

Tiima-foorumi 11.4.2024 - kysymykset & vastaukset

Sisällysluettelo

1	Palveluluokitusten harmonisointi & sosiaali- ja terveystalvelujen luokituksen päivitys, Heli Suhonen	2
2	Yleisopas digitaalisten sote-palvelujen kehittämiseen, Susanna Forss	3
3	Sosiaalihuollon seurantarekisterin ajankohtaiskatsaus, Maija Vakkuri	3
4	Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönotto, Sanna-Mari Saukkonen	5
5	Hoidon tarpeen arvioinnin asiakirjarakenteet, Sanna-Mari Saukkonen	6
6	Potilas- ja sosiaaliasiavastaavatoiminnan tilastoinnin suunnittelu, Sanna Palmgren	9
7	ICD-11-diagnoosiluokitus, Mikko Härkönen ja Lauri Ahonen	9
8	Sote-tietojärjestelmien ja hyvinvointisovellusten luokittelu, sertifiointi ja olennaiset vaatimukset: päivitettyt THL:n määräykset, Juha Mykkänen	10

1 Palveluluokitusten harmonisointi & sosiaali- ja terveystietopalvelujen luokituksen päivitys, Heli Suhonen

Kysymys: Miten tämä ensimmäisenä esitelty laaja luokitus synkronoituu Palvelutietovarannossa ilmoitettaviin tietoihin?

Vastaus: Tosiaan palvelutietovaranto ei ole suora käyttökohde luokitukselle, mutta DVV:n kanssa on katsottu säännöllisesti, ettei luokituksen ja palvelutietovarannon välillä ole ristiriitaa. Palvelutietovarannon pohjakuvauksissa kuvatut sote-palvelut ovat hyvin linjassa päivitetyin luokituksen kanssa.

Kysymys: Miten mainittu modulaarisuus viedään Kantaan saakka, koska tähän tarvitaan muutoksia ko. kirjauksen asiakirjamäärittelyihin? Ja edelleen näiden implementointia tietojärjestelmiin. Pelkkä koodistopalvelun luokitus itsessään ei maagisesti "tee" oikeastaan yhtään mitään.

Vastaus: Pitää paikkansa, että luokitus itsessään ei riitä, vaan tarvitaan implementointia Kantaan sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Modulaarisuutta saadaan toki käyttöön vaiheittain ajan kuluessa, ensimmäisessä vaiheessa modulaarisuutta päästään hyödyntämään uusissa asiakirjarakenteissa, kuten ajanvarausasiakirjalla. Myös käyttöönotto tietojärjestelmissä tulee näissä yhteyksissä luonnollisesti. Mahdolliset suuremmat muutokset olemassa oleviin asiakirjarakenteisiin (ja sitä myötä myös tietojärjestelmiin) tarkentuvat modulaarisen luokittelumallin kehittämisen edetessä. Tässä työssä päästään oikeastaan vasta alkuun, kun sosiaali- ja terveystietopalvelujen luokitus saadaan julkaistua päivitettyinä, sen myötä on pohja valmiina.

Kysymys: Hyödynnetäänkö yleisesti eri luokitusten määrittelytyössä kansainvälisiä luokituksia? Tulevaisuudessa tarvitaan yhä enemmän kansainvälistä tietojen vaihtoa, jolloin omien luokitusten tekeminen johtaa tulkintatarpeisiin kansainvälisiä luokituksia vastaan. Kansainvälisyys ei koske pelkästään tieteellistä tutkimusta, vaan yleistä tietojen vaihtoa ihmisten asuinpaikkojen ja siten palvelujen tarpeiden kansainvälistyessä.

Vastaus: Yleisesti luokitusten kehitystyössä hyödynnetään kansainvälisiä luokituksia mahdollisuuksien mukaan ja on otettu huomioon myös tässä kehitystyössä. Päivitetystä luokituksessa on kuitenkin keskitytty huomioimaan Suomessa keskeiset sote-palvelut. Modulaarisen mallin kehityksessä otetaan huomioon kansainväliset standardit ja modulaarisuus onkin tavallaan askel siihen suuntaan.

Kysymys: Miten motivoidaan ylipäättänsä ammattilaista kirjaamaan palveluluokitusten mukaisesti? Tilastointi on työläs prosessi.

Vastaus: Ideaalitulanteessa ammattilaisen ei enää kirjaamisvaiheessa tarvitsisi valita palveluluokkaa manuaalisesti. Esimerkiksi ajanvaraustuotteita luodessa tietty palveluluokka asetetaan tiettyyn palveluun varattavan ajan taustalle, jolloin tietoa ei tarvitse lisätä yksittäisen asiakkaan ajanvaraukselle. Tavoitteena olisi, että palveluluokka kulki asiakkaan tiedoissa mukana koko tietyn palvelun ajan ja siksi tämä luokitus on mukana myös palvelutapahtumauudistuksessa.

2 Yleisopas digitaalisten sote-palvelujen kehittämiseen, Susanna Forss

Kysymys: Voiko käyttää sanaa digipalvelu vai pitääkö käyttää sanaa digitaalinen palvelu?

Vastaus: Voi käyttää sanaa digipalvelu.

3 Sosiaalihuollon seurantarekisterin ajankohtaiskatsaus, Maija Vakkuri

Kysymys: Onko seurantarekisterin tietojen keräämisestä Kannasta jo saatu minkäänlaisia (esim. tiedon laatuun liittyviä) käytännön kokemuksia? Jotka voisivat ohjata ko. kehittämistä ennen laajamittaisia käyttöönottoja.

Vastaus: Kun verrataan Kanta-tietoja ja erillistoimitustietoja, niin erillistoimitustietojen on tarkempaa asiakkuusjaksojen keston osalta tarkastellessa. Arjen perustyössä jo avatut asiakkuudet saattavat jäädä päättämättä, mikä on vanha todettu ongelma, ja se tulisi saattaa

kuntoon. Se näkyy THL:n puolella siten, että asiakasmäärät kumuloituvat rekisteriin.

Kysymys: Saako sosiaalihuollon palveluista reaaliaikaista tietoa jatkossa (vrt. Hilmo-tiedot, jotka päivittyvät joka yö)?

Vastaus: Toistaiseksi tavoitellaan neljä kertaa vuodessa. Teknisesti on mahdollista, kun arkistointi on kunnossa, mutta siitä, tavoitellaanko reaaliaikaisuutta, ei ole vielä edes käyty kovin syvällisesti keskustelua. Neljä kertaa vuodessa on nykytilanteeseen verrattuna jo usein.

Kysymys: Mitä rajapintoja seurantarekisterissä on tiedon ulos saamiseksi ja millä tarkkuudella tiedot ovat saatavissa?

Vastaus: Summatason tietoja eri ulottuvuuksilla viedään THL:n uuteen raportointipalveluun todennäköisesti keväällä 2025. Siitä tulee olemaan avoin rajapinta. Sitä ennen tietoja julkaistaan muilla verkkoraportointiratkaisulla, joista tiedot ladattavissa mm. excelinä. Tarkkuus kehittyy ajassa, eli ensin muuttujia tai ulottuvuuksia on vähemmän mutta kasvaa sitten jatkossa.

Kysymys: Onko valmistelussa oleva sosiaalihuollon psykososiaalisten menetelmien luokitus tulossa osaksi seurantarekisterin tietosisältöjä?

Vastaus: Vielä ei ole suunnitelmaa tämän osalta, mutta on mahdollista.

Linkki: [Sosiaalihuollon asiakkaat - THL](#)

4 Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönotto, Sanna-Mari Saukkonen

Kysymys: Terveys- ja hyvinvointisuunnitelmia voi samalle asiakkaalle/potilaalle olla useita. Kuinka niiden rinnakkaisuuteen tai hierarkiaan suhtaudutaan tietojärjestelmissä ja Kanta-palvelussa?

Vastaus: Terveys- ja hoitosuunnitelma on tarkoitettu potilaan hoidon kokonaisvaltaiseen koordinointiin ja suunnitteluun sekä tukemaan hoidon jatkuvuutta. Se on potilaskeskeinen, kokonaisvaltainen hoitoasiakirja: järjestelmäriippumaton; sairausriippumaton ja ajallisesti siinä katsotaan pidemmälle kuin yksittäisen hoidon suunnitelmassa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, jota kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuolto toteuttavat henkilöt ylläpitävät yhteisesti, eikä sen hyödyntäminen ei ole riippuvainen potilaan hoitopaikasta tai potilastietojärjestelmästä. Terveys- ja hyvinvointisuunnitelma on yksi potilaskohtainen asiakirja, jota ylläpidetään. Sen viimeisin päivitetty versio tallentuu YHOS-näkymälle.

[Terveys- ja hoitosuunnitelma, toimintamalli](#)

[18 Terveys- ja hoitosuunnitelma - Potilastiedon kirjaamisen yleisopas v 5.0 - Oma työpöytä \(yhteistyötilat.fi\)](#)

Kysymys: Terveys- ja hoitosuunnitelma suun terveydenhuollossa. Voiko potilaalla olla useampi terveys- ja hoitosuunnitelma? Eri erikoisaloilla? Nyt kun on puhuttu, että tulisi olla yksi terveys- ja hoitosuunnitelma. Näen itse tärkeänä, että suun terveydenhuollolla voisi olla oma. Koska senkin sisällä on eri erikoisaloja lisää.

Vastaus: Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnitteluun tarkoitettu väline. Sen toiminnallisuutta on kuvattu Terveys- ja hoitosuunnitelma sekä Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely julkaisussa. Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään aina omalle Terveys- ja hoitosuunnitelma (YHOS) -näkyville. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmästä on pystyttävä käyttämään tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävää

terveys- ja hoitosuunnitelmaa sen määrittelyiden mukaisesti. Potilastiedon arkistossa oleva terveys- ja hoitosuunnitelma on siis pystyttävä näyttämään ja siihen on pystyttävä kirjaamaan sellaisia suun terveydenhuollon hoitosuunnitelmia, joilla on merkitystä potilaan yleiselle hoidolle. Hoitosuunnitelmat, jotka koskevat ainoastaan suun terveydenhuoltoa, kirjataan tekstinä jatkuvan kertomuksen muotoon Hammas-, suu- ja leukasairaudet (SUU) näkymälle Suunnitelma-otsikon alle.

[Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määrittelyt 2.0 \(yhteistyotilat.fi\)](#)

5 Hoidon tarpeen arvioinnin asiakirjarakenteet, Sanna-Mari Saukkonen

Kysymys: Miten tekoälyä hyödyntävät ratkaisut on huomioitu tässä kehittämistyössä?

Vastaus: Hoidon tarpeen arvioinnin tietosisällön valmistelussa on mm. huomioitu kansalaisen itse täyttämät oirearviot. Oirearvio -komponentin rakenteissa asiakkaan tai potilaan kertoma terveysongelma tai yhteydenoton syy, sekä arvio oireen alkamispäivästä ja ajasta. Terveydenhuoltolain mukaan Hoidon tarpeen arvioinnin tekee aina terveydenhuollon ammattihenkilö. Kehitystyötä jatketaan ja tekoäly pyritään huomioimaan tulevissa kehitystyössä.

Kysymys: Onko jotain suosituksia, miten nopeasti kirjausten pitäisi siirtyä Kantaan? Tällä hetkellä viiveitä on organisaatiosta riippuen runsaasti, tietoja ei pystytä hyödyntämään hoitotilanteissa eikä myöskään kansalaiset saa tarvitsemaansa tietoa riittävän ajoissa.

Vastaus: Potilasasiakirja-asetuksessa 8 § määrääjoista sanotaan: "Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viivytyksettä."

Kysymys: Olettehan tiedostaneet, että Termeta on jo lähtökohtaisesti useamman askeleen kauempana potilastietojärjestelmien implementoinnin tarvitsemista määrittelyistä verrattuna Sosmetaan ?

Plus mahdollinen siirtymä kohti uudempaa teknologiaa (FHIR) Kanta-APIssa.

Vastaus: Hoidon tarpeen arvioinnin merkintä -asiakirjan osalta tekninen määrittely ja tekninen toteutus on lähtenyt liikkeelle.

Kysymys: Tällä hetkellä esimerkiksi suun terveydenhuollossa on yksi potilastietojärjestelmä (WinHIT), josta ei HTA tieto siirry ollenkaan kantaan. Todella suuri puute! Tieto siirtyy vain, mikäli potilaalle varaa ns. haamuajan. Asiaa on yritetty viedä ptj-toimittajalle, mutta muutosta ei ole tapahtunut.

Vastaus: Hoidon tarpeen arvioinnin merkintä -asiakirja kuvaa sen tietosisällön, mikä hoidon tarpeen arvioinnista tulee jatkossa tallentua Kantaan.

Kysymys: Erittäin iso ongelma näiden uusien hoitopääsyt seurantaan liittyviin tietosisältöihin on joidenkin ptj-toimittajien hitaus tuoda nämä muutokset ammattilaisille. Ja kuten edellinen kommentoija kommentoi WinHIT:n ongelmista niin valitettavan paljon on vielä ptj:ssa niitä omia ratkaisuja hoitopääsyt tiedon tuottamiseen, kuten esim. joidenkin Hoidon tarpeen arvioinnin tulos -luokkien käyttäminen katkaisee hoitopääsyt seurannan. Nämä ptj-kohtaiset toiminnot aiheuttavat osaltaan sen, että tieto ei alueilla ole vertailukelpoista. Käyttäjät ovat todella voimattomia näiden edessä. Ptj-toimittajille tulisi asettaa kansallisessa ohjauksessa "pakko" korjata ja päivittää toiminnot kansallisen ohjauksen mukaisesti tiettyjen aikarajojen sisällä.

Vastaus: Kiitos kommentaista! Viiveet ja eriaikaisuus käyttöönotoissa on tunnistettu haaste, johon pyrimme löytämään ratkaisuja ja yhtenäisyyttä.

Kysymys: Raportointi-, tilastointi- ja kirjaamisvaatimukset ovat työläitä sote-ammattilaisen tehdä ja aptj-toimittajilta vaaditaan paljon muutostöitä uusien vaatimusten toteuttamiseksi. Pikkuhiljaa lisääntyy AI:n käyttö tällä sektorilla. Voisiko toivoa, että AI:n käyttöä tutkittaisiin ja suunniteltaisiin kansallisesti niin, että saataisiin muodostettua

kirjaamiset ja tilastoinnit Kantaan ja THL:n vaatimiin raportteihin automaattisesti aptj-kirjausten perusteella sen sijaan, että kaikkiin järjestelmiin tehdään kalliita muutostöitä alustoihin, joihin tilastoidaan ja kirjataan tietoja?

Vastaus: Hoidon tarpeen arvioinnin tietosisältö on valmisteltu yhteistyössä ammattilaisten ja asiantuntijoiden näkemyksiä kuullen, ja lainsäädännön asettamat vaatimukset huomioiden.

Terveydenhuoltolain mukaan Hoidon tarpeen arvioinnin tekee aina terveydenhuollon ammattihenkilö.

Kansallisista potilastiedon kirjaamisen tietorakenteista hoidon tarpeen arvioinnin -rakenne on toistaiseksi puuttunut ja sitä on toivottu. Hoidon tarpeen arvioinnin merkintä -asiakirja kuvaa sen tietosisällön, mikä hoidon tarpeen arvioinnista tulee jatkossa tallentua Potilastiedon arkistoon.

Digitaalisuudessa tapahtuu varmasti paljon lähivuosina. Maaliskuussa julkaistiin esiselvitys: [Digitaalisten terveyspalvelujen käyttö, käyttäjät, tuotanto ja vaikuttavuus](#), lisäksi käynnistyy tutkimushanke ([Digitaalisten terveyspalvelujen käytöstä ja vaikuttavuudesta uusi tutkimushanke - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#)).

Lisätietoa: esittelyssä: [Digitaalinen sosiaali- ja terveydenhuolto - ohjelma \(linkedin.com\)](#)

Kysymys: Haluaisin käytännön esimerkkejä, kuinka hoidon tarpeen arvioinnin kirjaus helpottaa käytännön työtä. Lisäksi esimerkkejä tietojen korjaamisesta, kun hoitopääsyn tiedot siirtyy Kanta-arkistoon ja huomataan tiedoissa puute/virhe, kuinka korjataan tilastotieto sotkematta potilaan Kanta-arkiston hoitotietoja.

Vastaus: Kiitos kommentista! Pyrimme huomioimaan esiin nostamasi asian Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisoppaassa.

6 Potilas- ja sosiaaliasiavastaavatoiminnan tilastoinnin suunnittelu, Sanna Palmgren

Kysymys: Joissakin kunnissa tehtäviin kuuluu myös varhaiskasvatuksen asiat, joten nimi johtaa sen osalta harhaan.

Vastaus: Hyvä huomio! Nimi tulee laissa määritellystä tehtävänimikkeestä ja varhaiskasvatukseen liittyvä neuvonta on laissa määritelty sosiaaliasiavastaavien (kuten aiemmin sosiaaliasiamiesten) tehtäväksi. Varhaiskasvatuksen tulee näkyä muuttujissa.

7 ICD-11-diagnoosiluokitus, Mikko Härkönen ja Lauri Ahonen

Kysymys: Onko käsitystä siitä, kuinka hyvin tai huonosti toimijat ovat hahmottaneet ICD10 ja ICD11 erot? Ja pakettiin liittynevät myös muut saman uudistuvan ICD-perheen luokitukset (ICF, ICHI). Kansallista osaamista heikentäne osaltaan sekin, että tavallaan periaatteiltaan samanlainen Snomed CT ei Suomessa ole laajasti käytössä.

Vastaus: Kiitos kysymyksestä! Laadimme vuonna 2023 hankkeessa selvitystä käyttöön otosta ja sen vaikutuksista hyvinvointialueille. Vastauksista tuli selkeästi esille, että asia on vielä kovin vieras hyvinvointialueilla, mutta selvityksenkin perusteella asiaa on ryhdytty joissakin paikoissa pohtimaan. Muutosta tarvitaan laajalla rintamalla ja THL pyrkii ohjaamaan suuntaa. SNOMED CT on termistö eikä luokitus, mutta molemmissa on samoja käsitteitä käytössä. Se, miten diagnoosin kirjaaminen tapahtuu (joko SNOMED CT:llä tai ICD:llä tai ICPC:llä) on asia, mitä emme ole vielä päättäneet.

Kysymys: Koulutuksista: Diagnoosien kirjaamisen asteet ovat paikoittain todella heikot. Diagnoosien kirjaamista niin kuin se kansallisesti on oikein tehtäväksi ohjeistettu, ei pidetä tärkeänä. Diagnoosien kirjaaminen on vajavaista, mm. kaikkia kontaktin aikana käsiteltyjä vaivoja -> koodeja ei kirjata tai halutaan satsata niiden koodien kirjaamiseen, joilla on merkitystä rahoitukseen ym. Tässäkin on tunne, että erit. lääkärikunta tarvitsee todella vahvaa ohjaamista siinä,

kuinka tätä oikein tulee toteuttaa. Toivottavasti koulutuksiin panostetaan muutenkin kuin vain verkkokoulutuksien muodossa.

Vastaus: Kiitos kommentista. Olemme hankkeessa ihan samaa mieltä asiasta. Tärkeää on myös antaa koulutusta lääketieteen tiedekunnissa ja kliinisissä harjoitusjaksoissa, missä lääkäriopiskelijat oppivat kirjaamisen merkityksen ja käytettävät tietojärjestelmät ja koodistot. Verkkokoulutusympäristö mahdollistaa jokaisen itse määritellä aika, milloin asiaa opiskelee ja perehtyy. Toki eri organisaatioissa on erilainen oppimispolku tarjolla: joissakin tietojärjestelmissä kirjaamisen koulutuksen voi toteuttaa järjestelmätoimittaja. Hankkeessa on suunniteltu muitakin koulutukseen liittyvää tilaisuuksia, ja otamme vastaan ehdotuksia osoitteessa: icd-11@thl.fi

Kysymys: ICD10 ja ICD11 -raja tieteellisen tutkimuksen aineistoissa. Jatkossa tutkimusaineistojen tuotannossa on tutkijoille siis sallittava rinnakkaiset poimintakriteerit molemmilla koodistoilla?

Vastaus: Tutkimusaineiston poiminnassa tulee luonnollisesti molempien koodistojen (ICD-10 ja ICD-11) yhtäaikainen tarve, jotta eri aikasarjat pystytään hallinnoimaan. Tutkijalle voisi riittää tieto, mikä on ollut käytetty koodisto, mutta tärkeämpänä lienee data managerit, jotka laativat poimintasäännöt ja tämän lisäksi tarvitaan tarvittavat tekniset muutokset kansallisiin tietomäärittelyihin, jotta ensisijainen käyttö ICD-11-mukaisesti diagnoosin ja käytäntöön kirjaamisessa on mahdollista tallentaa.

8 Sote-tietojärjestelmien ja hyvinvointisovellusten luokittelu, sertifiointi ja olennaiset vaatimukset: päivitetty THL:n määräykset, Juha Mykkänen

Kysymys: Mikä olikaan se menettely saavutettavuusvaatimusten täyttämisen varmistamiseksi? Ei näkynyt kalvolla 100 omana asianaan. Ovatko vain yleisiä vaatimuksia muiden joukossa?

Vastaus: Asiakastietolaki edellyttää, että Kanta-palveluihin liittyvät hyvinvointisovellukset täyttävät saavutettavuusvaatimukset, lisäksi

saavutettavuusvaatimuksia kohdistuu digipalvelulain soveltamisalan piirissä toimiviin palveluihin. Tämä on hyvä esimerkki päällekkäisyyksien välttämistä: olennaisissa vaatimuksissa olevien digipalvelujen saavutettavuusvaatimusten täyttäminen osoitetaan niillä menettelyillä, joilla muutenkin saavutettavuusvaatimukset täytetään, eli digipalvelulain ja mm. WCAG 2.1 mukaisesti, ja saavutettavuusseloste, saavutettavuuspalautteen käsittely ja saavutettavuustestauksen tulokset ovat edellä mainittujen mukaisia. Varsinainen saavutettavuustestaus ei ole osa Kelan yhteistestausta eikä tietoturvallisuuden arviointia, vaan sen voi tehdä valmistaja itse tai käyttää ulkoisia palveluja.

Kysymys: "Ei ole päällekkäisten sertifiointien riskiä". Voi, kunpa näin olisikin. On lääkintälaitteasetusta ja Digi-HTA:ta ja vaikka mitä. Kanta-sertifiointien osalta erillisen Excel-taulukon täyttäminen on ärsyttävää sinänsä. Sillä ei ole juurikaan merkitystä täytetäänkö tiedot kahteen eri Exceliin tai saman Excelin eri välilehdille... Näidenkin osalta tarvittaisiin jonkinlaista kansainvälistä standardointia, eikä maa- tai järjestelmäkohtaisia määräyksiä ja sertifiointeja.

Varsinkin EU-tasolla trendi on nominoituihin, ulkoisiin sertifiointilaitoksiin nojautuminen - mikä kuitenkin jo MDR:n osalta muodostui käytännön pullonkaulaksi mutta sama idea (ja potentiaalinen ongelma) löytynee AI Actista ja EHDS:stäkin.

Silti tuo malli on yleensä sujuvampi ja auttaa välttämään sen pahimman pullonkaulan, joka on vain yksi kansallinen viranomaistoimija...

No jaa, ajattelen sen Ison Ongelman olevan siinä, että kansallisesti ei mitenkään huomioida olemassaolevaa kv. sertifiointia, vaikka sellainen itseasiassa olisi käytännössä pakollinen (ohjelmistojen MDR-asiat). Tai tietenkään kääntäenkään eli kansallinen Kanta-serti ei paina "mitään" tietojärjestelmän viennissä ulkomaille.

Vastaus: Hyvää keskustelua, kiitos. Nyt voimaan tulevissa määräyksissä viitataan entistä enemmän suoraan kansainvälisiin standardeihin, joihin

toki monet vaatimuksistakin perustuvat myös tarkempien määritysten kautta. Lääkinnällisten laitteiden MDR-aiheet on huomioitu sekä menettelyissä että vaatimuksissa, vaikka niiden lähtökohta (potilasturvallisuus) poikkeaa asiakastietolain vaatimusten lähtökohdista. Merkittävä osa tietojärjestelmistä ei kuitenkaan ole lääkinällisiä laitteita. Pällekkäisyyksien välttämiseen erityisesti MDR-säätelyn kanssa on kiinnitetty erityistä huomiota. Esimerkiksi lääkinällisten laitteiden vaatimusten mukainen MDR-laaturjärjestelmä kelpaa "automaattisesti" myös asiakastietolain tämän vaatimuksen täyttämiseen. HTA taas pohjimmiltaan pyrkii arvioimaan ratkaisujen arvoa ja vaikuttavuutta, jonka tietenkin on rakennuttava säädöksistä nousevan vähimmäistason päälle.

Samat vaatimukset ja sama kansallisten vaatimusten järjestelmäomake on käytössä yhteistestauksessa, tietoturvallisuuden arvioinnissa ja järjestelmien rekisteröinnissä sen sijaan, että kuhunkin näistä pitäisi erikseen ja epäyhteensopivasti kuvata vaatimusten täyttymistä. Yleisissä kansainvälisissä malleissa ei tietenkään ole mahdollista huomioida esimerkiksi sitä, kuinka Kanta-palvelujen kautta toteutettavat asiat saadaan toimimaan varmasti ja turvallisesti Suomen toiminta- ja järjestelmäympäristössä, mutta olisi tärkeää olla vaikuttamassa myös kansainvälisiin standardeihin sen lisäksi että niiden hyödyntämistä vaatimuksissa on lisätty.

EU-säädösten kautta on todennäköisesti jatkossa tulossa vaatimusten harmonisointia joihinkin yhteentoimivuus-, tietoturva- ja lokitusasioihin. Ne tullaan aikanaan huomioimaan, kun esimerkiksi EHDS-säädösten toimeenpano EU-tasolla tarkentuu - Suomi on aktiivisesti mukana näiden vaatimusten ja menettelyjen kehittämisessä myös EU-tasolla, yhtenä tavoitteena välttää vastaavia pullonkauloja kuin MDR-arvioinneissa.