

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: [Kanta-Hämeen hyvinvointialue pitää esitystä kannatettavana ja tarpeellisena. Digitaalisen hoidon tarpeen arvioinnin ja automaation mahdollistaminen nopeuttaa hoitoon pääsyä, parantaa hoitoon ohjautumisen osuvuutta ja kiireellisyyttä, tehostaa resurssien kohdentamista ja vapauttaa ammattilaisaikaan varsinaiseen hoitotyöhön sekä lisää palvelun vakiointia ja yhdenvertaisuutta. Kansalaisten käyttäytymisessä on nähtävissä selkeä ja kiihtyvä muutos digitaalisten palveluiden käyttämisestä kaikilla elämän osa-alueilla. Kuluttajamarkkinoille suuntautuu teknologisia ratkaisuita, joita voidaan käyttää oman terveyden / sairauden seurantaan tai oman terveydentilan / palvelutarpeen arviointiin. Tämä kehitys, sisältäen koko ajan lisääntyvän tekoälyn käytön, on vääjäämätön eikä sitä voida internet-palveluiden globaalin luonteen mukaan estää kansallisella ei-mahdollistavalla säätelyllä. Mahdollistamalla varmennetut digipalvelut, mukaan lukien digitaalinen hoidon tarpeen arviointi, voidaan positiivisesti ohjata kansalaisten toimintaa. Ammattilaisen ajankäytön säästöpotentiaali on merkittävä. Oma Hämeessä on tehty puheluiden analysointia ja huomattu, että ammattilaiselta menee noin 68 % puhelun kestosta esitetietojen keräämiseen. Toki automatisoiden keräämisen jälkeen ammattilaiselta menee jonkin verran aikaa tietoihin tutustumiseen, mutta potentiaali on silti merkittävä. Meillä on myös paljon palveluita, kuten suun terveydenhuolto, jossa valtaosa yhteydenotoista johtaa ajanvaraukseen ja prosessi olisi helppo automatisoida kokonaan asiakkaan yhteydenotosta hoidon tarpeen arvioon ja siitä suoraan digitaaliseen ajanvaraukseen. Muissakin palveluissa, hoidon tarpeen arvion niin osoittaessa, olennaiset hyödyt saadaan siitä, että ajanvarauspalvelu voidaan automatisoida ja tarjota asiakkaalle aikaa heti hoidon tarpeen arvion tekemisen jälkeen. Jotta lakimuutoksen myötä potilaille mahdollistetaan yhdenmukainen ja laadukas hoidon tarpeen arvio, joka kerta kun potilas on yhteydessä terveydenhuoltoon, niin se edellyttää, että hoidon tarpeen arvio tehdään laajalla ja

laadukkaalla, kotimaisiin suosituksiin perustuvalla rakenteisella ja systemaattisella oirekyselyllä. Tällöin terveydenhuollon organisaatiot saavat laajasti rakenteista dataa päätöksenteon tueksi mm. oirekuvat, eri asiointikanavien hyödyntäminen, hoitoon ohjaus myös hoidon jatkuvuuden esim. omatiimimallin kautta. Samalla säilytetään potilaan oikeus ammattilaisen tekemään arviointiin, mikäli digitaalinen hoidon tarpeen arviointi ei vastaa potilaiden tarpeisiin. Tässäkin tapauksessa hoitoon pääsy nopeutuu, kun ammattilaisen arvioinnissa ovat vain potilaat, jotka aidosti tarvitsevat ei-digitaalista hoidon tarpeen arviointia. Ratkaisujen kliinisen arviointilogiikan tulisi perustua kotimaisiin hoitosuosituksiin (mm. Lääkärin tietokannat, Hoitotyön tietokannat, STM Kiireellisen hoidon suositukset, Käypä hoito, Terveyskylä, Terveyskirjasto) ja että digitaalisen hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua luotettavaan, täysin toistettavaan, rakenteiseen ja läpinäkyvään kliiniseen logiikkaan. On nähtävillä, että luotettaviin hoitosuosituksiin perustuvat digitaaliset hoidontarpeen ratkaisut yhdenmukaistavat ja nostavat keskimäärin tehtyjen hoidontarpeen laatua suorittamalla kyselyt systemaattisella ja yhdenmukaisella tavalla.]

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

Vastaus

Kyllä, kommenttinne: [Digitaalisen hoidon tarpeen arvioinnin tulee olla luotettava, kattava, ja vaatimustenmukainen. Käytettävät ratkaisut tulevat ensisijaisesti olla lääketieteellisesti validoituja ja MDR-vaatimusten mukaisia lääkinnällisiä laitteita, joissa potilaan hoidon tarpeen arviointi perustuu luotettavaan, täysin toistettavaan, rakenteiseen ja läpinäkyvään kliiniseen logiikkaan. Hoidon tarpeen arvion päätösketju ja sen lopputulos tulee olla täysin jäljitettävissä ja toistettavissa (whitebox), jälkikäteen osoitettavissa (mahdollisissa vaaratilanteissa ja poikkeamatilanteissa) ja että oirekyselyt ovat tarvittaessa välittömästi muokattavia, mikäli tilanne suomalaisessa terveydenhuollossa niin vaatii. Digitaalisten hoidon tarpeen arviointi järjestelmien tulee soveltua suomalaiseen terveydenhuoltoon ja siten perustua kotimaisiin hoitosuosituksiin. Tekoälyä tulee voida hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnissa, huomioiden kuitenkin, että etenkin täysin tekoälypohjaisissa sovelluksissa on vaarana diskriminointi ja hallusinointi, jolloin ei voida luotettavasti todistaa, että jokainen potilas tulisi arvioitua samalla tavalla (yhdenvertaisuus). Täysin tekoälypohjaisissa järjestelmissä (blackbox AI) ei ole läpinäkyvyyttä tai kontrollia ja näitä järjestelmiä voi ohjata ja vinouttaa myös käyttäjän toimesta. AI perusteiden sovellusten testauksen tulee perustua laajan testausaineistoon ja käyttäjävalidointiin. Toiveenamme on, että esitys ottaisi huomioon eri teknologioiden tuomat mahdollisuudet automaation ja tekoälyn hyödyntämisessä. Hybridiratkaisut, jossa läpinäkyvä ja rakenteinen, kliinisesti systemaattinen oirearvio ja toimintavarmuus yhdistettynä tekoälyn mahdollistamiin uusiin käyttötapauksiin (mm. puheäänellä ohjattu digitaalinen hoidon tarpeen arvio, hoidon tarpeen arviointia tukevien tausta- ja riskitietojen kerääminen) mahdollistavat luotettavan ja laadukkaan digitaalisen hoidon tarpeen arvioinnin. Digitaalisen hoidon tarpeen arviointiin voitaisiin yhdistää myös muita tekoälyn hyödyntämistapoja, kuten tekoälyn tulkkaus- / kääntämispalvelut, jotka lisäävät palvelun saavutettavuutta.]

Katsotteko, että potilaan oikeudet on esityksessä huomioitu oikealla tavalla?

Vastaus

Kyllä, kommenttinne: [Digitaalisen hoidon tarpeen arvion kanava ei saa muodostua ainoaksi hoidon tarpeen arvion kanavaksi, vaan palveluiden tulee olla saavutettavia kaikille käyttäjärhyille. Toisaalta potilaan suostumus tulisi toteuttaa enemmän informoiden kuin suostumusta kysyen. Usein

uudet asiat pelottavat ja on helpompaa valita tuttu ja turvallinen, mikäli se on liian helposti saatavilla tai julkiset ulostulot ovat negatiivisia ja menneitä ratkaisuita painottavia. Tällöin hyötypotentiaali jää vähäiseksi palvelun käyttäjien määrän ollessa marginaalinen. Negatiivisesti tai liian raskaasta toteutettu suostumusmalli johtaa myös palvelutuotannon biasoitumiseen asiakasryhmittäin, koska nuoremmat sukupolvet ovat tottuneet digitalisaatioon kaikilla elämän alueilla ja toimivat sen kokemuksen mukaisesti. Oma Hämeessä testataan syksyllä 2026 puhelinnumeroon tai chat-keskusteluun yhdistettävää tekoälyavusteista puheäänellä tapahtuvaa kyselyä osana lääkinnällistä laitetta. Tällöin potilas voi käyttää tuttua kanavaa ja soittaa palveluun tai käyttää chat-palvelua ja vastata puhebotin kysymyksiin puhumalla. Tämän jälkeen puhelu yhdistyy ammattilaiselle siten, että älykäs hoidon tarpeen arvio (JST:n Smart Symptom Check) on valmiina suosituksineen. Lain tultua voimaan ei tarvita ammattilaista tähän väliin ollenkaan, vaan automaatiikalla voidaan tarjota potilaalle ajanvarausta tai antaa itsehoito-ohjeet, jos ajanvarausta ei tarvita. Mikäli potilas on tyytymätön ratkaisuun, niin sen jälkeen hänelle voitaisiin tarjota yhteydenottoa ammattilaiseen. Digitaalinen hoidon tarpeen arviointi parantaa yhdenvertaisuutta tuottamalla tasalaatuisen ja systemaattisen hoidon tarpeen arvioinnin kansallisesti. Kannatamme esityksen peruslinjaa, jossa potilaan oikeus ihmisen tekemään hoidon tarpeen arviointiin säilyy sekä läpinäkyvyys automaation toiminnasta kommunikoidaan selkeästi, käytetyn teknologian mahdollistamalla tasolla.]

Katsotteko, että virkavastuun kohdentuminen on esityksessä huomioitu oikealla tavalla?

Vastaus

Kyllä, kommenttinne [Kannatamme esityksen ehdotusta, että ”Digitaalisen Virkavastuun asianmukainen toteuttaminen edellyttää, että automatisoitujen toimintaprosessien kehittämiseen, käyttöönottoon sekä käytön seurantaan luodaan normisto, jonka perusteella virkamiesten ja muiden vastuullisten virkavelvollisuudet ovat selvästi määriteltävissä, ja nämä virkavelvollisuudet täyttämällä hallinnon lainalaisuusperiaatteen, oikeusturvan, hyvän hallinnon takeiden sekä muiden hallintolain menettelysäännösten, asiakirjajulkisuuden ja tietosuojan viranomaistoiminnalle asettamien vaatimusten toteutuminen turvataan asianmukaisesti.” Toisaalta lääkinnällisen laitteen valmistajat vastaavat lääkinnällisen laitteen vaatimustenmukaisuudesta, sen suorituskyvystä ja turvallisuudesta sekä ovat vastuullisia korvaamaan mahdollisia lääkinnällisen laitteen aiheuttamia vahinkoja. Virkavastuun ja lääkinnällisen laitteen valmistajan vastuita on hyvä täsmentää.]

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

Kirjoita tähän:

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on käytössä JST Healthcare Solutions Oy:n tuottamana Älykäs hoidon tarpeen arviointi -ratkaisu ja se on integroitu meidän digipalveluihin sekä käytettävissä meidän puheluita vastaanottavilla ammattilaisilla hoidon tarpeen arvioimiseksi. Olemme pilotoimassa syksyllä 2026 mahdollisuutta täyttää oirekyselyt tekoälyavusteisella puheohjauksella. Tämä tulee käyttöön chat-palvelussa vaihtoehtoisena tapana kirjoittamiselle. Puheluiden osalta tekoälyavusteinen puheohjattu pilotoidaan sovituissa puhelinnumeroissa. Puheäänellä ohjattu puhebottipalvelu on osa lääkinnällistä laitetta.

- Meillä on myös käytössä digitaalinen ajanvarauspalvelu.

- Kehittämällä näiden palveluiden välille ohjausta ajanvaraukseen ja itsehoito-ohjeisiin sekä muuhun automatiikkaan ajattelemme, että palvelu olisi käytössä 3-6 kk sen jälkeen, kun laki on tullut voimaan tai nopeamminkin, jos tieto lain hyväksynnästä tulee aiemmin kuin voimaan tulo.
- Chat-palvelussa, esim. suunterveydenhuollon osalta, palvelu on otettavissa käyttöön 1-2 kk lain voimaan tulosta siten, että potilas voi itse hoitaa ajanvarauksen tehdyn digitaalisen hoidon tarpeen arvion jälkeen.
- Syksyllä 2026 on valmistumassa ensimmäinen fokusoituun sairausryhmään kohdistuva (CKD, Critical Kidney Disease) riskienarviointi ja diagnosoinnin tukijärjestelmä.

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

Vastaus

Ei, kommenttinne: [Oma Häme kannattaa esityksen mallia C eli Kansallisesti ohjattua alueellista mallia. Kansallisesti yhteisen mallin määrittelyyn ja toteutukseen menee kovin pitkä aika ja monilla alueilla olisi mahdollista lähteä toteutukseen varsin nopeasti. Alueilla on myös käytössä omia erilaisia digiratkaisuja, niin integrointi saman mallin mukaan niihin kaikkiin on hidasta ja kallista, ja yhdenmukainen käyttökokemus ja käyttöprosessi rikkoutuu niin kansalaisen kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Kansallisesti on kuitenkin hyvä määritellä ja ylläpitää yhteisiä periaatteita, suosituksia ja vähimmäisvaatimuksia. Vaihtoehdon A mukaisissa ratkaisuissa on hitaan toteutuksen, hinnan ja käytettävyyshaasteiden lisäksi ongelmana myös niiden sovittamien muihin palveluihin ja useisiin eri kanaviin (digikanava, puhelin ja perinteinen käynti), joilla kansalaiset hakevat palveluita. Usein ihmisillä on useita eri haasteita ja prosesseja, joihin erilaiset hoidon tarpeen arvioinnit täytyy sovittaa. Kokemuksen kansalliset palvelut toteuttavat vain fokusoituja käyttötapauksia, jolloin hyvinvointialueille joudutaan joka tapauksessa toteuttamaan rinnakkaisia ratkaisuita kokonaisuuden hoitamiseksi. Lisäksi vaihtoehto A vaikuttaisi merkittävästi markkinoilla tapahtuvaan kilpailuun ja siten vähentäisi kilpailua ja todennäköisesti hidastaisi markkinaehtoisesti tapahtuvaa kehittämistä, josta seuraa kehittämisen hidastuminen ja julkisrahoitteisesti tehtävän kehityskustannuksen korostuminen. Vaihtoehdon B osalta haasteet ovat osin samoja kuin vaihtoehdossa A. Yhdenmukaisiin käyttöliittymiin sekä ammattilaisten ja kansalaisten käyttökokemukseen liittyvät ongelmat vähenisivät mutta eivät täysin poistuisi. Ongelmaksi tulisi luultavasti edelleen kansallisen ratkaisun sovittaminen erilaisiin hoito- ja palveluprosesseihin, joita kansalaisilla on yksilöllisesti. Lisäksi integroinnin erilaisiin palvelukanaviin voivat edelleen muodostua haasteeksi, jonka myötä on hyvin todennäköistä, että alueille tarvittaisiin rinnakkaisia ratkaisuita. Myös vaihtoehto B vaikuttaisi markkinoilla tapahtuvaan kilpailuun vastaavine ongelmineen kuin vaihtoehto A:ssa. Vaihtoehto D on liian vapaamuotoinen. Tämän tyyppiseen toimintaan liittyy kuitenkin mm. yhteisiä valtakunnallisia teknisiä periaatteista sekä yhteisiä hoidontarpeen arvioinnin sisältövaatimuksia. Älykäs hoidon tarpeen arviointi toteutettaisiin siten, että moduuli integroitaisiin hyvinvointialueiden omiin digipalveluihin ja asiointikanaviin, jotka vastaisivat asiakaskokemuksesta ja palveluohjauksesta. Moduulin toimittaja vastaisi arviointimoduulin sisällöstä, turvallisuudesta ja vaatimustenmukaisuudesta, kun taas hyvinvointialueet vastaisivat arviointitulosten hyödyntämisestä palveluohjauksessa ja hoitoprosessin toteutuksessa. Lain voimaan tullessa pitäisi olla mahdollisuus käyttää mallia D siihen asti, että kansallisen ohjauksen periaatteet ovat valmistuneet ja tämän jälkeen tulisi varata riittävä siirtymäaika niiden käyttöönottoon hyvinvointialueella.]

Huomioiko esitys mielestänne riittävästi teknologiaa kehittävien yritysten näkökulman?

Vastaus

Kyllä, kommenttinne: [Lakimuutoksessa tulisi tunnistaa ja velvoittaa MDR-lääkinnälliset ohjelmistot keskeisenä digitaalisen hoidon tarpeen arvioinnin toteutusmuotona. MDR velvoitteiden piiriin kuuluu myös muiden relevanttien lakien ja asetusten huomioiminen (Tekoälyasetus, GDPR) laitteen kehitystyössä. Näin varmistutaan digitaalisen hoidon tarpeen arvioinnin vaatimustenmukaisuudesta, soveltuvuudesta ja turvallisuudesta.]

Muut kommenttinne esityksestä:

Kirjoita tähän:

Suosittamme, että esitys ottaisi huomioon eri teknologioiden tuomat mahdollisuudet automaation ja tekoälyn hyödyntämisessä. Hybridiratkaisut, jossa läpinäkyvä ja rakenteinen, kliinisesti systemaattinen oirearvio (ei blackbox AI) ja sen toimintavarmuus yhdistettynä tekoälyn mahdollistamiin uusiin käyttötapauksiin (mm. puheäänellä ohjattu digitaalinen hoidontarpeenarvio) mahdollistavat luotettavan ja laadukkaan digitaalisen hoidon tarpeen arvioinnin.

Ratkaisujen kliinisen arviointilogiikan tulisi perustua kotimaisiin hoitosuosituksiin (mm. Lääkärin tietokannat, Hoitotyön tietokannat, STM Kiireellisen hoidon suositukset, Käypä hoito, Terveyskylä, Terveyskirjasto) ja että digitaalisen hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua luotettavaan, täysin toistettavaan, rakenteiseen ja läpinäkyvään kliiniseen logiikkaan (ei blackbox AI).

Narsakka Hanna
Kanta-Hämeen hyvinvointialue