita. Hyvil Oy:ltä saatujen tietojen mukaan sen rooli nykyisessä muodossaan sekä yritysmuotona että samalla organisaationa on kuitenkin vielä osin vakiintunut.

Näin ollen pykälän 2 momentti ehdotetaan muutettavaksi siten, että neuvottelukunnassa olisivat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Kansaneläkelaitos, hyvinvointialueiden edustaja, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, yliopistot ja ammattikorkeakoulut sekä ylioppilaskunnat ja opiskelijakunnat.

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. Näin varmistettaisiin, että esitetyn takuun piiriin kuuluvat mielenterveyden hoidon ja tuen menetelmät olisivat maksuttomia sekä terveydenhuoltolain tai sosiaalihuoltolain perusteella annettuina.

Siten sosiaalipalveluista olisivat maksuttomia 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, 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettu mielenterveystyön palveluna järjestettävä

psykososiaalinen tuki ja 27 §:ssä tarkoitetut tuetut tapaamiset ja valvotut vaihdot sekä vuoden 1982 sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 d ja 27 e §:ssä tarkoitetut vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta kuljetusta ja aterioita lukuun ottamatta.

8 Lakia alemman asteinen sääntely

8.1 Valtioneuvoston asetus hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta

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 on kevään 2024 aikana tehty 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. Valtakunnallisilla linjauksilla tarkoitetaan terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksia ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia suosituksia.

Yhteistyösopimuksessa on sovittava 36 §:n 4 momentin mukaan myös 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 käyttöönotosta ja käytöstä. Hyvinvointialueet sopisivat asiasta yhteistyöalueen tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittavana kokonaisuutena.

Menetelmien käyttöönoton ratkaisuihin tulee huomioida se, että terveydenhuoltolain 8 §:n ja terveydenhuollon valvonnasta annetun lain 10 §:n 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 käyttöönotossa 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).

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 vastuita voidaan jakaa yhteistyöalueiden kesken.

Asetukseen esitettävä uusi säännös olisi tarpeen edellä kuvattujen tavoitteiden saavuttamiseksi, jotta lapsille ja nuorille voitaisiin taata laadukkaiden ja vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien saatavuus alueellisesti yhdenvertaisesti. Yhteistyöalueet voisivat tehdä myös keskinäistä yhteistyötä ja sopia työnjaosta kansallisen yhdenvertaisuuden ja kustannustehokkuuden edistämiseksi.

Terveydenhuoltolain 45 §:n nojalla annetulla keskittämisasiasetuksella on säädetty tietyiltä osin erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien alueellisesta keskittämisestä, joten nämä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen tehtävät on huomioitava yhteistyösopimuksessa. Keskittämisasiasetuksen 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. Yliopistosairaalat huolehtivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on väestön tarpeen mukaisesti vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta.

Yhteistyöalueiden olisi mahdollista tehdä keskinäistä ja kansallista työnjakoa tiettyjen menetelmien osaamisen ylläpidon suhteen mahdollisimman toimivien ja kustannustehokkaiden ratkaisujen löytämiseksi. Tämä tukisi myös kansallista menetelmien käyttöönoton yhdenvertaisuutta. Ennen yhteistyösopimuksen hyväksymistä hyvinvointialueiden on kuultava järjestämislain 37 §:n mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriötä. Kunkin hyvinvointialueen aluevaltuusto hyväksyy yhteistyösopimuksen.

Petteri Orpon hallitus on käynnistänyt hallitusohjelman ja kevään 2024 kehysriihen päätösten perusteella erikoissairaanhoidon työnjaon tarkastelun, jonka osana tullaan arvioimaan myös keskittämisasiasetuksen sisältöä sekä työnjakoa yhteistyöalueiden lisäksi myös kansallisella tasolla.

Sosiaalihuollossa ei toistaiseksi ole keskittämisasiasetusta, eikä myöskään määritettyä 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 Itälen Kasvun tuki –tietolähteitä sekä yhteistyöalueen koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan (TKKI) toteuttamisrakenteita, joista säädetään hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetun 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 palvelujen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista palvelujen vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Lisäksi selvitetään mahdollisuus säätää kansallisesta toimijasta, jolla olisi toimivalta linjata sitovasti menetelmien ja palvelujen kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta sen ulkopuolelle. Nämä uudistukset tulevat vaikuttamaan myös esitetyn lainsäädännön soveltamiseen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon.

Esitetään, että asetus tulisi voimaan terapiatakuuta koskevien lakien kanssa 1.5.2025.

8.2 Valtioneuvoston asetus korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta annetun valtioneuvoston asetuksen 2 §:ää esitetään tarkennettavaksi, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä tapahtunut sosiaali- ja terveystalouden järjestämistahon muutos kuntatoimijoilta hyvinvointialueille tulisi huomioiduksi myös asetuksessa. Ehdotetuilla asetusmuutoksilla ei ole vaikutusta terapiatakuun toteutumiseen. Muutosta esitetään terapiatakuuta koskevan esityksen yhteydessä, koska opiskeluterveydenhuoltolakiin esitetään terapiatakuusta johtuvia muutoksia.

Opiskeluterveydenhuoltolain 11 §:n 4 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään tarkemmin korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnan kokoonpanosta, asettamisesta ja tehtävistä. Voimassa olevan asetuksen 2 §:n 1 momentin mukaan neuvottelukunnassa on puheenjohtaja, varapuheenjohtaja sekä 11 muuta jäsentä. Asetuksen säännöstä neuvottelukunnan jäsenen lukumäärästä esitetään väljennettäväksi, jotta neuvottelukunnassa voidaan varmistaa sen tehtäviin liittyvä riittävän laaja asiantuntemus.

Esitetyn 2 §:n 1 momentin mukaan neuvottelukunnassa olisi puheenjohtaja, varapuheenjohtaja ja vähintään 11 muuta jäsentä.

Lisäksi voimassa olevaa 3 momenttia esitetään muutettavaksi siten, että neuvottelukunnassa olisi jatkossa hyvinvointialueiden edustaja sosiaali- ja terveydenhuollon siirryttyä hyvinvointialueiden järjestämistä vastuulle. Neuvottelukunnan yhtenä tehtävänä on edistää toisen asteen opiskelijoiden sekä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja muun terveydenhuollon yhteensovittamista. Voimassa olevan asetuksen säännös Kuntaliitosta neuvottelukunnan jäsenenä on vanhentunut, koska Kuntaliitto siirsi sote-uudistuksen yhteydessä mandaattinsa edustaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjiä Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy:lle. Esityksen mukaan neuvottelukuntaan nimettäisiin hyvinvointialueiden edustaja Kuntaliiton sijaan. Neuvottelukunnan kokoonpano säilyisi muilta osin ennallaan niin että edustettuina olisivat lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Kansaneläkelaitos, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö yliopistolain (558/2009) 1 §:ssä tarkoitetut yliopistot ja 46 §:ssä tarkoitetut ylioppilaskunnat sekä ammattikorkeakoululain (932/2014) 2 §:ssä tarkoitetut ammattikorkeakoulut ja 41 §:ssä tarkoitetut opiskelijakunnat.

Esitetään, että asetus tulisi voimaan yhdessä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukuntaa koskevan opiskeluterveydenhuoltolain 11 §:n 2 momentin kanssa 1.1.2025.

9 Voimaantulo

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.5.2025 kuitenkin siten, että korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukuntaa koskeva opiskeluterveydenhuoltolain 11 §:n 2 momentti (3. lakiehdotus) tulee voimaan 1.1.2025.

10 Toimeenpano ja seuranta

Esityksessä ehdotettujen muutosten toimeenpano kuuluu hyvinvointialueille, Kansaneläkelaitokselle opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäjänä ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle opiskeluterveydenhuollon palvelujen tuottajana. Sosiaali- ja terveysministeriö tiedottaa lain hyväksymisestä ja vahvistamisesta ja laatii yhteistyössä THL:n kanssa lainsäädännön toimeenpanon ja soveltamisen tueksi ohjausmateriaalia.

Esitetyn terveydenhuoltolain 55 § mukaisesti hyvinvointialueen olisi julkaistava yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 53 §:n 1 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Voimassa olevan opiskeluterveydenhuoltolain 10 d §:n mukaisesti YTHS:n on julkaistava kustakin toimipisteestään kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten esitetyn 10 a §:n 4 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui.

Toimeenpanon vaikutusten seuranta edellyttäisi sekä kansallisen rekisteritiedon että lasten ja nuorten kokemustiedon keräämistä ja analysointia. Tunnuslukujen seurannan lisäksi potilas- ja asiakastietojärjestelmistä tultaisiin keräämään alueellisesti ja kansallisesti vertailtavaa tietoa, kuten luvussa 4.1.5 tarkemmin tuodaan esille. Seurannan avulla saataisiin tietoa ja arviointia siitä, mitä psykososiaalisia interventioita on alueellisesti ja kansallisesti käytössä, toteutuuko interventio tarkoitusti ja onko interventioiden saatavuus yhdenvertaista. Yksilötason seurannassa olisi tärkeää kerätä tietoa myös ehdotetun lainsäädännön vaikuttavuudesta lasten ja nuorten hyvinvointiin.

11 Suhde muihin esityksiin

11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä

Hallituksen kehysriihessä 15–16.4.2024 tehtiin päätös perusterveydenhuollon hoitotakuun palauttamisesta vuoden 2022 tasolle purkamalla edellisen hallituksen siihen tekemät tiukennukset. Sosiaali- ja terveysministeriön valmistelemissa luonnoksessa hallituksen esitykseksi ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolakia ja opiskeluterveydenhuoltolakia pidentämällä perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikojaksi 23 vuotta täyttäneiden osalta (hoitotakuu, STM042:00/2024). Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta kiireettömän perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaika kuitenkin siis säilytettäisiin kokonaisuudessaan nykyisessä 14 vuorokaudessa. Toteutuessaan esitys varmistaisi kaikille lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille muuta väestöä nopeamman hoitoon pääsyn. Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen koskeva hallituksen esitys liittyy esitykseen valtion vuoden 2025 talousarvioksi ja tulisi siten käsiteltäväksi sen yhteydessä. Ehdotettavat muutokset tulisivat voimaan 1.1.2025. Tarvittaessa esitys tulisi yhteen sovittaa lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevan esityksen kanssa eduskuntakäsittelyn yhteydessä.

11.2 Suhde talousarvioesitykseen

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

Esitys perustuu pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelmaan ja sen toteuttamiseksi on varattu vuodesta 2026 alkaen yhteensä 35 000 000 euroa vuosittain, josta hyvinvointialueiden rahoitusmomentille (28.89.31.) kohdistuisi 33 200 000 euroa ja YTHS:n rahoitusmomentille (33.60.35.) 1 800 000 euroa. Koska terapiatakuu tulisi voimaan 1.5.2025, on vuonna 2025 toteuttamiseen varattu 23 400 000 euroa, josta hyvinvointialueiden rahoitusmomentille (28.89.31.) kohdistuisi 22 200 000 euroa ja YTHS:n rahoitusmomentille (33.60.35.) 1 200 000 euroa.

12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys

Esityksessä ehdotetuilla, lasten ja alle 23-vuotiaiden perustason mielenterveyspalvelujen järjestämiseen ja palveluihin pääsyyn liittyvillä säädösmuutoksilla terveydenhuoltolakiin, sosiaalihuoltolakiin, opiskeluterveydenhuoltolakiin, asiakasmaksulakiin sekä hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annettuun valtioneuvoston asetukseen on kiinteä yhteys useisiin perustuslain turvaamiin perusoikeuksiin.

12.1 Riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut

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 tukemiseen on vaikutusta joko suoraan tai vähintään epäsuorasti lapsen hyvinvointiin. Julkisella vallalla on myös velvoite turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen perustuslain 22 §:n mukaisesti, ja perusoikeuksien tosiasiallinen toteutuminen edellyttääkin julkisen vallan aktiivisia toimenpiteitä esimerkiksi tosiasiallisten edellytysten luomiseksi perusoikeuksien käyttämiseksi.

Keskeisiin keinoihin turvaamisveloitteen toteuttamiseksi kuuluvat perusoikeuden käyttöä turvaavan ja täsmentävän 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, heidän terveyttään edistäviin perustason mielenterveyspalveluihin, ja sen toimeenpanoon osoitettu vuosittainen rahoitus turvaisi näiden palvelujen 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 kielto (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) sekä hyvinvointialueiden itsehallinto (PeVL 7/2021 vp).

Suomea velvoittaa 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 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 lasten lisäksi kaikki sopimusvaltion oikeudenkäytön piirissä olevat henkilöt, lapset, nuoret ja aikuiset.

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 täysivaltaisina jäseninä. Julkiseen valtaan kohdistuva perustuslain 22 §:n aktiivinen toimintavelvoite on korostunut erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden kuten lasten kohdalla. Edelleen lasten ja nuorten mielenterveyden hoidossa palvelujärjestelmästä on puuttunut perustason hoidosta vastaava taho ja erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvässä palvelujärjestelmässä on sirpaleisuutta, alueellista vaihtelua palvelujen saatavuudessa sekä puutteita kokonaisvaltaisessa moniammatillisessa yhteistyössä.

Tällä hallituksen esityksellä pyritään osaltaan vastaamaan näihin epäkohtiin turvaamalla lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoitoon ja tuen piiriin pääsyä perustason mielenterveyspalveluissa. Laajemmin esityksen vaikutuksista lapsiin ja nuoriin sekä mielenterveyspalvelujen saatavuuteen, saavutettavuuteen, laatuun ja hyväksyttävyyteen selvitetään luvussa 4.2.3.2.

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. Jotta jatkossa lapsille ja nuorille olisi saavutettavalla tavalla saatavilla riittävästi perustason mielenterveyspalveluja, pyritään esityksellä vahvistamaan lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn ja hoidon sekä mielenterveyden tuen saatavuutta sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollon perustason palveluissa psykososiaalisten menetelmien avulla. Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa ja viime kädessä perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (ks. PeVL 65/2014 vp, s. 4/II).

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. 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 mukaista lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon ja sosiaalihuollon mielenterveyden palvelujen tukea. Psykososiaalisten menetelmien osaamisen ylläpitoa on toteutettu aiemmin hankerahoituksen ja väliaikaisin ratkaisuin. Nyt esitettävällä lainsäädännöllä ja siihen osoitetulla pysyvällä

rahoituksella lisättäisiin voimavaroja lasten ja nuorten mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen yhdenvertaisesti kaikilla hyvinvointialueilla.

Perustuslakivaliokunta on korostanut, että vaikka perustuslain 19 §:n 3 momentin säännös ei turvaa mitään nimenomaista tapaa tarjota palveluja, 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 veloitetaan 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 perusoikeuksien täsmällinen sisältö määräytyy perusoikeussäännöksen ja tavallisen lainsäädännön muodostaman kokonaisuuden pohjalta (PeVM 25/1994 vp, s. 5-6).

Esitys parantaisi lasten ja nuorten mahdollisuuksia perustuslaissa turvattujen riittävien ja lapsen edun mukaisten mielenterveyden palvelujen saamiseen, vaikkei esityksellä pystytäkään vastaamaan kaikkiin lasten ja nuorten mielenterveyteen kytkeytyviin haasteisiin.

12.2 Yhdenvertaisuus

Ehdotettuun lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perustason mielenterveyspalvelujen turvaamisen tapaan liittyvät myös perustuslain 6 §:n säännökset ihmisten yhdenvertaisuudesta 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 on säädetty 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). Mielenterveyssyistä aiheutuva tuen ja hoidon tarve on lainsäädännössä ylipäätään nähty aiheena, 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.

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.⁷⁸

Esityksellä pyritäänkin turvaamaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten terveyttä ja hyvinvointia sekä perustason mielenterveyspalvelujen tosiasiallista toteutumista. Jo pitkään palveluihin pääsyssä erityisesti lasten ja nuorten osalta on ollut puutteita. Kyse olisikin ennen muuta yhdenvertaisuuden edistämisestä, kun heidät esityksen mukaisesti saatettaisiin muita palvelun tarpeessa olevia parempaan asemaan. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psyykinen kehitysvaihe huomioon ottaen ehdotetulla positiiviselle erityiskohtelulle olisi olemassa hyväksyttävät perusteet.

Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain valmistelun yhteydessä perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota siihen, että ehdotettu 53 §:n sääntely asetti alle 23-vuotiaat mielenterveyspalvelujen saamiseksi erikoissairaanhoidossa nopeuden osalta parempaan asemaan tätä vanhempiin verrattuna (PeVL 41/2010, s. 3). 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 syyhyyn, 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, koska 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, s. 3–4).

Perustuslain 6 §:n 2 momentti ei estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista positiivista erityiskohtelua tietyn 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

⁷⁸ 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).

Ehdotettuja muutoksia tulee arvioida myös lasten ja nuorten keskinäisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Ehdotettu takuu pääsystä lyhytpsykoterapiaan tai määrämuotoiseen ja aikarajoitteeseen psykososiaaliseen interventioon säädetyssä ajassa jättäisi takuun ulkopuolelle ne lapset ja alle 23-vuotiaat nuoret, joiden oireiluun ei ole tarjolla takuun määrittelemää hoitoa tai menetelmää. Heidän hoitoon pääsyään kuitenkin turvaa voimassa olevan terveydenhuoltolaki, jonka 50 §:n mukaan yksilöllinen tutkimusten ja hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arvio tulee tehdä saman vuorokauden aikana yhteydenotosta ja 51 a §:n mukaan hoitoon päästä 14 vuorokauden aikana. Lisäksi hoitoon pääsyn enimmäisaikaa koskevassa, kesällä lausuntokierroksella olleessa hallituksen esityksessä ei esitetä enimmäisaikaan lasten ja alle 23-vuotiaitten nuorten osalta muutosta. Myös sosiaalihuollon asiakkaana olevien 23 vuotta täyttäneiden sosiaalihuollon tarpeessa olevan henkilön palvelutarpeen arviointi olisi aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivästystä sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisesti. Sosiaalipalvelua koskeva päätös on sosiaalihuoltolain 45 §:n mukaisesti toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireille tulosta.

Laajemmin esityksen vaikutuksia yhdenvertaisuuden toteutumiseen kuvataan luvussa 4.3.3.3.

12.3 Hyvinvointialueiden itsehallinto ja valtion velvollisuus turvata perusoikeuksien toteutuminen

Perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Myös itsehallintoalueille annettavien lakisääteisten 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 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).

Hyvinvointialueille on hallitusohjelmassa varattu terapiatakuun toimeenpanoa varten 35 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lähtien. Osa rahoituksesta kohdentuisi luvussa 11.2 esitetyllä tavalla opiskeluterveydenhuollon järjestäjänä toimivan Kelan kautta YTHS:lle esityksen mukaisen, alle 23-vuotiaiden korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalvelujen tuottamiseksi. Vuosittaisella rahoituksella pyrittäisiin siten tosiasiallisesti turvaamaan lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalvelujen toteutumista ja niiden yhdenmukaisempaa järjestämistä eri alueilla ja palveluissa.

Ehdotettujen psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton kokonaisuutta tulisi suunnitella sekä hyvinvointi- että yhteistyöalueen tasolla. Tätä kokonaisuutta ja sen vaikutuksia hyvinvointialueisiin avataan tarkemmin luvussa 4.2.2.2. Hyvinvointialueiden tulisi yhteistyösopimuksissa turvata ehdotetun lainsäädännön toimeenpano ottaen huomioon myös yliopistosairaaloille keskittämisasiäasetuksessa säädetty rooli psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnissa ja osaamisen ylläpidossa. Hyvinvointialueiden tulisi itsehallintonsa puitteissa ja muu lainsäädäntö huomioon ottaen päästä yhteistyöalueittain sopimukseen lasten ja nuorten mielenterveyttä parantavien psykososiaalisten menetelmien valinnasta, käyttöönotosta ja osaamisen ylläpidosta. Tulee kuitenkin todeta, että hyvinvointialueiden rakenteet ja yhteistyö ovat vasta muodostumassa ja myös alueiden resurssit ja haasteet eroavat toisistaan. Lisäksi hyvinvointialueiden yleiskatteellisen rahoitusjärjestelmän vuoksi terapiatakuun toteuttamiseksi varattu, yhteensä 35 miljoonan euron suuruinen valtion rahoitus ei ole korvamerkittyä juuri esityksen mukaisten palvelujen tuottamiseen. Nämä seikat voivat vaikeuttaa terapiatakuun yhdenvertaista toteutumista ja toteuttamista alueilla. Kansallisen ohjauksen kehittäminen ja vahvistaminen onkin tarpeen, ja siihen on ryhdytty.

12.4 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. Sosiaalihuollon asiakkaiden ja terveydenhuollon potilaiden oikeusturvakeinot eroavat kuitenkin merkittävästi toisistaan. Terapiatakuun yhteydessä oikeusturvakeinoihin voisi turvautua, jos lapsen tai nuoren tarvitsemaa terapiatakuun piiriin kuuluvaa tukea tai hoitoa ei aloitettaisi ehdotetussa kuukauden enimmäisajassa tai hoito tai tuki evättäisiin todetusta tarpeesta huolimatta.

Sosiaalihuollon asiakkaalla on käytössään vahvoja oikeusturvakeinoja, kun asiakkaalla on oikeus saada kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Kiireettömissä asioissa päätös on tehtävä ilman aiheetonta viivästystä sen jälkeen, kun asia on tullut vireille (sosiaalihuoltolaki 45 §). Lapsia tai hänen perhettään tai alle 23-vuotiaita nuoria koskevan terapiatakuun osalta päätös sosiaalihuollossa tulisi toimeenpanna esityksen mukaan pääsääntöisesti viimeistään kuukauden kuluessa. Päätökseen olisi mahdollista hakea muutosta normaalisti

sosiaalihuoltolain 6 luvussa säädetyin tavoin tekemällä oikaisuvaatimus ja valittamalla siitä annetusta päätöksestä hallintotuomioistuimeen.

Terveydenhuollossa potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hoidon antaminen itsessään on hoitopäätös. Terveydenhuollossa potilaan oikeusturvakeinona on muistutuksen teko tai kantelu eri valvontaviranomaisille (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 10 ja 10 a §). Muistutusta ja kantelua voidaan pitää sosiaalihuoltolain valitusmahdollisuuteen verrattuna heikompana oikeusturvakeinona. Siten lapsi tai nuori voisi joutua eriarvoiseen asemaan käytettävissä olevien oikeusturvakeinojen suhteen riippuen siitä, olisiko kyse sosiaalivai terveydenhuollon palveluissa tapahtuvasta psykososiaalisen menetelmän tarpeen arviosta ja tuen tai hoidon aloituksen enimmäisajasta. Todennäköisesti lapsi tai nuori ei myöskään itse osaa tai pysty valikoimaan kumman palvelun piiriin hän terapiatakuun yhteydessä hakeutuisi. Esityksen aikataulussa ei kuitenkaan ollut mahdollisuutta ehdottaa muutoksia tähän sosiaali- ja terveydenhuollon oikeusturvakeinojen perustavanlaatuisen eroon, joka vaatii erillistä ja huolellista kokonaisuuden tarkastelua.

Osaltaan palvelunjärjestäjien omavalvonta turvaa myös terapiatakuuseen liittyvää oikeusturvaa. Palvelunjärjestäjän eli hyvinvointialueen ja YTHS:n on varmistettava omavalvonnalla sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviensä lainmukainen hoitaminen sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetun lain 23 §:n mukaisesti. Palvelunjärjestäjän on valvottava toimintaansa siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto on sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaista kuin asiakkaiden ja potilaiden tarve ja turvallisuus edellyttävät. Palvelunjärjestäjän on otettava toiminnassaan huomioon, että sosiaalihuollon asiakkaiden ja potilaiden palvelut toteutetaan yhdenvertaisesti.

Esityksen piiriin kuuluvien hoitomenetelmien mahdollisimman selkeä tulkinta on myös valvonnan kannalta tärkeää. Valtakunnan tasolla terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositukset ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset suositukset linjaavat psykososiaalisten menetelmien kokonaisuutta. Hyvinvointialueiden tulee yhteistyösopimuksessa sopia sosiaali- ja terveydenhuollon psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä. Lisäksi yhteistyösopimuksessa tulee ottaa huomioon yliopistosairaaloiden keskittämisasiäsetuksen mukainen tehtävä psykososiaalisten menetelmien arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpidosta. Yhteistyösopimukset ja yhtenäiset periaatteet menetelmien käyttöönotossa edistäisivät ja toteuttaisivat hyvinvointialueiden asukkaiden yhdenvertaisuutta hyödyntäen erilaisten hyvinvointialueiden vahvuuksia koko alueen väestöä hyödyttävällä tavalla. Vaikka yhteistyöalueita koskevalla lainsäädännöllä pyritään varmistamaan, ettei erityistä osaamista vaativien sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuksien organisoiminen jäisi yksittäiselle hyvinvointialueelle, vaan vastuita voitaisiin jakaa yhteistyöalueiden kesken, voisi käytännössä alueiden välille kuitenkin syntyä eroja. Tämä voisi hankaloittaa myös valvontaa. Menetelmiin liittyviä haasteita pyritään ratkaisemaan hallituskauden aikana myös kansalliseen palvelureformiin liittyvissä muissa lainsäädäntöhankkeissa.

Terapiatakuun enimmäisaikojen noudattamista terveydenhuollossa seurattaisiin valtakunnallisesti lakien voimaantulosta lähtien, sillä hyvinvointialueiden ja YTHS:n tulisi julkaista kuukausittain tiedot yleisessä tietoverkossa. THL on tuottanut terveyden- ja sosiaalihuollon käyttöön myös psykososiaalisten menetelmien toimenpidekoodeja, joiden avulla voitaisiin rekisteripohjaisesti seurata myös esitetyn lainsäädännön toteutumista. Tietojärjestelmästä saatava raportointi mahdollistaisi hoidossa ja intervention piirissä olevien potilaiden ja asiakkaiden määrän, toteutuneiden käyntien tiheyden, hoito- ja palvelujakson keston sekä yksilöllisen hoitovasteen tarkastelun. Arvion mukaan sosiaalihuollon osalta tietojen keruu olisi kuitenkin mahdollista vasta vuonna 2026, ja tiedot saataisiin tulevaisuudessa

sosiaalihuollon seurantarekisterin kautta THL:n hyte-sote -tietovarannosta. Tätä ennen interventioiden toteutumista sosiaalihuollossa voitaisiin seurata päätöstietojen avulla.

12.5 Yhteenveto

Edellä mainituin perustein ehdotetut muutokset ovat sopusoinnussa perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien kanssa. Esitys vahvistaa lapsen oikeuksien toteutumista ja sillä osaltaan turvataan riittäviä perustason mielenterveyspalveluja lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille Suomea sitovien ihmisoikeussopimuksen velvoitteiden mukaisesti. Esitys turvaa mielenterveyspalvelujen tosiasiallista toteutumista, kun lapsi tai nuori pääsee terveydenhuollossa psykososiaalisen hoidon tai sosiaalihuollossa psykososiaalisen tuen piiriin määrääjässä tarpeen toteutamisesta. Lisäksi ehdotus lasten ja alle 23-vuotiaitten nuorten positiivisesta erityiskohtelusta terapiatakuun yhteydessä noudattaa perustuslakivaliokunnan aiempia kannanottoja yhdenvertaisuudesta. Perustuslain mukaisesti valtio on osittanut ehdotettujen palvelujen toteuttamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteensovittavassa kokonaisuudessa rahoitusta perustuslain velvoitteiden mukaisesti.

Hallitus katsoo, että 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, sellaisina kuin ne ovat,
53 § osaksi laissa 581/2022 ja 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 psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva 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 sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluna järjestettävästä psykososiaalisesta tuesta säädetään sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentissa.

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, arviointi ja tarvittavat tutkimukset on toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu psykiatrinen 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

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. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

2.

Laki

sosiaalihuoltolain 25 a ja 45 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään sosiaalihuoltolain (1301/2014) 25 a §:ään, sellaisena kuin se on laissa 1280/2022, uusi 2 ja 3 momentti, jolloin nykyinen 2 siirtyy 4 momentiksi ja 45 §:ään, sellaisena kuin se on laissa 677/2023, uusi 3 momentti, jolloin nykyinen 3 momentti siirtyy 4 momentiksi, seuraavasti:

25 a §

Mielenterveystyön palvelut

Lisäksi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille on mielenterveystyön palveluna järjestettävä hyvinvointialueen määrittämällä tavalla psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä on sovittava siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta muodostuu tarkoituksenmukainen kokonaisuus.

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluvaan psykososiaaliseen hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentissa.

45 §

Sosiaalihuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano

Poiketen siitä, mitä 2 momentissa säädetään, 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettua lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelua koskeva päätös on toimeenpantava kuukauden kuluessa tuen tarpeen toteamisesta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____
kuuta 20 ____.

3.

Laki

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 11 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 11 §:n 2 momentti, sellaisena kuin se on osaksi laissa 611/2022, sekä
lisätään 10 a §:ään, sellaisena kuin se on laeissa 118/2023 ja 1140/2023, uusi 4 momentti, jolloin nykyinen 4 ja 5 momentti siirtyvät 5 ja 6 momentiksi, seuraavasti:

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Alle 23-vuotiaan korkeakouluopiskelijan perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva 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.

11 §

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunta

Neuvottelukunnassa ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Kansaneläkelaitos, hyvinvointialueet, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, yliopistot ja ammattikorkeakoulut sekä ylioppilaskunnat ja opiskelijakunnat.

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 kohta, sellaisena kuin se on laissa 1292/2022, seuraavasti:

4 §

Maksuttomat sosiaalipalvelut

Sosiaalipalveluista ovat maksuttomia:

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, 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettu mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalinen tuki ja 27 §:ssä tarkoitettut tuetut tapaamiset ja valvotut vaihdot sekä vuoden 1982 sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 d ja 27 e §:ssä tarkoitettut vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta kuljetusta ja aterioita lukuun ottamatta;

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Helsingissä 23.9.2024

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, sellaisina kuin ne ovat,
53 § osaksi laissa 581/2022 ja 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 alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva 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 sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluna järjestettävästä psykososiaalisesta tuesta säädetään sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentissa.

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

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, arviointi ja tarvittavat

Voimassa oleva laki

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 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

tutkimukset on 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, *jolleivat* 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

sosiaalihuoltolain 25 a ja 45 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään sosiaalihuoltolain (1301/2014) 25 a §:ään, sellaisena kuin se on laissa 1280/2022, uusi 2 ja 3 momentti, jolloin nykyinen 2 siirtyy 4 momentiksi ja 45 §:ään, sellaisena kuin se on laissa 677/2023, uusi 3 momentti, jolloin nykyinen 3 momentti siirtyy 4 momentiksi, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

25 a §

25 a §

Mielenterveystyön palvelut

Mielenterveystyön palvelut

Lisäksi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille on mielenterveystyön palveluna järjestettävä hyvinvointialueen määrittämällä tavalla psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä on sovittava siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta muodostuu tarkoituksenmukainen kokonaisuus.

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluvaan psykososiaaliseen hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentissa.

45 §

45 §

Sosiaalihuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano

Sosiaalihuoltoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano

Poiketen siitä, mitä 2 momentissa säädetään, 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettua lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveystyön palvelua koskeva päätös on toimeenpantava kuukauden kuluessa tuen

Voimassa oleva laki

Ehdotus

tarpeen toteamisesta. 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 ja 11 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 11 §:n 2 momentti, sellaisena kuin se on osaksi laissa 611/2022, sekä
lisätään lain 10 a §:ään, sellaisena kuin se on laeissa 118/2023 ja 1140/2023, uusi 4 momentti, jolloin nykyinen 4 ja 5 momentti siirtyvät 5 ja 6 momentiksi, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

10 a §

10 a §

Kiireettömään hoitoon pääsy

Kiireettömään hoitoon pääsy

Alle 23-vuotiaan korkeakouluopiskelijan perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva 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.

11 §

11 §

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunta

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunta

Neuvottelukunnassa ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Kansaneläkelaitos, Suomen Kuntaliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, yliopistot ja ammattikorkeakoulut, ylioppilaskunnat ja opiskelijakunnat.

Neuvottelukunnassa ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Kansaneläkelaitos, hyvinvointialueet, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, yliopistot ja ammattikorkeakoulut sekä ylioppilaskunnat ja opiskelijakunnat.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

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 kohta, sellaisena kuin se on laissa 1292/2022, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

4 §

4 §

Maksuttomat sosiaalipalvelut

Maksuttomat sosiaalipalvelut

Sosiaalipalveluista ovat maksuttomia:

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 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;

Sosiaalipalveluista ovat maksuttomia:

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, *25 a §:n 2 momentissa tarkoitettu mielenterveyshuollon palveluna järjestettävä psykososiaalinen tuki* ja 27 §:ssä tarkoitettut tuetut tapaamiset ja valvotut vaihdot sekä *vuoden 1982* sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 d ja 27 e §:ssä tarkoitettut 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 työmenetelmien käyttöönotosta ja käytöstä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä on sovittava siten, että niistä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittava kokonaisuus.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____ kuuta 20 .

Valtioneuvoston asetus

korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta annetun asetuksen 2 §:n muuttamisesta

Valtioneuvoston päätöksen mukaisesti
muutetaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunnasta annetun valtioneuvoston asetuksen (274/2021) 2 §:n 1 ja 3 momentti seuraavasti

2 §

Kokoonpano

Neuvottelukunnassa on puheenjohtaja, varapuheenjohtaja sekä vähintään 11 muuta jäsentä.

Neuvottelukunnan muun jäsenistön osalta kokoonpanossa ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, Kansaneläkelaitos, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, hyvinvointialueet, yliopistolain (558/2009) 1 §:ssä tarkoitetut yliopistot ja 46 §:ssä tarkoitetut ylioppilaskunnat sekä ammattikorkeakoululain (932/2014) 2 §:ssä tarkoitetut ammattikorkeakoulut ja 41 §:ssä tarkoitetut opiskelijakunnat.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____ kuuta 20 .