

Asia: VN/2774/2026

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

Lausunnonantajan taustatiedot

Klikkaa ja lisää otsikko valintakysymykselle

Hyvinvointialue, Helsingin kaupunki, HUS-yhtymä

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

Vastaus

Kyllä, kommenttinne: [Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue pitää ehdotusta erittäin kannatettavana. Kuten hallituksen esityksessä kuvataan, hyvinvointialueet kohtaavat samanaikaisesti kasvavaa palvelukysyntää, henkilöstöpulaa sekä merkittäviä paineita palveluiden saatavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen. Esityksessä tunnistetaan oikein, että digitaalisten palveluiden ja automaation hyödyntäminen on yksi keskeisistä keinoista vastata näihin rakenteellisiin haasteisiin. Lakiesityksessä mainittu vaatimus "soveltuvuudesta suomalaiseen terveydenhuoltoon" on tarpeeton. Käytettävät ratkaisut tulevat olla parhaita mahdollisia, sertifioituna lääkinnälliseksi laitteeksi. Ratkaisujen tulee tietenkin soveltua suunniteltuun käyttöön, mutta erillisiä kansallisia vaatimuksia tulee välttää markkinoiden toimivuudenkin takia. Myös EHDS:n tavoite on eurooppalaisen tarjooman kehittyminen. Hoidon tarpeen arviointi (HTA) soveltuu luonteensa vuoksi hyvin automatisoitavaksi. Prosessi perustuu pitkälti rakenteiseen tiedonkeruuseen, oireiden systemaattiseen arviointiin sekä lääketieteellisesti ja/tai hammaslääketieteellisesti hyväksytyihin arviointikriteereihin. Hallituksen esityksen mukainen mahdollisuus hyödyntää automaatiota voi parhaimmillaan nopeuttaa hoitoon pääsyä, vähentää ammattilaisten työkuormaa, vapauttaa henkilöstön aikaa vaativampaan asiakastyöhön sekä lisätä HTA:n tasapuolisuutta ja -laatusuutta. Nykyisen kaltainen hoidon tarpeen arvio on prosessina vaikeasti optimoitava, joten automaattisen hoidon tarpeen arvion työkalun tulisi esitietojen keräämisen lisäksi pystyä arvioimaan hoidon kiireellisyyttä ja kyetä jakamaan prosessi useampaan osaan, joista jotkut voidaan automatisoida täysin tai vähintään ajanvaraukseen asti. Ohjaus kiireelliseen hoitoon, itsehoitoon tai esimerkiksi kiireettömään ajanvaraukseen tulisi tapahtua pääosin ilman ihmisen interventiota. Järjestelmän on myös kyettävä huomioimaan palveluohjauksessa asiakkaat, jotka eivät asioi ensimmäistä kertaa sekä asiakkaat, joilla on useita tilanteissa vaikuttavia todettuja sairauksia. Samalla pidämme kriittisen

tärkeänä, että hyvinvointialueilla säilyy tosiasiallinen mahdollisuus arvioida ja valvoa käytettävän teknologian kliinistä laatua, turvallisuutta ja vaikuttavuutta. Käyttöön otettavan teknologian tulee: - perustua lääketieteellisesti hyväksytyihin kriteereihin, - integroitua kevyesti olemassa oleviin asiointi- ja palvelukanaviin, - mahdollistaa jatkuva kehittäminen, - sekä tuottaa kliinisesti luotettavia ja johdonmukaisia arvioita. Teknologian laadunhallinnan tulee olla jatkuvaa eikä kertaluonteista käyttönoton yhteydessä tehtävää arviointia. Hallituksen esityksessä tunnistetaan hyvinvointialueen vastuu automaation laadun ja riskien hallinnasta, mitä pidämme perusteltuna. Lisäksi on huomioitava toimintaympäristön todellinen muutos: kansalaiset tekevät jo nyt omaehtoista hoidon tarpeen arviointia yleiskäyttöisillä tekoäly- ja LLM-työkaluilla riippumatta siitä, integroidaanko niitä osaksi julkista palvelujärjestelmää vai ei. Keskeinen kysymys ei siten ole, käytetäänkö tekoälyä hoidon tarpeen arvioinnissa, vaan se, rakennetaanko käyttö hallitusti, turvallisesti ja osaksi julkista palvelujärjestelmää vai jätetäänkö se kokonaan säätelemättömäksi rinnakkaisilmioiksi.]

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

Vastaus

Kyllä, kommenttinne: [Pidämme ehdotusta kannatettavana. Useissa Euroopan maissa on jo pitkään ollut käytössä erilaisia hoidon tarpeen arviointia muistuttavia ratkaisuja joko osana vakuutusjärjestelmiä tai julkista terveydenhuoltoa. Käytännön kokemukset osoittavat kuitenkin, että perinteisiin sääntöpohjaisiin tai bayesilaisiin päätöspuumalleihin perustuvat ratkaisut eivät ole laajassa mittakaavassa kyenneet riittävän laadukkaaseen, joustavaan tai käyttäjälähtöiseen toimintaan. Myös hallituksen esityksessä tunnistetaan tekoälyasetuksen sekä tekoälyjärjestelmien merkitys tulevaisuuden toimintamalleissa. Kansainväliset kokemukset viittaavat siihen, että erityisesti jäykät päätöspuumaiset ratkaisut ovat kohdanneet haasteita: - asiakkaiden käyttäytymisen ohjaamisessa, - käyttäjäkokemuksessa, - sekä kliinisessä luotettavuudessa. Näin ollen vaikuttaa väistämättömältä, että erityisesti generatiivista tekoälyä ja LLM-teknologioita tullaan hyödyntämään osana tulevaisuuden digitaalista hoidon tarpeen arvio -ratkaisua. Lakimuutoksen tulisi mahdollistaa myös tällaisten teknologioiden käyttö, kuitenkin siten, että hyvinvointialueiden vastuut, potilasturvallisuus, tietosuoja sekä laadunhallinta toteutuvat hallituksen esityksessä kuvatulla tavalla. On tärkeää, ettei sääntely lukitse hyvinvointialueita vain tämänhetkisiin teknisiin toteutustapoihin. Teknologinen kehitys tekoälyn alueella on poikkeuksellisen nopeaa, ja lainsäädännön tulisi mahdollistaa myös tulevaisuuden kyvykkyyksien turvallinen hyödyntäminen.]

Katsotteko, että potilaan oikeudet on esityksessä huomioitu oikealla tavalla?

Vastaus

Ei, kommenttinne: [Potilaan kannalta keskeinen suojakeino on informointi automaatiosta ja mahdollisuus asioida ammattihenkilön kanssa ohi automaattisen päätöksentekoa. Erillinen, eksplisiittinen ja todistettavissa oleva suostumus edellytyksenä asiointille on ylimääräinen askel asiointissa ja lisää ratkaisun kompleksisuutta. Automaattisen päätöksenteko tulisi perustua lakiin eikä suostumukseen. Pidämme tärkeänä, että automaation käytölle asetetaan velvollisuus avoimuuteen, ymmärrettävyyteen sekä riskienhallintaan. On hyvä kuitenkin tiedostaa että tekoälypohjaisen ratkaisun tietomalli ja päätöksentekologiikka voi olla erittäin kompleksi. Potilaalle tarjottava kuvaus on siltä osin väistämättä yleisluonteinen, tarkempi kontrolli perustuu lääkinnällisen laitteen vaatimuksenmukaisuuteen.]

Katsotteko, että virkavastuun kohdentuminen on esityksessä huomioitu oikealla tavalla?

Vastaus

Ei, kommenttinne [Pidämme perusteltuna, että järjestämisvastuussa oleva hyvinvointialue kantaa kokonaisvastuun osana palvelujärjestelmäänsä käytettävästä teknologiasta. Mutta nimetyn vastuuta kantavan viranhaltijan malli ei ole kestävä. Vastuun tulisi kohdentua ennen kaikkea ratkaisujen käyttöönoton yhteydessä tehtävään harkintaan ja arviointiin. Teknologiatoimittajilla on osaltaan vastuu lääkinnällisten laitteiden valmistajana. Lisäksi katsomme, että hallituksen esityksessä olisi tarpeen syventää tarkastelua siitä, miten vastuut jakautuvat tilanteessa, jossa teknologia kykenee tekemään itsenäisiä päätöksiä ilman jatkuvaa "human in the loop" -toimintamallia. Tulevaisuuskyvykäs sääntely edellyttää jo nyt sen arvioimista, miten ammattihenkilöiden, järjestäjän ja teknologiatoimittajien vastuut määritellään pitkälle automatisoidussa toimintaympäristössä.]

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

Kirjoita tähän:

Käyttöönoton aikataulu riippuu merkittävästi valitusta teknologiasta sekä sen integraatiokyvystä olemassa oleviin asiointi- ja palvelukanaviin, kuten puhelinpalveluihin ja digitaalisiin asiointikanaviin.

Merkittävä osa käyttöönoton kestosta liittyy integraatioihin, sopimuksellisiin kysymyksiin sekä useiden eri toimijoiden välisiin riippuvuuksiin. Nämä eivät ole aina hyvinvointialueiden suorassa päätäntävällässä, mikä vaikeuttaa aikataulujen arviointia ja johtamista.

Arvioimme kysymystä oletuksella, että digitaalinen hoidon tarpeen arvio -ratkaisu olisi jo integroituna keskeisiin asiointikanaviin.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella tyypillinen digitaalisen palvelutoiminnon muutos- ja käyttöönottoprosessi kestää tällä hetkellä noin 5–6 kuukautta. Digitaalisen hoidon tarpeen arvio -ratkaisun käyttöönotto sisältää kuitenkin useita erityispiirteitä:

- ammattilaisten työn uudelleenmuotoilu,
- työnjaon muuttuminen,
- vastaanottavien toimintojen prosessimuutokset,
- automaattisen ohjauksen laadunvarmistus,
- sekä järjestelmäkonfiguraatioiden turvallinen toteutus.

Näiden erityispiirteiden vuoksi arvioimme, että hyvin johdettuna kokonaisuutena käyttöönotto veisi Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella noin 12 kuukautta.

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

Vastaus

Ei, kommenttinne: [Kysymys sisältää useita erilaisia oletuksia, jotka olisi syytä erottaa toisistaan. Esityksestä jää osin epäselväksi, tarkoitetaanko kansallisella ratkaisulla: - kansallisesti itse kehitettävää teknologiaa, vai - kansallisesti kilpailutettua ja hankittua ratkaisua. Mikäli tavoitteena olisi kansallisesti kehitetty teknologia valtion ohjauksessa, emme pidä tätä realistisena tai tarkoituksenmukaisena vaihtoehtona. Tekoälyteknologioiden kehitys tapahtuu globaalisti erittäin nopeassa syklissä, eikä julkinen kansallinen kehitysmalli todennäköisesti kykene vastaamaan markkinoiden kehitysnopeuteen, osaamiseen tai investointikyvykkyyteen. Riskinä olisi, että suomalaiset hyvinvointialueet sidottaisiin hitaasti kehittyvään ja laadultaan keskinkertaiseen ratkaisuun samalla, kun kansainväliset toimijat kehittyvät huomattavasti nopeammin. Mikäli taas tarkoitetaan kansallisesti kilpailutettua ratkaisua, jota alueet voisivat hyödyntää esimerkiksi mallin A tai B mukaisesti, onnistumisen mahdollisuudet ovat paremmat. Tässäkin tapauksessa tulee kuitenkin huomioida: - hyvinvointialueiden itsehallinto, - alueelliset erot, - sekä se, missä määrin teknologiahankinnat ylipäättään halutaan keskittää kansallisesti. - Minkä tahansa teknologisen ratkaisun elinkaari nopeasti kehittyvällä markkinalla voi olla lyhyt (1-2 vuotta) Katsomme, että liian keskitetty kansallinen toteutusmalli muodostuu helposti hitaaksi, raskaaksi ja vaikeasti ohjattavaksi. Emme kannata valtion ohjaamaa kansallista teknologiakehitystä. Kansallisesta ratkaisusta voivat hyötyä erityisesti hyvinvointialueet, joiden on kokonsa puolesta haastavaa vastata itse tämän tyyppisten järjestelmien kilpailutuksesta. Tällöin kansallinen yhteishankinta voisi toimia vaihtoehtona alueen omalle hankinnalle. Erityinen hyöty tästä voidaan saavuttaa, jos kansalliseen hankintaan osallistuminen ei ole alueille veloittavaa.]

Huomioiko esitys mielestänne riittävästi teknologiaa kehittävien yritysten näkökulman?

Vastaus

Ei, kommenttinne: [Kysymys olisi tarkoituksenmukaisinta osoittaa suoraan teknologiayrityksille. Hyvinvointialueen näkökulmasta tarkasteltuna vaikuttaa kuitenkin siltä, että teknologiatoimittajien näkökulma jää esityksessä suhteellisen vähälle huomiolle. Tämä voi myöhemmässä vaiheessa heikentää markkinan toimivuutta, innovaatioiden syntymistä sekä ratkaisujen käytännön toteutettavuutta.]

Muut kommenttinne esityksestä:

Kirjoita tähän:

Lakimuutoksen valmistelussa tulee varmistaa, ettei epähuomiossa luoda tilannetta, jossa digitaalisen HTA:n tulosta ei voitaisi suoraan hyödyntää potilastietojärjestelmässä. Hyödyt ammattilaiselle rakentuvat varmistaen, ettei kirjallisten töiden määrää kasvateta missään kohtaa.

Lakimuutoksen valmistelussa tulisi arvioida myös miten digitaalisen HTA:n tulos vaikuttaa hoitopääsyn seurantaan ja mittaamiseen niin kauan kun hoitopääsy on yksi keskeinen onnistumisen mittari hyvinvointialueella.

Pidämme tärkeänä, että keskustelu ei rajoitu vain siihen, miten HTA automatisoidaan, vaan myös siihen, missä tilanteissa HTA ylipäättään tuottaa arvoa palvelujärjestelmälle.

Samaan aikaan omalääkärimallit sekä hoidon jatkuvuutta vahvistavat toimintamallit voivat muuttaa HTA:n roolia merkittävästi. Kun asiakas ja hoidosta vastaava ammattilainen tuntevat toisensa paremmin, korostuu jatkuvuus erillisen triage-prosessin sijaan.

Lisäksi asiakaskokemuksella sekä hoidon koetulla hyödyllä on kasvava merkitys. Hyvinvointialueiden on vaikea kehittää palvelukokemusta, vaikuttavuutta ja kokonaisuutta, mikäli palvelujärjestelmän keskeisiä osia irrotetaan alueiden vaikutuspiiristä.

Mikäli tavoitteena on aidosti vahvistaa hyvinvointialueiden kykyä kehittää toimintaansa vaikuttavasti, tulee alueille antaa:

- riittävä päätösvalta,
- kokonaisvastuu,
- oikeat ohjausmekanismit,
- sekä riittävä osaaminen ja resurssit.

Palvelujärjestelmän edelleen pilkkominen kasvattaa riskiä siitä, ettei kokonaisvastuu palvelukokemuksesta, hoidon vaikuttavuudesta tai palveluketjun toimivuudesta enää kuulu selkeästi kenellekään. Näkemyksemme mukaan valta ja vastuu tulee pitää samoissa käsissä, samalla kun asetetaan selkeät ja kunnianhimoiset tavoitteet palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

Nurvo Tiina
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue