



Digitaalinen palvelujärjestelmä – rajalliset resurssit oikeaan käyttöön?

Päälöydökset

- Potilastietoja on saatavilla sähköisesti organisaa-tiorakenteista riippumatta monin eri tavoin.
- Lääkärit eivät ole tyytyväisiä tietojen saatavuuteen ja käyttävät vielä paljon paperia tiedonvaihtoon.
- Tiedonsaanti muista organisaatioista vie liikaa aikaa ja tietojärjestelmät eivät auta välttämään päällekkäisiä tutkimuksia.
- Tiedonsaanti muualla määrätystä lääkkeitä on parantunut hieman sähköisen lääkemääräyksen myötä, ja tietojärjestelmien tuki hoidon jatkuvuuteen Kannan myötä.
- e-palveluiden alueellinen tasa-arvo, käytön tuki, apu tekniisiin ongelmiin ja mahdollisuus toisen puolesta asiointiin ovat keskeisiä e-palveluiden kehityskohteita.

Kirjoittajat:

Hannele Hyppönen
FT, Tutkimuspäällikkö, THL

Vesa Jormanainen
LL, THM, Johtava asiantuntija, THL

Tuulikki Vehko
FT, erikoistutkija, THL

Tinja Lääveri
LL, Kehittämispäällikkö, Oy Apotti Ab, HUS ja Helsingin yliopisto

JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön alkuvuodesta 2015 julkaisemassa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tiedonhallinnan strategiassa (1) yksi keskeisistä tavoitealueista on ”Palvelujärjestelmä – rajalliset resurssit oikeaan käyttöön.” Tavoitteina on, että

- ”Asiakas- ja potilastiedot ovat ammattilaisten ja asiakkaiden käytössä riippumatta organisaatiorakenteiden, palveluiden ja tietojärjestelmien muutoksista.
- Sähköisen tiedonhallinnan ratkaisut lisäävät palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ja tehokkuutta.
- Palvelujen saatavuus ja esteettömyys paranevat sähköisten ratkaisujen avulla.”

Tavoitteisiin pyritään uudistamalla lainsäädäntöä sote -tietojen käytöstä, edistämällä sosiaalihuollon Kanta-palveluita, kehittämällä sähköisiä palveluja asiakkaille sekä kehittämällä palveluntuottajien toiminnanohjausta. Seuraa-vassa raportoidaan tavoitteiden saavuttamisen tilannetta vuonna 2017 viiden valtakunnallisen kyselyn perusteella (2-5, 9). (Taulukko 1) Vuoden 2017 tilannetta verrataan vuonna 2014 tehtyihin tutkimuksiin julkisessa perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Kaikki tulokset, mukaan lukien erikoissairaanhoidon, erityishuoltopiirien ja yksityisen terveyden- ja sosiaalihuollon tulokset, tullaan raportoimaan julkaisujen lisäksi myös tietokantaraportteina (<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastotietokannat/tietokantaraportit>).

Taulukko 1. Kyselyaineistot vuosina 2014 ja 2017

Kyselyn kohderyhmä	Vuosi	Lähetetyt (N)	Vastanneet (n)	Vastausaste (%)
Terveydenhuollon organisaatiot	2017	pth 141, esh 21, yks 46	pth 121, esh 21, yks 26	pth 86*, esh 100, yks 57
	2014	pth 153, esh 21, yks 46	pth 135, esh 21, yks 25	pth 88*, esh 100, yks 45
Sosiaalihuollon organisaatiot	2017	kunta 311, ehp 16, yks 3971	kunta 146, ehp 2, yks 724	kunta 47, yks 18, ehp 13
	2014	kunta 304, ehp 17, yks 1736	kunta 71, ehp 8, yks 171	kunta 23, ehp 47, yks 10
Lääkärit	2017	18 326	4 018	22**
	2014	18 257	3 781	21**
Kansalaiset	2017	10 000	4 485	45
	2014	15 000	4 703	31
Sairaanhoitajat	2017	29 283	3 607	21***

*Vastaamatta jättäneet olivat pieniä yksiköitä. Väestökattavuus PTH vastauksilla oli 95 % vuonna 2017 ja 2014

**Lääkäriliiton rekisterissä ei ollut tietoa siitä, kuinka moni lääkäri on potilastyössä, joten kysely lähetettiin laajemmalle joukolle, ja vastausasteessa tätä ei ole pystytty huomioimaan. Edustavuus verrattuna perusjoukkoon hyvä. Muilta alueilta paitsi Ahvenanmalta (N=9) saatiin riittävä määrä vastauksia tilastolliseen tarkasteluun

***Sairaanhoitajakyselyssä massapostitus johti siihen, että kysely ei mennyt kaikille perille, ja vain kolmannes sairaanhoitajista avasi postin. Postin avanneista vastasi 35 %. Vastanneet edustivat hyvin perusjoukkoa. Ahvenanmaan osalta vastausmäärä (N=14) ei riitä tilastolliseen tarkasteluun.

Näin tutkimus tehtiin

Tutkimus perustuu THL:n johtaman STePS 2.0-hankkeen viiteen kansalliseen kyselyyn: Terveydenhuollon organisaatiokyselyyn tietojärjestelmäpalveluiden tarjonnasta (vastuutaho Oulun yliopisto), sosiaalihuollon organisaatiokyselyyn (vastuutaho Itä-Suomen yliopisto), lääkärikyselyyn (vastuutaho Lääkäriliitto), sairaanhoitajakyselyyn (vastuutaho THL) sekä kansalaisille suunnattuun kyselyyn (vastuutaho THL). Kyselyt toteutettiin verkkokyselyinä.

Terveydenhuollon organisaatiokysely suunnattiin kaikille Suomen 21 sairaanhoitopiirille, mukaan lukien Ahvenanmaa, kaikille perusterveydenhuollon organisaatioille ja 46 suurimmalle yksityiselle organisaatiolle. Tässä raportissa keskitytään perusterveydenhuollon tuloksiin.

Sosiaalihuollon organisaatiokysely lähetettiin kaikille julkisille palveluntuottajille (kunnat, kuntayhtymät, vastuukuntamallin mukaiset yhteistoiminta-alueet, erityishuoltopiireille sekä yksityisille sosiaalipalvelujen tuottajille. (liike- tai ammattitoimintaa harjoittavat yritykset, yhdistykset, säätiöt ja järjestöt).

Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä –kyselyn kohdejoukkona olivat alle 65-vuotiaat Suomessa asuvat lääkärit, joilla oli sähköpostiosoite Lääkäriliiton jäsenrekisterissä.

Kansalaisille suunnatun kyselyn kohdejoukkona oli Väestörekisterikeskuksesta poimittu satunnaisotos. Kysely toteutettiin vuonna 2014 erilliskyselyinä, vuonna 2017 osana ATH-kyselyä, jolloin saatiin ATH-kyselyn taustamuuttujat käyttöön.

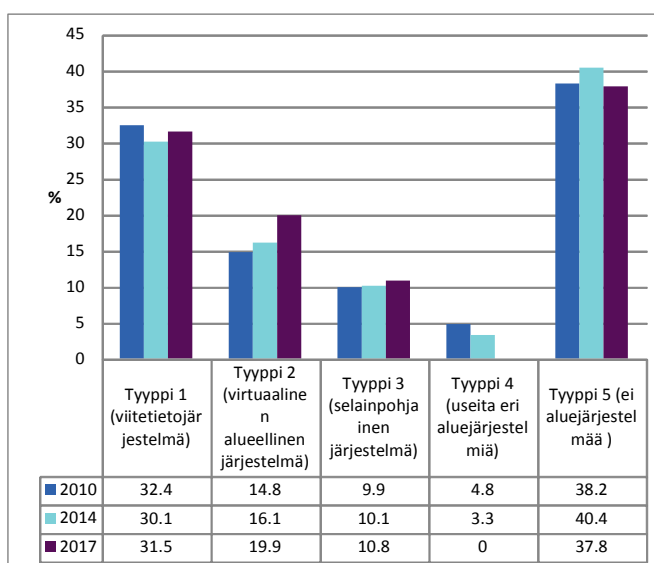
Potilastietojärjestelmät sairaanhoitajan työvälineenä –kyselyn kohdejoukkona olivat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kättilöt, joilla oli sähköpostiosoite Sairaanhoitajaliiton tai Tehyn jäsenrekisterissä. Kysely lähetettiin ensi kertaa vuonna 2017.

Lähetettyjen kyselyiden ja saatujen vastausten lukumäärä sekä vastausaste on esitetty taulukossa 1.

KESKEISET TIEDOT EIVÄT VIELÄ SAATAVILLA YLI ORGANISAATIO-RAJOJEN

Potilastietojärjestelmät ovat julkisessa terveydenhuollossa kattavasti käytössä, ja keskeisten potilastietojen rakenteinen kirjaaminen on lisääntynyt. Erillisjärjestelmiä on kuitenkin paljon, ja integraatio niiden välillä on keskeisenä haasteena (5). Osalla (5 %) julkisen sosiaalihuollon organisaatioista ei vielä ollut asiakastietojärjestelmää vuonna 2017, yleisimmin perheoikeudellisissa palveluissa. Sosiaalihuollossa asiakastiedon tallentaminen sähköisessä muodossa oli myös vähäisempää kuin terveydenhuollossa. Yksittäiseen palvelutehtävään saattoi olla käytössä toistakymmentä erilaista järjestelmää. Sosiaalihuollon asiakasasiakirjamääriärytysten käyttöönotto tietojärjestelmissä ennen vuotta 2020 näyttää haastavalta: kaikkein käytetyimpiäkin määriärytksiä käytti vasta 53 - 56 % julkisista organisaatioista. Yksityisissä sosiaalipalveluorganisaatioissa kansallisten asiakasasiakirjamääriärytysten käyttö oli vuonna 2017 vielä niukempaa. (3)

Julkisessa terveydenhuollossa on jo ennen Kanta-palveluita ollut erilaisia tapoja vaihtaa potilastietoa sähköisesti muiden rekisterinpitäjien välillä alueellisesti. Sähköinen lähete yksittäisten yksikköjen välillä oli jo kattavasti käytössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköissä kaikissa sairaanhoitopiireissä vuonna 2017, ja sähköinen hoitopalaute lähes kattavasti käytössä. Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain myötä saman sairaanhoitopiirin sisällä muodostetut yhteiset potilasrekisterit julkisessa terveydenhuollossa mahdollistivat sen, että tietoa voidaan hyödyntää kaikissa sairaanhoitopiirin alueen eri toimintayksiköissä. Aluetietojärjestelmät ovat mahdollistaneet kertomustietojen luovuttamisen ja vastaanoton jo 2000-luvun alkupuolelta asti. Aluetietojärjestelmät jakavat tietoa joko vain erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai kaksisuuntaisesti. (5) Käytössä olevat aluejärjestelmät toimivat joko viitetietoperusteisesti (tyyppi 1, kuten Navitas), virtuaalisina alueellisinä tai yhteisinä potilastietojärjestelminä (tyyppi 2, kuten AlueEffic) tai selainpohjaisesti (tyyppi 3, kuten KuntaEsko). Osalla alueista on käytössään rinnakkain erilaisia tiedonvaihtotapoja (tyyppi 4). Aluejärjestelmä puuttuu Pohjois-Savosta ja Pirkanmaalta. Yksityissektori ei pääsääntöisesti ole mukana julkisen sektorin alueellisessa tiedonvaihdossa (tyyppi 5). (6) (Kuvio 1)



Kuvio 1. Eri aluetietojärjestelmätyyppien käyttäjien suhteellinen osuus lääkäriaineistossa 2010-2017 (3,6). Tyyppin 5 käyttäjissä Pirkanmaan ja Pohjois-Savon julkisen sektorin vastaajat ja kaikki yksityissektorin vastaajat.

Alueellisten tiedonvaihtoratkaisujen lisäksi Suomessa on vuodesta 2010 alkaen otettu käyttöön valtakunnallisia terveydenhuollon Kanta-palveluita – sähköinen lääkemääräys, Potilastiedon arkisto ja Omakanta. Niiden käyttöönotto perustuu heinäkuussa 2007 voimaan tulleeseen lainsäädäntöön. (Kuvio 2)

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12
Kainuu							12.2.-21.3.			4.11.		
Keski-Suomi					9.11.	26.2.				22.10.	28.2.	
Pirkanmaa					4.12.		28.10.	24.3.				10.11.
Satakunta					4.12.			28.2.	28.5.	2.12.		
Vaasa					17.10.			26.3.	4.6.			28.11.
Keski-Pohjanmaa					24.9.-3.10.					4.-8.11.		
Pohjois-Savo					3.9.	15.2.			19.5.			22.4.
Etelä-Savo					24.4.	16.11.				28.8.-30.9.		
Pohjois-Karjala					29.3.		24.1.					26.5.
Helsinki ja Uusimaa					24.1.		13.3.		7.5.			30.9.
Etelä-Pohjanmaa					15.1.		16.1.		23.5.-7.6.			
Etelä-Karjala					10.1.					8.-19.11.		
Lappi				14.12.			27.3.		19.5.			1.12.
Kanta-Häme				16.11.	20.4.				20.5.			27.1.
Päijät-Häme				9.-13.9.					27.5.	27.11.		
Itä-Savo			20.5.					2.11.				
Pohjois-Pohjanmaa			19.5.				26.2.		13.5.			30.9.
Länsi-Pohja			19.-27.5.							24.11.		4.11.
Kymenlaakso			4.4.		26.4.					13.11.		21.2.
Varsinais-Suomi	20.5.						2.1.		17.4.			12.8.

= Kanta-palvelut: sähköinen lääkemääräys (resepti-palvelu)
 = Kanta-palvelut: Potilastiedon arkisto

Kuvio 2. Kanta-palvelujen, erityisesti sähköisen lääkemääräyksen ja Potilastiedon arkiston käyttöönotto ja leviäminen apteekkeissa ja julkisessa terveydenhuollossa sairaanhoitopiireittäin.

Kuviossa (2) sairaanhoitopiireille annettujen kahden päivämäärän (alueen ensimmäisen ja viimeisen järjestäjän liittymispäivä) erotus kuvastaa palvelujen käyttöönottojen kestoa alueilla. Ensimmäiseksi julkaistiin toukokuussa 2010 Omakanta-palvelu, resepti-palvelu (sisältäen reseptikeskuksen) ja Lääketietokanta. (7) Sähköinen lääkemääräys käynnistyi Turussa julkisessa terveydenhuollossa. Apteekkien laajamittainen liittymien resepti-palveluun alkoi syyskuussa 2010 ja 98 % apteekkeista käytti resepti-palvelua lakisääteiseen määräaikaan 1.4.2012 mennessä. Julkisen terveydenhuollon laajamittainen liittymien resepti-palveluun alkoi toukokuussa 2011 ja 95 % julkisen terveydenhuollon järjestäjistä oli liittynyt resepti-palveluun lakisääteiseen määräaikaan 1.4.2013 mennessä. Ensimmäinen yksityisen terveydenhuollon liittynyt resepti-palvelun käyttöön huhtikuussa 2013 (7) ja vuoden 2017 lopussa resepti-palvelu oli käytössä kaikkialla Suomessa (mukaan lukien Ahvenanmaa).

Potilastiedon arkisto otettiin ensimmäisenä käyttöön Kuopion tuotantopilotissa marraskuussa 2011. Arkiston ja sen sisällä potilaan tiedonhallintapalvelun tuotantokäytön aloitti ensimmäisenä Itä-Savon sairaanhoitopiiri marraskuussa 2013. Laajamittainen julkisen sektorin liittymien alkoi maaliskuussa 2014. Järjestäjistä 33 % käytti Potilastiedon arkistoa lakisääteiseen määräaikaan 1.9.2014 mennessä. (7) Viimeinen julkisen terveydenhuollon toimija liittyi 1.12.2015 Potilastiedon arkistoon. Yksityissektorin ensimmäinen liittynyt otti Potilastiedon arkiston käyttöön helmikuussa 2016 ja vuoden 2017 lopussa palvelua käytti 363 yksityisen terveydenhuollon toimijaa. Palvelu on käytössä Manner-Suomessa (ei Ahvenanmaalla).

Terveydenhuollon ammattilaisten yksityiseen käyttöön tarkoitettu Kelain julkaistiin syyskuussa 2016. Suun terveydenhuollon tietoja on tallennettu Potilastiedon arkistoon toukokuusta 2017 alkaen ja kuva-aineistoja toukokuusta 2018 alkaen. Sosiaalihuollon asiakastietojen arkisto julkaistiin käyttöön toukokuussa 2018. Vuonna 2018 julkaistaan käyttöön lisäksi vanhojen tietojen arkistointipalvelu sekä Omakanta-palveluun kuuluva Omatietovaranto (KantaPHR).

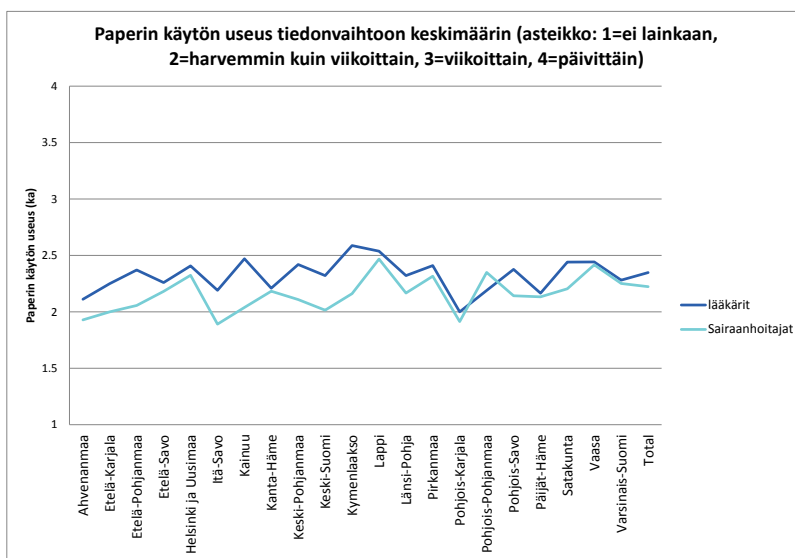
PAPERIN KÄYTTÖ TIEDONVAIHTOON VIELÄKIN YLLÄTTÄVÄN YLEISTÄ

Lääkarien paperin käyttö tiedonvaihdossa vähentyi merkittävästi vuodesta 2010 vuoteen 2017. Silti runsas kolmannes lääkäreistä käytti vuonna 2017 vielä paperia päivittäin tai viikoittain tiedonvaihtoon organisaatioiden välillä (Taulukko 2). Vuonna 2017 paperin käyttö vaihteli työskentelysektoreittain, alueittain ja kertomusjärjestelmittain. Monimuuttuja-analysissä (kaikki muut muuttajat vakioituna) paperin käyttöä tiedonvaihtoon ennustivat: yksityissektori tai sairaala työskentelysektorina, työskentely viitetietoja käyttävän aluejärjestelmän (tyyppi 1) tai ei aluejärjestelmää (tyyppi 5) alueella sekä yhden tietyn potilastietojärjestelmän käyttö. Myös vanhempi ikä, vähemmän kokemusta, operatiivinen, psykiatrinen tai diagnostinen erikoisala ja miessukupuoli ennustivat ahkerampaa paperinkäyttöä tiedonvaihtoon (6).

Taulukko 2. Paperin, aluejärjestelmien ja Kannan käytön suhteellinen osuus potilastyötä tekevilla lääkäreillä v. 2017 (6)

		Työskentelysektori				χ^2	p
		Sairaala	Terveyskeskus	Yksityissektori	Muu		
Paperin käyttö tiedonvaihtoon	Kaikki N	1717	967	571	545	16.3	0.001
	Päivittäin/viikoittain %	33.9	35.5	43.1	37.6		
	Harvemmin/ ei lainkaan %	66.1	64.5	56.9	62.4		
Aluejärjestelmän käyttö tiedonvaihtoon	Kaikki N	1711	996	510	513	611.6	<.000
	Päivittäin/viikoittain %	38.1	68.3	7.7	24		
	Harvemmin/ ei lainkaan %	62	31.7	92.4	76		
Kannan käyttö tiedonvaihtoon	Kaikki N	1747	1005	582	547	158.5	<.001
	Päivittäin/viikoittain %	38.8	59.3	55.8	34.7		
	Harvemmin/ ei lainkaan %	61.2	40.7	44.2	65.3		

Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna paperin käyttö oli vuonna 2017 lääkäreillä yleisintä Kymenlaaksossa, sairaanhoitajilla Lapissa, ja molemmilla ammattiryhmillä vähäisintä Pohjois-Karjalassa. (Kuvio 3)



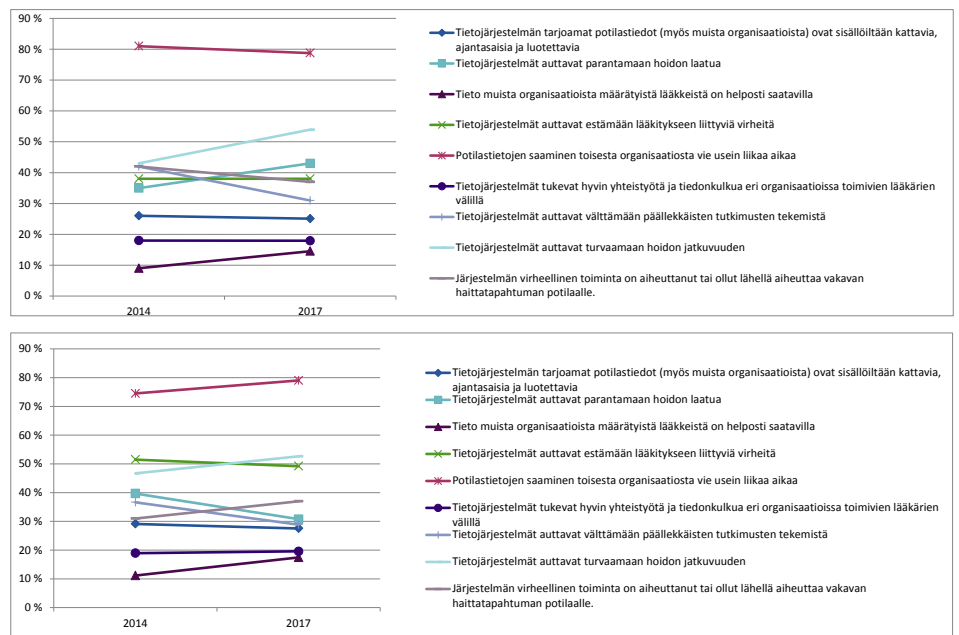
Kuvio 3. Paperin käytön useus tiedonvaihtoon (ka, asteikolla 1-4, jossa 1=ei lainkaan, 4=päivittäin) sairaanhoitopiireittäin.

Lääkärin kokemus hoidossa tarvittavien tietojen saatavuudesta on hitaasti parantunut (8). Melko laajalta vaikuttavaa paperin käyttöä voi selittää paitsi Potilastiedon arkiston käyttöönoton keskeneräisyys yksityissektorilla, myös se, että mikään nykyisistä tiedonvaihtotavoista ei välttämättä vielä tarjonnut kyse-lyhetkellä kaikkea tarvittavaa tietoa hoitopäätöksen tekoon: mm. kattavan, ajantasaisen listan puutetta potilaan käyttämistä lääkkeistä ja muista keskeisistä yhteenvetotiedoista kritisoitiin. Näitä ollaan vasta rakentamassa Kanta-palveluun.

PARANEEKO PALVELUJÄRJESTELMÄN TEHOKKUUS JA VAIKUTTAVUUS?

Lääkärin ja sairaanhoitajien kyselyssä kartoitettiin järjestelmien vaikutuksia hoidon tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen kahdeksalla väittämällä. Organisaatioiden välisen tiedonvaihdon tehokkuutta mittaava väittämä ”potilastietojen saaminen toisesta organisaatiosta vie liikaa aikaa” keräsi ylivoimaisesti eniten samaa mieltä olevia molempina vuosina sekä sairaalassa (kuvio 4, yllä) että terveyskeskuksessa (kuvio 4, alla), eikä tilanne korjaantunut vuoteen 2017 mennessä.

Eniten parannusta molemmissa toimintaympäristöissä näyttää tapahtuneen lääkärin kokemuksissa tietojärjestelmien tuesta hoidon jatkuvuuteen sekä tiedonsaantiin muissa organisaatioissa määrätystä lääkkeistä. Kokemukset tietojärjestelmien aiheuttamista potilasturvallisuus-tapahtumista olivat hienan parantuneet sairaalassa ja heikentyneet terveyskeskuksissa. Eniten heikennystä molemmissa toimintaympäristöissä koettiin tietojärjestelmien tuessa päällekkäisten tutkimusten välttämiseen. Sairaalassa paranivat ja terveyskeskuksissa heikkenivät kokemukset tietojärjestelmien tuesta hoidon laatuun.



Kuvio 4. Samaa tai täysin samaa mieltä tehokkuus- ja vaikuttavuusväittämistä olevat lääkärit (%) sairaalassa (yllä) ja terveyskeskuksessa (alla).

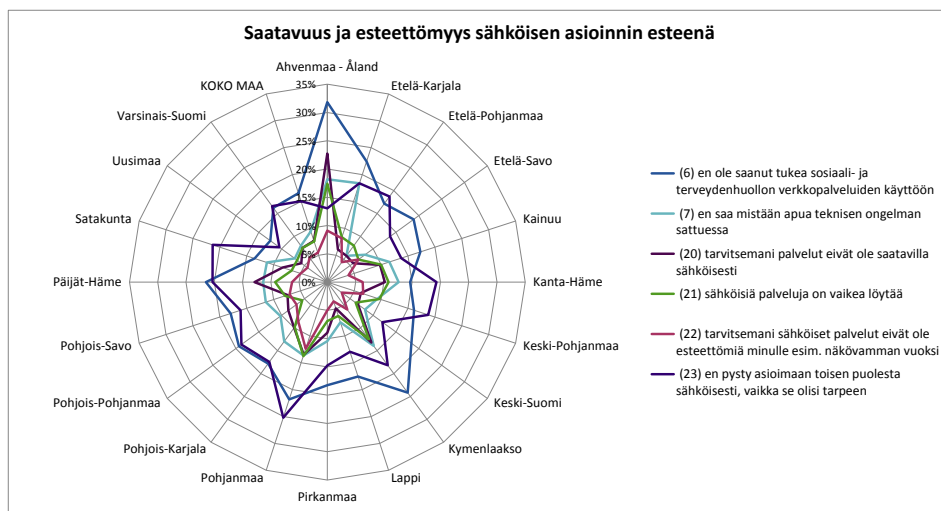
KANSALAISEN SÄHKÖISET RATKAISUT, PALVELUIDEN SAATAVUUS JA ESTEETTÖMYYS

Kansalaisille suunnattuja sähköisiä ratkaisuja on tarjolla sekä paikallisesti että valtakunnallisesti Omakannan kautta. Terveydenhuollon tieto- ja viestintäteknologian käyttöä kuvaavassa julkaisussa (5) on esitetty organisaatioiden paikallisesti tarjoamia terveydenhuollon sähköisiä palveluita. Sosiaalihuollon vastaavassa julkaisussa (3) on kuvattu sosiaalihuollon organisaatioiden sähköisten palveluiden tarjontaa vuonna 2017. Kansalaisten kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisistä palveluista on kuvattu raportissa (9) sekä tutkimuksesta tiiviisti -julkaisussa (10).

Omakannan kautta kansalaisille on ollut saatavilla valtakunnallisesti tiedot omista lääkemääräyksistä, niiden toimitusmerkinöistä, yhteenveto lääkemääräyksistä sekä terveydenhuollossa kirjatut tiedot. Potilas voi Omakannan kautta myös rajoittaa omien tietojensa näkymistä, tehdä suostumuksen omien tietojensa luovuttamiseen muiden hoitavien yksiköiden käyttöön sekä tehdä tahdonilmaisuja omasta hoidosta.

Omakannan Omatietovaranto (Kanta PHR) on kehitteillä oleva Omakannan palvelu. Sen ensimmäisen vaiheen käyttöönotto tapahtui keväällä 2018. Omatietovaranto on kansallinen tietovaranto, johon kansalainen voi tallentaa hyvinvointitietojaan, kuten itse tuotettuja mittaus-, elämäntapa- ja aktiivisuustietoja, jotka liittyvät suoraan tai välillisesti kansalaisen hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantaja voi katsella kansalaisen Omatietovarannon tietoja, jos tällä on käytössä Omatietovarantoon hyväksytyt ammattilaissovellus sekä kansalaisen suostumus ja hoitosuhde.

Vaikka palveluita on enenevästi tarjolla, ne eivät välttämättä ole tasavertaisesti kaikkien saatavilla esteellisyden, tuen puutteen tai tarpeisiin vastaavuuden vuoksi. Saatavuutta mitattiin vuonna 2017 kansalaisille suunnatussa kyselyssä (9) kuudella väittämällä, joista täysin samaa mieltä olevien osuudet on esitetty maakunnittain kuviossa 5. Pohjanmaalla, Ahvenanmaalla ja Kymenlaaksossa esteiden kokeminen näyttää kasaantuvan muita alueita enemmän. Pohjanmaalla koettiin myös eniten ongelmia palveluiden esteettömyyden vuoksi.



Kuvio 5. Täysin samaa mieltä väittämistä olevien kansalaisten osuus maakunnittain. (9).

KIRJALLISUUTTA

(1) SOTE-tieto hyötykäyttöön strategia 2020: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>

(2) Saastamoinen, P., Vänskä, J., Kaipio, J., Hyppönen, H., Reponen, J., Lääveri, T. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä parantuneet hieman. Suomen lääkärilehti 34/2018.

(3) Kuusisto-Niemi, S., Ryhänen, M., Hyppönen, H. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2017. Raportti 3/2018, THL.

(4) Hyppönen, H., Lääveri, T., ym. Kyvykkäille käyttäjille fiksot järjestelmät? Sairaanhoidtajien arviot potilastietojärjestelmistä 2017. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2018(1).

(5) Reponen J, Kangas M, ym. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2017. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 5/2018, Oulun yliopisto ja THL.

(6) Hyppönen H, Lumme Sonja RJ, ym. Health Information Exchange in Finland: Usage of different access types and predictors of paper use. International journal of medical informatics (in review).

(7) Jormanainen Vesa. Kanta-palvelujen käyttöönotto vuosina 2010–2014. Duodecim 131(13) 2014:1309–1317.

(8) Hyppönen H, Vänskä J, ym. Ammattilainen – tukevatko potilastietojärjestelmät työtä ja toimintaprosesseja? Tutkimuksesta tiiviisti 23/2018, THL

(9) Hyppönen H, Pentala-Nikulainen O, Aalto A-M. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Raportti 3/2018, THL.

(10) Hyppönen H, Aalto A, ym. Kansalainen – pystyn itse? Kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisistä palveluista kansalaisille. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2018, THL.

(11) Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevasi lainsäädännöksi. HE 253/2006.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-343-184-3 (verkko)
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-184-3>

www.thl.fi/stepshanke

YHTEENVETO

Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen tavoitteena on edistää hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta mahdollistamalla ajantasaisten tutkimus- ja hoitotietojen saatavuus kaikissa hoitotilanteissa; parantaa terveydenhuollon tuottavuutta poistamalla eri paikoissa tehtävien päällekkäisten tutkimusten tarvetta ja tehostamalla asiakirjahallintoa, ja parantaa hoidon tuloksellisuutta, potilaiden hyvinvointia ja kustannushyötyjä hoidon tarpeen vähentyessä. (11)

Strategian tavoitteessa Asiakas- ja potilastiedot ovat ammattilaisten ja asiakaiden käytössä riippumatta organisaatorakenteiden, palveluiden ja tietojärjestelmien muutoksista on edetty. Suomessa on kuitenkin käytössä monia tapoja organisaatorajat ylittävälle tiedonvaihdolle, ja ammattilaiset eivät ole kovin tyytyväisiä keskeisten tietojen helppoon saatavuuteen. Ammattilaiset käyttävätkin vielä yllättävän paljon paperia tiedonvaihtoon. Paperin käytön vähentäminen tiedonvaihdossa edellyttää, että tietojen haun käytettävyyttä kehitetään, samoin tietojen kattavuutta, ajantasaisuutta ja konsistenssia. Haun tulokset tulee esittää helposti hahmotettavalla tavalla. Näiden tavoitteiden saavuttamisessa on vielä tekemistä – parhaiten tiedonvaihdossa näyttää toimivan virtuaalinen alueellinen potilastietojärjestelmätyyppi (kuten Alue-Effica ja Alue-Mediatri).

Tavoitteessa Sähköisen tiedonhallinnan ratkaisut lisäävät palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ja tehokkuutta on myös edetty. Sähköinen lääkemääräys on yhteydessä lääkärin parantuneisiin kokemuksiin tiedon saatavuudesta muissa organisaatioissa määrätystä lääkkeistä. Kokemukset tietojärjestelmien tuesta hoidon jatkuvuuteen ovat parantuneet samanaikaisesti, kun Kanta on otettu käyttöön julkisella sektorilla. Kokemukset palvelujärjestelmän tuottavuusväittämiin ovat kuitenkin muuttuneet negatiivisemmiksi: tiedonsaanti muista organisaatioista vie liikaa aikaa yhä useamman mielestä, ja yhä harvempi kokee tietojärjestelmien tukevan päällekkäisten tutkimusten välttämistä. Kokemukset tietojärjestelmiin liittyvästä potilasturvallisuuden vaarantumisesta eivät ole kokonaisuutena parantuneet vuodesta 2010 vuoteen 2017: vaikka sairaaloissa tilanne parani hieman, se vastaavasti heikkeni terveyskeskuksissa.

Omakanta-palvelut ovat parantaneet tavoitteen Palvelujen saatavuus ja esteettömyys paranevat sähköisten ratkaisujen avulla saavuttamista. Alueiden tuottamien palveluiden tarjonta vaihtelee kuitenkin voimakkaasti. Kansalaisten kokemukseen sähköisten palveluiden saatavuudesta liittyvät myös käytön tuki, apu teknisiin ongelmiin, palvelutarpeet, palveluiden löydettävyys ja mahdollisuus toisen puolesta asiointiin. Suurimpina saatavuuden esteinä olivat tuen puute sekä mahdottomuus toisen puolesta asiointiin. Ongelmat palveluiden saatavuudessa ja esteettömyydessä vaihtelivat alueittain – Ahvenanmaalla ja Pirkanmaalla koettiin eniten ongelmia, Uudellamaalla vähiten.

Tämän julkaisun viite: Hannele Hyppönen, Tuulikki Vehko, Vesa Jormanainen, Tinja Lääveri. Digitaalinen palvelujärjestelmä – rajalliset resurssit oikeaan käyttöön? Tutkimuksesta tiiviisti 27, syyskuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Tutkimus on saanut rahoitusta: Sosiaali- ja terveysministeriö (hankenumero 514916001) Työsuojelurahasto (projekti numero 116104), Strategisen tutkimuksen neuvosto (projekti numero 303607).
