

AKUSTI-foorumin tiedonhankintamatka Iso-Britanniaan 2018

AKUSTI
Alueiden ja kuntien
sosiaali- ja terveydenhuollon
tietohallintoyhteistyöfoorumi

Helsinki 2018

Sisältö

Tiedonhankintamatkan tarkoitus ja tarve.....	3
1. päivä: Orientaatio NHS:ään Suomen suurlähetystössä	4
2. päivä: Lontoossa “Executive Leadership Summit” – HIMSS UK.....	5
3. päivä: Oxfordissa “Innovation and Digital Services” - NHS.....	6

Tiedonhankintamatkan tarkoitus ja tarve

AKUSTI-foorumin järjestyksessään kolmas tiedonhankintamatka suuntautui Iso-Britanniaan (11.-14.11.2018), jossa mielenkiinnon kohteina olivat muun muassa digitalisaation tuomat hyödyt, asiakasnäkökulman huomiointi ja terveydenhuoltojärjestelmä ylipäätään.

Ensimmäisen päivän vietimme orientoitumalla Iso-Britannian terveydenhuoltojärjestelmään vierailemalla Suomen suurlähetystössä. Toisena päivänä Lontoossa osallistuimme HIMSS UK:n järjestämään seminaariin ja kolmantena päivänä olimme Oxfordissa, jossa tutustuimme digipalveluiden kehittämiseen NHS:ssä.

Valokuvia matkan etenemisestä löydät tiedonhankintamatkan [albumista](#).



Mukana matkalla olivat Päivi Achte (THL), Kauko Hartikainen (Kuntaliitto), Markku Heinänenaho (STM), Pirjo Huttunen (Espoon kaupunki), Merja Ikäheimonen (Essote), Jani Jussila (AKUSTI), Elisa Kettunen (Kuntaliitto), Pirkko Kortekangas (UNA), Kari Luostarinen (Keski-Suomen liitto), Antti Mäkelä (Essote), Hanna Menna (AKUSTI), Tuire Mikkola (2M-IT), Juha Muinonen (Uudenmaan liitto), Tuula Ristimäki (Etelä-Pohjanmaan shp), Veijo Romppainen (Pohjois-Pohjanmaan shp), Minna Salakoski (Turun kaupunki), Marjaana Siirala (Turun kaupunki), Tanja Stormbom (VM), Timo Ukkola (AKUSTI) ja Kalevi Virta (Oulu Health).

Matkakertomuksen laatijoina ovat toimineet:

Jani Jussila, Hanna Menna, Timo Ukkola, Juha Muinonen, Marjaana Siirala, Minna Salakoski ja Elisa Kettunen.

1. päivä: Orientaatio NHS:ään Suomen suurlähetystössä

Suomen suurlähetystössä tapasimme Meria Heikelän Business Finlandista ja [Andrew Ruckin](#) Synsana:sta, joka piti meille [perehdytysluennon paikallisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta](#).

Yhdistyneen kuningaskunnan julkinen terveydenhuoltojärjestelmä NHS ([National Health Service](#)) on laaja organisaatio, joka on kansallisella tasolla jakautunut neljään osioon (England, Wales, Northern Ireland, Scotland). Eri osioiden tavat tehdä asioita eroavat suuresti toisistaan. Kustannukset terveydenhuollon osalta Englannin alueella (2015) olivat 130 miljardia puntaa ja palveluita tuottamassa lähes 54 miljoonalle asukkaalle oli yhteensä 1,2 miljoonaa työntekijää. Paikallisosastoja on pelkästään NHS England –alueella noin 150. NHS:n eri osat toimivat eri periaatteilla riippuen alueesta. Käytössä on sekä tilaaja-tuottajamallia että sopimusohjausta.

Perusterveydenhuolto toteutetaan GP (general practice) omalääkärimallilla. Sosiaalihoolto on Iso-Britanniassa kuntien vastuulla. Terveys huolto on rahoitettu kansallisesti ja asiakkaille täysin maksutonta (esim. laitoshoidon sosiaalihoollon puolen rahoitusta, ei mene terveydenhuollon puolelta, etuudet erikseen). Sosiaalihoolto on pääosin maksullista, ja tämä voi aiheuttaa ongelmia esim. kotiutustilanteissa. Kansalaisilla on oma NHS-tunnusnumero, jonka avulla tiedot kohdistetaan oikeaan henkilöön. Vastaavaa, kuten suomalaista Väestörekisterikeskuksen ylläpitämää henkilötunnusrekisteriä, ei ole Iso-Britanniassa käytettävissä.

Haasteita:

- Paikallistasolla on samoja ongelmia kuin Suomessa, erikoissairaanhoido vie liikaa rahaa, jolloin perusterveydenhuoltoon ei riitä riittävästi rahoitusta, rahoitus tulee valtionhallinnolta ja budjetit ylittyvät.
- Ikärakenne
- Hajautunut tuotanto, paljon erilaisia varsin itsenäisiä toimijoita.
- Kokonaisuuden koordinointi ja ohjaus hankalaa, sairaalat/GP:t/sosiaalihoolto erillisiä.
- Tietoturva ("[WannaCry](#)-kiristysohjelma" kerrottiin esimerkkinä NHS toiminnan lamaantumisesta)
- Uudenlaiset toimijat muuttavat toimintamalleja, kun perinteiset toimijat eivät pysy kehityksessä mukana. Esimerkkinä Babylon, joka tarjoaa virtuaalista lääkäripalvelua houkuttaa nuoria ja terveempiä asiakkaita, ja koetaan siksi vaikeampia asiakastapauksia hoitavien GPden näkökulmasta jonkinlaisena uhkana. Tämänkaltaisen asiakasohjautuminen on käynnistänyt keskustelun tarpeesta muuttaa palveluiden rahoitusmallia.
- Laajojen käyttöönottojen ja pilottien levittämisen osalta ei ole olemassa toimintamalleja tai vastuutahoja. Yhteistyö on vaikeaa jo toimijoiden määrästäkin johtuen. NHS Digitalin tehtävänä on koordinoita digitalisaatiostrategiaa.
- Yhtenäisten standardien puute.
- Rahoituksen tasapuolinen ohjaus eri toimijoille.
- Asiakkailla hyvin rajattu mahdollisuus saada omia terveystietoja.
- Uudet toimijat (kuten virtuaalista lääkäripalvelua tarjoava Babylon) nähdään sekä haasteina että mahdollisuuksina.

2. päivä: Lontoossa “Executive Leadership Summit” – HIMSS UK

Voit avata [13.11.2018 päivän ohjelman tästä](#). Esitykset avautuvat [kansista](#).

Britanniassa keskustelu tietojen liikkumisesta ja oikea-aikaisesta saatavuudesta kiteytyy ICT:n osalta siihen, että asiakas/potilas omistaa omat tietonsa ja kuljettaa niitä mukanaan mobiilissa. Asiakkailta on tälläkin hetkellä mahdollisuus saada omat tietonsa perusterveydenhuollon osalta itselleen osittain, mutta tätä ei kovinkaan paljon hyödynnetä eikä mahdollisuutta tunneta. Asia keskusteluttaa edelleen terveydenhuollon ammattilaisia. Nähtiin vahvasti, että ihminen itse voisi toimia tietojen yhdistelijänä ja jakajana hoitotilanteissa.

NHS:n ongelmana ovat edelleen suljetut järjestelmät. Pyritään kuitenkin eteenpäin avointen rajapintojen kautta ja toivotaan markkinoilta ratkaisuja. Mobiiliappien osalta NHS Digital on tuottanut toimintamallin, jolla appien kehittäjät saavat appinsa hyväksytyiksi Apps Libraryyn ja GP:t voivat niitä suositella asiakkailleen, NHS Digital tukee tässä. Mobiiliapplikaatioiden kehittämisen ja sertifiointin osalta Iso-Britannia vaikuttaa olevan kehityksessä Suomen edellä.

Britannian ongelmana on, että toimijoita on paljon, ne ovat hyvin itsenäisiä ja yhdistävää, esim. standardointeja edistävää rahoitusta ei juurikaan ole ollut, niiden levittämiseen ei ole rakenteita eikä velvoittavuutta. Itsenäiset toimijat kokevat olevansa kilpailijoita keskenään. Monessa kohtaa ollaan päädytty siihen, että koska hyviä käytäntöjä ja ratkaisuja ei kyetä levittämään, niin päädytään pilotoimaan uudestaan ja uudestaan.

Tietoturvallisuutta korostettiin ja tietoturvahkien osalta tulee ymmärtää laajasti koko terveydenhuollon toimijakenttä, ei vain “virallisia” terveydenhuollon ICT:n osia. Käyttäjät tulee nähdä osana tietoturvariskien hallintaa. Kyberturvallisuuden osalta nähtiin kehitettävää. Iso-Britanniassa siviiliviranomaiset eivät harjoittele kyberuhkien varalle, harjoittelua toteuttaa lähinnä puolustusvoimat. Kyberuhkiin reagoidaan niiden tapahtuttua, jolloin niistä toipuminen voi viedä kuukausia ja on kallista. Tohtori Saif Aded puhui puheenvuorossaan tarpeesta parantaa valmiuksia kyberuhkiin sekä lisätä ennakointia.

Päivän päätteeksi Michael Ekpe ja Simon Dixon Public Health Englandista kertoivat työtavasta, joilla palvelumuotoilun avulla asiakaslähtöisesti pyritään luomaan malleja, jolla asiakas pystytään ohjaamaan suoraan oikeille asiantuntijoille vain nopean yhteydensaannin sijaan. Alueellisina onnistumisina he toivat esiin mm. Lontoon digitaaliset mielenterveyspalvelut. Asiakkailta kerätään palautetta skaaloilla ja mitataan onnistumista. Kuulimme myös tärkeinä pidetyistä “productive healthy ageing” ja eläköityneiden tietotaidon hyödyntämisestä.

3. päivä: Oxfordissa “Innovation and Digital Services” - NHS

Voit avata [14.11.2018 päivän ohjelman tästä](#).

- Markku Heinäsenaho, “[The Reshaping of Finnish Healthcare](#)”
- Veijo Romppainen, “[The Future of Digitalization in Finnish hospitals – Case Oulu University Hospital](#)”
- Muiden esitykset löydät [kansiota](#).

Suomen ja Britannian haasteet ovat hyvin samanlaisia. Molemmissa maissa ikääntyneen väestön määrä on kasvava. Britit ovat sote-ICT:n kehittämisessä kokeneet kolme vaihetta, joista ensimmäisessä järjestelmiä kehitettiin itse. Itse kehitetyt järjestelmät myytiin yksityisille toimijoille ja päädyttiin vähitellen tilanteeseen, jossa kehittäminen ei vastannut tarpeita ja järjestelmätoimittajista ei päästy irti. Seurasi kansallisen IT-ohjelman aika (National Programme for IT), joka on nykyään tunnettu maailman tunnetuimpana IT-floppina. Opimme, että yhtenä syynä tälle olivat vahva valtionohjaus NHS Digitalin kautta (standardit, joita kehitettiin erosivat muiden maiden standardeista) sekä organisaatioiden liian vähäiset kyvykkyudet määritellä ja johtaa (ulkoistettua) kehittämistä. Yhteisen kehittämisen hyötyjä ei saavutettu paikallisten toimijoiden tasolla. Kolmas, tämänhetkinen vaihe, on edetä alhaalta ylöspäin kehittäen, hyödyntäen avoimia rajapintoja ja pyrkien hyödyntämään kansainvälisesti parhaita malleja ja järjestelmiä (best-of-breed).

Sosiaalihuollon digitaalisuus on vielä melko alkuvaiheessa, käytetään edelleen paljon paperista raportointia eikä yhteisiä tietorakenteita ole. Kunnat ovat vastuussa sosiaalihuollon palveluiden järjestämisestä, tuottajina yksityiset toimijat. Sosiaalihuollon palveluntarjoajat eivät ole ottaneet vielä paikallisesti saatavilla olevaakaan teknologiaa käyttöön. Ei voida velvoittaa palveluntuottajia ottamaan käyttöön.

Palvelumuotoilua hyödynnetään asiakasnäkökulman mukaan tuomiseen nykyisten palveluiden osalta. Tiedolla johtaminen, etämonitorointi ja yhteentoimivuus sekä integraatio myös täällä isoina tavoitteina. Haasteet ja ratkaisut näyttävät hyvin samoilta kuin Suomessa. Digitalisaation hyödyntämisen ja ihmisten sähköisten välineiden käytön tukemisen kautta pyritään vähentämään kontakteja itse terveydenhuollon palveluiden piiriin. Kehitetään omahoitopalveluja ja oirearvioita. Sähköiset palvelut ja vaatimustason kasvu (24/7) ovat asettaneet perinteisen omalääkärimallin (GP) muutosten eteen – ennuste on mennä yksittäisistä ammatinharjoittajista kohti usean lääkäriasemian. Yhä enemmän tehdään etänä / itse. Keskusteluissa nousi esiin myös Suomen tapa ohjata digitalisaatiokehitystä lainsäädännön kautta (esim. Velvoite liittyä Kanta-palveluihin), jota kommenttien perusteella pidettiin erittäin vieraana ajatuksena Iso-Britanniassa.

Sosiaali- ja terveysministeri [Matt Hancockin](#) nimi nousi matkan aikana useita kertoja esiin. Häntä pidetään dynaamisena kehittäjänä ja tiennäyttäjänä, joka on tuonut johtamisellaan uutta vauhtia terveyden- ja sosiaalihuollon digitalisaation kehittämiseen. Päivän päätteeksi suomalaiset esiintyjät saivat pinkit sukat, jotka liittyvät pinksock -liikkeeseen, jossa terveysteknologian toimijat jakavat pinkkejä sukkia puhujille eri yhteyksissä. Pinkit sukat voi antaa vain henkilö, jolla on jo itsellään pinkit sukat, Suomesta pinkit sukat saivat siis Pirkko, Markku, Veijo ja Tanja. ([Twitter #pinksocks](#)).