

Asia: VN/2774/2026

Hallituksen esitysluonnos laiksi terveydenhuoltolain 51 §:n muuttamisesta (digitaalinen hoidon tarpeen arvio)

Lausunnonantajan taustatiedot

Klikkaa ja lisää otsikko valintakysymykselle

Ammatillinen järjestö tai edunvalvoja

Pidättekö kannatettavana, että esityksessä ehdotetulla tavalla potilas voisi tehdä hoidon tarpeen arvion digitaalisesti ja siinä voitaisiin hyödyntää automaatiota?

Vastaus

Ei, kommenttinne: [Lääkäriliiton käsityksen mukaan lainsäädäntöä esitetään muutettavaksi niin, että hyvinvointialue voisi hyödyntää automaatiota hoidon tarvearvion tekemisessä. Liitto vastustaa tätä, koska esitettyyn lakimuutokseen liittyvät eettiset ja vastuukysymykset on vaillinaisesti katettu ja automaatio voisi käytännössä rajoittaa ja viivästyttää potilaan pääsyä hoitoon. Myös potilas asetetaan vaikeaan asemaan joutuessaan itse valitsemaan vajavaisin tiedoin tulisiko hänen pyytää ammattilaisen arvio. ETENEn tuoreessa Sosiaali- ja terveysalan eettiset periaatteet -julkaisussa todetaan: ”Digitaalisia ratkaisuja ja tekoälyä hyödynnetään ihmistä tukevalla tavalla, niin että ne vahvistavat ihmisarvoa, yhdenvertaisuutta, osallisuutta ja turvallisuutta eivätkä heikennä niitä.” Nyt esitetty lakiuudistus ei näitä kriteerejä täytä. Lääkäriliitto tukisi ratkaisua, jossa teknologia auttaisi potilasta tekemään omaa arviotaan ennen yhteydenottoa palvelujärjestelmään tai auttaisi terveydenhuollon ammattilaisia päätöksenteossa. Teknologiaa tulee hyödyntää terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitamiseen tähtäävän toiminnan tukena esim. hoidon tarpeiden ennakoinnissa, hoidon optimoinnissa ja yhteenvedoissa, ei ammattilaisen työn korvikkeena. Digitaalisten ratkaisujen kehittämisessä tärkeintä on ensin arvioida mihin palvelutarpeisiin niitä tarvitaan ja kehittää ne vasta sen jälkeen. Suomen terveydenhuollon suurimpia ongelmia on perusterveydenhuollon riittämätön rahoitus, joka on johtanut kansainvälisesti uniikin hoidon tarpeen arviointi koneiston luomiseen. Esitetty lakimuutos ei tue tämän ratkaisemista. Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi on laaja ja vaativa kokonaisuus, joka sitoo merkittävästi ammattilaisten työaika. Liitto ei hyväksy esityksen oletusta, että hoidon tarpeen arviointi olisi helposti standardoitavissa ja automatisoitavissa. Koska vastaavaa toimintamallia ei muualla ole, ei teknologian käytöstä sen yhteydessä näin ollen ole myöskään kokemusta. Nyt Suomi olisi ymmärtääksemme ensimmäisenä sallimassa hoitoon hakeutumiseen liittyvien päätösten siirtämisen

teknologialle toteutettavaksi laajassa ja moninaisessa perusterveydenhuollon väestössä. Lääkäriliitto toteaa, että ensisijaisesti tulisi arvioida koko hoidon tarpeen arvioinnin hyödyllisyys, vaikuttavuus ja tehokkuus osana potilaan hoidon kokonaisprosessia. Vasta sitten on aika siirtyä pohtimaan, miten se parhaiten toteutettaisiin. Perusterveydenhuoltoa kokonaisuudessaan tulee kehittää vastaamaan potilaiden oireiden tutkimisen, sairauksien määrittämisen ja hoidon määräämisen tarpeisiin. Tämä toteutuu liiton näkemyksen mukaan lisäämällä omalääkäreiden määrää, jotka ottavat vastuun tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn sujuvuudesta sekä hoidon jatkuvuudesta. Hoidon jatkuvuus perustuu siihen, että ensisijainen kontakti on potilaan tunteva ammattihenkilö, jolla toki tulee olla käytössään työnsä tukena teknologiaa. Digitaaliset ratkaisut voisivat kyllä tuoda hoidon tarpeen arviointiin yhtenäisyyttä. Tulevaisuutta ajatellen tulisi huomioida jo nyt mm. erilaisen kansalaisten itse keräämään sensoridataan liittyvien kontaktien lisääntymisen ja niiden hyödyntäminen hoidon tarvetta määritettäessä. Vaikka esityksessä automaatio nähdään lähinnä nykyisten oirearvioiden laajenuksena, päätökset hoitoon hakeutumisesta ovat tosiasiallisesti merkittäviä ja vaikuttavat suoraan potilaan hoitopolkuun. On ongelmallista, jos potilas joutuisi itse arvioimaan, milloin ammattilaisen arviota tarvitaan. Erityisen riskialttiita ovat tilanteet, joissa potilasta ei ohjata hoitoon riittävän ajoissa. Toisaalta myöskään liiallinen varovaisuus ei ole kestävä resurssien käyttöä. Tutkimusten perusteella tekoälyllä on taipumusta molempiin jo pelkästään hoidon kiireellisyyttä määritettäessä. Tämänkin vuoksi katsomme, että digitaalisilla ratkaisuilla voisi olla annettavaa lähinnä kapea-alaisissa ja rajatuissa terveydellisissä ongelmissa. Lisäksi esityksessä mainitaan, että kyse ei ole varsinaisista hallintopäätöksistä vaan tosiasiallisesta hallintotoiminnasta, joten sääntely voidaan luoda huolehtimalla juridisesta perustasta ja suojatoimista. Tämä ei kuitenkaan kata kattavaa tarkastelua vastuukysymyksistä. Esityksessä vastuu nähdään pitkälti juridisina rakenteina, mutta tämä ei kata kaikkia käytännön vastuukysymyksiä. Teknologiaan perustuvassakin arvioinnissa vastuu säilyy vastaavalla lääkäriä, mutta vastuiden toteutuminen jää esityksen pohjalta epäselväksi. Vastuuhenkilöiden tehtävät ja tosiasialliset mahdollisuudet valvoa toiminnan laatua ja turvallisuutta on määriteltävä tarkemmin. Nykytilanteessa on epärealistista olettaa, että vastaavat lääkärit voisivat sitoutua vastuuseen toimintamallista, jonka turvallisuudesta ja vaikutuksista ei ole riittävä näyttöä. Esitykseen liittyy siis merkittäviä juridisia ja teknologisia haasteita. Yksinkertaistavat lakimuutokset eivät ole oikeita ratkaisuja kompleksisiin ongelmiin, joihin vasta haetaan mm. Euroopan tasolla ratkaisumalleja.]

Pidättekö kannatettavana, että esityksessä ehdotetulla tavalla digitaalisen hoidon tarpeen arvion tekemisessä voitaisiin hyödyntää tekoälyä?

Vastaus

Ei, kommenttinne: [Ks. edellisen kohdan kommenttimme. Nämä sisältävät myös tekoälyn käytön.]

Katsotteko, että potilaan oikeudet on esityksessä huomioitu oikealla tavalla?

Vastaus

Ei, kommenttinne: [Potilaan oikeus on saada hänen tarvitsemansa hoito. Perusterveydenhuollon tulee kyetä vastaamaan matalalla kynnyksellä potilaan oman tarvearvion pohjalta lääketieteelliseen tilanearvioon, tutkimuksiin ja hoitoon pääsyyn. Käytännössä digitaalinen hoidon tarpeen arviointi voisi muodostua siinä määrin voimakkaasti suositelluksi yhteydenottokanavaksi, että muut kanavat olisivat huomattavasti huonommin resursoituja ja näin ollen toivottu nopeampi yhteydenottomahdollisuus ei jakautuisi kansalaisten kesken tasaisesti. Hyvinvointialueilla ei olisi merkittävää insenttiiviä panostaa perinteisten arviointireittien resursointiin. Lähtökohtaisesti potilassuhteen muodostumisen

edellytyksenä on pidetty sitä, että terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi ja ratkoo potilaan oireita, niiden kehittymistä ja kliinisiä löydöksiä hänen omiin terveystietoihinsa pohjautuen. Ei siis yleisellä tasolla tapahtuvaa neuvontaa. Tässä ehdotuksessa on pohdittu olemattoman vähän automaation merkitystä potilassuhteen ja luottamuksen muodostumiseen. Potilasvahingon perusteella korvausta suoritetaan silloin, kun henkilövahinko on aiheutunut tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä tai sen laiminlyönnistä edellyttäen, että kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi tutkinut, hoitanut tai muutoin käsitellyt potilasta toisin ja näin välttänyt vahingon. Tämä pätee myös silloin, kun ammattilaisen työssään käyttämässä lääkinnällisessä laitteessa on vika. Esitöissä tulisi pohtia asiaa lisää ja ottaa selkeä kanta siihen, mihin automaation tekemää tarvearviota tulisi verrata ja onko väärässä tulkinnassa aina kyse lääkinnällisen laitteen viasta.]

Katsotteko, että virkavastuun kohdentuminen on esityksessä huomioitu oikealla tavalla?

Vastaus

Ei, kommenttinne [Terveydenhuoltolain 57§ mukainen vastaava lääkäri vastaa potilaiden hoidosta hyvinvointialueella. Hoidon toteuttamisen ohjeistuksen lisäksi vastuuseen kuuluu myös mm. lääkinnällisen laitteet. Esityksessä velvoitettaisiin hyvinvointialuetta nimeämään velvoitteidensa toteuttamisesta vastaava henkilö, jonka työsopimukselliseen suhteeseen ei oteta mitään kantaa. Esitöissä tai pykälässä ei avata mitä vastuita tarkoitetaan tai vastuun suhdetta vastaavan lääkärin vastuuseen. Virkavastuuta käsitellään esityksessä lähinnä aiempien, muilla sektoreilla käytettyjen automatisoitujen päätöksentekoesimerkkien valossa, mutta ei juurikaan tarkenneta sitä, miten asia on nähtävissä tämän kyseisen esityksen kohdalla. Käytännössä vastuu eroaa siinä mielessä muista samantyyppisistä automaattisen päätöksenteon malleista, että vastuu ei kohdistu yksittäiseen päätökseen vaan järjestelmän toimivuuden varmistamiseen. Tämä jättää useita epäselvyyksiä mahdollisia ongelmatilanteita koskien: Kuka arvioi ja mihin perustuen ja verraten onko järjestelmä ja sen käyttö ollut asianmukaista? (ks. myös edellinen kohta) Järjestelmäperustainen vastuu, joka tässä tapauksessa annetaan hyvinvointialueen vastuulle jää monilta osin hämärän peittoon. Etenkin tekoälyn käyttöön voi liittyä tekijöitä, jotka haastavat vastuuhenkilön tosiasiallisia mahdollisuuksia tuntea teknologian sisältöä, ymmärtää sen toimintalogiikkaa ja näin ollen vastata sen asianmukaisesta toiminnasta.]

Kysymys hyvinvointialueille: missä aikataulussa esityksessä tarkoitetun digitaalisen hoidon tarpeen arvion käyttöönotto olisi mahdollista?

Kirjoita tähän:

-

Katsotteko, että jatkossa hoidon tarpeen arvion tekemiseen käytettävä järjestelmä tulisi toteuttaa kansallisesti (esityksessä todettu malli A tai B)?

Vastaus

Ei, kommenttinne: [Katsomme, ettei ehdotusta tule toteuttaa esitetyn kaltaisena millään mallilla. Mikäli lähdetäisiin harkitsemaan kansallista ratkaisua, tulee vastuukysymyksistä entistä

monimutkaisempi. Jos toteutetaan miltään osin kansallinen malli, kuka ottaa vastuun tilanteesta, jossa arviointisysteemi tekee virheen?]

Huomioiko esitys mielestänne riittävästi teknologiaa kehittävien yritysten näkökulman?

Vastaus

-

Muut kommenttinne esityksestä:

Kirjoita tähän:

GDPR artikla 22 määrittää rekisteröidyn oikeudeksi olla joutumatta pelkästään automaattiseen käsittelyyn perustuvan päätöksen kohteeksi, mutta mahdollistaa poikkeuksen kansallisella lainsäädännöllä ja rekisteröidyn nimenomaisella suostumuksella. Nyt esitettävä kansallinen lainsäädäntö on potilaan oikeuksiin erittäin voimakkaasti puuttuva ratkaisu ja siksi se on perusteltava selkeästi ja ymmärrettävästi. Nyt arvioitava esitys on selkeyden ja ymmärrettävyyden osalta niin puutteellinen, ettei arvioijalla voi olla selvyyttä siitä, miten vastuu potilaan perusoikeuksien toteutumisesta varmistetaan.

Esityksen mukaan GDPR edellyttää automatisoidun yksittäispäätöksen käyttöön suostumuksen, jonka tulee perustua selkeään ja ymmärrettävään tietoon automaation luonteesta ja merkityksestä. Oireistaan huolestunut ihminen joutuu haastavaan tilanteeseen, kun yrittää ennen palveluun pääsyä ymmärtää, mitä automaation luonne mahdollisesti tarkoittaa. Jos henkilö lukee kuvausta niin pitkälle, että ymmärtää automaation voivan kieltää häneltä tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumisen, on selvää, ettei luottamusta toimintaa kohtaan synny.

Lääkäriliitto pitää esitystä merkittävältä osin vaillinaisesti valmisteltuna ja katsoo, että se tulisi perua. Kehittäminen on syytä suunnata terveydenhuollon ammattihenkilöiden työssään tarvitsemiin toimivampiin järjestelmiin diagnostiikassa, hoidon suunnittelussa ja ennusteiden laatimisessa. Näissä automaatiolle ja tekoälylle on paikkansa. Lisäksi väestölle kohdennettuihin sairauksien itsehoitoa tukeviin ja terveysvalintoja vahvistaviin yleisen tason neuvontajärjestelmiin automatisaatiolla voi olla enemmän annettavaa.

Karreinen Soila
Suomen Lääkäriliitto