

Kommentti käyttövaltuusasetuksen työpajamateriaaliin 25.1.2021

4.3.2021

Heikki Onnela, LL	Pirkko Kortekangas, LT	Mika Kiviaho, LL
yleislääketieteen erikoislääkäri terveydenhuollon tietotekniikan erityispätevyys	kirurgian ja neurokirurgian erikoislääkäri 20 vuotta päätoimisesti terveydenhuollon tietohallinnon tehtävissä	Terveyskeskus- ja työterveyslääkäri Sote-integraation johtava asiantuntija ja tuoteomistaja
Oy Apotti Ab	Una Oy	Aster-projekti

Tiivistelmä

Asiakastietolain muutosehdotus on parhaillaan eduskuntakäsittelyssä. Esitys sisältää säädöksiä mm. sosiaalihuollon tietojen tallettamisesta ja luovuttamisesta Kanta palveluiden avulla ja omakannan kehittämistä sekä käyttövaltuuksien sääntelystä. Ehdotetun 15§ mukaan käyttövaltuudet perustuisivat työtehtävän lisäksi myös kokonaan uuteen käsitteeseen tässä yhteydessä, eli annettuun palveluun. STM:n asetuksella säädettäisiin käyttövaltuuksien perusteista tarkemmin.

Asetuksessa hahmoteltu ”annettavaan palveluun” perustuva potilastietojen näkyvyyden etukäteinen rajoittaminen potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta vaarantaa vakavasti ja ennalta arvaamattomasti potilasturvallisuuden ja oikeuden hyvään hoitoon. Asetusta ei pidä siksi tällaisenaan viedä eteenpäin. Lisäksi ehdotettu sääntely vaarantaa terveydenhuollon ammattihenkilön oikeusturvan.

Myös muiden ammattilaisten kuin potilasta hoitavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta voi rajaaminen johtaa vakaviin ongelmiin organisaation toiminnassa ja potilasvirtojen hallinnassa ja jopa yksittäisen potilaan hoidon vaarantumiseen.

Asetus vaikuttaa johtavan tällaisenaan varsin erikoiseen tilanteeseen, jossa lainsäätäjä päättää potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön puolesta etukäteen mitä potilastietoja hänen hoidossaan on milloinkin tarpeen käyttää.

Pidämme sinänsä hyvänä ja tärkeänä määritellä kansallisesti yhtenäisiä periaatteita potilastietojen käyttöön, mutta tällöin on välttämätöntä pitää säätelyn taso riittävän karkeana ja pitäytyä periaatteissa ja välttää ehdottomia rajoja.

Teknisesti ”annettavaan palveluun” perustuva potilastietojen näkyvyyden suodatus ja käyttövaltuusmäärittely ei ole mahdollista toteuttaa esitetyllä tavalla.

Asetuksen valmistelu-aika on erittäin lyhyt, eikä tämän hetkisten tietojen mukaan siirtymäaikoja olisi. Yhdessä teknisten rajoitteiden kanssa oltaisiin todennäköisesti tilanteessa, jossa asetusta ei edes voida noudattaa.

Asetuksen valmistelun suunta ei tällaisenaan edistä hallituksen sote-uudistuksen tavoitteena olevan sote-integraation ja sujuvien palveluketjujen toteutumista eikä myöskään ennaltaehkäisevän ja oikea-aikaisen hoidon saatavuutta.

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	2
Tausta	4
Terveysthuolto toimii tiimityönä potilaskeskeisesti	4
Asetusluonnoksen merkittävimmät ongelmat	5
Perusoikeuksista.....	6
Salassapidosta	7
Asetuksen voimaantulosta.....	8
Tekniset haasteet	8
Johtopäätökset.....	9

Tausta

Parhaillaan Eduskunnassa käsittelyssä olevan Asiakastietolain HE, 15§ on ehdotettu kuuluvan seuraavasti:

*Käyttöoikeuksien on perustuttava sosiaali tai terveydenhuollon ammattihenkilön ja muun asiakas ja potilastietoja käsittelevän henkilön työtehtävään ja **annettavaan palveluun siten**, että henkilöllä on käyttöoikeus vain työtehtävissään tarvitsemiinsa välttämättömiin asiakastietoihin, joihin hänellä on tiedonsaantioikeus. Asiakastietojen käsittelyn perusteena on oltava tietoteknisesti varmistettu asiakas tai hoitosuhde tai muu lakiin perustuva oikeus.*

Sosiaali ja terveysministeriön asetuksella säädetään mitä tietoja ammattihenkilöt ja muut asiakastietoja käsittelevät henkilöt työtehtävänsä ja annettavan palvelun perusteella saavat käyttää

Palvelunantajan on määriteltävä sosiaali ja terveydenhuollon ammattihenkilön tai muun asiakastietoja käsittelevän henkilön oikeus käyttää asiakastietoja. Palvelunantajan on pidettävä rekisteriä asiakastietojärjestelmiensä ja asiakasrekisteriensä käyttäjistä sekä näiden käyttöoikeuksista.

Asiallisesti pykälä vastaa pitkälti nykyistä sääntelyä. Vahvennetut kohdat ovat keskeiset muutokset nykytilaan nähden.

Asetuksen luonnosta on valmisteltu sisäisesti ministeriössä ja on pidetty kaksi työpajaa, joissa mukana oli pääosin valtionhallinnon edustajia, it-taustaisia henkilöitä ja konsultteja sekä joitakin terveydenhuollon kentän laajasti tuntevia ammattihenkilöitä.

Luonnoksen mukaan terveydenhuoltoon määriteltäisiin ”annettavat palvelut” ja työtehtävien laaja-alaisuusryhmät ja matriisimaisesti näistä muodostuvat käyttövaltuudet. Lisäksi määritettäisiin ydintietojoukko potilastietoja, joka voisi toimia potilaan kaikkein keskeisimpien tietojen lähteenä eri ammattihenkilöillä.

Tavoiteasetantana vaikuttaa työpajojen perusteella olevan, että haetaan nimenomaan käytettävissä olevan potilastiedon rajoittamista, ei parempaa hoivaa ja hoitoa.

Terveydenhuolto toimii potilaskeskeisesti

Käyttöoikeuksien määrittämiselle terveydenhuollossa tulisi siis tässä kontekstissa täysin vieras ja uusi käsite: "**annettava palvelu**". Käsite vaikuttaa tulevan sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain 23§ ajatuksesta "*Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen henkilöstön käyttöoikeudet sähköisesti talletettuihin sosiaalihuollon asiakastietoihin on **määriteltävä palvelutehtävittäin** ja ottaen huomioon kunkin henkilön tehtävät.*"

Terveydenhuollossa ei kuitenkaan ole sosiaalihuollon kaltaisia palvelutehtäviä vaan terveydenhuolto on ollut aina luonteeltaan potilaskeskeistä. Vaikka terveydenhuolto sisältää esimerkiksi lukuisia erikoisaloja ja hallinnollisen jaottelun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon, rakentuu itse ammatillinen toiminta potilaan hyvinvoinnin ja ongelman ympärille.

Ihmisen elimistössä ja siten terveydessä kaikki liittyy toisiinsa, eikä siitä voida eristää saarekkeita, joiden hoito olisi mahdollista huomioimatta ympäristöä. Potilaasta ei ole siten erotettavissa esimerkiksi fysioterapeuttista, kirurgista tai sairaanhoidollista muista eristettyä osa-aluetta, vaan eri ammattiryhmien tekemiset potilaan asiassa vaikuttavat kaikki toisiinsa samoin kuin kaikki sairaudet ja elimistön tilat vaikuttavat toisiinsa.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt toimivat siten potilaan hoidossa yhdessä - kukin oman viitekehityksensä ja ammatillisten velvollisuuksiensa näkökulmasta. Tämä yhteistoiminta ei tarkoita sitä, että kaikki hoitoon hoitoketjun eri vaiheissa osallistuvat ammattilaiset olisivat koko ajan hoitotiiminä yhdessä, vaan terveydenhuollossa on tyypillistä, että potilaan hoitoon osallistuu samantai eriaikaisesti lukuisia eri ammattiryhmiä riippuen hoitopaikasta ja sen resursseista. Potilaat asioivat usein myös yksityisissä terveyspalveluissa, kuten työterveyshuollossa, saman asian vuoksi.

Potilaan hoito ja sen jatkuvuus perustuu yhtenäisiin kaikkien ammattilaisten osaltaan ylläpitämiin potilasasiakirjoihin, joiden tiedot mahdollistavat potilaan turvallisen hoidon sen kaikissa vaiheissa.

Asetusluonnoksen merkittävimmät ongelmat

Asetusluonnokseen keskeinen ajatus siitä, että olisi mahdollista määritellä mekaanisesti etukäteen terveydenhuollon ammattihenkilön kulloinkin potilaan hoidossa tarvitsema potilastieto on mahdollon ja vaarallinen. **Jokainen potilaan ongelma, hoitotilanne ja hoitava ammattihenkilö luovat ainutlaatuisen yhdistelmän, missä tarvittavaa potilastietoa ei voi millään tunnetulla keinolla etukäteen määritellä tarkasti.**

Lisäksi potilasasiakirjatiedot ovat yhdistelmä vapaata tekstiä ja rakenteista tietoa (rakenteisuuden aste riippuu käytetystä tietojärjestelmästä ja toimintatavoista), jonka joukosta kullekin tilanteelle tarpeellinen tieto on etsittävä. Erilaiset yhteenvetonäkymät ja määräyksiin perustuvat hoitotoimenpiteet mahdollistavat tietojoukkojen koostamisen moderneissa järjestelmissä ja siten vähentävät, mutta eivät poista, tarvetta tiedon etsimiseen.

Käytännössä erityisesti lääkärin ja potilastyötä tekevän sairaanhoitajan työssä **mikä tahansa** potilaskertomuksen tieto **voi olla potilaan kannalta elintärkeä missä tahansa potilastilanteissa.** Myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden työssä merkittävä tieto voi olla ja usein onkin muualla kuin ko. ammattiryhmän tai yksikön kirjauksissa.

Esimerkiksi: väittämä "*Ei potilaan liikavarvasta hoitava jalkaterapeutti voi tarvita tietoa potilaan sisätautimerkinnöistä*" on väärin, sillä ko. merkinnöistä voi ilmetä, että potilaalla on kakkostyypin diabetes ja siihen liittyvät alaraajojen vaikeat verenkierto-ongelmat - joiden huomioimatta jättäminen jalkaterapeutin hoidossa voi johtaa hallitsemattomaan tulehdukseen ja jalan amputaatioon. Lisäksi lääkärin ohjeet jalkaterapeutille ovat tyypillisesti merkinnässä kirjattuna ja esimerkiksi kotihoidon merkinnöissä voi olla tärkeää seurantatietoa jalan toiminnasta ja mahdollisista infektioista.

Tai väittämä "*Suuhygienisti ei voi tarvita pääsyä potilaan erikoissairaanhoidon merkintöihin*" on väärin, sillä ko. merkinnöistä voi ilmetä, että potilaalla on vakava sydäntauti, joka merkitsee potilaalla havaitun ientulehduksen aiheuttavan merkittävää riskiä sydäntapahtumalle.

Käytännön elämässä myös muilla kuin potilasta hoitavilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä voi olla tarve päästä käsittelemään potilasasiakirjoja laajasti riippuen kunkin hoitoyksikön/organisaation koosta, tarpeista ja toimintatavoista.

Esimerkiksi osastosihteerit ja jonohoitajat pyörittävät tyypillisesti sairaaloissa potilasvirtaa ja siihen liittyvää hallinnollista työtä, kuten laskutusta, ohjeiden ja määräysten sekä asetettujen diagnoosien ja merkinnöistä löytyvien tekstien perusteella. He mm. varaavat aikoja, tutkimuksia ja resursseja, ohjaavat ja opastavat potilasta, tilaavat konsultaatioita, seuraavat lausuntojen valmistumista sekä varmistavat ennen käyntiä, että potilaan tutkimukset on tehty. Näissä toimissa voidaan tarvita lähes mitä tahansa potilastietoa perustellusti - luonnollisesti pääasiassa omasta ja siihen liittyvistä yksiköistä, mutta esimerkiksi laajoilla yhteispoliklinikoilla lähes kaikilta erikoisaloilta. Tätäkään tarvetta on mahdotonta määritellä tarkasti etukäteen.

Toimintatapoja muuttamalla ja potilastietojärjestelmän avulla voidaan todennäköisesti vähentää muiden kuin terveydenhuollon ammattihenkilöiden tarvetta laajaalle tietojen etsinnälle ja näin myös tehostaa esimerkiksi osastosihteerien työtä. Tämä vaatii kuitenkin erittäin laajan ja haastavan toiminnan muutoksen sekä mahdollisen suuren lisäresursoinnin.

Perusoikeuksista

Asetuksen valmistelu vaikuttaa käytettävissä olevan materiaalin ja työpajojen pohjalta tehdyn lähinnä tietosuojan – käytännössä potilastietojen näkyvyyden rajoittamisen tarkoituksen näkökulmasta ilman punnintaa sen vaikutuksista muihin perusoikeuksiin.

Terveydenhuollon kontekstissa nimenomaan perustuslain 19§ on toiminnan ydinaluetta - siten tarkastelun on tapahduttava nähdäksemme ensisijaisesti niiden kautta. Muut perusoikeudet vaikuttavat osaltaan. Tämä painotus käy ilmi esim.

HE 90/2010 Terveydenhuoltolaki

2.1.1 Perustuslain säännökset ja terveydenhuolto

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveystalvveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain säännökset kuntien yleisestä palvelujen järjestämisvelvollisuudesta

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla terveystalvvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Perustuslain säännöksiä, jotka erityisesti

koskevat myös terveyspalveluja ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltä (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §) sekä itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §).

Lisäksi mm.

Potilaslain (1992/785) 3§ mukaan "**Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.** Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan"

Terveystieteiden lain (2010/1326) 8§ mukaan "*Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita*"

Todettakoon, että myös perustuslakivaliokunta on toistuvasti todennut lausunnoissaan, että **yksityiselämällä ja henkilötietojen suojalla ei ole etusijaa muihin perusoikeuksiin nähden** (esim. PeVL 7/2019). Vaan arvioinnissa on kyse yhden tai useamman perusoikeussäännöksen yhteensovittamisesta ja punninnasta. Vastaava tarkoitus käy ilmi EU:n yleisen tietosuojasetuksen 4 resitaalista: "*Henkilötietojen käsittely olisi suunniteltava niin, että se palvelee ihmistä. Oikeus henkilötietojen suojaan ei ole absoluuttinen; sitä on tarkasteltava suhteessa sen tehtävään yhteiskunnassa ja sen on suhteellisuusperiaatteen mukaisesti oltava oikeassa suhteessa muihin perusoikeuksiin.*"

Potilaalla on siis **ensisijaisesti oikeus hyvään, turvalliseen ja laadukkaaseen sekä hänet kokonaisuutena huomioon ottavaan hoitoon.** Näitä potilaan oikeuksia toteuttaakseen häntä hoitavalla terveydenhuollon ammattihenkilöllä **on oltava kaikki tarpeelliset potilastiedot** käytettävissään hoitotilanteessa.

Salassapidosta

Keskeistä kaikelle potilastietojen käsittelylle ja hoitosuhteelle on tietojen luottamuksellisuus ja salassapito. Korostamme, että kokonaan eri asia on potilastietojen epäasiallinen tai oikeudeton katselu keinosta tai tilanteesta riippumatta. Tällöin on kyse rikosasiasta. Näitä ei tule sotkea keskenään. On selvää, että potilaan hoitoonkin osallistuva ammattihenkilö voi syyllistyä tahalliseen tietojen liian laajaan katseluun - tällöin hän syyllistyy rikokseen. Tämän vuoksi on keskeistä, että potilastietojen käyttöä valvotaan aktiivisesti organisaatioissa tietoteknisin keinoin.

Ottaen huomioon päivittäisten potilastietojen asiallisen käytön, joka esimerkiksi tarkoittaa 50 lääkärin ja 100 hoitajan kokoisessa terveyskeskuksessa n. puoli miljoonaa avattua potilasasiakirjaa vuodessa (vain arkipäivät mukaan lukien) – eli koko Suomen tasolla varovaisestikin arvioiden yli 100 miljoonaa avattua potilasasiakirjaa - on epäasiallisten tai oikeudettomien katseluiden määrä erittäin vähäinen (vaikkei valvonnassa kaikki nousekaan esiin). Tämän tiedon valossa herää

kysymys, **mitä ongelmaa asetuksen rajoituskeskeisellä lähestymistavalla pyritään ratkaisemaan?**

Asetuksen voimaantulosta

Asetus on tietojemme mukaan tarkoitus saada voimaan kun Asiakastietolain uudistus astuu voimaan.

Uudistus ei nähdäksemme muuta vallitsevaa tilaa merkittäväällä tavalla suhteessa potilas- tai asiakastietojen nykyiseen käsittelyyn. Kanta palveluista jäisi pois alunperinkin melko muodollinen suostumusperusteisuus (koska tiedot kerätään palveluun joka tapauksessa ja käytännössä suostumuksen antamattomuus on ollut erittäin harvinaista). Hyvin laaja kielto-oikeus olisi ennallaan ja koskisi myös sosiaalihuollon tietoja. Tietoja ei edelleenkään luovutettaisi sosiaali- ja terveydenhuollon välillä ilman suostumusta. Terveystietojen luovutuksessa olisi edelleen Terveystietolain 9§ mukainen yhteisrekisteri ja THL:n määräys käyttövaltuuksista sosiaalihuollossa olisi voimassa.

THL:n määräystä " Määräys käyttöoikeuksien määrittelyn perusteista sosiaalihuollon asiakastietoihin" valmisteltiin huolella kahden vuoden ajan. Määräystä on myös jo kertaalleen päivitetty.

Yllä olevan perusteella ei vaikuttaisi olevan erityistä syytä miksi asetuksen voimaantuloa pitäisi kiirehtiä puhumattakaan mahdollisesti puuttuvista siirtymäajoista.

Tekniset haasteet

Järjestelmätekniseltä kannalta annettuun palveluun perustuva käyttövaltuus ja tietojen rajoittaminen/suodatus sen perusteella työpajamateriaalin sivuilla 13-21 kuvatuilla tavoilla tuo täysin uuden "kerroksen" jokaiseen terveydenhuollossa maassamme käytössä olevaan tietojärjestelmään ja aiheuttaa massiivisen muutostarpeen suurine kustannuksineen ja pitkin aikatauluina. Tarvittavat muutokset eivät välttämättä edes ole toteutettavissa satoihin eri ikäisiin tietojärjestelmiin ja niiden välisiin liittymiin.

Huomattavaa on, että millään keinolla ei saada satoihin miljooniin, kenties miljardeihin, jo tehtyihin merkintöihin mukaan tietoa annetusta palvelusta, joten sen perusteella tehtävä suodatus olisi joka tapauksessa mahdollista vasta tietojärjestelmä ja toimintatapamuutosten jälkeisessä ajassa ja koskien vain uusia tietoja. Karkeasti arvioiden aikasintaan v. 2030.

Lisäksi hahmotellun mukainen malli vaatii nähdäksemme sekä ”annetun palvelun” attribuutin, että ”sallitut palvelut” attribuutin sisällyttämisen jokaiseen tietoalkioon ja edelleen näiden mukaisen logiikka- ja suodatusrakenteen tekemisen, joka on todennäköisesti mahdotonta toteuttaa ja ylläpitää.

Täten tekniseltä, ja koko asian kannalta, on toteutus oltava tehtävissä nykyisillä vakiintuneilla keinoilla, joita ovat roolit, kirjautumisyksiköt ja asiallisen yhteyden varmentaminen. Toisin sanoen kansallisesti määritettäisiin riittävän ylätasoinen periaatteet, joita sitten organisaatiokohtaisesti sovellettaisiin paikallisten olojen mukaan, kuten tähän asti on tehty ilman merkittäviä ongelmia sateessa valtavaan määrään päivittäistä tietojenkäsittelyä.

Allekirjoittaneille on lisäksi epäselvää, miten yllä ja liitemateriaalissa kuvattu "annettu palvelu" toimisi Kanta-palveluissa. On hyvin vaikeaa hahmottaa, miten Kanta-palveluihin voitaisiin luoda toiminnallisuus, joka pystyisi noudattamaan kaikkia eri "annettu palvelu" ja "oikeudet" kombinaatioita eri puolilla maata, eri ammattihenkilöillä ja eri yksiköissä ja palauttaisi sinne kootuista miljardeista palvelutapahtuma-asiakirjoista ja muusta potilasasiakirjamateriaalista (kuten radiologiset kuvat, lausunnot yms) juuri oikean paketin, jota kyseinen ammattihenkilö tarvitsee työssään juuri sillä hetkellä. Puhumattakaan tällaisten hakujen vasteajoista nykyisillä Kanta-palveluiden käyttäjämäärillä. Myöskään Kanta palveluiden valtaisaan tietomassaan ei saada millään keinolla takautuvasti tietoa annetusta palvelusta terveydenhuollossa ja tulevaankin potilasasiakirjatietoon ko. tieto tulee vuosien viiveillä, jos ollenkaan. Mitä ja mihin perustuen Kanta siis luovuttaisi potilastietoja eri tilanteissa terveydenhuollossa?

Johtopäätökset

Katsomme yllä olevan perusteella, että ehdotettu ”annettavaan palveluun” perustuva tietojen näkyvyyden etukäteinen rajoittaminen terveydenhuollossa potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta vaarantaa vakavasti ja ennalta arvaamattomasti potilaan perusoikeuksien toteutumisen – käytännössä potilasturvallisuuden ja hyvän hoivan, eikä sitä pitäisi tällaisenaan viedä eteenpäin. Lisäksi ehdotettu sääntely vaarantaa terveydenhuollon ammattihenkilön oikeusturvan.

Myös muiden potilasta hoitavien kuin terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta voi rajaaminen johtaa vakaviin ongelmiin organisaation toiminnassa ja potilasvirtojen hallinnassa ja jopa yksittäisen potilaan hoidon vaarantumiseen.

Pidämme sinänsä hyvänä ja tärkeänä määritellä kansallisesti yhtenäisiä periaatteita myös potilastietojen käyttöön, mutta tällöin on välttämätöntä pitää säätelyn taso riittävän karkeana ja pitäytyä periaatteissa ja välttää ehdottomia rajoja.

Asetus vaikuttaa johtavan tällaisenaan varsin erikoiseen tilanteeseen, jossa lainsäätäjä päättää etukäteen potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön puolesta mitä potilastietoja hänen hoidossaan käytetään missäkin hoitotilanteessa. Käsitelläänkö potilasvahinkotapauksissa tai hoitovirhesyytteissä siten jatkossa valtiota yhtenä osapuolena/osallisena/tekijänä /myötävaikuttajana?

Esitettyyn malliin liittyy niin suuria teknisiä rajoitteita ja esteitä, että pidämme jo niiden perusteella mallia mahdottomana toteuttaa.

Tämän tyyppisen perustavalla tavalla vallitsevaa ja hyvin toimivaa olotilaa muuttavan säädösten valmistelu tulee tehdä huolella ajan kanssa ja osallistaa laajasti kenttää tuntevia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Lisäksi lähestymistavan tulee olla perusoikeusnäkökulmasta terveydenhuollon kontekstin ydinalueelta alkavaa.

Kiinnitämme lisäksi huomiota asetuksen lyhyeen valmistelu-aikaan ja tämän hetkisten tietojen mukaan siihen, että siirtymäaikoja ei olisi. Tämä saattaa johtaa tilanteeseen, että tehdään tarkoittamatta potilasturvallisuutta vaarantavia ja/tai teknisesti toteuttamiskelvottomia säädöksiä, joiden noudattaminen tulee siten mahdottomaksi organisaatioille.

Hämmennystä on lisäksi herättänyt se, että THL:n toimesta pitkään valmisteltu säännös käyttövaltuuksista terveydenhuollossa ei näy tässä valmistelussa käytössä olevassa aineistossa oikeastaan mitenkään. Kyseinen valmistelu päättyi monin osin samoihin johtopäätöksiin, kuin allekirjoittaneet. Osittain samat THL:n asiantuntijat ovat valmistelemassa nyt annettavaksi suunniteltua asetusta - pohdimme, että mikä on se tekijä, joka on olennaisesti muuttunut näiden valmisteluiden välillä?

Lopuksi toteamme, että asetuksen valmistelun suunta ei tällaisenaan edistä hallituksen sote-uudistuksen tavoitteena olevan sote-integraation ja sujuvien palveluketjujen toteutumista eikä myöskään ennaltaehkäisevän ja oikea-aikaisen hoidon saatavuutta.