

2.5.2018

Viite: HE 15/2017 vp ja HE 16/2018 vp

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt asiantuntijalausuntoa, jossa pyydetään arvioimaan erityisesti HE 15/2017 ja HE 16/2018 edellyttämien ICT-ratkaisujen, tiedolla johtamisen, laaturekistereiden sekä SoteDigi Oy:n nykytilannetta sekä uudistusta varten tarvittavaa valmistelua ja sen aikatauluja.

Lausuntonani totean seuraavaa.

1. Aikataulu on liian kireä tarvittavien muutosten tekemiseen

Tarvittavat muutokset maakunnan tietojärjestelmiin ovat niin laajoja ja aikaa vieviä, että maakuntien järjestelmät 1.1.2020 eivät ole lähelläkään sitä yhtenäisyyttä ja toimivuuden tasoa, joka olisi tarpeen. Ainoastaan sellaiset välttämättömät toimet, jolla potilaat saadaan jotenkin hoidettua ja palkat maksettua, ovat mahdollisia ja tämäkin taso tuottaa vaikeuksia. Esimerkiksi Varsinais-Suomen maakunnassa tulisi yhdistää 27 kunnan sosiaalitoimen, 15 terveyskeskuksen, sairaanhoitopiirin ja kahden erityishuoltopiirin järjestelmät. Nykyisin kaikilla on omat järjestelmänsä. Verkotettavia toimipisteitä on yli 500, työasemia yli 18.000 ja palvelimia noin 1400. Vasta lakien vahvistamisen jälkeen syntyy toimivaltainen maakunnan toimielin ja voidaan joitakin asioita kiinnittää, mutta tällä hetkellä voidaan tehdä vasta alustavaa suunnittelua. Väliaikaisen toimielimenkin valtuudet ovat rajoitetut, eikä se voi tehdä sitovia sopimuksia kuin siirtymäajalle, joten pidempikestoisia päätöksiä ja sopimuksia voidaan tehdä vasta maakunnan varsinaisen hallinnon aloitettua tehtävänsä. Aika päätöksistä toteutukseen jää erittäin lyhyeksi, käytännössä noin puolen vuoden mittaiseksi.

2. Tarvittavia henkilöresursseja ei ole saatavilla missään

Vallitsevassa nousukaudessa jo nykyinen kysyntä ICT-alan henkilöstöstä on sillä tasolla, että sitä on paikoin vaikea enää tyydyttää. On nähtävissä, että sote-muutoksen nopeassa läpiviennissä tarvittavan työn määrä, yhdessä muiden meneillään olevien kehittämishankkeiden ja muusta lainsäädännöstä tulevien vaatimusten kanssa, lisäisi tarvittavan ICT-henkilötyöpanoksen nykytasosta moninkertaiseksi muutaman vuoden ajaksi. Tilanne palautuisi nykyiselle tasolle vasta ehkä vuoteen 2026 mennessä, jolloin konsolidaatio- ja muutostyöt olisi saatu pääosin loppuun. Tällaista joustovaraa ei ole työmarkkinoilla eikä alan toimittajillakaan, joten niidenkin resurssit tulevat loppumaan.

3. Suunniteltu ICT:n keskittäminen valtakunnalliseen palvelukeskukseen ei tuo säästöjä

Useimmissa maakunnissa ICT varsinkin terveydenhuollon osalta on jo pitkälle keskitetty joko siten, että maakunnan sosiaali- ja terveydenhuolto toimii yhtenäisin järjestelmin tai niin, että maakunnan alueella toimiva in-house-yhtiö (kuten 2M-IT Oy ja Istekki Oy) huolehtii keskitettynä palvelukeskuksena suuresta osasta toimintaa ja olisi kykenevä huolehtimaan helposti koko tulevan maakunnan ICT-palveluista. Alan osaaminen ja resurssit ovat pääosin sairaanhoitopiirien tietohallinnossa ja näissä yhtiöissä, jotka voittoa tavoittelemattomina voivat tuottaa palvelut nykyisellään jopa markkinahintoja edullisemmin.

HE 15/2017 kohdassa 13. sanotaan ”Toimialariippumattomien ICT- palvelujen osalta on mahdollista saavuttaa aiempiin kokemuksiin perustuen noin 10 – 15 % vuosittainen kustannussäästö kilpailuttamalla ja yhdistämällä hankintoja sekä ylläpitotehtäviä organisoimalla. Päällekkäisiä ratkaisuja tai päällekkäisiä kehittämishankkeita karsimalla on mahdollista säästää suorista ICT-kustannuksista. Potentiaalinen säästöarvio nykykustannustasosta on vuosittain noin 10 prosenttia eli 50 - 60 milj. euroa.” Ellei keskittämistä olisi maakuntatasolla pääosin jo tehty, tätä voisi pitää mahdollisena. Nykyisessä tilanteessa, jossa monissa maakunnissa keskittäminen on jo pitkälle viety, ei tämän tilanteen purkaminen ja tehtävien siirtäminen toisaalle valtakunnalliseen keskukseseen tuota enää tällaista hyötyä vaan aiheuttaa ainoastaan lisätyötä ja lisäkustannuksia. Kustannustehokkainta olisi antaa maakunnille mahdollisuus hoitaa asia itsenäisesti ja hyödyntää maakuntien in-house-yhtiöiden ja sairaanhoitopiirien resurssit. Nyt niiden asemaa ei ole Vimana Oy:n valmistelussa huomioitu mitenkään, vaan rakennetaan aivan uutta ja päällekkäistä organisaatiota. Kustannustehokkuuden kannalta on optimaalista keskittää ICT-palvelut 18 maakuntaan nykyisten satojen kuntaorganisaatioiden sijaan.

Vimana Oy:n valmistelussa on lähdetty tällä hetkellä siitä, että sille tulee kevyt organisaatio, joka ei tuota juurikaan palveluita itse vaan hankkii ne kilpailuttamillaan puitesopimuksilla. Tästä ei tule olennaista lisäarvoa nykytilanteeseen nähden. Valtakunnallinen ICT-palveluiden keskittäminen voi johtaa myös markkinahäiriöihin, jos maan koko sote-kenttä hankkii tietyt palvelut yhden toimittajan kautta. Vain suurimmilla yhtiöillä on käytännössä tällöin mahdollisuus pärjätä kilpailussa, mikä pitkällä tähtäimellä heikentää kilpailua ja pienempien yritysten toimintamahdollisuuksia.

4. Käyttövelvoitteet eivät edistä tehokasta toimintaa

ICT-palvelukeskus Vimana Oy:lle ja SoteDigi Oy:lle esitetyt käyttövelvoitteet eivät ole perusteltuja. Mikäli ne tuottavat palveluita, joita maakunnat aidosti tarvitsevat ja jotka ovat toimivia ja kilpailukykyisiä, ei ole mitään syytä, miksi maakunnat eivät niitä käyttäisi. Maakunnilla ja niiden sidosyksiköille pitäisi turvata palvelukeskusten käyttömahdollisuus – ei asettaa käyttövelvoitetta.

Vimana Oy:n palveluiden osalta valmistelussa ja nykyisessä hankeportfoliossa on lähdetty siitä, että se tuottaisi vain osan ICT-palveluista, lähinnä niin sanotusti toimialariippumattomat palvelut. Näin ollen maakunnille jäisi edelleen vastuu itsenäisesti huolehtia kaikista olennaisimmista, toimialariippuvista palveluista. Näin esimerkiksi Varsinais-Suomessa, jossa

olisi mahdollisuus keskittää toiminta tehokkaasti omalle in-house-yhtiölle, jouduttaisiin pilkkomaan ICT-palvelut mielivaltaisesti kahden toimittajan kesken ja siirtämään osa palveluista Vimana Oy:lle tai sen kilpailuttamalle toimittajalle käyttövelvoitteen takia. Osittainen keskittäminen tarkoittaisi siis hajauttamista, ei keskittämistä. Jos esimerkiksi kaavailut työasemapalvelut ja konesalipalvelut keskitettäisiin käyttövelvoitteen perusteella Vimana Oy:lle, jouduttaisiin nykyiset markkinahintaa edullisemmat in-house-yhtiön palvelut siirtämään toiselle toimijalle. Erikoissairaanhoidossa nämäkin palvelut ovat olennainen osa monimutkaisia toimintakriittisiä potilasjärjestelmiä, jotka ovat käyttöympäristölleen äärimmäisen herkkiä ja on syytä pitää yhden toimijan vastuulla. Sairaanhoidopiirin noin 750 palvelimen siirtäminen konesalista toiseen nykyisistä toimintavarmista ja moderneista tiloista ei toisi mitään lisäarvoa, pelkkää lisätyötä ja kustannuksia. Kriittisten potilasjärjestelmien konesalien sijainti sairaanhoidopiirin kiinteistössä on myös huoltovarmuustekijä. Mahdollisessa vihamielisessä interventiossa tietoliikenneyhteydet ovat yleinen kohde.

5. Asiakas- ja potilasjärjestelmien konsolidointi vie useita vuosia

HE 15/2017 kohdassa 4.10.3 todetaan: ”Suomessa on useilla alueilla kokemusta kuntaliitosten ja alueellisten rakenteiden muodostamisen (sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien kokoaminen) yhteydessä toteutetuista potilas- ja asiakastietojärjestelmien konsolidoinnista. Kerättyjen kokemusten perusteella saman tuoteperheen tietojärjestelmien konsolidointi on teknologisesti ja hankintateknisesti mahdollista toteuttaa voimassa olevien sopimusten ja hankintalain mahdollistamissa rajoissa. Laajasta ja samanaikaisesti koko sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin järjestelmämarkkinoita koskevasta muutoksesta johtuen on ennakoitavissa kuitenkin merkittävä määrä kilpailuttamista edellyttäviä muutoksia.”

Tämä pitää paikkansa. Jotta maakunnan sisällä päästäisiin yhtenäiseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään (ellei näin jo ole nyt), joudutaan lähtemään kilpailuttamisen tielle. Aidossa kilpailutuksessa lopputuloksena ei ole välttämättä mikään nykyisistä järjestelmistä. Kyseessä on näin vuosien mittainen prosessi. Esimerkkinä pääkaupunkiseudun Apotti-hanke, jota on viety määrätietoisesti ja ripeästi eteenpäin, mutta siitä huolimatta hankkeen kokonaiskesto tulee olemaan 8-9 vuotta (hanke aloitettu vuonna 2012 ja viimeiset käyttöönotot ovat tämän hetkisen suunnitelman mukaan vuoteen 2021 mennessä). Näin ollen maakunnat joutuvat aloittamaan toimintansa juuri niillä asiakas- ja potilastietojärjestelmillä, joita niillä on tällä hetkellä käytössä.

6. Valinnanvapaus todennäköisesti hajottaa nykyisin yhtenäiset maakunnalliset järjestelmät

Kun maakunnan sote-keskukset aloittavat toimintansa kilpailluilla markkinoilla, on hyvin todennäköistä, että ne yhtiöitetään, vaikka tähän ei esityksessä ole pakkoa. Lisäksi asiakassetelipalveluita tai henkilökohtaiseen budjettiin perustuvia palveluita tuottaessaan maakunta joutuu kyseisen toiminnan yhtiöittämään. Toimiessaan kilpailluilla markkinoilla maakunnan yhtiöitetty palvelut eivät voi automaattisesti nykyisen lakiesityksen mukaan käyttää kaikessa toiminnassaan maakunnan palveluita, valtakunnallisia palvelukeskuksia eivätkä myöskään julkisomisteisten in-house-yhtiöiden palveluita. Sote-keskukset joutuvat ilmeisesti näin hankkimaan ja käyttämään omia, maakunnan liikelaitoksen järjestelmästä eriytettyjä järjestelmiä. Hankkiessaan näitä järjestelmiä ne joutuvat rakentamaan omat

palvelunsa tyhjästä ja noudattamaan prosessia hidastavaa ja työlästä hankintalakia toisin kuin yksityiset sote-keskukset. Missään tapauksessa yksityiset sote-keskukset eivät tulisi käyttämään julkisia järjestelmiä. Odotus integroidusta terveydenhuollon maakunnallisesta järjestelmässä jää näin toteutumatta ja nykyisetkin, hyvin toimivat alueellisesti konsolidoidut järjestelmät saattaisivat hajaantua yhtiöitä muodostettaessa (HE 15/2017, kohta 2.14 :”...yli puolella sairaanhoitopiirien alueista on käytössä tai käyttöönnotossa yhteinen alueellinen terveydenhuollon potilastietojärjestelmä.”).

Jotta tietojärjestelmien integraatio perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kesken voisi toteutua, on ehdottomasti korjattava lakiesityksiä niin, että maakunta tai sen in-house-yhtiö voi tuottaa omille sote-keskuksilleen ja muille tytäryhteisöilleen tukipalveluna muun muassa tietojärjestelmiä ja niihin liittyviä palveluita.

Esityksissä todetaan, että tuottajien integroituminen maakunnan asiakas- ja potilasrekisteriin tapahtuu Kanta-palveluiden kautta. Tämä ei tuo mitään uutta nykytilanteeseen verrattuna, onhan kaikilla terveydenhuollon tuottajilla jo nykyisellään sähköiset potilasjärjestelmät ja siten velvoite liittyä Kanta-palveluihin. Kanta on nykymuodossaan dokumenttiarkisto eikä palvele operatiivista tiedon hallintaa ja saumatonta toimintaa terveydenhuollon kentässä.

7. SoteDigi Oy on haasteiden edessä

SoteDigi Oy:llä on mahdollisuus toimia valtakunnallisten ratkaisuiden tuottajana ja sellaiseen on tarvetta erityisesti niillä alueilla, joille ei ole nyt muitakaan ratkaisuja saatavilla. Näistä keskeisin on maakunnan järjestäjän tehtävissään tarvitsemat tietojärjestelmät. Kyseessä on täysin uusi tehtäväkenttä, jonka tarpeet ja toimintamallit ovat vasta alkaneen määrittelyn kohteina. SoteDigi on juuri toimintansa aloittaneena kovien haasteiden edessä ja on hyvin todennäköistä, että tässäkin aikataulu on aivan liian tiukka ja aloittavat maakunnat joutuvat alkuvaiheessa ratkaisemaan järjestämistoimintonsa omin voimin ilman toimivia järjestelmiä.

SoteDigi Oy:llä valtakunnallisena toimijana olisi myös tarpeellinen tehtäväkenttä sote-alueen tietojärjestelmien standardoinnissa ja avoimien rajapintojen kehittäjänä. Sen sijaan on kyseenalaista sen lisäarvo niissä hankkeissa, jotka kentän nykyisten toimijoiden voimin ja laajana valtakunnallisena yhteistyönä on jo pitkällä (UNA, Virtuaalisairaala ja ODA).

8. Tiedolla johtaminen ja laaturekisterit

Koska sote-kentässä tietojärjestelmäkirjo ja toiminnalliset erot ovat melkoiset, yhtenäistä laadukasta operatiivisen ja taloudellisen tiedon keräysmenetelmää ei monellakaan alueella ole olemassa. Lähimmäs tätä päästään alueilla, joilla jo on yksi yhteinen asiakas- ja potilasjärjestelmä käytössään. Haasteet on havaittu esimerkiksi Sitran palvelupaketihankkeessa. Alueellisessa tiedolla johtamisessa tarvittavan tiedon kokoaminen tulee kohtaamaan samanlaiset resurssi- ja aikatauluongelmat kuin muukin tietojärjestelmien konsolidaatio. Alkuvaiheessa joudutaan nojautumaan siihen tietoon, jota on nyt jo valtakunnallisesti kerätty. Kanta nykyisessä muodossaan ei tässä auta.

Tautiryhmäkohtaisia laaturekistereitä on kehitetty muutaman vuoden ajan erityisesti yliopistollisissa sairaanhoitopiireissä. Niiden avulla on mahdollisuus päästä mittaamaan

todellista hoitomenetelmien välistä vaikuttavuutta ja hoidon tuloksia. Laaturekisterien kautta on mahdollista toteuttaa valtakunnallista vertaisarviointia kohdennetusti tautiryhmittäin, tämä on nyt käynnistymässä neljän ensimmäisen tautiryhmän osalta. Tällainen työ vaatii kunkin erikoisalan toimijoiden pitkällistä yhteistyötä määrittelyissä, jotta tarvittavat rakenteiset tiedot ja luokitukset ovat yhdenmukaisia eri organisaatioissa.

Turku 2.5.2018

Yrjö Koivusalo
tietohallintojohtaja
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri