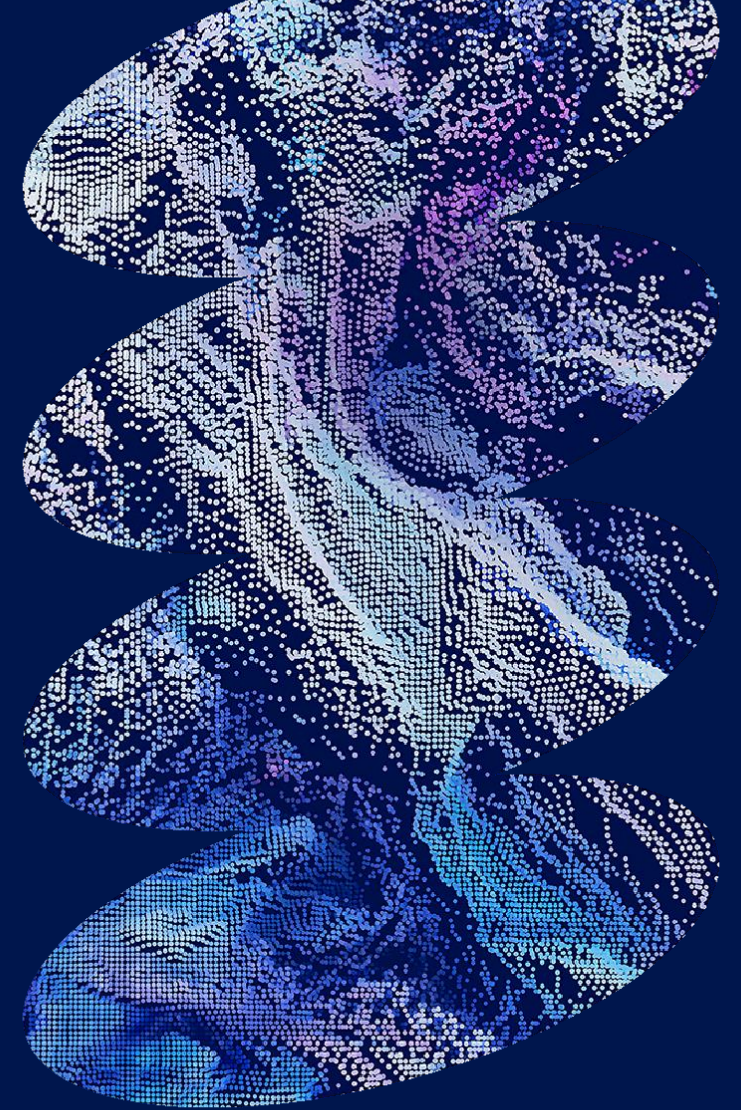


Valinnanvapausprosessin digitalisointi

Esiselvitys

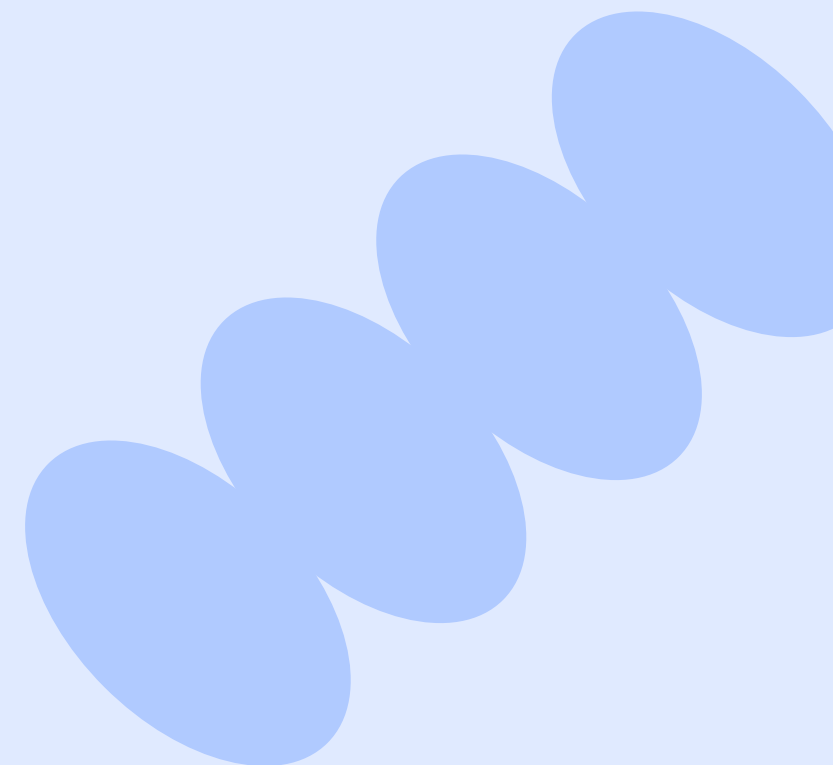
Markus Suonpää

8.10.2024



Sisällysluettelo

2	Sisällysluettelo
3	Selvitystyön taustat
4	Näin selvitys tehtiin
5-7	Ei-kiireellisen hoitopaikan valinnan tilannekatsaus
8	Toimijaesittely
9	Toimijavertailun teemojen esittely
10-16	Toimijoiden läpikäynti vertailuteemojen kautta
17	Toimijavertailu-taulukko
18-25	Ratkaisuvaihtoehtojen esittely
26-27	Ratkaisuvaihtoehtojen kustannusten pohdintaa
28	Mahdollinen etenemissuunnitelma
29-30	Tunnistetut digitalisointiin liittyvät epävarmuustekijät, rajoitteet tai esteet
31-33	Kansainvälinen vertailu
34-35	Suositus etenemisestä



Selvitystyön taustat

- Jokaisella kansalaisella on määritelty yksi terveysasema, joka vastaa henkilön perusterveydenhuollon palveluistaan. Kiireettömässä terveydenhuollossa potilaalla on kuitenkin mahdollisuus valita terveysasema kaikista Suomen julkisista terveysasemista.
- Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta säädetään terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 2010/1326)
- Potilas voi valita terveysaseman, joka vastaa hänen perusterveydenhuollon palveluistaan. Terveysasemaa voi tällä hetkellä vaihtaa kirjallisella ilmoituksella enintään vuoden välein.
- Terveysaseman vaihdosta on ilmoitettava sekä uudelle että vanhalle terveysasemalle riittävän ajoissa, vähintään kolme viikkoa ennen käyntiä.
- Selvitystyön taustalla oli hallitusohjelman kirjaus luvussa 2.4: Mahdollistetaan terveydenhuoltolain määrittelemän kiireettömän hoidon hoitopaikan uusi valinta kolmen kuukauden välein sekä valinnan tekeminen digitaalisesti. Lain perusteluissa esitetään, että tämä ei aiheuttaisi merkittäviä muutoksia olemassa oleviin järjestelmiin.
- STM tilasi selvitystyön jonka tarkoituksena oli:
 - Arvioida erilaisia toteutusvaihtoehtoja, miten prosessi voitaisiin digitalisoida.
 - Kuka tai ketkä toimijat voisivat toteuttaa digitaalisen ratkaisun.
 - Miten tiedon välitys järjestelmien välillä toteutettaisiin.
- Työn lopputuloksena tuotetaan raportti, jossa esitellään ja arvioidaan tapoja toteuttaa valinnanvapauden muutokseen liittyvien tietojen kerääminen, talletus ja jakelu sekä suositus etenemisestä.

Näin selvitys tehtiin

- Haastateltiin hyvinvointialueiden hoitohenkilökuntaa ja hallinnollisista asioista vastaavia henkilöitä tämän hetkistä prosesseista, sen kipukohdista ja minkälaisia määriä vaihtoja hyvinvointialueella tällä hetkellä käsitellään.
- Tutkittiin minkälaisia ratkaisuja hyvinvointialueilla tällä hetkellä valinnanvapauksen mahdollistamiseksi on.
- Valittiin toimijavertailuun sellaisia toimijoita, jotka ovat kansallisesti merkittävässä asemassa sote-kentässä, joilla olisi kykyä ja mahdollisuuksia itsenäisesti edistää valinnanvapausjärjestelmän digitalisointia ja jotka tuottavat vaikutuksiltaan merkittäviä tai laajuudeltaan kansallisiksi miellettyjä palveluita.
- Tehtiin toimijavertailua valinnanvapausjärjestelmän digitaalisen toteuttamisen näkökulmasta relevanttien teemojen pohjalta. Vertailutuloksen perusteella valikoitiin mahdolliset toteuttajakandidaatit.
- Ideoitiin yleisellä tasolla erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja ja pohdittiin näiden vaihtoehtojen perusteella myös järjestelmän vaiheistamista lopullisen päämäärän saavuttamiseksi.
- Etsittiin kansainvälisiä vertailutoteutuksia ja verrattiin ehdotettua ratkaisuvaihtoehtoa tähän.
- Muodostettiin lopullinen etenemisehdotus edellä mainittujen vaiheiden ja niissä kertyneiden tietojen pohjalta.

Kiireettömän hoitopaikan valinnan tilannekatsaus (1/3)

Hyvinvointialueet on hyvin erilaiset valmiudet ja ratkaisutavat digitalisuuden toteuttamiseen.

Isoja eroja toimintatavoissa ja ohjeistuksissa

Toimintatavat, ohjeet ja ratkaisut ovat hyvin vaihtelevia ja hämmentäviä kansalaisen näkökulmasta.

- Tällä hetkellä alueilla on erilaisia käytäntöjä miten hoitopaikan valinnan voi suorittaa. Toisilla alueilla on jo sähköinen lomake, jonka voi täyttää ja lähettää hyvinvointialueen kansalaisen asiointialustan kautta, toiset ohjeistavat tulostamaan lomakkeen ja palauttamaan sen uuden terveyskeskuksen toimipisteeseen tai postittamaan lomakkeen terveyskeskukseen. Myös näillä alueilla, jossa on sähköinen lomake toteutettuna, voi vaihdon suorittaa myös tulostamalla lomakkeen verkkosivuilta tai asiointialustalta. Osa alueista mahdollistaa vaihdon myös vapaamuotoisella Suomi.fi-viestillä. Viestissä on oltava muun muassa seuraavat tiedot: vaihtajan koko nimi, henkilötunnus, osoite, puhelinnumero, nykyinen terveyskeskus ja se terveyskeskus, josta kiireettömän hoidon palvelut haluat jatkossa saada.
- Ohjeistus tulostetun lomakkeen lähettämisestä vaihtelevat. Toisten alueiden alustoilla pyydetään toimittamaan lomake vain uuteen terveyskeskukseen. Toiset ohjeistavat toimittamaan lomakkeen sekä nykyiseen että uuteen terveyskeskukseen.
- Digitaalisissa lomakkeissa on paljon eroja. Sisällöllisesti lomakkeet sisältävät samoja tietoja mutta toteutukset voivat poiketa toisistaan merkittävästi. Varsinkin hyvinvointialueiden yli tapahtuvassa vaihdossa joutuu keskittymään tarpeettoman paljon suhteutettuna siihen, että lomakkeille kirjataan samat tiedot.

Kiireettömän hoitopaikan valinnan tilannekatsaus (2/3)

Hyvinvointialueet on hyvin erilaiset valmiudet ja ratkaisutavat digitalisuuden toteuttamiseen.

Vaihdosta aiheutuu merkittävä työkuorma

Vaihtoja tehdään suhteessa asukasmääriin vähän mutta ne työllistävät merkittävästi alueiden henkilöstöä.

- Selvityksen aikana kysyttiin kahdelta alueelta vaihtojen määrästä ja niiden aiheuttamasta työkuormasta. Tilanne oli hyvin samanlainen molemmilla alueilla. Keusotella vaihtoja tehdään noin 1000 vuosittain, joista puolet tulee sähköisesti ja puolet paperisena. Kanta-Hämeellä vaihtoja tehdään noin 500 vuodessa. Molemmilla alueilla merkittävä osa vaihtajista vaihtaa hyvinvointialueen sisällä. Vain pieni osa vaihtaa toiselle hyvinvointialueelle.
- Suhteellisesti pienestä vaihtomäärästä huolimatta vaihdot ovat työläitä. Toteutustavasta huolimatta tiedot on siirrettävä potilastietojärjestelmään käsin, joka on hidasta ja turhauttavaa. Vaihdon lomakkeella voi esimerkiksi olla vapaamuotoisesti ilmaistu uuden terveyskeskuksen nimi mutta potilastietojärjestelmään on laitettava terveyskeskuksen koodi. Tämä ei välttämättä ole sama kuin kansallinen koodi.

Kiireettömän hoitopaikan valinnan tilannekatsaus (3/3)

Hyvinvointialueet on hyvin erilaiset valmiudet ja ratkaisutavat digitalisuuden toteuttamiseen.

Huoli tulevaisuudesta

Alueiden henkilöstö on huolissaan, että lakiuudistus lisää työkuormaa entisestään vaihtomäärien lisääntyessä.

- Lakiuudistuksen pelätään lisäävän vaihtoja ja siten myös työkuorman kasvavan entisestään.
- Jo nyt hallinnollisissa töissä ollaan kiireisiä. Lisäksi alueiden YT-neuvotteluiden tuloksena saattaa erityisesti hallinnollista työtä tekeviin henkilöihin kohdistua mittavia toimenpiteitä lisäten entisestään jäljelle jäävien työtaakkaa.
- Haastatteluissa kävi ilmi, että koko tiedonvälitysreitit digitaaliselta lomakkeelta ydinjärjestelmään asti huomiovalle kokonaisratkaisulle olisi tarvetta, mutta sen sisältämän tiedon pitäisi kuitenkin aina olla ajantasaista ja kattavaa sekä helposti ja luotettavasti tarkasteltavissa.

Toimijaesittely

Selvityksen toteuttajataarkasteluun otettiin mukaan toimijoita, jotka ovat merkittävässä roolissa SOTE-kentässä.

1 DigiFinland Oy

Julkisen hallinnon digitalisaatiota edistävä erityistehtäväyhtiö. Yhtiön omistajia ovat vuoden 2023 alusta alkaen hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki, HUS-yhtymä ja valtio. Yhtiön erityistehtävänä on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon, pelastustoimen sekä muiden toimialojen tuottavuutta ja vaikuttavuutta parantavia kansallisia digitaalisia ratkaisuja.

2 Kela (Kanta-palvelut)

Kanta tuottaa kansallisia sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluja, jotka on tarkoitettu kansalaisille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajat käyttävät Kanta-palveluja. Kanta-palveluja ovat mm: Omakanta, Resepti-palvelu, Lääketietokanta, Potilastietovaranto, Vanhojen potilastietojen arkistointi ja Sosiaalihuollon asiakastietovaranto.

3 DVV (Suomi.fi)

Digi- ja väestötietovirasto (DVV) edistää yhteiskunnan digitalisaatiota, turvaa tietojen saatavuutta ja tarjoaa palveluja asiakkaiden elämäntapahtumiin. Viraston digitalisaatioon liittyviä tehtäviä ovat mm. väestötietojärjestelmän ylläpito, sähköisen identiteetin ratkaisujen kehittäminen sekä keskitettyjen sähköisen asioinnin tukipalvelujen kehittäminen ja ylläpito. Tällaisia sähköisen asioinnin tukipalveluja ovat mm. Suomi.fi-verkkopalvelu, sähköiset viranomaisviestit (Suomi.fi-viestit) sekä valtuuttaminen toisen puolesta asiointiin (Suomi.fi-valtuudet). Virasto myös vastaa kansallisen palveluarkkitehtuurin toteutuksesta.

4 UNA Oy

In-house -periaatteella toimiva koordinoiva ja ohjaava kehitys- ja asiantuntijayhtiö, joka yhtiömuotoisena palvelee sote-toimialan jatkuvaa kehittämistä ja kilpailukykyä. Tarjoaa asiantuntijapalveluiden lisäksi digitaalisia ratkaisuja kuten Ydin UNA, Lomake UNA, Tilannekuva UNA ja Suostumus UNA.

5 APTJ-toimittajat

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien toimittajat tuottavat pääasiassa tietojärjestelmiä, jotka ovat keskeisessä roolissa sote-palveluiden tuottamisessa ja tietojen hyödyntämisessä.

6 Hyvinvointialueet

Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä. Hyvinvointialueen vastuulla olevia tehtäviä ovat muun muassa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalihoito, lasten, nuorten ja perheiden palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, vammaispalvelut ja pelastustoimi. Järjestämisvastuun yhteydessä on pidettävä huolta myös palveluiden tuottamisen kannalta tärkeistä tietojärjestelmistä.

Toimijavertailun teemojen esittely

Toimijoita vertailtiin kuuden eri aiheeseen liittyvän teeman mukaan.

Pysyvyys

- Lainsäädännöllinen selkänaja
- Kansallinen tai alueellinen omistajuus
- Vakiintunut asema SOTE:ssa

Ymmärrettävyys

- Ymmärtääkö kansalainen missä valinta tehdään ja missä tietoa säilötään?
- Kuinka hyvin toiminta vastaa toimijan tarkoitusta tai määriteltyä tehtävää.

Toteutuskyky

- Kuinka nopeasti ja ketterästi toteutusta on mahdollista toimijan kautta edistää?

Tiedon jakelu

- Kuinka helppoa tiedon jakelu on toteutuksen näkökulmasta?
- Kuinka monimutkaisia integraatoratkaisuja tietoa hallinnoivan toimijan valinta tarkoittaisi?

Yhteensopivuus KA kanssa

- Miten kansallisen SOTE arkkitehtuurin määritykset suhteutuvat hallinnoitavaan tietoon?
- Miten hoitopaikkatietoa ajatellaan käsiteltävän kansallisella tasolla?

Skaalautuvuus

- Kuinka helposti tieto olisi saatavilla? Eri asia kuin tiedon jakelu.
- Olisiko tieto helposti löydettävissä?
- Onnistuuko sekä keräys- että tallennusratkaisun yhdistäminen?

Toimijoiden läpikäynti vertailuteemojen kautta



Pysyvyys

- ↑ Vankka asema sote-toimialalla.
- ↓ Hyvinvointialueet ovat sitoutuneet DigiFinlandin toimintaan hyvin eri tasoisesti.
- ↓ Vertailtavista toimijoista legitimizeetti heikoimmasta päästä.

Ymmärrettävyys

- ↑ Tuottaa digitaalisia palveluita erityisesti sotepe-kentälle.
- ↑ Tarjoaa integraatioalustaa palveluna, joten valinnanvapaus on mahdollista toteuttaa ensisijaisesti rajapintapalveluna (API-as-a-Product).

Toteutuskyky

- ↑ Osakeyhtiömalli mahdollistaa muita julkisomisteisia kansallisia toimijoita ketterämmän ja nopeamman kehitystoiminnan.
- ↓ Ei omaa ohjelmistotuotantoa vaan ostettava palveluna markkinoilta kilpailutusten kautta.

Tiedon jakelu

- ↑ Kansallinen seuranta järjestelmän käytöstä helppoa.
- ↓ Ei itse omista mitään valinnassa tarvittavaa dataa. DigiFinlandin ollessa toteuttajana tarvitaan verkottuneita integraatoratkaisuja.

Yhteensopivuus KA kanssa

- ↑ Tällä hetkellä merkittävä rooli kansalaisille suunnattujen palveluiden tuottamisessa (mm. Omaolo ja Omaperhe).
- ↓ Itse- ja omahoidon palvelut eivät suoraan vertaudu hoitopaikan valintaan. Muuttaisi DigiFinlandin roolia palvelutuotannon osalta hieman.

Skaalautuvuus

- ↑ Mahdollistaa kansallisen toimittajariippumattoman järjestelmän toteutuksen.
- ↓ Omistajuus ja palvelut tarkoitettu vain julkiselle puolelle. Valintaprosessissa voi olla mukana myös yksityisiä toimijoita.

Kela (Kanta-palvelut)

Kansallisen arkkitehtuurin kulmakivi, jolla on merkittävä rooli potilastietojen säilyttämisessä ja jakamisessa.

Pysyvyys

↑ Erittäin vahva asema lainsäädännön kautta. Kanta-palvelut ovat koko suomalaisen SOTE ICT-järjestelmäkentän kulmakivi.

Ymmärrettävyys

↑ Toiminta keskittyy sote-sektorille.
 ↑ Kanta on erittäin tuttu palvelu suomalaisille ja Omakantalla on vuosittain paljon käyttäjiä.
 ↓ Kanta ei ole toimija valinnanvapauden prosessissa tällä hetkellä.

Toteutuskyky

↑ Kokemusta rajapintapalveluiden toteuttamisesta.
 ↓ Kankea ja hidas toimija kokonsa ja rahoitusmallinsa takia.

Tiedon jakelu

↑ Kanta-palveluiden kautta toteutettu valinta voisi mahdollistaa myös potilastietojen ja hoitosuunnitelmien siirron.
 ↑ Kansallinen seuranta järjestelmän käytöstä helppoa.
 ↓ Hyvin keskitetty malli johtaa helposti pullonkauloihin.

Yhteensopivuus KA kanssa

↑ Valinnanvapaus verrattavissa suostumustietoon¹.
 ↑ Moni kansallisesti tärkeä yhteentoimivuustavoite nojautuu tavalla tai toisella Kanta-palveluihin.

Skaalautuvuus

↑ Mahdollistaa kansallisen toimittajariippumattoman järjestelmän toteutuksen.
 ↑ Palvelut tarkoitettu sekä julkisille että yksityisille toimijoille.
 ↓ Sertifiointiprosessit yleensä erittäin raskaita ja kalliita.

1. Mervi Pättikangas, Tatu Heinonen, Juha Mykkänen, Niina Palm, Tarja Rätty ja Heikki Virkkunen. 2024. Eräiden asiakkuustietojen käsittelykonsepti. THL.
<https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULMUKA>

DVV (Suomi.fi)

Ylläpitää kansallisia tunnistautumiseen, väestötietoon ja viranomaisten kanssa asiointiin liittyviä palveluita.

Pysyvyys

- ↑ Erittäin vahva asema valtakunnallisena perustietojärjestelmien tuottajana (mm. Suomi.fi-palvelut).

Ymmärrettävyys

- ↑ Hyvin tunnettu suomalaisten keskuudessa.
- ↑ Palvelu vastaisi organisaation tavoitteita ja tarkoitusta.
- ↓ Tarjoaa pääasiassa toimialasta riippumattomia palveluita. Valinnanvapauspalvelu olisi pelkästään SOTE käyttöön.
- ↓ Moni ei ole käyttänyt muita palveluita kuin tunnistautuminen.

Toteutuskyky

- ↑ Hallinoidun tietomäärän ja palveluportfolion ansiosta pystyy toteuttamaan itse merkittävän osan tiedonsiirtotarpeista.
- ↑ Kokemusta rajapintapalveluiden tuotteistamisesta.
- ↓ Suuri organisaatio ja ketterydessä haasteita. Rahoitusmalli tuottaa myös haasteita.

Tiedon jakelu

- ↑ Kansallinen seuranta järjestelmän käytöstä helppoa.
- ↓ Hyvin keskitetty malli johtaa helposti pullonkauloihin.

Yhteensopivuus KA kanssa

- ↑ Ylläpitää väestötietopalveluita, joista on mahdollista hakea asiakkaiden perustietoja. Käsittelee jo ihmisten perustietoja.
- ↓ Hoitopaikkatieto ei suoraan vertaudu henkilön perustietoihin.

Skaalautuvuus

- ↑ Mahdollistaa kansallisen toimittajariippumattoman järjestelmän toteutuksen.
- ↓ Palvelut tarkoitettu pääasiassa julkisen puolen käyttöön.

Arvostettu kansallisen tason toimija, jolla on kokemusta ydinjärjestelmien ja Kanta-palveluiden kanssa toimimisesta.

Pysyvyys

- ↑ Sote-ICT asiantuntijuus ja kansallinen rooli arvostettua.
- ↓ Läheskään kaikki hyvinvointialueet eivät ole UNA:ssa omistajina. Onko yksi palvelukokonaisuus riittävä syy ryhtyä omistajaksi?
- ↓ Vertailtavista toimijoista legitimizeetti heikoin.

Ymmärrettävyys

- ↑ Tuottaa digitaalisia palveluita erityisesti sote-kentälle.
- ↓ Kansalaisille tuntematon toimija, koska palveluissa ei ole kansalaisille erillisiä näkymiä tarjolla.

Toteutuskyky

- ↑ Osakeyhtiömalli mahdollistaa ketterämmän ja nopeamman kehitystoiminnan verrattuna pelkästään valtionrahoitteiseen malliin.
- ↓ Ei omaa ohjelmistotuotantoa vaan ostettava palveluna markkinoilta.

Tiedon jakelu

- ↑ Kansallinen seuranta järjestelmän käytöstä helppoa.
- ↓ Ei itse omista mitään valinnassa tarvittavaa dataa. UNA:n ollessa toteuttajana tarvitaan verkottuneita integraatoratkaisuja.

Yhteensopivuus KA kanssa

- ↑ Jo olemassa olevat ratkaisut vahvasti yhteydessä potilastietojärjestelmiin, jotka olisivat myös tässä järjestelmäkokonaisuudessa merkittävässä asemassa.
- ↓ Palvelun käyttöönotto täysin riippuvainen ulkopuolisesta toteuttajasta, koska ei omaa kansalaiselle tarkoitettua palvelua.

Skaalautuvuus

- ↑ Mahdollistaa kansallisen toimittajariippumattoman järjestelmän toteutuksen.
- ↓ Omistajuus ja palvelut tarkoitettu vain julkiselle puolelle. Valintaprosessissa voi olla mukana myös yksityisiä toimijoita.

APTJ-toimittajat

Tuottavat järjestelmiä, jotka ovat ensisijaisia hoidon toteutuksessa ja potilaan henkilötietojen hallinnoinnissa.

Pysyvyys

- ↑ Pitkät asiakassuhteet tarjoavat jatkuvuutta.
- ↓ Pitkistä sopimuksista huolimatta halutessa vaihdettavissa toiseen toimijaan.
- ↓ Riippuvuus potilastietojärjestelmistä ja niiden toimittajista jo nyt suurta. Toiminnallisuus olisi taas yksi lisäominaisuus järjestelmäkokonaisuuteen.

Ymmärrettävyys

- ↑ APTJ-toimittajat tuottavat joitain kansalaisille tarkoitettuja palveluita, jotka on integroitu ydinjärjestelmään.
- ↓ Roolitus mm. yhteiskehittämisessä tai kansallisen ohjauksen näkökulmasta haastavaa.

Toteutuskyky

- ↑ Ketterin toimija vertailussa olevista vaihtoehdoista. Periaatteessa toteutus on mahdollista tehdä riskirahoituksella.
- ↓ Harvemmin tehdään mitään riskirahoituksella. Varsinkaan näin pientä kokonaisuutta.

Tiedon jakelu

- ↑ Hajautetut ratkaisut yleensä ketterämpiä.
- ↓ Integraatoratkaisuista tulee äkkiä todella monimutkaisia. Lisäksi yleisesti hyödynnettävien rajapintapalveluiden toteuttaminen käytännössä mahdotonta.
- ↓ Kansallinen seuranta järjestelmän käytöstä erittäin vaikeaa.

Yhteensopivuus KA kanssa

- ↑ Järjestelmätoimittajat ovat jo nyt vahvasti osallisena valinnanvapausjärjestelmän toteutuksessa ja ylipäättään sen mahdollistamisessa. Orientoituminen aiheeseen olisi mutkatonta.
- ↓ PTJ:n näkökulmasta tärkeintä on tarjota riittävä tiedon tarjonta valinnan jälkeen, ei valinnan mahdollistaminen.

Skaalautuvuus

- ↓ Ilman minkäänlaista kansallista ohjausta täysin järjestelmäriippuvainen ratkaisu. Skaalaaminen hyvin vaikeaa.

Hyvinvointialueet

Sote-palveluiden järjestäjä ja viime kädessä vastuussa palveluita tukevien järjestelmien hankinnasta ja kehittämisestä.

Pysyvyys

- ↑ Lain tuoma mandaatti tuottaa SOTE-palveluita.
- ↓ Arviointimenettelyn kautta mahdollista, että tietty HVA häviää kokonaan. Lisäksi poliittiset päätökset yhdistämisistä mahdollisia.

Ymmärrettävyys

- ↑ Kansalaisen näkökulmasta loogisin vaihtoehto tiedon kerääjäksi ja hallinnoijaksi.
- ↑ Järjestelmän osapuoli, jolla eniten intressejä ratkaisun toteuttamiseksi.
- ↓ Vaihdot hyvinvointialueiden välillä voivat olla hämmentäviä.

Toteutuskyky

- ↓ Ei omaa ohjelmistotuotantoa vaan ostettava palveluna markkinoilta.
- ↓ Rahat tällä hetkellä erittäin tiukoilla. Ylimääräiseen pientyöhön ei ole resursseja.

Tiedon jakelu

- ↑ Alueiden sisäiset siirrot helppo tehdä alueellisella toteutuksella.
- ↓ Kansallinen seuranta vaatii kohtalaisesti töitä. Tiedot pitäisi kaivaa jokaisen alueen omista tietoaista.
- ↓ Vaihdot HVA:den välillä hankala toteuttaa. Vaatii aluekohtaisia integraatioita.

Yhteensopivuus KA kanssa

- ↑ Omistaa rekisterit, joissa hallinnoidaan potilastietoa ja sitä tukevia tietoja.
- ↓ Ensisijainen tehtävä ei ole tuottaa itse digitaalisia palveluita.

Skaalautuvuus

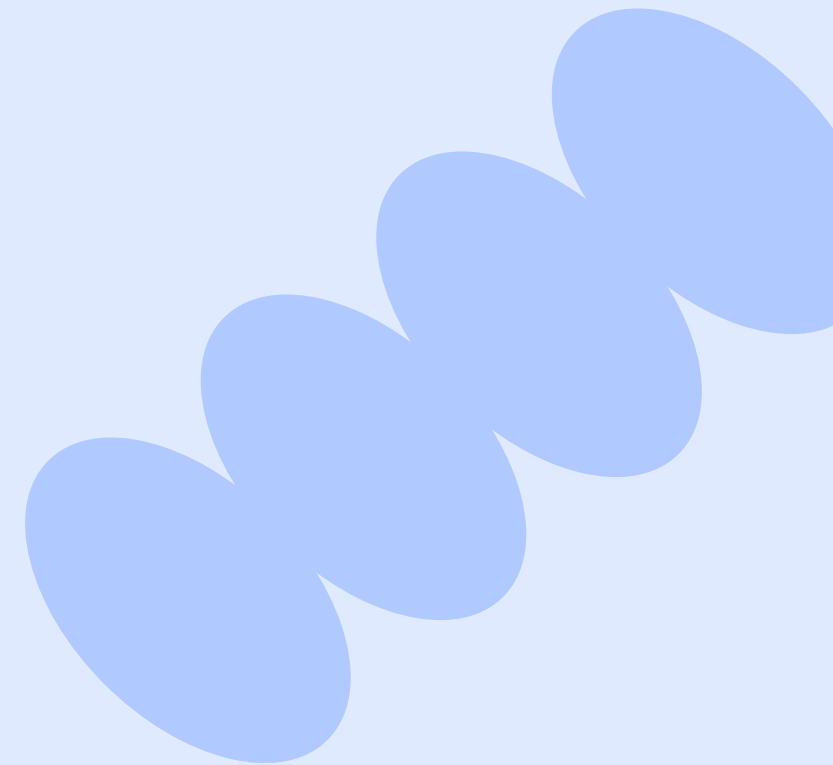
- ↑ Mahdollistaa toimittajariippumattoman järjestelmän toteutuksen.
- ↓ Yhden alueen toteutusta voi olla hankala laajentaa muille alueille.

Toimijavertailu-taulukko

Vertailun perusteella hyvinvointialueiden yli toimivat toimijat ovat toteutuksen kannalta parhaassa asemassa.

Toimijavertailu						
	DigiFinland	Kela (Kanta-palvelut)	DVV (Suomi.fi)	UNA	APTJ-toimittajat	Hyvinvointialue
Pysyvyys						
Toteutuskyky						
Yhteensopivuus KA kanssa						
Ymmärrettävyys						
Tiedon jakelu						
Skaalautuvuus						
Keskiarvo						

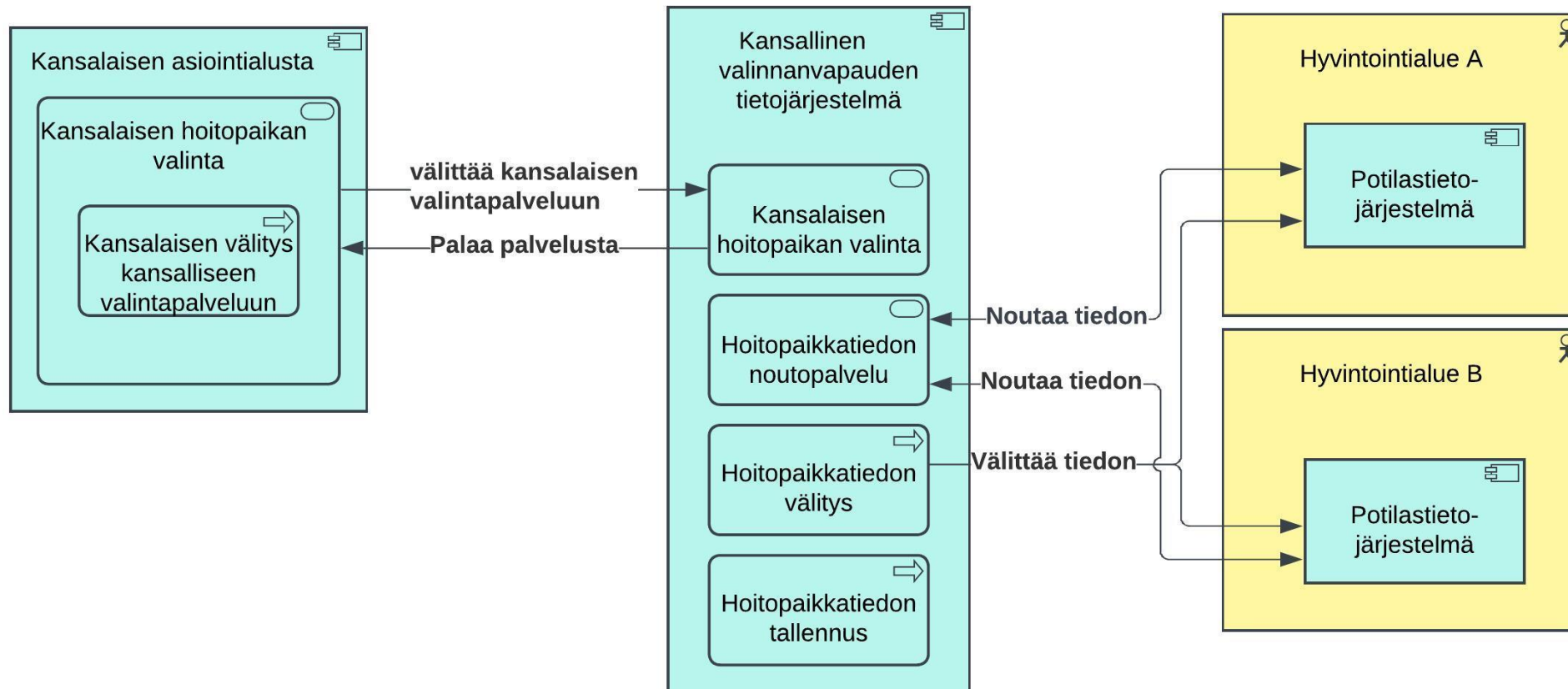
Ratkaisuvaihtoehtojen esittely



Vaihtoehto A: Kansallinen vaihtopalvelu

- Toteutetaan kansallinen palvelu, joka tuottaa vaihtopalvelun käyttöliittymän, tiedon tallennuksen ja siirron.
 - Vrt. MobilePay palveluun verkkokaupassa asioidessa. Avaimet käteen –periaate, jossa palvelua kutsuvan ratkaisun ei tarvitse huolehtia taustaprosesseista.
- Käyttöliittymä sovelluskehittäjälle olisi API-rajapinta, jota voisi kutsua mistä tahansa toisesta palvelusta.
 - APTJ kansalaisen näkymä
 - Digiasiointialusta
 - Verkkosivut
 - Yms.
- Palvelu sisältäisi kaiken vaihtamiseen liittyvät tarpeelliset ominaisuudet (vahva tunnistautuminen, puolesta asiointi, integraatiot).
- Vaihtolomakkeen lähettämisen jälkeen palvelu lähettäisi tiedon asianomaisille tahoille (APTJ / HVA) tietojen päivittämiseksi, jos on tarve.
- HUOM! Palvelussa tehtäisiin sekä HVA sisäiset että näiden väliset vaihdot. Sisäisissä vaihdoissa tieto välitetään vain yhdelle rekisterinpitäjälle. HVA:iden ylitse tapahtuvassa välitetään tiedot molemmille.
- Hoitopaikkatieto olisi myös saatavilla ilman vaihtoa. Toinen rajapinta olisi siis hoitopaikan kyselyrajapinta.
- Keskitetty kansallinen tiedonhallinta.

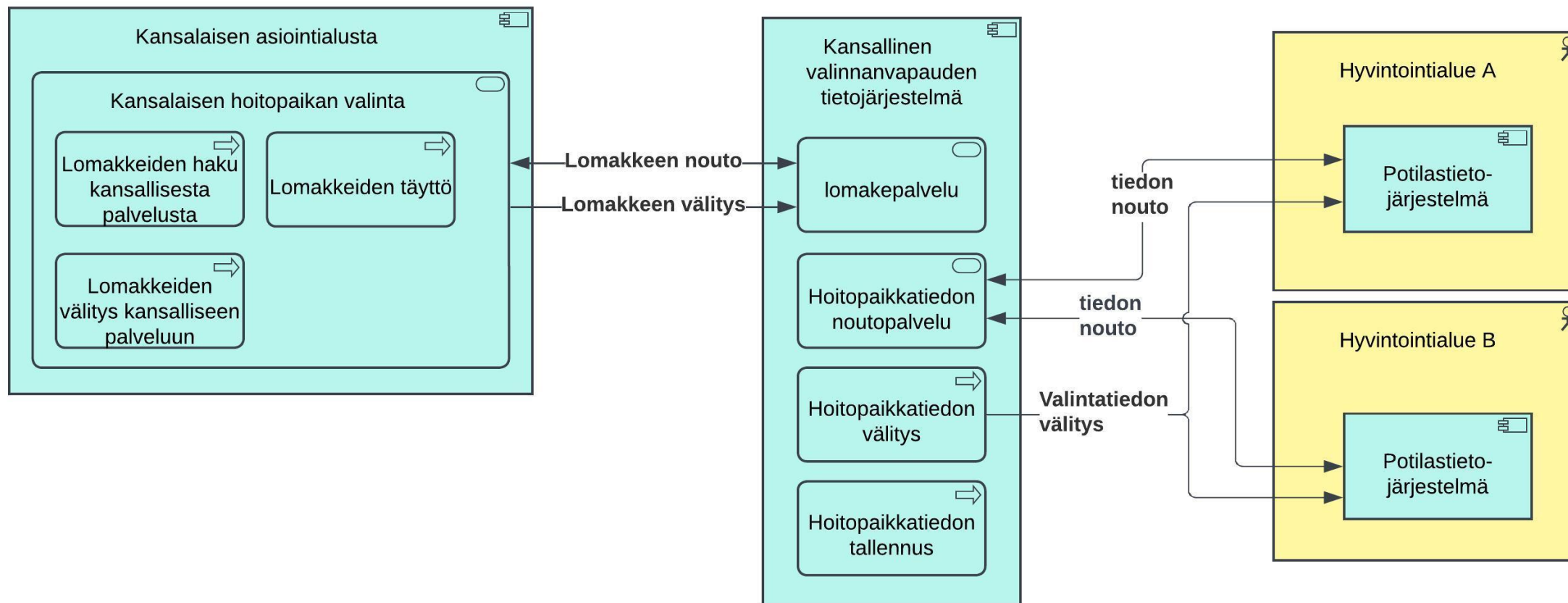
Kansallisen valintapalvelun järjestelmäkuvaus



Vaihtoehto B: Kansallinen lomake ja kansallinen arkisto tai tietovaranto

- Muuten sama kuin vaihtoehdossa A mutta kokonaisvaltaisen palvelukokonaisuuden sijaan kansallinen toimija tarjoaa lomakepohjan (JSON Schema tms) sovellusten käyttöön.
 - Vaihtoehtoisesti lomakepohjan voisi tarjota myös FHIR Questionnaire API:n avulla.
- Erillinen rajapinta, johon lomakkeen voi välittää.
 - Jos edellä toteutettu Questionnaire API niin vastauksen voisi välittää QuestionnaireResponse API:lle.
- Taustalla samat toiminnot kuin vaihtoehdossa A, kuten tietojen välittäminen eri toimijoille ja valintatiedon tallennus.
- Eroja vaihtoehtoon A :
 - Vahvan tunnistautumisen pitäisi tapahtua kyselevässä palvelussa.
 - Jokainen saa itse päättää miten mahdollinen esitäyttö tehdään. Käytännössä jokaiseen sovellukseen pitäisi rakentaa itse käyttöliittymä tietojen täyttämiseksi.
 - Vaatii esim. terveystietojen syöttämisen lomakkeelle. Voitaisiin kuitenkin tarjota JSON tiedostona kansallisen toimijan puolesta. Kuitenkin lomake pitää rakentaa.
 - Käyttönoton hetkellä ei lähtötietoja tarjolla eli missä hoitopaikka tällä hetkellä on.
- HUOM! Vaikka vaihto tapahtuisikin tietyn alueen palvelussa, järjestelmän näkökulmasta vaihto tapahtuu kansallisella tasolla. Samaa lomaketta ei siis tarvitse täyttää montaa kertaa.
 - Sotkeeko tämä kansalaista? Ymmärtääkö, että lomake on kansallinen palvelu, vaikka lomake täytetään tietyn alueen sovelluksessa.
- Integraatioiden rakentaminen muuttaa olennaisesti myös koko palvelun toimintaa. Onko kyseessä pelkkä arkisto vai jo tietovaranto? Lisäksi ilman integraatioita kansalaisen on täytettävä lomake sekä uuden että vanhan palvelujärjestäjän asiointialustalla.
- Vaihtoehdon tietojärjestelmäkuvauksessa on oletettu, että integraatiot ydinjärjestelmiin rakennetaan.

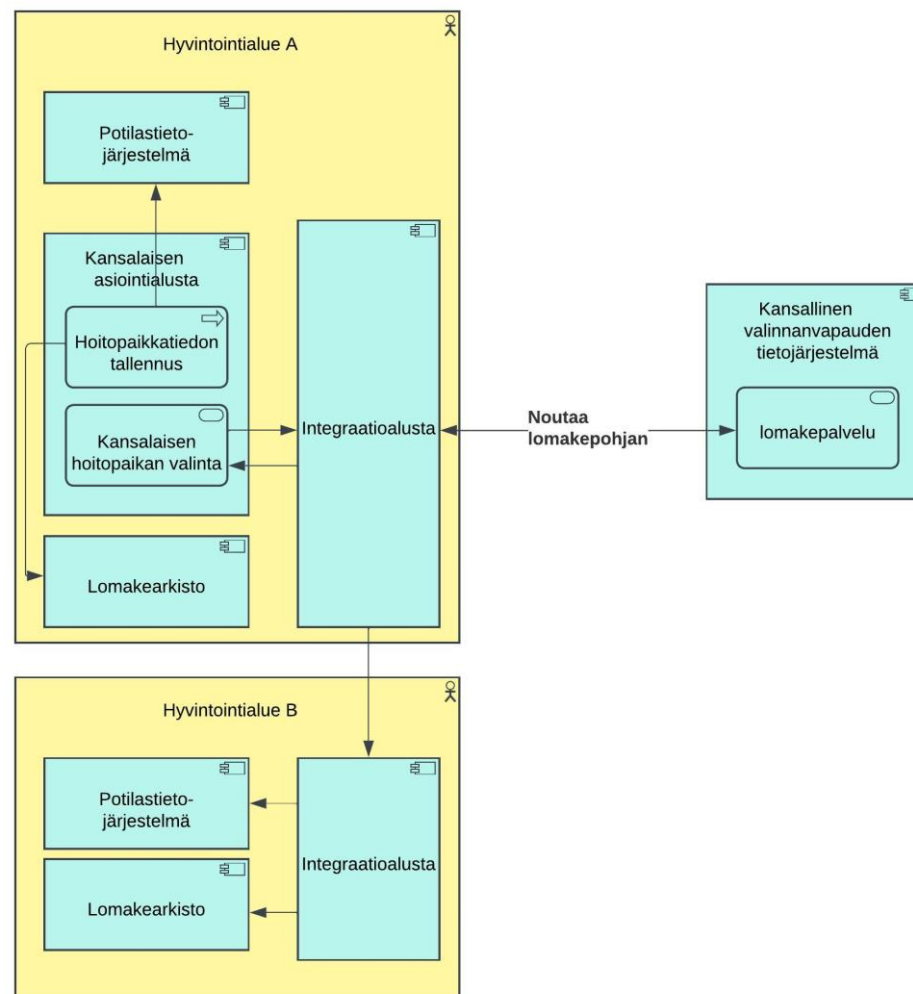
Kansallinen lomake ja kansallinen arkisto tai tietovaranto tietojärjestelmäkuvaus



Vaihtoehto C: Kansallinen lomake, hajautettu tallennus

- Kansallinen taho tarjoaa pohjan (esim. JSON Schema -muodossa) lomakkeesta, jolla vaihdon voi toteuttaa.
 - Lomakkeen pudotusvalikot pitäisi itse täyttää mm. terveyskeskustietojen osalta. Kansallinen taho voisi tarjota JSON tiedostona.
- Tallennus tapahtuisi HVA:n valitsemalla tavalla. Vaihtoehdossa C ei siis tehtäisi enää kansallista tallennuspalvelua.
 - Lomake omaan asiakirjanhallintajärjestelmään.
 - Vaihtotiedot PTJ:hin.
- Sisäiset vaihdot hoituvat paikallisesti mutta HVA ylitse tehtävissä vaihdoissa tieto siirtyy oikealle taholle, jos integraatio on olemassa. Integraation rakentaminen täysin HVA vastuulla.
 - Ohjeistetaan tarvittaessa kansalaisia ilmoittamaan vaihdosta sekä uuden että nykyisen HVA:n palvelussa.
- Kansalaisen näkökulmasta sama ongelma kuin edellisessä vaihtoehdossa. Ymmärtääkö, että lomaketta ei välttämättä tarvitse täyttää kahden eri palveluntarjoajan palvelussa? Miten viestittäisiin, jos pitäisikin täyttää integraatioiden puuttuessa?
- Ratkaisuvaihtoehto rajaa helposti kansalaisen valintaprosessin toteutuksen vain yksittäisiin etäasiointialustoihin.
 - Integraatiot PTJ:hin ja tallennusjärjestelmiin pitäisi tehdä sovelluskohtaisesti. Tämä taas lisää hyvinvointialueiden työmäärää ja tekee järjestelmäkokonaisuuden hallinnoinnista työlästä. Näin ollen hyvinvointialueilla olisi intressinä pitää sovellusten määrä rajallisena ja keskittyä tiettyihin sovelluksiin. Rajattu kokoelma sovelluksia saattaa helposti pyrkiä liian vahvaan palveluiden yhdenmukaistamiseen, jolloin joukko erilaisia käyttötapauksia jäisi huomioimatta. Lisäksi alueet saattavat päätyä erilaiseen kokoelmaan sovelluksia sekoittaen kansalaisen vaihtoprosessia entisestään.
 - Kansallisesti voidaan tuottaa rajapintamäärittelyt valintatietojen yhdenmukaiseen välittämiseen ja hakemiseen mutta pelkkä määrittely ei takaa yhdenmukaista tiedonvaihtoa. Järjestelmätoimittajat voisivat halutessaan tehdä omia toteutuksia.

Kansallinen lomake, hajautettu tallennus järjestelmäkuvaus



Vaihtoehto D: Ei tehdä mitään kansallista ratkaisua tai ohjausta

Ohjaamattomuus johtaa sekavaan ratkaisukokoelmaan, jossa tiedon jakelu ja hakeminen on vaikeaa ja kallista

- Hyvinvointialueet ovat jo lähteneet digitalisoimaan omille etäasiointialustoille hoitopaikan valinnan lomakkeita. Samalla on suunniteltu toimintamalleja, miten tietoja viedään potilastietojärjestelmiin ja miten hoito siirretään uudelle yksikölle.
- Eri asteinen kansallinen ohjaus voi olla hidasta ja voi myös vaatia vahvaa ymmärrystä kaikista aiheeseen liittyvistä prosesseista. Digitaalisten ratkaisujen tulisi kuitenkin olla selkeästi tarpeeseen ja käyttöympäristöön sovitettuja ollakseen vaikuttavia ja tehokkaita. Tällaisten ratkaisujen rakentaminen vie oman aikansa ja todennäköisesti tässä ajassa alueellisesti on ehditty tehdä jo toteutuksia valinnan suorittamiseksi ja totuttu prosesseihin.
- Vaikka integraatioarkkitehtuuria ei suunnitella, se rakentuu suunnittelemattomasti. Kansallisesta näkökulmasta katsoen alueelliset ratkaisut johtavat päällekkäiseen tekemiseen sekä sekaviin ja eriäviin integraatio- ja tallennusratkaisuihin. Tällainen kehitystyö on kallista ja hidasta sekä vaikeuttaa omalta osaltaan uusien sovellusten markkinoille tuloa. Eriävät ratkaisut vaikeuttavat myös vaihtojen kansallista seurantaa, kun yhteistä mallia tiedon keräämiseen ja tallentamiseen ei ole.
- Lisäksi hyvinvointialueiden ammattilaisilta on noussut esille huoli työmäärän lisääntymisestä valinnan aikaikkunan lyhentyessä vuodesta kolmeen kuukauteen. Alueellisilla ratkaisulla voidaan haasteeseen vastata mutta se on hidasta ja kallista kaikkine lomakesuunnitteluineen ja integraatoratkaisuineen. Myös kansalaisen näkökulmasta on vaikea hahmottaa, milloin tieto sekä uudelle että vanhalle palveluntuottajalle kulkee digitaalisen asioinnin kautta ja milloin ei.
- Kansallisen ohjauksen tai ratkaisukokonaisuuden kehittämisen näkökulmasta aikataulu on suurin haaste. Tarve on kuitenkin selvästi olemassa.

Ratkaisuvaihtoehtojen kustannusten pohdintaa (1/2)

- Kustannusten kokonaisarvion tekeminen on erittäin vaikeaa muun muassa siksi, että potilastietojärjestelmien toimittajat eivät hinnoittele maksujaan osatoiminnallisuuksittain. Näin ollen hyvinvointialueille ja siten valtiolle koituvia välillisiä kuluja järjestelmän kehittämisestä ja ylläpidosta on erittäin vaikea arvioida. Lisäksi muiden kansallisten järjestelmien kehitys vaikuttaa myös valinnanvapauden järjestelmään. Muun muassa riippuen siitä, miten hyvinvointialueiden terveyskeskusten toimipaikkatiedot ovat saatavilla, vaikutus kehityskustannuksiin voi olla merkittävä. Yleisesti järjestelmän kustannuksista voidaan luotettavasti arvioida vain sitä osuutta, joka tulee suoraan toteuttavan osapuolen maksettavaksi.
- Merkittävin kustannuserä järjestelmän kehityksessä tulee integraatio- ja rajapintakehityksestä. Käyttöliittymän kehitykseen ja vaihtolomakkeeseen liittyvä määrittelytyö on melko suoraviivaista palvelun yksinkertaisuudesta johtuen mutta integraatiot ovat hyvin keskeinen osa toimivaa järjestelmää. Pelkästään järjestelmätoimittajien kanssa tehtävä kehitystyö on aikaa vievää mutta rajapintatoteutusten lisäksi valinnanvapausjärjestelmä saattaa vaatia myös alueilta uusien järjestelmien käyttöönottoa. Myös asukkaan valintaprosessiin liittyvät rajapintatoteutukset voivat olla työläitä, koska teknisen toteutuksen lisäksi olisi tärkeää panostaa myös kehittäjäkokemukseen (Developer Experience). Kehittäjäkokemukseen panostamalla voidaan muun muassa nopeuttaa rajapintojen käyttöönottoja, helpottaa testaamista, virhetilanteiden selvittelyä ja käyttöoikeuksien hallintaa sekä yleisesti mahdollistaa rajapintoja käyttävän kehittäjän itsenäisempi työskentely. Kaikki toimenpiteet kehittäjäkokemuksen parantamiseksi vähentävät järjestelmän ylläpitoon liittyviä kustannuksia mutta toisaalta nostavat kehittämiskustannuksia. Kuitenkin valinnanvapausjärjestelmän pohjautuessa vahvasti rajapintaratkaisuihin, kehittäjäkokemuksella on erittäin merkittävä rooli kokonaiskustannusten kannalta.
- Järjestelmän kehitystyössä on tärkeää panostaa myös tietoturvaan ja –suojaan, sillä järjestelmässä hallinnoitavalla tiedolla voi olla merkittäviä vaikutuksia yksilön hoitoon liittyen mutta myös muiden hoito saattaa kärsiä, jos tietomurron yhteydessä esimerkiksi asukkaiden hoitopaikkoja keskitettäisiin yhteen terveyskeskukseen. Tällöin terveyskeskuksen toiminta saattaisi häiriintyä ja siten vaikuttaa merkittäväällä tavalla koko alueen palveluntarjontaan. On myös ylipäättään tärkeää hallita ja valvoa sitä, kenellä on oikeus muuttaa tai lukea järjestelmässä olevia tietoja.
- Yllä mainittujen lisäksi olennaista on mahdollistaa järjestelmän riittävä suorituskky.
- Kaikesta huolimatta näiden edellä mainittujen vaatimusten huomioiminen, tietoturva, tietosuoja ja suorituskky, ei ole poikkeuksellisen kallista, koska kyseiset teemat ovat jo nyt arkipäivää kansallisten ratkaisujen kehitystyössä.

Ratkaisuvaihtoehtojen kustannusten pohdintaa (2/2)

- Selvityksen aikana tunnistettiin seuraavia kansallisen tason järjestelmäkokonaisuuksia, joita voi käyttää referensseinä todellisten kustannusten selvityksessä.

Suomi.fi -tunnistautuminen

- Rajapintapalvelu, jossa kansalaisen tunnistamiseen ja tietojen käyttöoikeuksiin liittyvät ratkaisut on ulkoistettu. Kutsuvan järjestelmän ei tarvitse näistä huolehtia.
- Kansalaisen käyttöliittymä.
- Yhdessä VTJkysely-rajapinnan kanssa paljon yhtäläisyyksiä ehdotettuun ratkaisuun.
- Ei automaattista tietojen välittämistä.

Traficomin autovakuutuksen tarkastus

- Seuraa onko autossa liikennevakuutus voimassa ja missä kukin auto on vakuutettu.
- Tieto vakuutusyhtiön vaihdosta menee välittömästi Traficomille.

Kysely- ja välityspalvelu

- Terveystietojen tallentaa lääkärintodistuksen tai -lausunnon Kanta-palveluihin, jonka jälkeen se voidaan välittää terveydenhuollon ulkopuoliselle toimijalle.
- Taustajärjestelmien välinen integraatiopalvelu. Ei erillistä käyttöliittymää palvelun käyttöön.
- Ei automaattista tietojen välitystä.

Mahdollinen etenemissuunnitelma kohti kokonaisvaltaista palvelua

Yhdistelemällä vaihtoehtoja voidaan tarjota hyvinvointialueille nopeasti ratkaisuja maalin ollessa kauempana.

Vaihtoehto C

Kansallinen lomake yhteisillä tietosisällöillä

- Tarjotaan kansallinen lomake vaihdon suorittamiseksi yhteisillä tietosisällöillä. Pääasiassa tämä tarkoittaa terveyskeskuslistausta.
- Vahva tunnistautuminen ja lomakkeen arkistointi olisivat hyvinvointialueiden vastuulla. Myös siirto PTJ:hin tapahtuisi samalla tavalla kuin ennenkin.

Vaihtoehto B

Toteutetaan kansallinen arkisto tai tietovaranto

- Käytetään edelleen samaa kansallisesti määriteltyä lomaketta mutta alueellisesta tiedonkäsittelystä siirrytään kansalliseen arkistoon. Toteutetaan arkiston lisäksi tarvittavat rajapinnat lomakkeen välittämiseksi hallinnoijalle.
- Integraatioita voidaan rakentaa jo tässä vaiheessa tai sitten seuraavassa. Täten voidaan puhua joko arkistosta tai tietovarannosta.

Vaihtoehto A

Siirretään vaihtoprosessi ulkoiseen palveluun ja toteutetaan tiedonsiirrot

- Toteutetaan kokonaisvaltainen palvelu, jossa asukas tunnistautuu ja tekee valinnan.
- Voidaan hakea olemassa olevat tiedot, kuten tämänhetkinen hoitopaikka, lomakkeelle.
- Integraatiot potilastietojärjestelmiin tehdään viimeistään tässä vaiheessa.

Tunnistetut digitalisointiin liittyvät epävarmuustekijät, rajoitteet tai esteet (1/2)

Valinnanvapauden optimaalinen toteutuminen on iso kokonaisuus, johon liittyy monia eri tietotarpeita ja prosesseja.

- **Terveyskeskustietojen epäjohtonmukaisuus, yhteensovittaminen ja ajantasaisuus.**
 - Selvityksen aikana yhdeksi merkittävimmäksi kansallisen ratkaisun esteeksi tunnistettiin terveyskeskustietojen epäjohtonmukainen kirjaustapa ja tietojen ajantasaisuus. Suomi.fi-palvelussa eri alueilla voi olla hyvin erilainen tapa jäsentää palveluverkkoaan. THL:n organisaatiorekisterissä on paremmin listattu terveyskeskuksia mutta samaa epäjohtonmukaisuutta on kirjaustavoissa havaittavissa. Myös rekisterin ajantasaisuudessa ja käytettävyydessä on huomattavia haasteita.
 - Lisäksi kansallisten terveyskeskuslistojen yhteensovittaminen potilastietojärjestelmien hierarkiarakenteisiin ja kirjauskäytäntöihin on merkittävä ongelma. Potilastietojärjestelmissä olevat terveyskeskuksia mallintavat koodistot voivat poiketa huomattavasti kansallisesta rekisteristä. Miten pidetään huolta, että molemmissa on yhtenevät rakenteet tai miten näiden eri järjestelmien yhteensovittaminen muuten tapahtuisi?
 - Valviran Soteri-tietokannasta on suunnitteilla ns. master tietokanta organisaatitiedoille. Tähän palveluun on saatava helppokäyttöiset ja tarpeeseen vastaavat rajapinnat tietojen haulle!
- **Tietojen välittäminen yksityisille toimijoille.**
 - Tällä hetkellä terveydenhuollossa on voimakas kahtiajako yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä, vaikka paikoin kokonaisia terveyskeskuksia on ulkoistettu yksityisille toimijoille. Hoitopaikan valinta voi siis koskea myös yksityisesti toimivaa terveyskeskusta. Tässä selvityksessä tarkastelluista toimijoista vain Kela (Kanta-palvelut) on selkein sillanrakentaja yksityisen ja julkisen välillä. Olisiko muidenkin toimijoiden mahdollista jatkossa tehdä enemmän yhteistyötä yksityisten toimijoiden kanssa? Ei välttämättä ole viisasta rajoittaa toteuttajavaihtoehtoja merkittävästi tämän yksityiskohdan takia.
- **Hoitopaikan valinta on vain pieni osa hoidon mahdollistamisessa.**
 - Hoitopaikan valintaan liittyvä prosessi kuormittaa paljon hyvinvointialueiden henkilöstöä mutta pelkkä terveyskeskuksen vaihto ei takaa vielä hoidon jatkuvuutta. Muun muassa erikoissairaanhoidon johtoiset hoitoprosessit, harvinaiset ja kalliit lääkitykset ja maksukatot pitäisi jotenkin huomioida vaihdon yhteydessä puhumattakaan potilastietojen ja hoitosuunnitelmien siirtymisestä. Käytännössä nämä asiat ovat nytkin jo ongelma, mutta hoitopaikan valinnan ja hallinnan digitalisointi ja keskittäminen voisivat olla alkusysäys myös muiden potilaan tietojen jakamiselle.

Tunnistetut digitalisointiin liittyvät epävarmuustekijät, rajoitteet tai esteet (2/2)

Valinnanvapauden optimaalinen toteutuminen on iso kokonaisuus, johon liittyy monia eri tietotarpeita ja prosesseja.

- Mahdollistaako EHDS tulevaisuudessa suuremmat integraatoratkaisut? Ajaako aika ohitse kansalliselle toteutukselle?
 - EHDS asettaa vaatimuksia suoraan myös potilastietojärjestelmille ja hyvinvointisovelluksille. Tulevaisuudessa näiden pitäisi pystyä vaihtamaan keskenään vähintään prioriteettiluokkiin kuuluvia terveystietoja yhteisessä vaihtomaatissa. Periaatteessa on mahdollista, että tämä voisi tulevaisuudessa koskea myös hoitopaikkatietoja, jos vaihtomaatti ja yhteentoimivuuksratkaisut sellaisen mahdollistavat. Minkälainen rooli keskitetyllä palveluratkaisulla silloin olisi? On mahdollista, että kansallinen keskitetty hoitopaikkatiedon hallinta ja EHDS:n mukaiset yhteentoimivuuksratkaisut ovat yhtä aikaa olemassa. Toisaalta jos kansallisen ratkaisun toteutus venyy, voidaan ajautua alueellisiin ratkaisuvaihtoehtoihin.
- Lopullinen järjestelmäkokonaisuus vaatii monen eri osapuolen toteutustyötä eikä yksi toimija pysty kattamaan koko järjestelmäkokonaisuutta.
 - Yhteistyötä on koordinoitava ja tehtävä monen eri toimijan kanssa, oli järjestelmäkokonaisuuden pääasiallinen toteuttaja kuka tahansa.
 - Selvityksen lähtökohtana oli selvittää hyvä valinnanvapausjärjestelmän toteuttaja mutta on myös mahdollista, että järjestelmää on toteuttamassa useampi toimija. Esimerkiksi tietojen säilyttäminen ja vaihtoprosessin toteutus on voitu jakaa eri toimijoiden toteutettavaksi ja ylläpidettäväksi, jos tämä on kokonaisuuden kannalta järkevää.
- Allianssimallin mukainen tapa tuottaa palveluita voi tuoda oman haasteensa digitalisointiin.
 - Miten allianssissa mukana olevat toimijat saavat omat palvelunsa esille valintaa tehdessä? Mihin valinta itse asiassa kohdistuu? Jos tietyn kunnan terveyskeskus vastaa hoidosta mutta potilaan on mahdollista valita spesifejä palveluita eri toimijoilta, missä nämä valinnat tehdään? HVA:n omalla digialustalla vai jossain muualla?

Kansainvälinen vertailu



Iso-Britanniassa henkilön GP (General Practitioner) tieto on muutettavissa ja saatavilla kahden rajapintaratkaisun avulla.

Personal demographic service (PDS)

- Kansallinen sähköinen tietokanta NHS:n potilaiden väestötiedoista, kuten nimi, osoite, syntymäaika, NHS-numero rekisteröity GP (General Practitioner).
- Useat NHS-sovellukset muodostavat yhteyden PDS:ään, ja synkronointi PDS:n kanssa mahdollistaa ajantasaisimpien tietojen säilyttämisen kaikissa järjestelmissä. PDS:n päätarkoitus on tukea välitöntä hoitoa.
- PDS ei sisällä klinisiä terveystietoja tai muita arkaluonteisia tietoja.
- Vain valtuutetut terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilöt, mukaan lukien terveydenhuollon valtuutettu hallintohenkilöstö, voivat käyttää PDS-tietokantaa yhdistääkseen potilaat tarkasti potilastietoihinsa.
- PDS on paljon laajempi palvelukokonaisuus kuin mitä tässä selvityksessä käsitellään mutta siinä on samanlainen vastaanoton vaihto-ominaisuus.
- Tiedot saatavilla mm. Personal Demographics Service - FHIR API:n kautta.

Personal Demographics Service Notifications - FHIR

- Välittää ilmoituksia potilaan demografisten tietojen muutoksista, mukaan lukien tietueiden muutos, syntymä, kuolema, osoitteenmuutos ja yleislääkärin muutos.
- Integrointimenetelmänä pub-sub –malli. Lähettävä järjestelmä julkaisee tapahtumat Kansallinen tapahtumien hallintapalvelussa (NEMS), ja NEMS välittää tapahtumat kaikkiin tilattuihin järjestelmiin Sosiaali- ja terveydenhuollon sanoma-asiointi –ratkaisun avulla (MESH).
- Esimerkiksi kun tietoja päivitetään Personal demographic servicessä (PDS) syntymän yhteydessä PDS lähettää NEMS:lle syntymäilmoitustapahtuman, joka sisältää tiedot syntymästä. NEMS lähettää sitten tapahtuman kaikille terveydenhuollon järjestelmille, jotka ovat tilanneet syntymäilmoitukset.

Lähteet:

[NHS England » Personal demographic service \(PDS\)](#)

[Personal Demographics Service Notifications - FHIR - NHS England Digital](#)

[Personal Demographics Service - FHIR API - NHS England Digital](#)

1177 Listing

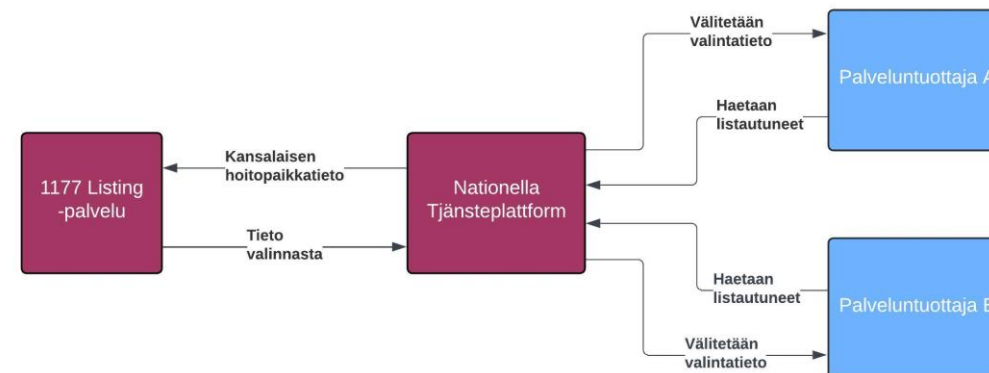
Kansalaisen asiointialustan kautta mahdollistettu rekisteröinti on palveluntarjoajien hyödynnettävissä.

Ruotsissa perusterveydenhuollon hoitopaikkaa voi vaihtaa 2 kertaa vuodessa 1177 asiointialustan kautta. Alusta on kytkettynä kansalliseen tekniseen alustaan (Nationella tjänsteplattformen), joka huolehtii säännöistä valintaan liittyen ja ylläpitää rekisteröintilistää (1177 Listing).

Palveluntuottajat liittyessään kansalliseen tekniseen alustaan voivat alustan tarjoamien rajapintojen kautta hakea tiedot rekisteröinneistä omiin asiakkuudenhallintajärjestelmiinsä. Järjestelmäkokonaisuus ei siis ole pelkästään vaihtajia varten vaan periaatteessa kaikkien kansalaisten hoitopaikkatiedot hallinnoidaan kansallisen järjestelmän avulla.

Ratkaisu tarjoaa monenlaisia hyötyjä:

- Potilaat saavat laadukasta hoitoa ja hoidon jatkuvuus on turvattu.
- Kansalaiset voivat helposti vaihtaa hoitopaikkaansa palvelun kautta ja asioida terveyskeskuksen kanssa.
- Henkilöstön hallinnollinen työkuorma pienenee, kun kaikki vaihtoon liittyvä tietojen siirto on digitalisoitu.



Epävirallinen mallinnus järjestelmän toiminnasta. Laadittu selvityksen aikaisten tietojen pohjalta.

Suositus etenemisestä

Suosittelaaan etenemistä kohti kansallista palvelua

Kansallinen palvelu olisi kaikkien osapuolien näkökulmasta paras ratkaisu mutta kevyempikin ratkaisu on mahdollinen.

- Selvä tarve keventää hyvinvointialueiden henkilöstön kuormittavuutta. Erityisesti siirtyminen vuoden vaihtovälistä kolmen kuukauden vaihtoväliin herättää huolta henkilöstössä.
- Epävarmuustekijät eivät puolla kokonaisvaltaisen ratkaisun rakentamista välittömästi. Selvityksen puitteissa ei saatu riittävästi ymmärrystä järjestelmäkentästä, hyvinvointialueiden toimintaprosesseista, vaihtomääristä ja niiden aiheuttamasta työmäärästä tai potilastietojärjestelmätoimittajien näkemyksestä aiheeseen. Täten paras vaihtoehto olisi edetä vähitellen kohti kokonaisvaltaisempaa palvelua ja tarvittaessa muuttaa tavoitetta, kun aiheesta opitaan enemmän matkan varrella. Välttämättä kokonaisvaltainen palvelu ei ole tarpeeseen nähden välttämätön tai kustannustehokas vaan kevyemmälläkin ratkaisulla voidaan tulla toimeen. Lisäksi järjestelmän kustannuksista ei tämän selvitys puitteissa saatu riittävästi ymmärrystä, jotta voisi suositella raskainta vaihtoehtoa. Täten vaiheittainen eteneminen on myös kaikkein kustannustehokkain ratkaisu.
- Kansallisen ratkaisun puolesta puhuu myös selvityksen aikana löydetty Iso-Britannian NHS Englandin ja Ruotsin 1177 Listing referenssitoteutukset. FHIR standardin pohjalta tehty toteutus tukisi kansainvälistä yhteistyötä ja olisi EHDS:n hengen mukainen.
- Kokonaisuuden toteuttajaksi ehdotetaan joko Kelaa, DVV:tä tai DigiFinlandia. On myös mahdollista, että useampi näistä toimijoista on mukana kokonaisuuden toteutuksessa. Ylipäätään on tärkeää ymmärtää, että varsinkin kansalaisen osuus valintaprosessista pitäisi pystyä suorittaa järjestelmäriippumattomasti. Esimerkiksi kansallisen palvelun mallissa valintalomakkeen saisi palveluna auki mistä tahansa sovelluksesta riippumatta siitä, kuka kyseisen palvelun on toteuttanut. Samoin kansallisen lomakkeen ja tietovarannon mallissa lomakkeen voisi täyttää missä tahansa sovelluksessa ja lähettää erilliseen kansalliseen rajapintaan. Valintatiedon hallinnointi ja integraatiot potilastietojärjestelmiin tehtäisiin kansallisesti yhteistyössä järjestelmätoimittajien ja hyvinvointialueiden tietohallintotoimijoiden kanssa.

nordichealthcaregroup.com

