APOTTI-hanke

Hankesuunnitelma

SISÄLLYSLUETTELO

tiivistelmä 5

1 Johdanto 6

1.1 Hankkeen toimijat 7

2 Hankkeen yleiskatsaus 7

2.1 Hankkeen tausta 7

2.1.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistarpeita 9

2.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehittämistarpeita 9

2.2 Hankkeen tavoitteet ja hyödyt 10

2.2.1 Nykytila 10

2.2.2 Hankkeen tavoitteet 13

2.2.3 Tavoitetila 14

2.2.4 Hankinnan strategiset tavoitteet 17

2.2.5 Hankinnalle asetetut tavoitteet 18

2.2.6 Esimerkkejä tavoitteiden mukaisen järjestelmän tarjoamista hyödyistä 19

2.3 Lainsäädännön asettamat vaatimukset 21

2.4 Hankkeen arkkitehtuurityön lähtökohdat 21

2.4.1 Noudatettavat linjaukset, käytettävät ohjeet ja kuvaukset 21

2.4.2 Tuotettavat arkkitehtuurikuvaukset tavoitetilaa varten 24

2.4.3 Hankkeen arkkitehtuurisuunnittelussa huomioon otettavat asiat 24

2.4.4 Arkkitehtuurityön tarkastelunäkökulmat ja painopisteet 25

2.5 Hankkeen sidosryhmät 25

2.6 Hankkeen riippuvuudet 25

2.7 Hankkeen onnistumisen kriteerit 26

3 Hankkeen toteutussuunnitelma 26

3.1 Hankkeen laajuus 26

3.2 Hankkeen ylätason vaiheistus ja ositus tehtäväkokonaisuuksiin 28

4 Toimittajapolitiikka, hankinnat, toimittajien hallinta, sopimukset 31

4.1 Toimittajat ja toimittajien hallinta 31

4.2 Järjestelmäkokonaisuuden hankintapa 31

5 Kustannukset ... 32
5.1 Hankkeen kokonaiskustannukset ja kustannushyödyn seuranta ... 32
5.2 Hankkeen kustannusten jako ... 33

6 Organisaatio, roolit, vastuut ja hallinto ... 34
6.1 Hankkeen organisaatio ja johtamiskäytännöt ... 34
6.1.1 Hankkeen resurssitarpeet ja -suunnitelma ... 36
6.1.2 Osaprojektien käynnistys ja seuranta ... 37
6.1.3 Raportointi ja eskalointi ... 37
6.2 Viestintä, tiedotus ja sidosryhmien hallinta ... 38
6.3 Riippuvuudet ja niiden hallinta ... 38
6.4 Hankkeen muutoshallinta ... 39
6.5 Riskienhallinta ... 39
6.6 Ratkaistavien asioiden hallinta ... 40

7 Toiminnan kehitys ja Toiminnan / Linjaorganisaation muutosjohtaminen ... 40

8 Hankkeen työkalut, menetelmät, tuotosten hallinta ... 40
8.1 Menetelmät, työkalut ja dokumenttipohjat ... 40
8.2 Tuotosten ja dokumenttien hallinta ... 41
8.3 Tilat, infrastruktuuri ja tukipalvelut ... 41

9 Laadunhallinta, sisäiset katselmoinnit, tuotosten hyväksyminen ... 41

10 Koulutussuunnitelma ja hankkeen resurssien kouluttaminen ... 42

11 Siirtymissuunnitelma ylläpitoon/jatkuviin palveluihin ... 42

12 Hankkeen päättämissuunnitelma ... 42

LIITTEET: ... 43

LIITE 1: LAINSÄÄDÄNNÖN ASETTAMAT VAATIMUKSET ... 44

VERSIOHISTORIA

31.8.2012	1.0	Ohjausryhmän käsittely	Hanketoimisto
18.9.2012	1.1	Päivitetty luku 3.1.8 Toimintamallien määrittely ja täydennetty lukua 6.1	Hanketoimisto
20.9.2012	2.0	Ohjausryhmän käsittely ja hyväksyntä	
29.11.2012	2.1	Päivitetty tiivistelmää ja lukuja 2.2.1, 2.2.2, 2.4.2, 2.8, 3.1.7, 6.6	Hanketoimisto
5.12.2012	3.0	Ohjausryhmän käsittely ja hyväksyntä	
21.5.2013	4.0	Ohjausryhmän käsittely ja hyväksyntä	

TIIVISTELMÄ

Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuudet liittyvät toisiinsa entistä enemmän. Yhteistyötä ja toimintamallien yhtenäistämistä on tehty muun muassa sopimalla yhteistyömalleja ja hoitoketjuja. Nykyiset tietojärjestelmät eivät riittävästi tue tätä tavoitetta. Ne eivät esimerkiksi mahdollista yhteisten palveluprosessien toteutumisen seurantaa.

Kuntien ja HUS:n APOTTI- (**A**siakas- ja **pot**ilas**ti**etojärjestelmä) hankekokonaisuus (2012–2017) muodostuu toiminnan ja palvelujen kehittämis- ja muutoshankkeesta sekä sitä tukevan korkeatasoisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmäpalvelun hankinnasta ja käyttöönotosta.

Hanketta varten on yhteistyösopimuksella perustettu kuntien (Helsinki, Vantaa, Kirkkonummi, Kerava ja Kauniainen), HUS:n ja KL-Kuntahankinnat Oy:n hankintarengas. Ylintä päätösvaltaa hankkeessa edustavat näiden kuntien ja HUS:n päätöksentekoelimet (esim. lautakunnat, kaupunginhallitukset). Hankkeen **ohjausryhmä** vastaa hankkeen ohjauksesta ja päätöksenteosta. Muuten hankeorganisaatioon kuuluvat työvaliokunta ja hanketoimisto sekä muutosryhmä, joka vastaa toiminnan kehittämisestä. Asiakas- ja potilastietojärjestelmäpalvelua hallinnoidaan, hyödynnetään ja kehitetään keskitetysti yhdessä sovittujen tavoitteiden mukaisesti.

Hankkeen ylätason tavoitteita ovat yhtenäiset toimintatavat, kustannustehokas ja laadukas toiminta, tiedolla johtaminen ja tiedon hyödyntäminen, asiakaslähtöinen toiminta, tyytyväiset käyttäjät ja uudet innovatiiviset toimintatavat. Tavoitteiden toteutumisen seurantaa varten kehitetään mittarit.

Hankkeen taloudelliset hyödyt muodostuvat toimintatapojen muutoksesta ja käytössä olevan tiedon nykyistä tehokkaammasta hyödyntämisestä sekä näiden myötä parantuneesta laadusta sekä toiminta- ja palveluprosessien tehostumisesta. Kustannushyötyjä muodostuu myös tietotekniikan hallinnan ja ylläpidon päällekkäisten kustannusten vähenemisestä. Alustavan kustannushyötyanalyysin mukaan uuden järjestelmän takaisinmaksuajaksi muodostuu 6–8 vuotta.

Yhteisiä toimintatapoja tukeva asiakas- ja potilastietojärjestelmä mahdollistaa osaltaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaslähtöisten toimintatapojen ja prosessien uudistamisen; asiakkaan ja potilaan oman aktiivisen osallistumisen lisäämällä merkittävästi sähköistä asiointia ja palveluja; hoito- ja hoivakokonaisuuksien tiedolla johtamisen; nykyistä paremman asiakas- ja potilasturvallisuuden ja laadun; palvelujen tuottavuuden ja kustannustehokkuuden parantamisen; epidemiologisen, kansanterveydellisen

ja tutkimuksellisen tiedon keräämisen ja hyötykäytön sekä niihin liittyvien rekisterien ylläpidon; laajennettavuuden ja sellaiset avoimet rajapinnat, joiden avulla liitytään sujuvasti muihin käytössä oleviin ja tuleviin, myös kolmansien osapuolien, tietojärjestelmiin ja palveluihin. Lisäksi järjestelmä on käyttäjäystävällinen.

1 JOHDANTO

Tämä dokumentti on APOTTI-hankkeen hankesuunnitelma. Se on laadittu ohjaamaan hankkeen valmistelu-, suunnittelu-, toimeenpano- ja päättämisvaiheen päätöksentekoa ja työskentelyä. Hankesuunnitelmaa täydentäviä erillisiä dokumentteja ovat esimerkiksi viestintäsuunnitelma, riskianalyysit, hankintastrategia, kustannushyötyanalyysit ja päävaiheistuksen pohjalta osaprojekteista erikseen laadittavat projektisuunnitelmat. Hanke- ja projektinhallinnan menetelmät on kuvattu tarkemmin hanke- ja projektikäsikirjassa.

Tavoitteena olevan toiminnan ja palvelujen muutoksen suunnittelu ja toteuttaminen täsmentyvät hankkeen aikana. Samoin hankittava asiakas- ja potilastietojärjestelmä vaikuttaa esimerkiksi toiminta-arkkitehtuuriin sekä tieto- ja tietojärjestelmäarkkitehtuuriin. Tämän vuoksi monet hankesuunnitelmassa mainitut asiat tulevat ratkaistaviksi vasta hankkeen edetessä ja hankesuunnitelman sisältö täsmentyy hankkeen aikana. Hankittavan järjestelmän perusmäärittelyt ovat kuitenkin käytössä neuvotteluvaiheen käynnistyessä ja hankinnan edetessä määrittelyt täsmentyvät.

Mikäli hankkeen aikana tunnistetaan vaihtoehtoisia ratkaisu- tai etenemismalleja, ne käsitellään hankehallintamallin mukaisesti osana hankkeen suunnittelua tai muutoshallintaa.

Hankesuunnitelmassa esitetyt asiat perustuvat hankkeessa mukana olevien kuntien ja HUS:n väliseen yhteistyösopimukseen hankintarenkaasta; valmistelun yhteydessä tehtyyn tarkentavaan työhön, kuten kustannushyöty- ja riskianalyysiin; yleisiin tietojärjestelmien kokonaisarkkitehtuuriperiaatteisiin sekä hanketoimiston asiantuntijoiden ja muiden hankeen valmistelussa mukana olleiden asiantuntijoiden hankkimaan tietoon ja näkemykseen. Lisäksi hankkeen valmistelun aikana on laajasti perehdytty Euroopassa ja Yhdysvalloissa käytettyihin järjestelmiin sekä kilpailutusprosesseihin sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmien tuella tehtyihin toiminnan kehittämishankkeisiin.

Hankesuunnitelmassa käytetään käsitettä asiakas- ja potilastietojärjestelmä kuvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuutta, joka käsittää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tietojärjestelmät. Tavoitteena on, että tietojärjestelmä perustuu yhteisen loogisen tietokannan käyttöön.

Hankesuunnitelmaa ylläpitää hankeryhmä hankejohtajan johdolla ja sen hyväksyy hankkeen ohjausryhmä. Koska kyseessä on täydentyvä, tarkentuva ja päivittyvä suunnitelma, merkitään kulloinkin käytössä oleva ohjausryhmän käsittelemä hankesuunnitelman versio merkinnällä ”ohjausryhmän käsittelemä versio”.

1.1 Hankkeen toimijat

APOTTI on yhteistyöhanke. Siinä ovat mukana hankintayksikköinä Helsinki, Vantaa, Kirkkonummi, Kerava, Kauniainen ja HUS sekä KL-Kuntahankinnat Oy. KL-Kuntahankinnat Oy:n osalta hankinta on suunniteltu toteutettavan puitejärjestelynä, mikä mahdollistaa myös muiden HUS-alueen kuntien liittymisen hankintaan. Asiakas- ja potilastietojärjestelmää tullaan hallinnoimaan, hyödyntämään ja kehittämään keskitetysti yhdessä sovittujen tavoitteiden mukaisesti.

2 HANKKEEN YLEISKATSAUS

2.1 Hankkeen tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos on yhdistämässä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon prosesseja nykyistä tiiviimmäksi kokonaisuudeksi. Yhä useammin asiakkaiden ja potilaiden hoitoketjut jatkuvat sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut liittyvät toisiinsa usein tiiviisti. Näin on erityisesti vanhustenhuollossa, mielenterveys-, päihde- sekä vammaispalveluissa ja kehitysvammahuollossa. Palveluketjuja tulee integroida ja toimintatapoja ja palveluita on uusittava vastaamaan sekä nykyisiin että tuleviin haasteisiin. Potilasta ja asiakasta palveltaessa tarvitaan häntä koskevat hyvinvointi-, sairaus- ja asiakastiedot ajantasaisina ja helposti saavutettavina hallinnollisista rajoista riippumatta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on järjestetty toisistaan poikkeavalla tavalla kunnasta ja organisaatioista riippuen. Hankintarenkaan toimijoilla on käytössä useita eri asiakas- ja potilastietojärjestelmiä eivätkä asiakkaan hoitoa ja palveluja ja toiminnan ohjausta koskevat tiedot siirry sujuvasti järjestelmien välillä. Sosiaalihuolto ja terveydenhuolto ovat omat erilliset rekisterinpitäjänsä. Lainsäädäntö rajoittaa monilta osin tietojen käyttöä rekisterinpitäjien välillä eri käyttötarkoituksiin ilman rekisteröidyltä saatua nimenomaista suostumusta.

Terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011. Lain 9 §:ssä säädetään, että sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat yhteisen terveydenhuollon potilastietorekisterin. Tämä yhteinen potilastietorekisteri käsittää

kaikki kunnallisten toimintayksiköiden asiakirjat niiden laatimisajankohdasta ja tallennustavasta riippumatta. Säännöksen perusteella voidaan varmistaa hyvän hoidon edellytyksenä olevien potilastietojen saatavuus sairaanhoitopiirin alueella aikaisempaa paremmin. Terveydenhuoltolain 9 §:n 5 momentin mukaan sairaanhoitopiiri vastaa alueellaan potilastietorekisterin toteutuksen ja käytön edellyttämistä koordinointitehtävistä. Nykyiset tietojärjestelmät eivät tue tämän uuden lainsäädännön mahdollistamaa tietojen yhteiskäyttöä.

Sosiaalihuollossa sen sijaan muodostuu jokaisessa kunnassa erillisiä henkilörekistereitä sosiaalihuollon lainsäädännössä säädettyjen eri tehtävien hoidossa (esimerkiksi toimeentulotukiasioiden hoitamisessa, lastensuojelulaissa säädettyjen tehtävien hoitamisessa, kasvatus- ja perheneuvonnassa yms.)

Yhtenä toiminnan kehittämisen painopistealueena ovat sähköiset palvelut. Tällä hetkellä käytössä olevat tietojärjestelmät eivät riittävällä tavalla tue sähköisiä palveluja, omahoitoa ja työntekijän sekä asiakkaan/potilaan välistä tietoturvallista sähköistä kommunikointia. Ne ovat kuitenkin välttämättömiä muun muassa asiakastyytyväisyyden ja tuottavuuden parantamisen näkökulmasta.

Hankintarenkaan toimijat ovat hankkineet nykyiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät pääasiassa lisenssisopimuksilla. Järjestelmät on sovitettu kunkin kunnan ja organisaation toimintaa, prosesseja, käsitteistöä, organisaatiota ja palvelurakennetta vastaavaksi. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka eri kunnissa tai organisaatioissa käytössä oleva järjestelmä olisi sama, sen ominaisuudet ja hallintamallit sopimuskausineen ovat erilaiset. Tilanne ei edesauta järjestelmien yhteiskäyttöä, yhteistä kehittämistä eikä toimijoiden yhteisen strategisen kokonaisnäkemyksen toteutumista.

Tietojärjestelmien käytöstä on tullut keskeinen osa henkilökunnan työtä. Työskentelyn tehokkuuteen vaikuttaa keskeisesti se, miten oleellinen tieto löytyy tietojärjestelmästä ja miten se on siihen kirjattavissa. Esimerkiksi lääkäriltä voi kulua yli puolet ajanvarauspotilaalle varatusta ajasta tietokoneen käyttöön. Tämä aika käytetään muun muassa potilaan tietojen poimimiseen, esitietojen ja tutkimustulosten katseluun, kliinisen tutkimuksen tulosten kirjaamiseen, tutkimusmääräysten tekoon, reseptin laatimiseen ja käyntiyhteenvedon kirjaamiseen. Tämän toiminnan sujuvoittaminen vapauttaa aikaa välittömään potilastyöhön.

Hankintarenkaassa mukana olevien kuntien yhteenlaskettu asukasmäärä on noin 880 000 henkilöä. Asukasmäärä nousee yli 1,5 miljoonaan, jos myös muut HUS-alueen kunnat liittyvät myöhemmässä vaiheessa hankkeeseen. HUS:n palvelut kohdistuvat koko 1,5 miljoonan asukkaan väestölle. Hankittavan järjestelmän käyttäjiä tulee olemaan arviolta noin 45 000. Suurin osa käyttäjistä on erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa on molemmissa arviolta noin 6 000–7 000 käyttäjää. Loput käyttäjistä toimivat muun muassa hammashuollossa ja ostopalveluissa. Järjestelmällä voi olla jopa 20 000 yhtäaikaista käyttäjää kiireisimpinä aikoina. Mikäli HUS-alueen muut kunnat liittyvät

käyttäjiksi, arvioidaan käyttäjämäärän nousevan noin 5 500:lla ja yhtäaikaisten käyttäjien 2 600:lla. Alueella toimii 40 sairaalaa. Lisäksi terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelupisteitä on yhteensä reilut 80.

2.1.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistarpeita

Haasteita nyt ja tulevaisuudessa

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat Suomessa alueellisesti jakautuneita, toimintatavat ovat epäyhtenäisiä ja väestön hyvinvointi- ja terveyserot kasvavat. Väestön ikääntyminen ja siitä johtuva eläköityminen lisää sekä suhteellista että määrällistä henkilöstövajetta, joka jo tällä hetkellä vaarantaa palveluiden saatavuutta reuna-alueilla, mutta yhä enenevästi myös kasvukeskuksissa. Ikääntyminen yhdessä terveydenhuollon hoitokeinojen kallistumisen ja monipuolistumisen myötä tuottaa jatkuvasti kasvavia kustannuspaineita kuntataloudelle. Merkittävällä määrällä on diagnostisoimaton hoitoa ja seurantaa vaativa krooninen sairaus, esimerkiksi arviolta noin puolet aikuistyypin diabeetikoista on diagnostisoimatta. Palvelut painottuvat korjaaviin palveluihin ennaltaehkäisyn sijasta. Erityisenä ongelmana on heikko tiedon liikkuvuus sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköstä toiseen, mikä voi pahimmillaan vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuuden. Asiakas- ja potilastiedon liikkuvuuden tarve korostuu laajenevan hoitopaikan valinnanvapauden myötä.

Kehittämistarpeita

Tuottavuutta on pystyttävä kasvattamaan, jotta voitaisiin taata laadukkaat palvelut jatkossa vähenevillä henkilöstöresursseilla. Laatua ja kustannustehokkuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta on parannettava kaikilla toiminnan tasoilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon ydinprosessien on oltava yhteisesti sovittuja, niiden on toimittava saumattomasti ja niiden tulee olla integroituja toisiinsa. Prosessien tulee parantaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ennaltaehkäisyä, varhaista tunnistamista sekä itse- ja omahoitoa. Tiedon on liikuttava joustavasti asiakkaan ja potilaan mukana.

2.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehittämistarpeita

Asiakas- ja potilastietojärjestelmän kehitystä ohjaamaan on luotava yhteinen toiminnan prosesseihin ja palveluihin perustuva sekä niiden kehittämisen mahdollistava tietojärjestelmä-, teknologia- ja tietoarkkitehtuuri sekä pidemmän aikavälin yhteinen visio ja strategia. Kokonaisuuden hahmotus tarvitaan, jotta ymmärretään, milloin voidaan käyttää jo olemassa olevia tietojärjestelmiä ja milloin on tarve kehittää tai hankkia uusia tietojärjestelmäratkaisuja.

Kunta- ja kuntayhtymätasoisesta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmästä on luotava integroitu kokonaisuus, jossa tiedot siirtyvät ja päivittyvät saumattomasti eri toimintojen välillä. Järjestelmien on pystyttävä keskustelemaan muiden ulkoisten tietojärjestelmien kanssa selkeiden rajapintojen yli (esim. KanTa- ja KanSa-palvelut).

Tietojen eräajotyyppisistä massasiirroista eri asiakas- ja potilastietojärjestelmien ja palvelujen välillä on pyrittävä eroon. Kokonaisuutta on rakennettava siten, että järjestelmät ja palvelut hakevat toisiltaan tietoja tarvittaessa mahdollisimman reaaliaikaisesti. Näin vältytään päivitysongelmilta, mutta myös suojataan tietojen luottamuksellisuutta.

Tietojärjestelmien tulee olla joustavia, käyttäjäystävällisiä ja tukea kehittyviä palveluprosesseja. Lisäksi niiden tulee mahdollistaa erilaisten päätelaitteiden käyttö, esimerkiksi tietojen kirjaaminen mobiililaitteella.

Tietojärjestelmien tulee olla käytettävissä kriittisissä toiminnoissa ympäri vuorokauden ja viikon jokaisena päivänä (24/7-palvelu).

Henkilöstölle on tarjottava keskitettyä käyttötukea, jotka on jatkossa oltava saatavissa yhdestä kontaktipisteestä ympärivuorokautisesti.

2.2 Hankkeen tavoitteet ja hyödyt

2.2.1 Nykytila

Nykyinen toimintamalli

HUS:lla ja HUS-alueen kunnilla on pitkät perinteet yhteisten toimintatapojen ja työnjaon kehittämisestä. Yhteistyönä on vuosien saatossa luotu merkittävä määrä yhteisiä hoitoketjuja. Ne ovat kattaneet pääasiassa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sairausryhmäkohtaisia hoitoketjuja. Hoitoketjujen käyttöönotto on tapahtunut vaihtelevasti. Toisaalta niiden käytön laajuudesta on vaikea saada kattavaa tai edes viitteellistä tietoa, koska mittarit ovat pääosin manuaalisen tietojenkeräyksen varassa eivätkä tietojärjestelmät tuota tietoa yksittäisen hoitoketjun toteutumisesta.

Sosiaalihuollon osuus hoitoketjuissa on ollut vähäisempi vaikka sen tehtävät esimerkiksi päihdehoidossa ja vanhustenhuollossa ovat suuret ja yhteistoimintaverkostot laajat. Esimerkiksi vanhuspalveluketju kattaa toimijoita terveysasemilta, kotihoidosta, omaishoidon tuesta, palvelutaloista ja vanhainkodeista, päivystyksistä, sairaaloista jne. Yhteisiä toimintatapoja ja palveluketjuja on kehitetty mutta asiakkaan ja potilaan kannalta eri toimijoiden palvelut ilmenevät hajaantuneina. Esimerkiksi samasta potilaasta tai asiakkaasta saattaa

olla useita hoito- ja palvelusuunnitelmia, josta eri toimijat eivät ole tietoisia. Tiedon siirtyminen ja yhteisten toimintatapojen tiedon hyötykäyttöön perustuva toiminnan ohjaaminen korostuvat monitoimijaympäristössä.

Kunnilla ja kuntayhtymillä on käytössään useita eri asiakas- ja potilastietojärjestelmiä, jotka ovat elinkaarensa eri vaiheissa. Kukin toimija hallinnoi niitä erikseen lukuun ottamatta Navitas-aluetietojärjestelmää. Eri tietojärjestelmien välinen tiedon välitys perustuu pääasiassa sanomapohjaiseen tiedonsiirtoon. Kaikkien eri tietojärjestelmien välille ei ole edes kyetty toteuttamaan liittymiä tai tiedonsiirtoa, eikä niiden välillä ole toimivaa asiakkaan tai potilaan suostumuksenhallintaa. Eri asiakas- ja potilasjärjestelmien käyttöliittymät ja samojenkin tietojärjestelmien käyttötavat vaihtelevat. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät ovat toisistaan erilliset, vaikka molemmilla toimialoilla olisikin käytössä sama järjestelmä. Henkilöstön siirtyessä toisen kunnan tai kuntayhtymän palvelukseen tarvitaan aina perehdytys ja koulutus käytössä oleviin tietojärjestelmiin ja niissä käytettävään tietosisältöön. Myös lainsäädäntö on johtanut hajanaiseen tilanteeseen ja erillisrekisteriratkaisuihin ja niiden hajautettuun hallinnointiin.

Nykyisessä markkinatilanteessa kehitys on tapahtunut pääasiassa asiakkaiden tilausten perusteella ja riippuvuus järjestelmäntoimittajasta on suuri. Tilatut ja esitetyt kehittämistarpeet ovat pääosin toteutuneet hitaasti ja vaatineet tilaajalta huomattavaa osallistumista ja tilaajan ammattiosaamisen hyödyntämistä.

Järjestelmien toiminnallisuudet ovat kankeita ja ne ovat monin osin hankalasti käytettäviä. Vasteajat vaihtelevat järjestelmien välillä ja eikä käyttäjätyytyväisyys ole hyvä. Tietokannoissa olevaa tietoa ei pystytä juurikaan hyödyntämään yhteisesti eivätkä järjestelmät tue työprosessien ohjausta ja seurantaa. Etenkin sairaaloissa on lukuisia erillisjärjestelmiä, joiden välillä tieto siirtyy vaillinaisesti tai ei ollenkaan. Asiakas- ja potilastietojen lisäksi tarvitaan yhteistä organisaatioiden toimintaan liittyvää tietoa toiminnan ohjausta, seurantaa ja kehittämistä varten. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi laatumittaustiedot, ajanvaraustiedot, tiedot resursseista ja niiden kohdentumisesta, hoiva- ja hoitopaikkojen täyttöasteesta, jonotusajoista ja hoiva- ja hoitotakuun toteutumisesta. Edellä mainittuja tietoja ei nykyisistä järjestelmistä saa riittävän kattavasti.

Asiakkaiden ja potilaiden siirtyessä organisaatioiden rajojen yli eivät heidän tietonsa ole tarpeellisella tavalla käytettävissä. Esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lähetteeseen tai palautteeseen ei voi liittää kuva-aineistoa tai signaalipohjaista tietoa. Tietoturvallista viestinvälitystä tai sähköpostia ei yleisesti ole käytettävissä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Laboratoriotoiminnot ja kuvantaminen ovat yhteisiä, mutta niiden vastausten ja lausuntojen välityksessä perusjärjestelmiin on merkittäviä eroja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Käytännössä huono tiedon kulku aiheuttaa sen, että asiakkaasta tai potilaasta ei ole sitä tarpeellista tietoa, jota kussakin hoitotilanteessa tarvittaisiin. Esimerkiksi päihdepotilaan asioidessa eri hoitopaikoissa kuten terveysasemalla, A-klinikalla, sairaalan päivystyksessä tai laitoskuntoutuksessa, ei hoitohenkilökunnalla ole mahdollisuutta nähdä päihdeongelmaisen saamien palvelujen laajuutta ja sisältöä. Tämä olisi kuitenkin tärkeää hoidon sujuvuuden ja kokonaisuuden kannalta muun muassa mahdollisten päällekkäisten tutkimusten, hoitojen ja lääkitysten välttämiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä hoito- ja hoivaketjuissa asiakkaan tiedot ovat osittain terveydenhuollon rekisterissä ja osittain sosiaalihuollon rekisterissä. Tietojen sijaitessa yhteisessä järjestelmäkokonaisuudessa, niiden tarpeen mukainen hyödyntäminen asiakkaan ja potilaan luvalla toisi merkittävää hyötyä hoito- ja palvelutapahtumaan.

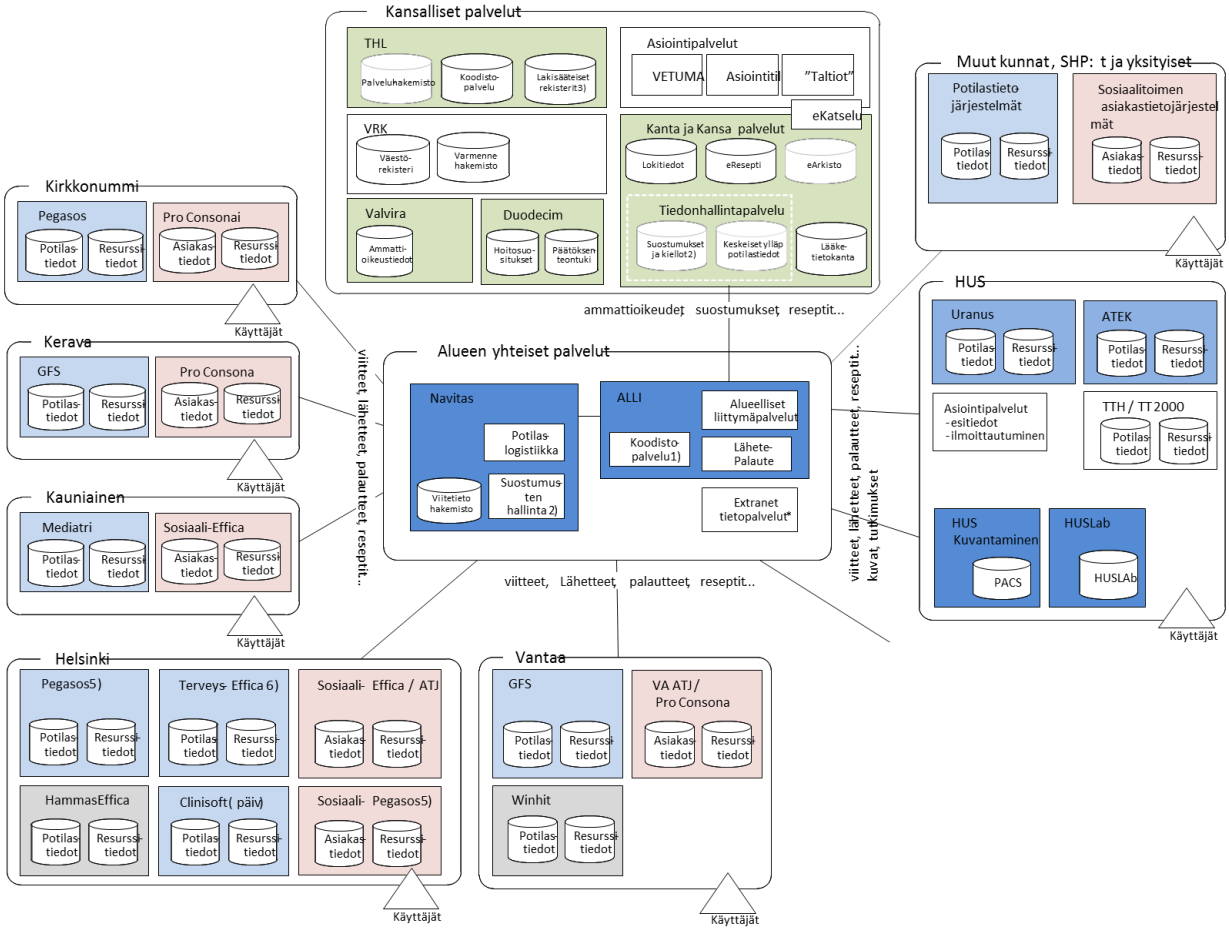
Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollossa on vähän mahdollisuuksia sähköiseen asiointiin ja sähköisten palvelujen käyttämiseen.

Nykytilan tietojärjestelmät ja tekninen ympäristö

Eri asiakas- ja potilastietojärjestelmien kirjo on HUS:n alueella erittäin laaja. Lähes kaikki kotimaisilla markkinoilla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan asiakas- ja potilastietojärjestelmät ovat edustettuina kunnissa ja kuntayhtymissä. Osan kuntien ja kuntayhtymien tietojärjestelmästrategia on perustunut hyvin pitkälti ”Best of Breed”-periaatteeseen (’Paras luokassaan’) ja se on johtanut osaltaan myös tietoteknisesti erittäin hajautuneeseen ympäristöön. HUS:n alueella on tästä johtuen käytössä yli 200 eri potilastietoa käsittelevää tietojärjestelmää.

Eri tietojärjestelmien välistä yhteentoimivuutta on pyritty lisäämään ja ratkaisemaan tietojen siirrolla ja erilaisilla muilla integraatioilla. Käyttäjien kannalta tietojärjestelmiin kirjautumista ja käyttäjätunnusten hallintaa on pyritty helpottamaan kertakirjautumistekniikoilla, mutta niiden osalta on rajoitteita johtuen eri tietojärjestelmien teknisistä ratkaisuista.

Kunnat ja kuntayhtymät ovat pyrkineet integroimaan lukuisia sirpaleisia tietotekniikan palvelujaan (sovellukset, palvelimet, verkko, help desk). Tämä on asettanut suuria haasteita palvelujen käytettävyyden varmistamiseksi. Kaikilla on oma toimijakohtainen tietoverkkonsa toteutettuna erityyppisin ratkaisuin ja suojauksin, mikä hankaloittaa tietojärjestelmien yhteiskäyttöisyyttä yli organisaatiorajojen.



Kuva 1. Hankintarenkaan asiakas- ja potilastietojärjestelmien arkkitehtuurin nykytila

2.2.2 Hankkeen tavoitteet

Hankkeen ohjausryhmä on hyväksynyt hankkeen ylätason tavoitteiksi:

1. Yhtenäiset toimintatavat
2. Kustannustehokas ja laadukas toiminta
3. Tiedolla johtaminen ja tiedon hyödyntäminen
4. Asiakaslähtöinen toiminta
5. Tyytyväiset käyttäjät

6. Uudet innovatiiviset toimintatavat

Hankkeen muutosryhmä jatkaa kunkin tavoitteen purkamista alatavoitteiksi. Niiden saavuttamiseksi perustetaan yhteisesti sovittuja toiminnan kehittämisen projekteja. Tavoitteiden toteutumisen seurantaa varten kehitetään mittarit.

2.2.3 Tavoitetila

Hankkeen päätyttyä kunnilla ja kuntayhtymillä on nykyistä yhtenäisemmät sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintamallit ja ydintoimintaprosessit. Ne perustuvat yhdessä sovittuihin, hyviksi havaittuihin ja todennettuihin hyvinvointia ja terveyttä edistäviin toimintatapoihin. Toimintaa uudistetaan yhteisten asiakas- ja potilaslähtöisten tavoitteiden ja niiden saavuttamiseksi yhdessä sovittujen toimintatapojen avulla. Asiakas- ja potilasturvallisuus, laatu, tuottavuus ja kustannustehokkuus ovat hyvällä tasolla. Käytössä on kansainvälisesti korkeatasoinen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmä. Se vastaa nykyisiin ja tulevaisuuden toiminnan tarpeisiin ja tuottaa toiminnassa ja sen kehittämisessä tarvittavat tiedot ja toiminnallisuudet. Lisäksi se tukee hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä asiakkaan ja potilaan omaa osallistumista. Uusi asiakas- ja potilastietojärjestelmä on käyttäjäystävällinen, joustava ja tukee hyväksi todettujen toimintatapojen toteuttamista. Järjestelmäpalvelun toimittaja tekee jatkuvaa tilaajaa hyödyttävää ja myös tilaajasta riippumatonta asiakas- ja potilastietojärjestelmän kehittämistä.

Kuvassa 2 esitetään keskeisiä toiminnallisuuksia uuden sukupolven asiakas- ja potilastietojärjestelmälle.

Kuva 2. Uuden sukupolven asiakas- ja potilastietojärjestelmän keskeisiä toiminnallisuuksia

Kuvan keskellä keltaisessa ympyrässä on kaikille yhteisiä tietojärjestelmän toiminnallisuuksia, jotka kattavat keskeisen asiakas- ja potilastietojen käsittelyn ja toiminnan ohjauksen. Näitä hyödynnetään monien eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisessa.

Järjestelmää täydennetään sellaisilla erityistoiminnallisuuksilla, jotka eivät tule katetuksi kaikille yhteisillä toiminnallisuuksilla, kuten tehohoito, synnytys ja maksatus sekä laskutus. Lisäksi järjestelmän tulee sisältää sellaiset standardit avoimet palvelurajapinnat, joiden avulla liitytään sujuvasti muihin käytössä oleviin ja tuleviin tietojärjestelmiin. Tällainen järjestelmä mahdollistaa monipuolisen toiminnan tukemisen ja helpon laajennettavuuden.

Tietojen tulee olla käytettävissä mahdollisimman saumattomasti järjestelmän sisällä. Tiedon välityksessä olevat puutteellisuudet esimerkiksi lääkehoidossa voivat aiheuttaa merkittäviä hoitovirheitä ja vaaratilanteita asiakkaalle ja potilaille. Tietojärjestelmän tulee myös kyetä liittymään kansallisiin palveluihin.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmää hallinnoidaan, hyödynnetään ja kehitetään keskitetysti yhdessä sovittujen tavoitteiden mukaisesti.

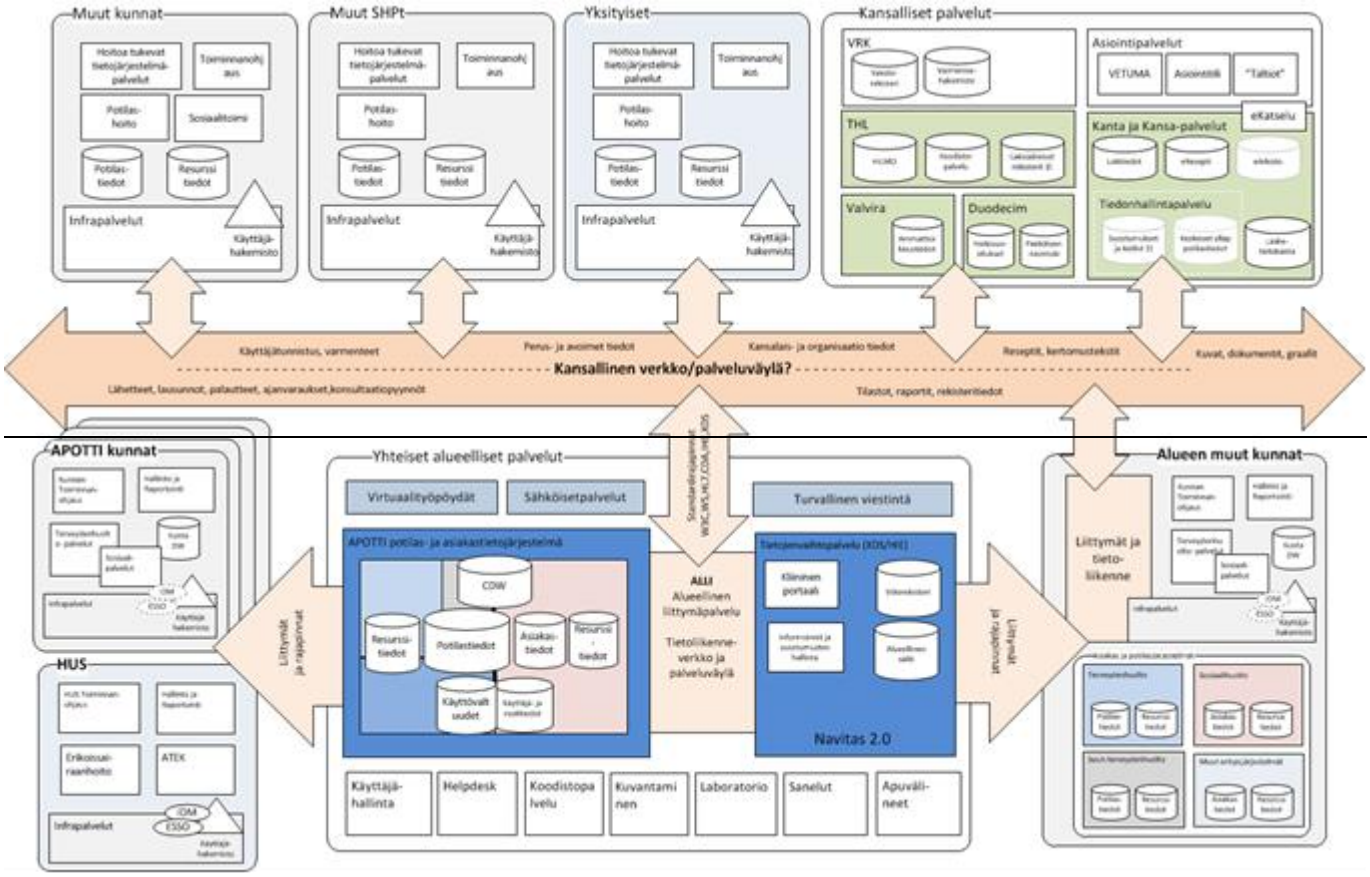
Tavoitetilan tekninen arkkitehtuuri ja tekninen ympäristö

Järjestelmän perusperiaatteita ovat avoimet palvelurajapinnat, joiden kautta kokonaisratkaisuun voidaan liittää tulevaisuuden tarpeita palvelevia lisätoiminnallisuuksia tai vaihtaa yksittäisiä ratkaisun osia. Järjestelmän tulee lisäksi sisältää tiedonsiirtorajapinnat muihin tarvittaviin järjestelmiin, esimerkiksi hallinnollisiin järjestelmiin. Järjestelmän tulee myös mahdollistaa sähköisesti modernin käyttöoikeushallinnan, tietoturvan ja -suojan sekä niihin liittyvät sujuvat käytännöt.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmän tavoitteena on yhteinen looginen tietokantaan, jossa kaikki asiakas- ja potilastieto on reaaliaikaisesti ja yhdenmukaisena kaikkialla käytettävissä. Palvelussa on tarvittaessa toisistaan erilliset loogiset tietokannat rekisterinpitotarpeiden ja säädösten vaatimusten mukaisesti. Järjestelmässä on myös useita liittymäkohtia muiden kuntien ja sairaanhoitopiirien järjestelmiin, yksityiseen terveydenhuoltoon sekä kansallisiin palveluihin. Erilaisien palveluväyläratkaisujen hyödyntämismahdollisuutta liittymäkohdissa arvioidaan arkkitehtuurin tarkemman suunnittelun yhteydessä.

Tekninen arkkitehtuuri ja tekninen ympäristö ovat sellaiset, että niistä ei aiheudu vaaraa palvelun toimivuudelle. Tämä voi edellyttää esimerkiksi yhteistä sote-tietoliikenneverkkoa ja mahdollisimman vakioitua päätelaiteympäristöä.

Seuraava kuva esittää alustavan tavoitetila-arkkitehtuurin. Tavoitetilaa täsmennetään osana tarkempia määrittelyitä.



Kuva 3. Hankintarenkaan asiakas- ja potilastietojärjestelmien alustava tavoitearkkitehtuuri

2.2.4 Hankinnan strategiset tavoitteet

Asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinnalle on asetettu strategisina linjauksina:

1. Asiakas- ja potilastietojärjestelmäkokonaisuus koostuu ydinjärjestelmän muodostavista toiminnallisista osajärjestelmistä sekä niitä täydentävistä erityisjärjestelmistä, jotka integroidaan yhtenäiseksi kokonaisuudeksi tietojen yhteiskäyttö ja avoimet rajapinnat varmistaen.
2. Hankinta erotetaan järjestelmähankinnaksi ja erilliseksi käyttöpalvelujen hankinnaksi.
3. Järjestelmähankinnassa haetaan päävastuullista toimittajaa tai toimittajayhteenliittymää, joka vastaa mahdollisimman laajasta, yhtenäisestä järjestelmäkokonaisuudesta ja siihen liittyvistä järjestelmäpalveluista.

4. Järjestelmäkokonaisuus muodostuu markkinoilla olevista alan kehittyneistä tuotteista, jotka ovat joustavasti konfiguroitavissa.
5. Järjestelmäkokonaisuutta voidaan täydentää tarvittaessa erillishankinnoilla ja sillä voi olla useita toimittajia.
6. Järjestelmähankinta toteutetaan neuvottelumenettelyllä.
7. Hankittavien järjestelmien ja palveluiden hallinta toteutetaan keskitetysti.

2.2.5 Hankinnalle asetetut tavoitteet

Hankintarenkaan tavoitteena on hankkia kuntien ja HUS:n käyttöön yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä, joka

- tarjoaa uusien innovatiivisten palvelujen käytön, asiakkaan oman osallistumisen ja sähköisen asioinnin. Asiakkaan vahvempi osallistuminen lisää tyytyväisyyttä ja voimaantumista vähentäen ulkopuolisen tuen tarvetta.
- tukee parhaalla mahdollisella tavalla potilaan hoidon toteuttamista koko hoitoprosessin ajan riippumatta siitä, missä organisaatiossa kukin hoitoprosessin vaihe tapahtuu.
- vapauttaa voimavaroja asiakas- ja potilastyöhön toimistotyön ja puhelimessa käytetyn ajan vähenemisen, asiakkaan ja potilaan omahoidon ja itsepalvelun lisääntymisen sekä päällekkäisyyksien vähentymisen myötä.
- parantaa asiakastyytyväisyyttä esim. tiedon kulun parantumisen, lyhyempien odotusaikojen ja toiminnan hyvän sujuvuuden vuoksi.
- tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien tehokkaan ja taloudellisen integraation muiden organisaatioiden ja heidän asiakkaidensa prosessien kanssa.
- mahdollistaa, että kulloisessakin palvelu- ja hoitotilanteessa asiakkaan ja potilaan ajantasaiset tiedot ovat luotettavasti käytettävissä.
- tarjoaa hoitoprosessin eri hoitotapahtumien tuen, ohjauksen ja seurannan.
- tukee uusien hoitoprosessien aktiivista kehittämistä ja edistää hoitoprosessin laatua, potilasturvallisuutta sekä kustannustehokkuutta.
- tukee ammattilaista päätöksenteossa ja ohjaa standardin mukaisiin ratkaisuihin vähentäen toimintatapojen vaihtelua ja parantaen potilasturvallisuutta sekä hoitotuloksia.
- tarjoaa avoimet rajapinnat, joiden kautta kokonaisratkaisuun voidaan liittää tulevaisuuden tarpeita palvelevia lisätoiminnallisuuksia tai vaihtaa yksittäisiä ratkaisun osia.
- sisältää lisäksi tiedonsiirtorajapinnat muihin tarvittaviin järjestelmiin, esimerkiksi hallinnollisiin järjestelmiin.
- on käyttäjäystävällinen ja henkilöstö on siihen tyytyväinen.

- mahdollistaa sähköisesti modernin käyttöoikeushallinnan, tietoturvan ja -suojan sekä niihin liittyvät sujuvat käytännöt (hoitoketjujen hallinta / roolien mukaiset käyttöoikeudet).
- mahdollistaa yhteisen järjestelmän hallinnan ja hyödyntämisen usean erillisen järjestelmän sijasta.
- tukee vuoden 2011 alusta voimaan tulleen kuntalain ja vuonna 2014 terveydenhuoltolain mukaisesti voimaan tulevan maanlaajuisen vapaan hakeutumisen sujuvaa toteuttamista.
- tuottaa hallinnolle ja tutkimukselle tarpeellisia tietoja.

2.2.6 Esimerkkejä tavoitteiden mukaisen järjestelmän tarjoamista hyödyistä

Alla on listattuna esimerkkejä hyödyistä. Mittareita kehitetään hankkeen aikana ja niille luodaan mittarikortisto. Valittavan tietojärjestelmän yhtenä vähimmäisvaatimuksena tulee olemaan kyky tuottaa tietoa eri laatumittareita varten.

Asiakkaille ja potilaille

- Nopeuttaa palvelujen saantia.
- Toimiva sähköinen asiointi vähentää palvelun tuottajan luona tapahtuvaa käynnin tarvetta.
- Itse- ja omahoito on helpompaa, mikä johtaa ennaltaehkäisyn tehostumiseen, sairauksien aikaisempaan toteamiseen ja parempiin hoitotasoihin.
- Omien tietojen katselu auttaa sitoutumaan palveluihin ja hoitoon.
- Omien tietojen syöttö parantaa kroonisten sairauksien seurantaa.
- Neuvonta on tehokkaampaa.
- Asiakas- ja potilasturvallisuus lisääntyy, kun tiedot ovat käytettävissä viiveettä ja siellä missä asiakas tai potilas asioi.

Ammattilaisille

- Parantaa laatua: asiakkaan- ja potilaan tiedot ovat käytettävissä tarpeen mukaisena kokonaisuutena, päätöksenteon tuki ja yhtenäiset ydinprosessit tukevat toimintaa.
- Lisää työnteon tehokkuutta: tiedot ovat käytettävissä kokonaisuutena, järjestelmä tukee asiakkaan ja potilaan hoitoprosesseja, aikaa kuluu vähemmän järjestelmän käyttöön, hakutoiminnat ovat kehittyneitä ja puhelinpalveluun käytetty aika vähenee merkittävästi.
- Käyttäjätyytyväisyys lisääntyy: järjestelmä on nopea, käyttöliittymä mahdollistaa näkymien muokkaamisen käyttäjäryhmäkohtaisiksi, tieto on käytettävissä viiveettä.

Johdolle

- Mahdollistaa tiedolla johtamisen ja sen pohjalta toiminnan kehittämisen ja toteutumisen seurannan.
- Toiminta- ja laatumittareiden reaaliaikainen seuranta.
- Väestön hyvinvoinnin ja terveyden seuranta mahdollistaa terveyserojen kaventamiseen tähtäävien toimien paremman suunnittelun ja tavoitteiden toteuttamisen.

Yhtenäinen toimintatapa

- mahdollistaa palvelujen laadun parantamisen entisestään ja ajankäytön tehostumisen
- lisää asiakas- ja potilasturvallisuutta: asiat tehdään samalla lailla ja protokollien ohjaamina
- mahdollistaa keskitettyjen palveluiden tehokkaamman tuottamisen
- mahdollistaa yhtenäisen tavan mitata ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa
- helpottaa henkilöstön rekrytointia ja optimaalista resursointia (mm. liikkuvuus ja sijaistus).
- mahdollistaa toiminnan kehittämisvoimavarojen yhdistämisen toimijoiden välillä.

Yhteinen IT-ratkaisu

- mahdollistaa yhtenäisten IT-palveluiden tuottamisen keskittämisen.
- mahdollistaa yhtenäisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotannonohjauksen.
- mahdollistaa yhtenäiset sähköiset palvelut käyttäjille.
- mahdollistaa yhteisen tietojärjestelmätuen rakentamisen, ylläpidon ja kehittämisen.
- mahdollistaa yhteisen käyttäjätuen rakentamisen ja keskittämisen.
- vähentää päällekkäisiä IT-ratkaisuja eri kunnissa ja HUS:ssa.
- mahdollistaa IT:n hankintavoimavarojen yhdistämisen.

Hankkeella saavutetaan kustannussäästöjä muun muassa, koska

- yhteinen looginen tietokanta vähentää tiedon siirtelyn aiheuttamia viiveitä, kustannuksia ja laatuvirheitä.
- parantunut asiakas- ja potilasturvallisuus vähentää haittatapahtumien määrää.
- asiakkaiden- ja potilaiden turhat hoitopaikan vaihdot ja viiveet hoitopaikasta toiseen siirtymiseen vähenevät.
- henkilökunnan aikaa vapautuu merkittävissä määrin paperityöstä ja puheluista asiakas- ja potilastyöhön (perinteinen tai virtuaalinen).
- keskitetty IT-palvelutuotanto vähentää resurssien tarvetta.

- sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien mittaamisen ja arvioimisen paraneminen parantaa edellytyksiä prosessien tehostamiseen.
- henkilöstön perehdytys helpottuu ja tehostuu.
- palveluja tukevien tietojärjestelmien yhtenäistäminen vähentää käyttökustannuksia ja päällekkäistä työtä.
- itsepalvelujen lisääminen vähentää asiakkaiden ja potilaiden tarvetta ottaa yhteyttä ammattilaisiin.
- raportoinnin kehittyminen parantaa johtamisen edellytyksiä ja sitä kautta kokonaisuuden hallintaa kustannustehokkaasti.
- sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteenlasketut kustannukset alenevat järjestelmien määrän vähetessä.

2.3 Lainsäädännön asettamat vaatimukset

Hankkeessa otetaan huomioon nykyisen lainsäädännön asettamat vaatimukset. Näitä lakeja ovat muun muassa henkilötietolaki, julkisuuslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, terveydenhuoltolaki, tietohallintolaki, potilasasiakirja-asetus, sosiaalihuoltolaki ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta. Kattavampi lista hankkeeseen vaikuttavasta lainsäädännöstä on liitteessä 1.

2.4 Hankkeen arkkitehtuurityön lähtökohdat

2.4.1 Noudatettavat linjaukset, käytettävät ohjeet ja kuvaukset

Hankkeelle on luotu seuraavat arkkitehtuuriperiaatteet, joita noudatetaan hankkeen eri vaiheissa.

Arkkitehtuuriperiaate	Kuvaus
Sote-arkkitehtuuri noudattaa ja hyödyntää julkisen hallinnon arkkitehtuuriperiaatteita ja palveluja	Kansallinen Sote-arkkitehtuuri noudattaa ja hyödyntää toimialariippumattomia julkisen hallinnon kokonaisarkkitehtuurin linjauksia. Kansallisia olemassa olevia tietojärjestelmäpalveluita (Kanta, Kansa, asiointitili, palveluväylä ...) hyödynnetään niiden mahdollistamassa laajuudessa. Valmistelussa ja kehitteillä olevat ratkaisut huomioidaan systemaattisesti.
Kokonaisuus noudattaa kansainvälisiä ja kansallisia standardeja ja määrityksiä	Yhteentoimivuusvaatimuksessa tulee noudattaa ensisijassa kansainvälisiä standardeja ja muita määrityksiä (esim. IHE-yhteentoimivuusprofiilit). Standardien tulee olla vakiintuneita ja

	laajasti tuettuja. Kansallista tai alueellista/paikallista räätälöintiä tulee välttää.
Kokonaisuutta kehitetään asiakaslähtöisesti, asiakasta osallistaen	Asiakas ja hänen omaisensa ovat osa hoito- ja palveluketjua. Palvelutoiminnan ja tietojärjestelmäratkaisujen kehittämistä suunnitellaan ensisijassa asiakkaan ja asiakasprosessien tarpeista lähtien. Asiakkaiden näkemyksiä hyödynnetään myös palveluiden kehittämisessä. Asiakkaan omaa aktiivisuutta oman hyvinvoinnin edistämisessä ja sairauden hoidossa tulee lisätä. Tämän mahdollistamiseksi asiakkaalla tulee olla oikeus häntä koskeviin tietoihin ja sähköistä asiointia ja kansalaisten omaehtoista toimintaa tukevat ratkaisut tulee mahdollistaa
Toimintatavat ovat alueella keskenään yhteentoimivia ja muodostavat sujuvia palveluketjuja	Sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintamallit ja tavat perustuvat alueellisesti, ja soveltuvin osin kansallisesti yhdessä sovittuihin, hyviksi havaittuihin ja todennettuihin hyvinvointia ja terveyttä edistäviin toimintatapoihin. Paikalliset toimintatapaerot sovitetaan rajapinnoiltaan yhtenäisiksi palveluketjuiksi. Myös tietojärjestelmäratkaisujen käyttöön liittyvät toimintatavat ovat yhteentoimivat.
Uusi kokonaisuus edistää mitattavasti asiakkaiden hyvinvointia	Ratkaisu ja optimoidut prosessit lyhentävät hoito- ja asiakasprosessien läpimenoaikaa. Tämä parantaa hoidon ja palvelun vaikuttavuutta. Palveluiden tuloksia ja potilasturvallisuutta parantaa tarvittavan tiedon avoimuus sitä tarvitseville tahoille.
Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallit ja välineet ovat kustannustehokkaita	Uudella järjestelmäarkkitehtuurin ja alueellisten toimintamallien avulla voidaan optimoida resursseja ja toteuttaa palvelut kustannustehokkaasti. Tuottavuutta tehostetaan mm. seuraavasti: - Asiakas osallistuu itse palveluun tarkoituksenmukaisessa laajuudessa (esitiedot, seurantatiedot, ajanvaraukset ja muutokset) - Palveluja ja asiakasta koskeva tieto kirjataan vain kerran
Palveluja ja asiakasta koskeva tieto kirjataan vain kerran. Sitä hyödynnetään palveluissa turvallisesti	Ammattilaisia ja asiakkaita ei rasiteta saman tiedon moninkertaisella tai olemassa olevan tiedon uudelleen kirjaamisella. Asiakas ja hoitoprosesseissa syntyvää tietoa tulee käyttää myös muihin käyttötarkoituksiin (johtaminen, laskutus, raportointi, tilastointi). Tietoja voidaan käyttää lainsäädännön, roolien ja suostumusten puitteissa tehokkaasti.
Asiakasta ja palvelua koskeva tieto on hallitusti palveluhenkilöstön käytettävissä	Tuotettu asiakas ja potilastieto on oltava riittävän nopeasti kaikkien sitä tarvitsevien tahojen käytössä asiakkaan suostumuksen ja palveluroolin sekä palvelun vaiheen mukaisesti. Tavoitteena on sujuva tiedonkulku, jossa kaikki tieto (myös kuvat ja laboratoriotiedot) ovat hoito- ja palveluketjussa käytettävissä. Asiakassuhde tai muu asiallinen käyttöyhteys tulee todentaa joko etukäteen tai jälkikäteisseurannalla
Asiakkaalla on helppo pääsy sähköisiin palveluihin ja tietoihinsa ajasta ja paikasta riippumatta	Asiakasta tuetaan ottamaan itse vastuuta ja osallistumaan omiin palveluihinsa. Ratkaisukokonaisuus tukee asiakkaan sähköistä asiointia, omahoitoa ja palvelujen läpinäkyvyyttä - asiakkaalle luontevissa kanavissa. Ratkaisukokonaisuuden tulee tarjota selkeä identiteetinhallinta ja kertakirjautumispalvelu.

Sote-asiakastietojärjestelmät palvelevat ja helpottavat ammattihenkilöstön työtä	Tietojärjestelmäratkaisujen hyvä käytettävyys sekä ammattilaisille, että asiakkaille tulee varmistaa. Ratkaisu tukee ammattihenkilöstön yhteistyötä ja moniammatillisuutta tietosuojalainsäädännön puitteissa.
Tietojärjestelmäratkaisut ovat alueellisesti yhteentoimivia. Päällekkäisiä ratkaisuja vältetään	Tietojärjestelmäratkaisut ovat alueellisesti yhteentoimivia ja niitä kehitetään yhteistyössä. Samaan toiminnallisuuteen toteutetaan pääsääntöisesti vain yksi ratkaisu. Päällekkäisiä ratkaisuja vältetään. Alueellisen yhtenäisyyden lisäksi Erva-alueitten välillä tulee varmistaa kyky välittää suoraan tietoja.
Järjestelmäratkaisu on modulaarinen ja joustava	Järjestelmäratkaisu on suunniteltu ja toteutettu modulaarisesti siten, että toiminnallisia tietojärjestelmäpalvelukokonaisuuksia voidaan tarvittaessa vaihtaa itsenäisesti. Ratkaisuissa pyritään muuntojoustavuuteen, eli varaudutaan sopeutumaan tulevaisuuden rakenteisiin.
Alueelliset järjestelmät ja palveluissa tarvittavat tiedot ovat avoimesti ja helposti kytkettävissä yhdessä sovitulla tiedonvälityskanavalla	Tietojärjestelmäkokonaisuuden tulee pohjautua avoimeen arkkitehtuuriin, avoimiin standardoituihin tietorakenteisiin, tietomalleihin ja rajapintoihin. Sekä julkinen hallinto että kaupalliset kumppanit voivat hyödyntää tietoja palvelutarpeen ja tietosuojamääräysten mukaisesti. Eri osakokonaisuuksien tulee olla toteutettavissa tarkoituksenmukaisissa osissa eri tuotteisiin perustuen ja hankittavissa eri toimittajilta. Järjestelmiä ei lähtökohtaisesti kehitetä itse, vaan nämä hankitaan kaupallisilta toimittajilta.
Kokonaisuus hyödyntää organisaation yhteisiä ICT-ratkaisuja	Palveluissa hyödynnetään organisaation (esim. kunta) yhteisiä ICT-ratkaisuja ja palveluita - esim. sähköisen asioinnin alusta, IDM tms.. Tarpeettomia toimialariippuvia toteutuksia vältetään.
Järjestelmäkokonaisuus tukee monikanavaista käyttöä ja asiointia	Toiminnallisuuksien tulee olla käytettävissä tarveperusteisesti myös monikanavaisesti. Palveluja tulee pystyä käyttämään erilaisiin käyttöympäristöihin suunnitelluilta mobiililaitteilta tarveperustaisesti tukien yhtenäistä käyttöliittymäajattelua ja työpöytäratkaisuja.
Ratkaisussa käytetään jo toimivaksi osoitettua teknologiaa, joka on elinkaarensa alkupuolella	Järjestelmä toteutetaan koetellulla teknologialla, joka on testattua ja siitä on riittävästi kokemusta. Teknologia on kuitenkin sellaisessa elinkaarenvaiheessa, että sille löytyy vielä vuosia tukea.
Järjestelmäkokonaisuuteen sisältyvät asiakkaan palvelutietojen analysointiominaisuudet parantavat palvelujen laatua	Järjestelmä tuottaa päätöksenteon tueksi järjestelmään tallennetusta tiedosta analyysejä ja huomioita semanttisen haun tai vastaavan mekanismin avulla. Järjestelmä esimerkiksi tarkistaa, onko palvelun kaikki vaiheet tehty, ehdottaa tarkistamaan aikaisemman tiedon perusteella uusia asioita, tarkistaa lääkkeiden interaktion tms. Järjestelmäkokonaisuus sisältää kattavat ja tehokkaat haku-, raportointi- ja näkymätoiminnallisuudet. Näiden avulla parannetaan potilasturvallisuutta, hoidon vaikuttavuutta ja sosiaalihuollon palvelujen kohdentamista.
Tietojärjestelmien toteutuksessa hyödynnetään markkinoita	IT-ratkaisut hankintaan lähtökohtaisesti markkinoilta, eikä näitä toteuteta Sote-organisaatioiden omin resurssein.

Ratkaisu tukee HUSin kansallisia erityisvelvoitteita koko potilaan elinkaaren ajan	HUSilla on erityisvelvoitteita tiettyjen erityisryhmien (elinsiirrot, implantit) tilanteen seurantaan kansallisesti. Uuden ratkaisun ja prosessien tulee tukea tätä velvoitetta. HUS toimii myös valtioneuvoston sairaalana erityistilanteissa.
Apotti-ratkaisu tukee johtamista kaikilla johtamisen tasoilla	Ratkaisu tukee sekä strateginen, taktinen/kliininen ja operatiivisen tason johtamista. Järjestelmäkokonaisuus sisältää vahvat ominaisuudet kliinisen johtamisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien toiminnanohjaukseen.
Apotti-ratkaisun avulla voidaan optimoida palvelutuotannon resursseja ja parantaa näiden ohjattavuutta	Toiminnanohjauksen toiminnallisuudella, resurssien käytön tilannekuvilla ja työjonokäytännöillä voidaan varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen resursoinnin optimaalinen käyttö - tarkoituksenmukaisessa laajuudessa myös organisaatiorajojen yli alueellisesti.
Apotti-kokonaisuus ottaa huomioon pääkaupunkiseudun laajan asiakasliikkuvuuden ja asiakkaiden valinnanvapauden	Pääkaupunkiseudulla on muita maakuntia laajempi väestön liikkuvuus ja aito valinnan mahdollisuus eri kunnissa. Valinnan vapaus laajenee EU-tasoiseksi 2014. Pääkaupunkiseudulla tulee ottaa muita maakuntia laajemmin huomioon monikulttuurillisuuden ja kansainvälisten asiakkaiden haasteet.
Ydinjärjestelmät perustuvat valmisohjelmistoratkaisuihin	Keskeisimmät tietojärjestelmäratkaisut toteutetaan jo olemassa oleviin valmisohjelmistoalustoihin (COTS).

2.4.2 Tuotettavat arkkitehtuurikuvaukset tavoitetilaa varten

Tavoitetilan kuvaukset tuotetaan APOTTI-hankkeen kohdearkkitehtuuri -projektissa, joka on aikataulutettu hankinnan aikatauluun. Projekti tekee tiivistä yhteistyötä STM:n ja Kuntaliiton VAKAVA -aluearkkitehtuuriprojektin kanssa.

Kohdearkkitehtuuriprojekti tuottaa myös kokonaisarkkitehtuurin hallintamallin, jossa määritellään kokonaisarkkitehtuurin roolit, vastuut organisaatio ja päätöksenteko.

Arkkitehtuurityössä noudatetaan sovelletusti JHS 179 -suositusta ja Kartturi-menetelmiä ja niiden mukaista dokumentointia.

2.4.3 Hankkeen arkkitehtuurisuunnittelussa huomioon otettavat asiat

Arkkitehtuurisuunnittelussa on huomioitava erityisesti, että ratkaisut ovat hyödynnettävissä mahdollisimman monessa kunnassa ja kuntayhtymässä, valmisteluvaiheessa määriteltävässä laajuudessa myös liikelaitoksissa ja kuntien tytäryhtiöissä.

Arkkitehtuurisuunnittelussa huomioidaan myös riittävä modulaarisuus eli tavoitteena on valita mahdollisimman itsenäisiä, integroituja sovelluskokonaisuuksia joiden hallinta, jatkokehittäminen ja vaihtaminen ovat mahdollisimman yksinkertaista. Tällä pyritään myös rajamaan vaikutuksia mahdollisissa häiriö- ja virhetilanteissa.

Hankkeelle luodaan kokonaisarkkitehtuuri, jossa otetaan huomioon kansalliset ja alueelliset arkkitehtuurit sekä osallistuvien organisaatioiden kokonaisarkkitehtuurit. Hankkeessa seurataan myös aktiivisesti kansallista arkkitehtuurikehitystä.

2.4.4 Arkkitehtuurityön tarkastelunäkökulmat ja painopisteet

Arkkitehtuurityön tärkeimpänä näkökulmana on palvelukeskeisyys ja toimintalähtöinen toiminta ja kehittäminen. Toiminta-arkkitehtuurin perustana on sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan mallintaminen palveluiden ja prosessien pohjalta.

Asiakas- ja toimintalähtöisyyden lisäksi on suunnittelussa huomioitava olemassa oleva tietoarkkitehtuuri ja nykyinen asiakas- ja potilastietojärjestelmäkanta.

2.5 Hankkeen sidosryhmät

Hankkeen sisäisiä sidosryhmiä ovat muun muassa hankkeeseen osallistuvien kuntien ja HUS:n sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toteuttavat ja käsittelevät virastot, laitokset ja tytäryhtiöt, sekä näille IT-palveluita tarjoavat organisaatiot.

Ulkoisia sidosryhmiä ovat muun muassa sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, KELA ja yksityiset terveydenhuollon palveluja tuottavat organisaatiot sekä tietojärjestelmätoimittajat.

Hankkeelle on tehty erillinen tarkempi sidosryhmäanalyysi, jota hyödynnetään muun muassa viestinnässä ja riippuvuuksien tunnistamisessa ja hallinnassa.

2.6 Hankkeen riippuvuudet

Hanketta toteutettaessa otetaan huomioon hankintarenkaan jäsenten menossa olevat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kehittämishankkeet ja IT-hankkeet, kuten KanTa- ja KanSa-palveluhankkeet, sähköisen asioinnin hankkeet sekä esimerkiksi Sitran palvelu-

väylähanke ja Taltioni osuuskunnan Taltioni-hanke. Lisäksi huomioidaan sairaanhoitopiirien erillisjärjestelmiin ja arkistointijärjestelmiin kohdistuvat hankkeet sekä osallistuvien kaupunkien sidoshankkeet.

Hankkeen sisäisiä ja ulkoisia riippuvuuksia hallitaan aktiivisesti hankeryhmän ylläpitämän riippuvuuslokin kautta.

2.7 Hankkeen onnistumisen kriteerit

Hankkeen onnistumisen mittaaminen täsmentyy hankkeen aikana. Alustavasti asetettavia mitattavia onnistuneen toteutumisen kriteereitä ovat:

- Yhteisistä toimintamalleista päättämiselle ja kehittämiselle on sovittu vastuutaho ja toimintatapa.
- Valittujen toimintamallien uudistaminen on aloitettu ja niiden toteutumista seurataan.
- Toimintamallien laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta ja kustannustehokkuutta seurataan ja hyödynnetään kehittämistyössä.
- Tavoitteiden mukainen asiakas- ja potilastietojärjestelmä on otettu käyttöön oikeaaikaisesti ja kustannusarviossa pysyen.
- Asiakkaiden ja potilaiden saama palvelu on laadultaan, turvallisuudeltaan ja saatavuudeltaan aiempaa parempaa.
- Asiakas- ja potilastietojärjestelmä on käyttäjäystävällinen.

3 HANKKEEN TOTEUTUSSUUNNITELMA

3.1 Hankkeen laajuus

Hanke koskee kaikkia hankkeeseen sitoutuneita kuntia ja kuntayhtymiä. Hanke koskee myös eri toimijoiden liikelaitoksia ja tytäryhteisöjä hankkeen aikana täsmennettävässä laajuudessa. Alueelliselta laajuudeltaan hanke koskee Helsinkiä, Vantaata, Kirkkonummea, Keravaa ja, Kauniaista sekä HUSia.

Järjestelmäpalvelun tarjoajan ja tulevan toimittajan näkökulmasta tilaajan tulee olla määritelty selkeästi alueellisesti ja toimijakohtaisesti, jotta se pystyy tarjoamaan, hinnoittelemaan ja ajoittamaan toimituksen läpiviennin ja näin sitoutumaan tarjoamaansa toimitukseen. HUS ja hankkeeseen osallistuvat kunnat muodostavat selkeän alueellisen ja toimi-

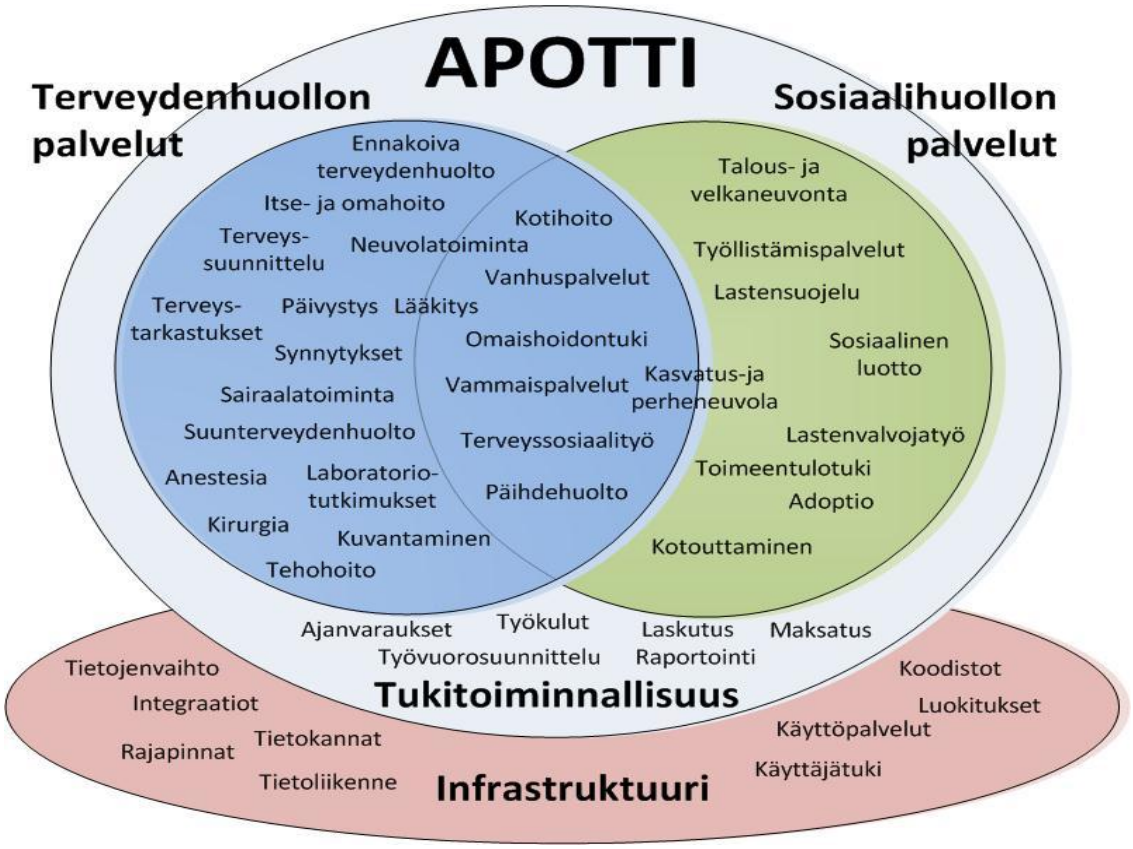
jakohtaisen kokonaisuuden. Nykyinen terveydenhuoltolaki rajoittaa terveydenhuollon yhteisen rekisterinpidon sairaanhoitopiirin alueelle.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinnan sisällöllinen laajuus tulee täsmentymään hankintaprosessin edetessä. Perusmäärittelyt ovat kuitenkin käytettävissä neuvotteluvaiheen alkaessa. Tavoitteena on toiminnallisuuksiltaan kattava järjestelmäkokonaisuus. Hankittava järjestelmä ei todennäköisesti ratkaise kaikkia sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tietojärjestelmätarpeita.

Hankkeeseen sisällytetään poistuvien asiakas- ja potilastietojärjestelmien hallittu alasajo ja tiedon siirto sovittavin osin uuteen järjestelmään. Erityisesti on huomioitava uuteen järjestelmään siirtymisen myötä ratkaistavaksi tuleva vanhan tiedon arkistointitapa.

Hankkeen ulkopuolelle rajataan kunta ja kuntayhtymäkohtaiset henkilöstöhallinnon ja talous- ja henkilöstöhallinnon ja niiden käyttäjätunnusten hallintajärjestelmät sekä varhaiskasvatus. Niiltä osin kuin niissä on integraatioita asiakas- ja potilastietojärjestelmiin, niihin tarvitaan mahdollisesti muutoksia hankkeen seurauksena. Näiden muutosten tekeminen jää asianomaisten kuntien ja kuntayhtymien ja niiden liikelaitosten ja tytäryhtiöiden vastuulle. Ne tulee koordinoida, suunnitella ja toteuttaa yhdessä hankkeen kanssa. Hankkeessa varmistetaan, että uudessa asiakas- ja potilastietojärjestelmässä on avoimet rajapinnat, joiden kautta käyttäjätunnustiedot voidaan hallita myös esimerkiksi henkilöstötietojärjestelmistä tai muusta käyttäjätunnusjärjestelmästä. Muutosten tekeminen edellä mainittuihin tietojärjestelmiin ei kuitenkaan kuulu hankkeeseen; hankkeeseen kuuluu ainoastaan tarvittavien rajapintojen luominen.

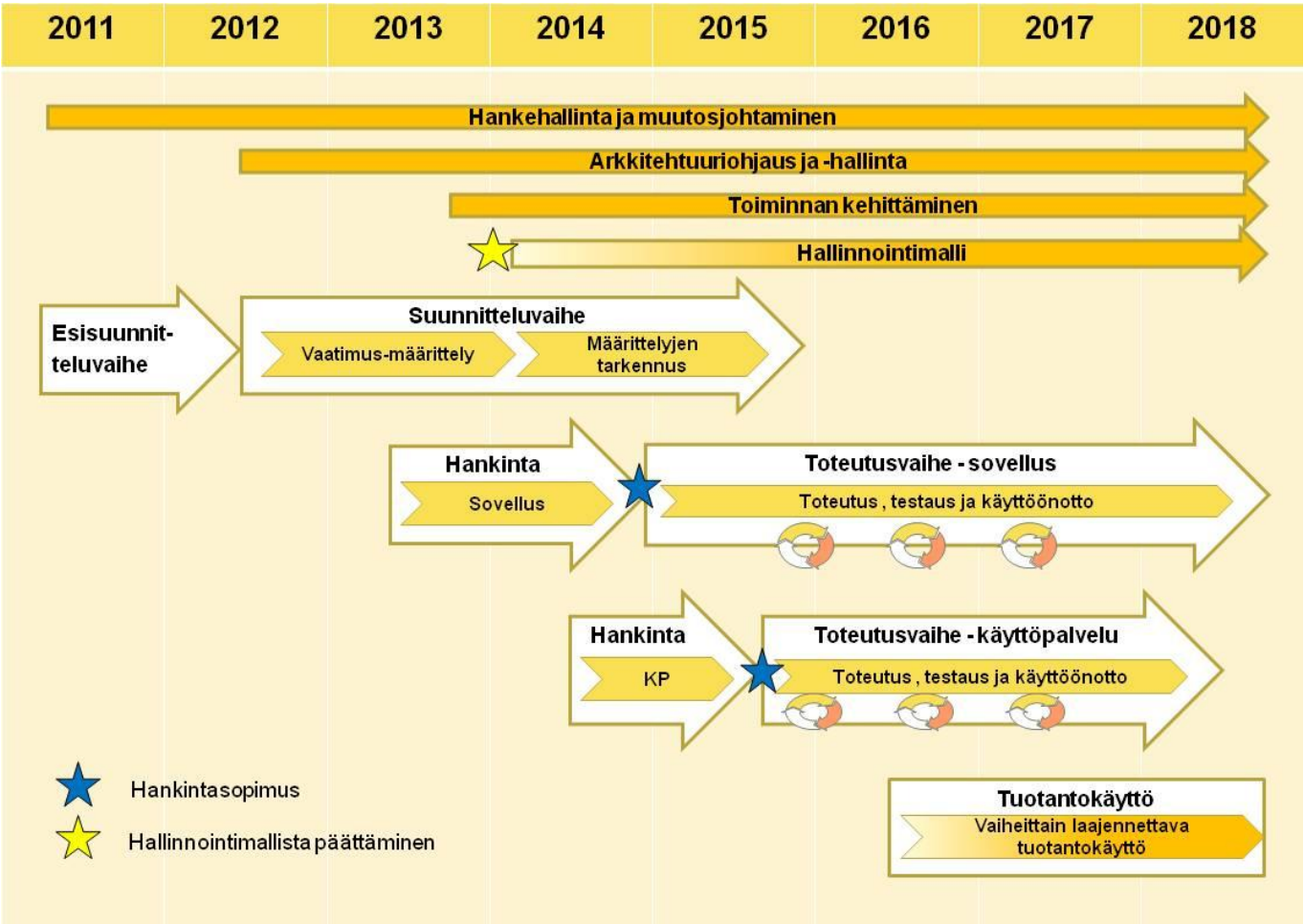
Seuraavassa kuvassa on esitetty keskeisiä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelukokonaisuuksia sekä niiden yhteisiä alueita.



Kuva 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksia sekä niiden yhteisiä alueita.

3.2 Hankkeen ylätason vaiheistus ja ositus tehtäväkokonaisuuksiin

Kuvassa 5 on esitetty hankkeen karkea vaiheistus ja alustava aikataulu. Vaiheistusta ja aikataulua tarkennetaan hankkeen edetessä.



Kuva 5. Hankkeen ylätason vaiheistus

Esisuunnitteluvaiheessa on luotu perusta hankkeelle. Tällöin muun muassa määriteltiin hankkeen alustavat tavoitteet, sovittiin hankkeen kumppanuuksista, organisoinnista ja hallintakäytännöistä. Esisuunnittelusta siirrytään saumattomasti suunnitteluvaiheeseen.

Suunnitteluvaiheen alussa täsmennetään hankkeen tavoitteet, aikataulut ja resurssit sekä suunnitellaan ja valmistaudutaan hankkeen toteutukseen yksityiskohtaisesti. Tällöin esimerkiksi valmistellaan neuvotteluissa tarvittavat materiaalit, sovitaan yhteisesti kehitettäviä prosesseja ja järjestelmän mahdollistama tuki niille sekä suunnitellaan ja sovitaan järjestelmän käyttöönottoaikataulu. Suunnitteluvaiheen päätteeksi tehdään yhteistyössä valitun toimittajan kanssa määrittelyiden tarkennus vaatimusmäärittelyiden pohjalta.

Sovelluksen hankintavaiheessa valitaan asiakas- ja potilastietojärjestelmä, joka soveltuu parhaiten sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Hankinta alkaa hankintailmoituksen julkaisemisella. Hankinta toteutetaan hankintalain 25 §:n mukaisena neuvottelumenettelynä. Neuvotteluiden lopuksi pyydetään neuvottelumenettelyssä edelleen mukana olevilta toimittajilta lopulliset tarjoukset, joiden perusteella asiakas- ja potilastietojärjestelmän toimittaja valitaan. Lopuksi hankintavaiheessa tehdään sopimus ja sovitaan aikataulusta käyttöönoton suunnittelusta ja käyttöönotosta.

Toteutusvaiheessa (sovellus) toteutetaan järjestelmä hyväksyttyjen määrittelyiden pohjalta sekä testataan se. Käyttöönottovaiheen läpivienti suunnitellaan tarkemmin valitun toimittajan kanssa ja tavoitteena on jakaa vaihe selkeisiin, hallittaviin osaprojekteihin, joita voidaan myös tehdä limittäin ja iteratiivisesti, jos se koetaan tarkoituksenmukaiseksi. Toteutuksen rinnalla viimeistellään teknisen ja toiminnallisen käyttöönoton suunnitelmat ja muun muassa koulutetaan noin 45 000 työntekijää käyttämään asiakas- ja potilastietojärjestelmää. Käyttöönottovaihe päättyy järjestelmän hyväksyttyyn käyttöönottoon.

Käyttöpalvelujen (KP) hankintavaiheessa kilpailutetaan ja hankitaan sovelluksen tarvitsemat käyttöpalvelut ja tehdään muut täydentävät kilpailutukset ja hankinnat, jos sellaisia tarvitaan. Hankintavaiheen lopuksi tehdään sopimus ja sovitaan aikataulusta, käyttöönoton suunnittelusta ja käyttöönotosta.

Toteutusvaiheessa (käyttöpalvelu) toteutetaan infran käyttöönotto palvelujen hankinnan jälkeen. Käyttöönotossa koordinoidaan, suunnitellaan, testataan ja toteutetaan koko järjestelmän käyttöön liittyvät ympäristöt ja yhteydet sekä tarvittavat palvelut.

Tuotantokäyttö aloitetaan pilotilla**.** Pilottivaiheen jälkeen tietojärjestelmä otetaan käyttöön vaiheittain laajentaen suunnitellussa järjestyksessä eri organisaatioissa. Kun uusi tietojärjestelmä on käytössä koko sovitussa laajuudessa, jatketaan toimintamallien kehittämistä, järjestelmän normaalia jatkokehitystä ja toimittajan julkaisemien uusien versioiden käyttöönottoa sekä käyttäjien perehdytystä.

Hallinnointimalli tulee päättää aikana ennen lopullisen tarjouspyynnön jättämistä. Hankintastategian mukaisesti hankittavien järjestelmien ja palveluiden hallinnointi toteutetaan keskitetysti.

Hankkeen aikana perustetaan tarvittavia osaprojekteja. Projektit vastaavat hankkeen käytännön tehtävistä ja tuotoksista hankejohtajan ja hanketoimiston ohjauksessa. Projekteja ovat muun muassa hankintaprojekti, toimintamallien suunnitteluprojekti, järjestelmän toteutusprojekti. Osaprojektia johtaa sille valittava projektipäällikkö, joka vastaa projektinsa suunnittelusta, toteutuksesta ja taloudesta. Hankkeen aikana osallistujakunnilla ja HUS:lla on myös omia siihen liittyviä projektejaan, joita hanketoimisto koordinoi Apottiin liittyviltä osin.

4 TOIMITTAJAPOLITIIKKA, HANKINNAT, TOIMITTAJIEN HALLINTA, SOPIMUKSET

Hanketoimistolle on kilpailutettu hankinnan valmistelun ja hankintamenettelyvaiheen ajaksi asiantuntijatuki. Lisäksi tarpeen mukaan asiantuntijapalveluja hankitaan Helsingin kaupungin puitesopimusten perusteella tai vaihtoehtoisesti kilpailuttamalla tai suorahankintana, jos hankittava asiantuntijapalvelu ei sisälly puitesopimuksen piiriin. Erikseen sovittaessa voidaan käyttää muiden hankkeessa mukana olevien toimijoiden asiantuntijatyön puitesopimuksia. Tämä tulee ottaa huomioon hanketoimiston kulujen laskuttamisessa osallistuvilta toimijoilta.

Järjestelmäpalvelun hankinnassa noudatettava toimittajapolitiikka on määritelty tarkemmin erillisessä hankkeen hankintamallissa ja hankintastrategiassa.

4.1 Toimittajat ja toimittajien hallinta

Tietojärjestelmän hankintaa koskevan päätöksenteon ja sopimuksen allekirjoittamisen jälkeen tietojärjestelmätoimittajan edustaja osallistuu ohjausryhmän työskentelyyn toimittajan projektiin liittyvien asioiden käsittelyn ajan. Toimittajan edustaja osallistuu tällöin myös osaprojekteihin kunkin osaprojektin osalta erikseen määrättävällä tavalla.

Toimittajahallinnasta hankkeen aikana vastaa hankejohtaja. Hankkeen alussa on muodostettu hankintamalli ja strategia, jotka ohjaavat osaltaan toimittajien hallinnassa. Niillä pyritään muun muassa vähentämään julkiseen hankintaan liittyviä haasteita hankkeen aikana sekä estämään yhden toimittajan liian vahvan monopoliaseman (ns. vendor lock-in) aiheutumia haasteita. Toimittajienhallinta huomioidaan hankkeessa esimerkiksi:

- Hankesuunnitelmassa
- Sopimuksissa
- Systeemityömallissa
- Hankehallinnan menetelmissä (esim. muutoshallinta)
- Erilaisissa strategioissa (esim. testausstrategia)
- Ohjauskäytännöissä (esim. arkkitehtuuriohjaus)

4.2 Järjestelmäkokonaisuuden hankintapa

Järjestelmäkokonaisuuden hankinta on merkittävin hankintaprojekti APOTTI-hankkeen aikana. Sen suunnittelun apuna käytetään teknistä vuoropuhelua. Järjestelmähankinnan ja siinä hyödynnettävän neuvottelumenettelyn keskeisiä kulmakiviä ovat prosessin aikana toteutettavat tarjoajien karsinnat hankinnassa määriteltyjen kelpoisuusehtojen ja vertailuperusteiden mukaisesti

Käyttöpalveluiden kilpailutus toteutetaan järjestelmähankinnan jälkeen erillisen suunnitelman perusteella. Järjestelmäkokonaisuuden hankinnassa on huomioitava kehitys- ja testausympäristöt, joista järjestelmätoimittajalla on vastuu ennen varsinaisten käyttöpalveluiden käyttöönottoa. Hankkeen aikana voidaan myös toteuttaa muita erillisiä järjestelmähankintoja täydentävien toiminnallisuuksien osalta.

Hankintatapa on kuvattu tarkemmin erillisessä hankintastrategiassa.

5 KUSTANNUKSET

5.1 Hankkeen kokonaiskustannukset ja kustannushyödyn seuranta

Alustava kustannushyötyanalyysi (Liite 2) toteutettiin ulkopuolisena asiantuntijatyönä touko–kesäkuussa 2012 hankkeen kokonaiskustannuksien ja kustannushyödyn arvioimiseksi sekä päätöksenteon tueksi. Analyysia tarkennettiin keväällä 2013 jolloin siinä huomioitiin muun muassa Espoon hankintarenkaasta poisjäännin vaikutus sekä tarkennettiin sosiaalihuollon osuutta.

Analyysin perusteella arvioitiin, että uuden järjestelmän kustannukset ovat kymmenen vuoden tarkastelujaksolla minimissään noin 350 miljoonaa euroa ja maksimissaan noin 450 miljoonaa euroa. Analyysin vertailuhankkeiden tähän hankintaan skaalatut kustannukset olivat lähes 600 miljoonaa euroa. Poistuvien nykyjärjestelmien kautta arvioitiin saatavan noin 390 miljoonan euron säästöt. Nykyisten järjestelmien kustannukset ovat noin 49 miljoonaa euroa vuodessa. Analyysin perusteella näyttää mahdolliselta, että uuden järjestelmän myötä vuosittaiset kustannukset voivat vähentyä. Lisäksi uuden järjestelmän määrällisten tuottavuushyötyjen hyötypotentiaaliksi on arvioitu noin 330 miljoonaa euroa. Luku kattaa vain ne määrälliset hyödyt, joita hankkeen valmisteluvaiheessa pystyttiin arvioimaan. Luku ei sisällä laadullisten hyötyjen kautta saatavia hyötyjä, koska niiden muuttaminen euromääräisiksi ei ollut mahdollista vielä hankkeen valmisteluvaiheessa. Uuden järjestelmän merkittävimpien hyötyjen arvioidaan realisoituvan juuri laadullisten hyötyjen kautta.

Kustannushyötyanalyysin mukaan hankkeen hyödyt ovat kustannuksia suuremmat mikäli toiminnalliset muutokset ja toimintatapojen yhtenäistäminen toteutuvat. Analyysin perusteella uuden järjestelmän takaisinmaksuajaksi muodostuu 6–8 vuotta.

Hankinnan valmistelun ja hankintamenettelyvaiheen aikana kehitetään kustannushyötyanalyysimalli, jolla voidaan hankkeen edetessä ja hankintavaihtoehtojen täsmentyessä sekä ennen lopullista asiakas- ja potilastietojärjestelmän toimittajan valintaa tehdä tarvittavat kustannushyötyanalyysit. Lisäksi hankkeen aikana kehitetään kustannushyötymalli, jolla voidaan arvioida toiminnan ja palvelujen muutosten kustannusvaikutuksia hyödyntäen hankittavan asiakas- ja potilastietojärjestelmän toiminnan ja laadun seurannan mahdollisuuksia. Näiden mallien rakentamisessa ja mittaamisessa pyritään hyödyntämään yliopistoyhteistyötä.

5.2 Hankkeen kustannusten jako

Hankintayhteistyösopimuksen mukaisesti kustannukset jaetaan HUS:n, Helsingin, Vantaan, Kauniaisten ja Keravan kaupunkien sekä Kirkkonummen kunnan kesken seuraavasti:

- hankinnan valmisteluvaiheesta aiheutuvat kustannukset: HUS 50 % ja kunnat yhteensä 50 % siten, että kunkin kunnan osuus asukaslukunsa mukaisessa suhteessa
- hankintamenettelyvaiheesta aiheutuvat kustannukset: HUS 50 % ja hankintaan osallistuvat kunnat yhteensä 50 % siten, että kunkin kunnan osuus asukaslukunsa mukaisessa suhteessa

KL-Kuntahankinnat Oy ei osallistu edellä mainittuihin kustannusten maksamiseen, koska sen rooli tässä hankinnassa poikkeaa muista renkaan jäsenistä. KL-Kuntahankinnat ei tule itse käyttämään järjestelmää vaan mahdollistaa yhteishankintayksikkönä renkaan jäsenenä sen, että muut HUS-alueen kunnat voivat liittyä sopimukseen myöhemmin puitejärjestelyn kautta.

Osapuolet vastaavat omista kustannuksistaan itse siltä osin, kuin hankintayhteistyösopimuksessa ei ole muuten sovittu. Kustannuksista, joiden jakamisesta osapuolten kesken on sovittu, tehdään osapuolten kesken laskelma ja tarvittava tilitys viimeistään kun hankintapäätös on tullut lainvoimaiseksi.

Mikäli hankintayhteistyösopimuksen sopimuksen osapuoli vetäytyy hankinnasta hankintailmoituksen julkaisemisen jälkeen, osapuoli sitoutuu maksamaan osuutensa siihen asti

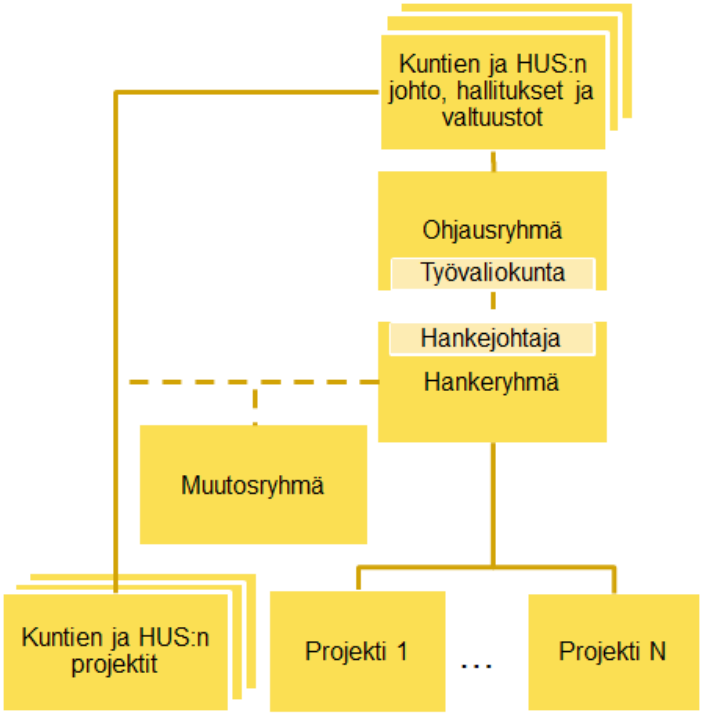
syntyneistä hankinnan valmistelukustannuksista. Osuus hankintakustannuksista lasketaan tässä tilanteessa tasaosuutena.

Osapuolet sopivat ennen hankintasopimuksen allekirjoittamista asiakas- ja potilastietojärjestelmän ylläpidon kustannusten jakautumisperusteista.

6 ORGANISAATIO, ROOLIT, VASTUUT JA HALLINTO

6.1 Hankkeen organisaatio ja johtamiskäytännöt

Hankkeen omistajana on hankkeen valmistelu ja hankintamenettelyvaiheen aikana Helsingin, Vantaan, Kauniaisten ja Keravan kaupunkien sekä Kirkkonummen kunnan, HUS:n ja KL-Kuntahankintojen yhteistyösopimuksella perustettu hankintarengas.



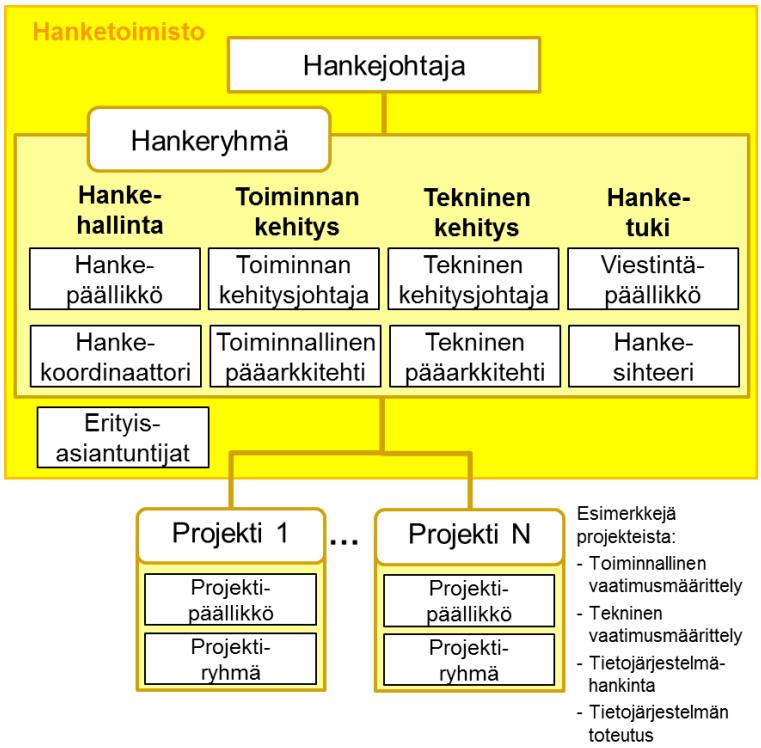
Kuva 6. Hankkeen organisaatio

Hankeorganisaatiolla ei ole kuntalain ja kaupungin sääntöjen mukaista päätäntävaltaa. Hallinnolliset päätökset, kuten hankinnat, laskujen hyväksymiset, matkamääräykset sekä

hanketoimiston henkilöstöä koskevat henkilöstöhallinnolliset päätökset tekee se viranhaltija, jolle kukin päätös delegointipäätösten mukaan kuuluu.

Ylintä päätösvaltaa hankkeessa edustavat hankintarenkaan kuntien ja HUS:in päätöksentekoelimet (esim. lautakunnat, kaupunginhallitukset). Hanketta johtaa **ohjausryhmä**. Ohjausryhmä tekee päätöksensä yksimielisesti. Päätöksentekoon osallistuvat HUS:n Helsingin, Vantaan, Kauniaisten ja Keravan kaupunkien sekä Kirkkonummen kunnan edustajat. KL-Kuntahankinnat Oy:llä ja sosiaali- ja terveysministeriöllä on ohjausryhmässä läsnäolo- ja puheoikeus. **Työvaliokunta** osallistuu hankejohtajan kanssa hankkeen ohjaukseen ja valmistelee ohjausryhmäasioita yhdessä hankejohtajan kanssa. **Hankejohtaja** vastaa hankkeen päivittäisestä johtamisesta. Hankkeen keskeisten sisäisten sidosryhmien edustus hankkeessa tapahtuu **muutosryhmän** kautta, joka tuo asiantuntemusta toiminnan kehittämiseen, muutosjohtamiseen ja tuotosten katselmointiin. Sen kautta voidaan myös resursoida asiantuntijoita mukaan osaprojekteihin. Muutosryhmä ei käsittele arkkitehtuuriin ja teknologiaan liittyviä asioita muuten kuin silloin kun niillä on selkeä kytkös toiminnallisuuteen. Arkkitehtuuriin ja teknologiaan liittyvien asioiden käsittelyä varten perustetaan oma sen alan asiantuntijoista koostuva ryhmä.

Hankkeen käytännön valmistelua ja toteutusta varten on perustettu **hanketoimisto**. Sille on varattu määräraha kattamaan hanketoimiston menot sekä rahoitus tarvittavaa ulkopuolista asiantuntija-apua varten. Hanketoimistoon kuuluvat hankejohtajan lisäksi hankeryhmä. **Hankeryhmä** avustaa hankejohtajaa hankkeen johtamisessa ja koordinoinnissa sekä ylläpitää kuvauksia yhteisistä linjauksista, toimintamalleista ja arkkitehtuureista. Lisäksi hankkeen eri vaiheissa voidaan perustaa eri alueiden asiantuntijoiden muodostamia alaryhmiä. Hanketoimiston ja mahdollisten alaryhmien kokoonpanon vahvistaa ohjausryhmä. Hanketoimisto raportoi ohjausryhmälle.



Kuva 7. Hanketoimisto ja hankeryhmä

Hankkeen hallintamalli on kuvattu tarkemmin hankekäsikirjassa.

6.1.1 Hankkeen resurssitarpeet ja -suunnitelma

Hankkeen resurssit suunnitellaan kutakin vaihetta ja projektia varten erikseen ja ne täsmentyvät hankkeen edetessä. Hankkeen resursointia koordinoi hankejohtaja hankeryhmän tuella ja resursoinnin vahvistaa ohjausryhmä projektien asettamisen yhteydessä.

Hankkeella on pysyvä hanketoimisto, jossa on hankejohtaja ja hankeryhmä sekä nimetyt erityisasiantuntijat. Lisäksi hanke käyttää merkittävissä määrin hankintarenkaan virastojen ja liikelaitosten resursseja. Hankkeessa käytetään myös tarpeellinen määrä ulkopuolisia, erikseen kilpailutettavia, konsulttipalveluita.

Hanke on resurssitarpeiltaan hyvin vaativa, esimerkiksi käyttöönottovaiheessa omien installaatio-, koulutus- ja konfigurointiasiantuntijoiden määrä voi ylittää jopa 200 henkilötyövuotta neljän vuoden ajan. Näin suuren henkilöstön kokoaminen vaatii kaikkien toimijoiden

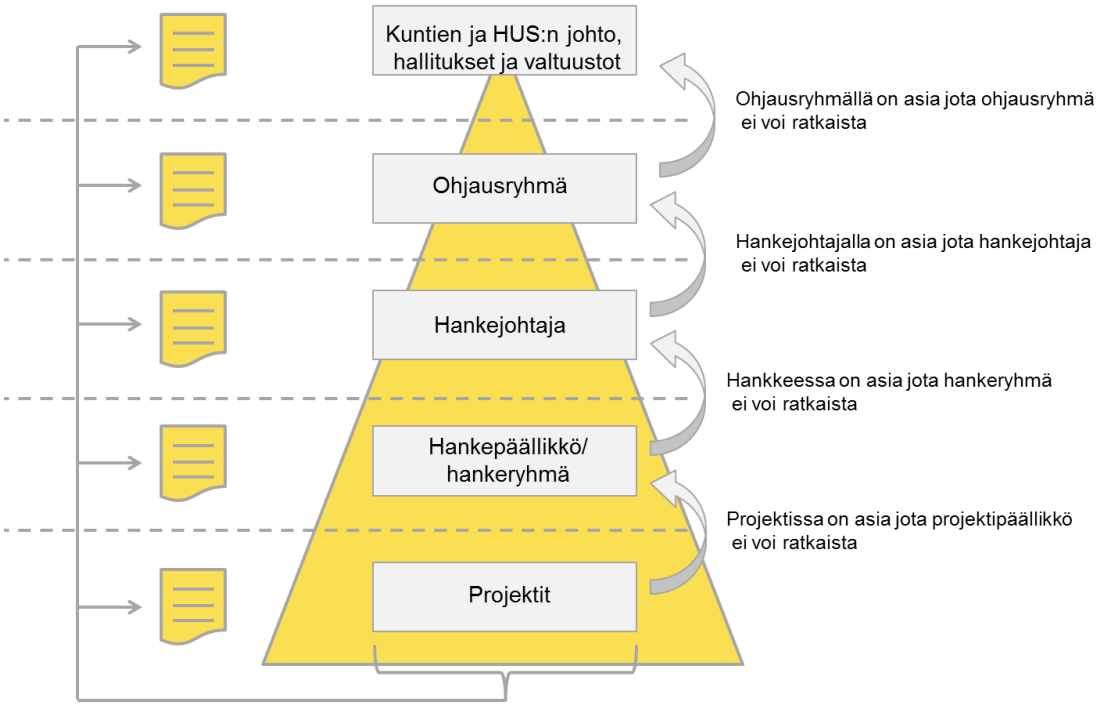
yhteistä sopimusta ja päämäärää. Resursoinnin toteuttaminen liittyy kiinteästi hankkeen käyttöönotto- ja ylläpitovaiheen hallintamalliin.

6.1.2 Osaprojektien käynnistys ja seuranta

Hankeryhmä ylläpitää hankkeen projektisalkkua ja valmistelee hankejohtajan ohjeistuksen perusteella osaprojektien asettamisen. Ohjausryhmä asettaa osaprojektit. Asettamisen yhteydessä ohjausryhmä päättää osaprojektin määräajasta, nimeää projektipäällikön ja projektiryhmän, osoittaa projektille resurssit, hyväksyy projektisuunnitelman ja siihen tehtävät muutokset. Ohjausryhmä myös päättää projektin päättämisestä.

6.1.3 Raportointi ja eskalointi

Hankejohtaja raportoi ohjausryhmälle hankkeen tilanteen jokaisessa ohjausryhmän kokouksessa. Osaprojektien projektipäälliköt raportoivat hankeryhmälle. Hankeryhmä koostaa projektien edistymisraporttien pohjalta hankkeen tilanneraportin. Osana edistymisraportointia raportoidaan myös riskien, muutosten ja ratkaistavien asioiden tilanne sekä mahdolliset poikkeamat. Hankkeen eskalointimalli mukaillee hankkeen organisaatiota. Raportointikäytännöt pohjineen ja eskalointimalli on kuvattu tarkemmin hankekäsikirjassa.



Kuva 8. Hankkeen raportointi- ja eskalointisuhteet

6.2 Viestintä, tiedotus ja sidosryhmien hallinta

Hankkeesta viestitään kattavasti ja oikea-aikaisesti eri sidosryhmille. Viestinnästä vastaa hankejohtaja, jota avustaa viestintäpäällikkö ja hankeryhmä. Tarvittaessa käytetään apuna hankkeen toimijoiden organisaatioiden osaamista ja resursseja.

Keskeisin viestinnän väline on hankkeen internetsivusto (www.apotti.fi). Tämän ohella hankkeen sidosryhmille järjestetään tiedotustilaisuuksia hankeen etenemisestä ja muuten esille tulevan tarpeen mukaan.

Hankkeelle on erillinen päivittyvä viestintäsuunnitelma (liite 3), jonka hyväksyy ohjausryhmä.

6.3 Riippuvuudet ja niiden hallinta

Hankkeen riippuvuudet kuvataan riippuvuuslokissa. Riippuvuuslokia ylläpitää hankeryhmä. Riippuvuudet jaotellaan sisäisiin ja ulkoisiin riippuvuuksiin. Osaprojektipäälliköt ja muut hankkeen toimijat ilmoittavat hänelle havaitsemistaan riippuvuuksista ja muista muutostarpeista riippuvuuslokiin.

Riippuvuuksienhallinnan prosessi on kuvattu tarkemmin hankekäsikirjassa.

6.4 Hankkeen muutoshallinta

Muutostarpeet käsitellään muutoshallintaprosessin kautta käyttäen muutospyyntölomaketta. Muutosesitys tehdään hankejohtajalle ja muutoksesta päättää ohjausryhmä. Ohjausryhmä voi projektin asettamisen yhteydessä myös myöntää tilaajan projektipäällikölle rajatun oikeuden hyväksyä projektin sisäisiä muutoksia.

Muutostenhallinnan prosessi on kuvattu tarkemmin hankekäsikirjassa.

6.5 Riskienhallinta

Riskianalyysin (Liite 4) mukaan hankkeen merkittävimmät riskit tässä vaiheessa liittyvät hankkeen koon sekä hankintarenkaan monimutkaisten päätöksentekoprosessien ja toimintakulttuurien monimuotoisuuden aikaansaamaan monimutkaisuuteen. Näiden riskien realisoituminen johtaa vähintään hankkeen merkittävään viivästymiseen, mutta ne saattavat realisoituessaan vaarantaa koko hankkeen onnistumisen. Hankeryhmä on myös tunnistanut kriittisiä riskejä liittyen hankintaprosessin läpi viemiseen sekä mukana olevien organisaatioiden henkilöstön sitouttamiseen hankkeen tavoitteisiin.

Kriittisten riskien hallinnointiin on luotu riskikortit, konkreettiset toimenpidesuunnitelmat riskien välttämiseksi sekä riskien mahdollisen realisoitumisen varalta varautumissuunnitelmat. Lisäksi sekä hankintaorganisaation sisäisessä että ulkoisessa viestinnässä on olennaisen tärkeää ylläpitää yhteisymmärrystä siitä mistä hankkeessa on kyse, missä ollaan menossa ja mitä tapahtuu seuraavaksi. Kaikkien osapuolien tulee ottaa vastuu muutoksen läpiviemisestä ja resursoinnista omassa organisaatiossaan.

Tehty riskiarvio luo pohjan hankkeen riskienhallinnan tehostamiselle. Tarkennettua riskienhallintaprosessia koordinoi hankejohtaja hankeryhmän tuella ja riskien toimenpiteistä vastaa ohjausryhmä. Riskienhallintaprosessi on kuvattu tarkemmin hankekäsikirjassa.

6.6 Ratkaistavien asioiden hallinta

Hankeryhmä ylläpitää ratkaistavien asioiden lokia. Hankkeen toimijat ilmoittavat hankeryhmälle tai projektin projektipäällikölle havaitsemistaan ratkaistavista asioista tai muista muutostarpeista ratkaistavien asioiden lokiin. Hankeryhmä koordinoi hanketasoisien asioiden ratkaisemista ja projektipäällikkö vastaa projektinsa sisäisien asioiden koordinoinnista.

Ratkaistavien asioiden prosessi on kuvattu tarkemmin hankekäsikirjassa.

7 TOIMINNAN KEHITYS JA TOIMINNAN / LINJAORGANISAATION MUUTOSJOHTAMINEN

Hanke on sekä toiminta- ja palvelutapojen muutos- ja kehittämishanke että uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinta- ja käyttöönottohanke. Mukana oleville organisaatioille tämä tarkoittaa myös aikaisempaa enemmän yhteisistä toimintatavoista sopimista ja niihin sitoutumista. Hankittava asiakas- ja potilastietojärjestelmä tuottaa nykyistä huomattavasti enemmän tietoa toiminnan laadusta, asiakas- ja potilasturvallisuudesta ja tehokkuudesta tuoden itsessään esille kehittämistarpeita. Mittavan muutoksen hallinta edellyttää muutosjohtamista ja henkilökunnan ja johdon sitouttamista.

Asiakas- ja potilastyö tulee myös asiakkaan ja potilaan näkökulmasta muuttumaan perinteisiksi totutuista tavoista ja näin se edellyttää myös heidän taholtaan muutoksen hyväksymistä. Toisaalta väestöltä tuleva paine uusista esimerkiksi sähköisistä palvelumalleista saattaa toimia myös muutosta edistävänä voimana.

Hankkeelle laaditaan erillinen muutosvisio ja muutoksenhallintaohjelma hankkeen eri vaiheisiin sovellettuna.

8 HANKKEEN TYÖKALUT, MENETELMÄT, TUOTOSTEN HALLINTA

8.1 Menetelmät, työkalut ja dokumenttipohjat

Hanke toteutetaan Helsingin kaupungin talous- ja suunnittelukeskuksen tietotekniikkaosaston laatiman Hankejohtamisen käsikirjan ja kokonaisarkkitehtuurimenetelmän mukaisesti. Hankkeessa käytetään katselmointi-, vaatimusmärittely- ja hyväksymistestausmenetelmiä sekä muutoshallinta-, riskienhallinta-, ratkaistavien asioiden hallinta- ja riippuvuuk-

sienhallintaprosessien kuvauksia. Projektit toteutetaan Projektihallinnan käsikirjan mukaisesti.

Kaikki menetelmät on sovitettu APOTTI-hankkeen tarpeisiin ja hankeryhmä on kuvannut ne ja vastaa niiden jatkokehittämisestä APOTTI-hankkeen ajan.

8.2 Tuotosten ja dokumenttien hallinta

Hankkeen asiakirjat laaditaan vain sähköiseen muotoon. Hankkeella on työtila Helsingin kaupungin extranetissä, johon annetaan hankkeessa mukana oleville vähintään lukuoikeudet. Kirjoitusoikeudet annetaan sen mukaan, mitä vastuita henkilöllä on hankkeessa. Henkilöillä, jotka osallistuvat vain johonkin projektiin, ei ole oikeuksia muiden projektien asiakirjoihin.

Hankkeen aikana dokumentit arkistoidaan hankkeen työtilassa. Hankkeen jälkeinen arkistointi ratkaistaan hankkeen aikana.

Dokumenttienhallinnan käytännöt on kuvattu tarkemmin hankekäsikirjassa.

8.3 Tilat, infrastruktuuri ja tukipalvelut

Hanketoimisto sijaitsee Helsingin Sataman tiloissa osoitteessa Olympiaranta 3, PL 20, 00099 Helsingin kaupunki.

Helsingin kaupungin talous- ja suunnittelukeskus huolehtii hanketoimiston tarvitsemasta henkilöstöhallinnon, taloushallinnon ja muista tarpeellisesta tukipalvelusta sekä ICT-infrastruktuurista.

9 LAADUNHALLINTA, SISÄISET KATSELMOINNIT, TUOTOSTEN HYVÄKSYMINEN

Hankkeessa toimii sisäisenä auditoijana ohjausryhmän nimeämä sisäinen laatupäällikkö ja laatupäällikön tukena on myös ulkopuolinen auditoija. Auditoijat eivät osallistu hanketyöskentelyyn vaan valvovat, että hankkeessa noudatetaan hankkeille ja projekteille vakiintuneita menetelmiä ja työtapoja. Auditointien ajankohta (valvontapisteet) määritellään erillisen suunnitelman mukaan.

Hankkeen laatua seurataan edistymiskatselmuksissa jotka sovitetaan hankkeen eri vaiheistusten mukaisesti. Hankkeen lopputuotteet katselmoidaan ja ne hyväksyy ohjausryhmä.

10 KOULUTUSSUUNNITELMA JA HANKKEEN RESURSSIEN KOULUTTAMINEN

Hankehenkilöstölle suunnitellaan tarpeellinen koulutus. Koulutus suunnitellaan hankkeen aikana ja siitä tehdään erillinen koulutussuunnitelma.

Tulevan uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttäjille määrä on suuri (n. 45 000) ja se asettaa isoja haasteita koulutuksen oikea-aikaiselle toteuttamiselle. Koulutus vaatii organisaatiorajat ylittävän toteutuksen. Tätä varten laaditaan erillinen koulutussuunnitelma.

11 SIIRTYMISSUUNNITELMA YLLÄPITOON/JATKUVIIN PALVELUIHIN

Siirtymissuunnitelma tehdään osana määrittely ja käyttöönottovaihetta migraatiostrategian pohjalta. Käyttöönotto tehdään vaiheittain, mutta siirtymävaiheen pituus ja muun muassa väliaikaisten integraatioiden määrä pyritään minimoimaan hyvällä suunnittelulla. Myös virhetilanteiden hallintaan siirtymävaiheessa kiinnitetään erityistä huomiota.

12 HANKKEEN PÄÄTTÄMISSUUNNITELMA

Ohjausryhmä päättää hankkeen päättämisestä hyväksyttyään hankkeen loppuarvioinnin.
Päättämissuunnitelma valmistellaan hankkeen aikana.

LIITTEET:

1) Lainsäädännön asettamat vaatimukset
2) Kustannushyötyanalyysi (erillisenä liitteenä)
3) Viestintäsuunnitelma (erillisenä liitteenä)
4) Riskianalyysi (erillisenä liitteenä)

LIITE 1: LAINSÄÄDÄNNÖN ASETTAMAT VAATIMUKSET

Hankkeessa otetaan huomioon nykyisen lainsäädännön asettamat vaatimukset. Näitä lakeja ovat esimerkiksi:

.

Yleinen Sote-aluetta ohjaava lainsäädäntö	Kuvaus
Hallintolaki (1361/2003)	ks. Finlex
Henkilötietolaki 22.4.1999/523	ks. Finlex
Valmiuslaki 29.12.2011/1552	ks. Finlex
Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista 7.8.2009/617	ks. Finlex
Laki väestötietojärjestelmästä ja Väestörekisterikeskuksen varmennepalveluista 21.8.2009/661	ks. Finlex
Laki julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta (246/2010)	ks. Finlex
Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999)	ks. Finlex
Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta (169/2007) ja muutokset 2010	ks. Finlex
Laki yksityisyyden suojasta työelämässä	ks. Finlex
Sähköisen viestinnän tietosuojalaki (16.6.2004/516)	ks. Finlex
Rikoslaki	ks. Finlex

Terveydenhuoltoa ohjaava lainsäädäntö	Kuvaus
Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 ja tähän liittyvät asetukset	ks. Finlex
Ensihoitoasetus (340/2011)	ks. Finlex
Kansanterveyslaki 66/1972	ks. Finlex
Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989	ks. Finlex
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159 muutoksineen	ks. Finlex
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298	ks. Finlex
Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007/61 muutoksineen	ks. Finlex
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088	ks. Finlex
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sähköisestä lääkemääräyksestä 25.6.2008/485 muutoksineen	ks. Finlex
Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 1.7.2010	ks. Finlex

629/2010	
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 muutoksineen	ks. Finlex
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734	ks. Finlex
STM:n potilasasiakirja-asetuksen 30.3.2009/298 määräykset liittyen potilasasiakirjojen virheiden korjaamiseen.	ks. Finlex
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994	ks. Finlex
Työterveyshuoltolaki 1383/2001	ks. Finlex
Mielenterveyslaki 1116/1990	ks. Finlex
Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006	ks. Finlex
Tartuntatautiasetus 786/1986	ks. Finlex
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992)	ks. Finlex
Laki terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa (20.3.1987/322)	ks. Finlex
Laki hallinnon turvallisuusverkkotoiminnasta	ks. Finlex
Laki hätäkeskustoiminnasta (20.8.2010/692)	ks. Finlex
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta	ks. Finlex
Biopankkilaki	ks. Finlex

Sosiaalihuoltoa ohjaava lainsäädäntö	**Kuvaus**
Sosiaalihuoltolaki (710/1982)	ks. Finlex
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)	ks. Finlex
Laki omaishoidon tuesta (937/2005)	ks. Finlex
Laki toimeentulosta (1412/1997)	ks. Finlex
Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987)	ks. Finlex
Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977)	ks. Finlex
Isyyslaki (700/1975)	ks. Finlex
Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta (361/1983)	ks. Finlex
Laki lapsen elatuksesta (704/1975)	ks. Finlex
Laki lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanosta (619/1996)	ks. Finlex
Laki lapseksi ottamisesta (153/1985)	ks. Finlex
Lastensuojelulaki (417/2007)	ks. Finlex

Laki sosiaalisesta luototuksesta (1133/2002)	ks. Finlex
Päihdehuoltolaki (41/1986)	ks. Finlex
Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikan hakijoiden vastaanotosta (496/1999)	ks. Finlex
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (vanhuspalvelulaki)	ks. Finlex
Nuorisolaki (27.1.2006/72)	ks. Finlex
Elatusturvalaki (671/1998)	ks. Finlex
Elatusturva-asetus (672/1998)	ks. Finlex
Laki lähestymiskiellosta (898/1998)	ks. Finlex
Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annettu laki (603/1996)	ks. Finlex
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (1268/2005)	ks. Finlex
Yleissopimus lapsen oikeuksista (60/1991)	ks. Finlex
Päihdehuoltolaki (41/1986)	ks. Finlex

Kehitteillä oleva lainsäädäntö	Kuvaus
Kuntarakennelaki (lausuntokierroksella), eduskuntaan 2013	
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämisestä ja valvonnasta (valmisteilla)	
Uusi sosiaalihuoltolaki	
Avioliittolaki (234/1929)	
Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (29.12.2009/1704)	