

Understöder ni att patienten på det sätt som föreslås i propositionen kan göra en bedömning av vårdbehovet digitalt och att automatisering kan utnyttjas i bedömningen?

Ja / Nej

Kommentar:

Västra Nylands välfärdsområde anser att förslaget är mycket värt att understöda.

I överensstämmelse med regeringens proposition möter välfärdsområdena samtidigt en växande efterfrågan på tjänster, personalbrist och ett betydande tryck för att förbättra tillgången till tjänster och tjänsternas effektivitet. I propositionen identifieras korrekt att utnyttjandet av digitala tjänster och automation är ett av de centrala medlen för att svara på dessa strukturella utmaningar. Det i lagförslaget nämnda kravet "kan passas in i den finländska hälso- och sjukvården" är onödigt. Lösningarna som används kommer att vara de bästa möjliga, certifierade som medicintekniska produkter. Lösningarna ska naturligtvis lämpa sig för den planerade användningen, men separata nationella krav bör undvikas även med tanke på marknadens funktionalitet. Även EHDS:s mål är att det europeiska utbudet utvecklas.

Bedömning av vårdbehovet lämpar sig till sin natur väl för automatisering. Processen baserar sig till stor del på strukturerad datainsamling, systematisk bedömning av symtomen samt medicinskt och/eller odontologiskt godkända bedömningskriterier. Möjligheten att nyttja automation enligt

regeringens proposition kan i bästa fall påskynda tillgången till vård, minska belastningen på yrkespersonerna, frigöra personalens tid för mer krävande klientarbete samt öka likvärdigheten och kvaliteten i bedömningen av vårdbehovet.

Den nuvarande typen av bedömning av vårdbehovet är som process svår att optimera, varför verktyget för automatisk bedömning av vårdbehovet utöver insamling av förhandsuppgifter bör kunna bedöma hur brådskande vårdbehovet är och dela upp processen i flera delar, av vilka vissa kan automatiseras helt eller åtminstone fram till tidsbokningen. Hänvisning till brådskande vård, egenvård eller till exempel icke-brådskande tidsbokning bör ske huvudsakligen utan mänsklig intervention. Systemet måste också i servicehandledningen kunna beakta klienter som inte kontaktar vården för första gången samt klienter som har flera konstaterade sjukdomar som påverkar situationen.

Samtidigt anser vi det vara av kritisk betydelse att välfärdsområdena behåller en faktisk möjlighet att bedöma och övervaka teknologins kliniska kvalitet, säkerhet och effektivitet. Den teknologi som införs ska:

- bygga på medicinskt godkända kriterier,
- integreras smidigt i befintliga ärende- och servicekanaler,
- möjliggöra kontinuerlig utveckling,
- och producera kliniskt tillförlitliga och konsekventa bedömningar.

Kvalitetskontrollen av teknologin bör vara kontinuerlig, inte en engångsbedömning i samband med införandet. I regeringens proposition identifieras välfärdsområdets ansvar för kvalitets- och riskhanteringen av automationen, vilket vi anser vara motiverat.

Dessutom måste man beakta den verkliga förändringen i omvärlden: medborgarna gör redan nu självständig bedömning av vårdbehovet med allmänt tillgängliga AI- och LLM-verktyg oberoende av om de integreras som en del av det offentliga servicesystemet eller inte. Den centrala frågan är därför inte om AI används vid bedömning av vårdbehovet, utan om användningen byggs upp kontrollerat, säkert och som en del av det offentliga servicesystemet, eller om AI lämnas som ett helt oreglerat parallellt fenomen.

Understöder ni att man på det sätt som föreslås i propositionen kan utnyttja artificiell intelligens i den digitala bedömningen av vårdbehovet?

Ja / Nej

Kommentar:

Vi anser förslaget vara värt att tillstyrka.

I flera europeiska länder har man redan länge använt olika lösningar som påminner om bedömning av vårdbehovet, antingen som en del av försäkringssystemen eller den offentliga hälso- och sjukvården. Praktiska erfarenheter visar dock att

lösningar som grundar sig på traditionella regelbaserade eller bayesianska beslutsträdsmodeller inte i stor skala har kunnat åstadkomma tillräckligt högklassiga, flexibla eller användarcentrerade verksamheter.

Även i regeringens proposition identifieras AI-förordningens och AI-systemens betydelse i framtidens verksamhetsmodeller.

Internationella erfarenheter tyder på att särskilt stela beslutsträdsliknande lösningar har mött utmaningar i:

- styrningen av klienternas beteende,
- användarupplevelsen,
- och i den kliniska tillförlitligheten.

Det förefaller därför oundvikligt att särskilt generativ AI och LLM-teknologier kommer att utnyttjas som en del av lösningen framtidens digitala bedömning av vårdbehovet. Lagändringen borde även möjliggöra användningen av sådana teknologier, dock så att välfärdsområdenas ansvar, patientsäkerheten, dataskyddet samt kvalitetsstyrningen förverkligas på det sätt som beskrivs i regeringens proposition.

Det är viktigt att regleringen inte låser välfärdsområdena till endast de nuvarande teknologiska genomförandesätten. Den teknologiska utvecklingen inom AI-området är exceptionellt snabb, och lagstiftningen bör möjliggöra ett säkert nyttjande av kapaciteter även i framtiden.

Anser ni att patientens rättigheter har beaktats på rätt sätt i propositionen?

Ja / **Nej**

Kommentar:

Ur patientens synvinkel är den centrala skyddsåtgärden informering om automationen och en möjlighet att utträtaärenden med en yrkesperson förbi det automatiska beslutsfattandet. Ett separat, explicit och bevisbart samtycke som förutsättning för utträttande av ärenden är ett extra steg i frågan och ökar lösningens komplexitet. Det automatiska beslutsfattandet bör basera sig på lagen och inte på samtycke.

Vi anser det vara viktigt att det för användningen av automation ställs krav på öppenhet, begriplighet och riskhantering. Det är dock bra att vara medveten om att datamodellen och beslutslogiken i en AI-baserad lösning kan vara mycket komplex. Den beskrivning som erbjuds patienten är till den delen oundvikligen av allmän karaktär. En mer detaljerad kontroll baserar sig på den medicinska utrustningens överensstämmelse med kraven.

Anser ni att fördelningen av tjänsteansvaret har beaktats på rätt sätt i propositionen?

Ja / **Nej**

Kommentar:

Vi anser det vara motiverat att välfärdsområdet med organiseringsansvar bär helhetsansvaret för den teknologi som används som en del av dess servicesystem. Men en modell med en utsedd tjänsteinnehavare som bär ansvaret är inte hållbar. Ansvaret bör framför allt riktas mot den bedömning och utvärdering som görs i samband med införandet av lösningarna.

Teknologileverantörerna har dels ansvaret som tillverkare av medicintekniska produkter.

Dessutom anser vi att det i regeringens proposition är nödvändigt att fördjupa granskningen av hur ansvaren fördelas i en situation där teknologin kan fatta självständiga beslut utan en kontinuerlig "human in the loop"-verksamhetsmodell. Framtidsduglig reglering förutsätter redan nu att man bedömer hur yrkespersonernas, den organiseringsansvarigas och teknologileverantörernas ansvar definieras i en långt automatiserad verksamhetsmiljö.

Inom vilken tidsram är det möjligt att införa den digitala bedömning av vårdbehovet som avses i propositionen?

Tidsplanen för införandet beror i betydande grad på den valda teknologin samt dess integreringsförmåga med de befintliga ärende- och servicekanalerna, såsom telefontjänst och digitala servicekanaler.

En betydande del av implementeringstiden är relaterad till integrationer, avtalsfrågor samt beroenden mellan flera olika aktörer. Dessa är inte alltid under välfärdsområdenas direkta beslutanderätt, vilket försvårar bedömningen och ledningen av tidsplanerna.

Vi bedömer frågan under antagandet att lösningen för digital bedömning av vårdbehovet redan är integrerad i de centrala servicekanalerna.

I Västra Nylands välfärdsområde tar en typisk förändrings- och implementeringsprocess för en digital servicefunktion för närvarande cirka 5–6 månader. Implementeringen av lösningen för digital bedömning av vårdbehovet innehåller dock flera särdrag:

- omformning av yrkespersonernas arbete,
- förändring av arbetsfördelningen,
- processförändringar i mottagande funktioner,
- kvalitetssäkring av den automatisk styrningen,
- och säker implementering av systemkonfigurationer.

På grund av dessa särdrag uppskattar vi att implementeringen vid Västra Nylands välfärdsområde kommer att ta cirka 12 månader om den leds väl som helhet.

Anser ni att det system som i fortsättningen ska användas för bedömning av vårdbehovet bör genomföras nationellt (modell A eller B i propositionen)?

Ja / **Nej**

Kommentar:

Frågan innehåller flera olika antaganden som bör särskiljas från varandra.

I förslaget är det delvis huruvida man med en nationell lösning avser:

- nationellt egenutvecklad teknologi, eller
- en nationellt konkurrensutsatt och upphandlad lösning.

Om målet är en nationellt utvecklad teknologi under statlig styrning, anser vi att detta inte är ett realistiskt eller ändamålsenligt alternativ. Utvecklingen av AI-teknologier sker globalt i en mycket snabb cykel, och den offentliga nationella utvecklingsmodellen kan antagligen inte svara mot marknadens utvecklingshastighet, kompetens eller investeringsförmåga.

Risken är att de finska välfärdsområdena binds till en kvalitetsmässigt medelmåttig lösning som utvecklas långsamt, samtidigt som internationella aktörer utvecklas betydligt snabbare.

Om man däremot avser en nationellt konkurrensutsatt lösning som områdena kan utnyttja till exempel enligt modell A eller B, är möjligheterna att lyckas bättre. Även i detta fall bör dock följande beaktas:

- välfärdsområdenas självstyre,
- skillnader mellan områden,
- och i vilken utsträckning man överhuvudtaget vill centralisera teknologianskaffningar nationellt.
- Livscykeln för vilken teknologisk lösning som helst på en marknad under snabb utveckling kan vara kort (1–2 år)

Vi anser att en alltför centraliserad nationell genomförandemodell lätt blir långsam, tung och svårstyrd. Vi understöder inte statligt styrd nationell teknologiutveckling. Särskilt de välfärdsområden som på grund av sin storlek har svårt att själva svara för konkurrensutsättningen av denna typ av system kan dra nytta av en nationell lösning. I så fall kan en nationell gemensam upphandling fungera som ett alternativ till områdets egen upphandling. En särskild nytta av detta kan uppnås om deltagandet i den nationella upphandlingen inte är avgiftsbelagt för områdena.

Anser ni att propositionen i tillräcklig grad tar hänsyn till de företag som utvecklar tekniken?

Ja / **Nej**

Kommentar:

Det är ändamålsenligast att rikta frågan direkt till teknologiföretagen.

Ur välfärdsområdets synvinkel verkar det dock som att teknologileverantörernas perspektiv ägnas relativt liten uppmärksamhet i propositionen. Detta kan i ett senare skede försvaga marknadens funktionalitet, uppkomsten av innovationer samt lösningarnas praktiska genomförbarhet.

Övriga kommentarer?

Vid beredningen av lagändringen bör man säkerställa att man inte oavsiktligt skapar en situation där resultatet av den digitala bedömningen av vårdbehovet inte kan nyttjas direkt i patientdatasystemet. Nyttan för yrkespersonen byggs upp av att man säkerställer att mängden skriftligt arbete inte ökar i något skede.

I beredningen av lagändringen bör man också bedöma hur resultatet av den digitala bedömningen av vårdbehovet påverkar uppföljningen och mätningen av tillgången till vård så länge som tillgången till vård är en central mätare för hur man lyckats i välfärdsområdet.

Vi anser det vara viktigt att diskussionen inte begränsas endast till hur bedömningen av vårdbehovet automatiseras, utan också i vilka situationer bedömningen av vårdbehovet överhuvudtaget producerar värde för servicesystemet.

Samtidigt kan husläkarmodellerna och verksamhetsmodellerna som stärker kontinuiteten i vården förändra rollen för bedömningen av vårdbehovet avsevärt. När klienten och den ansvariga yrkesutbildade personen känner varandra bättre, betonas kontinuiteten i stället för en separat triage-process.

Dessutom har kundupplevelsen samt den upplevda nyttan av vården en växande betydelse. Det är svårt för välfärdsområdena att utveckla serviceupplevelsen, effektiviteten och helheten, om områdena inte längre kan påverka centrala delar av servicesystemet.

Om målet är att genuint stärka välfärdsområdenas förmåga att utveckla sin verksamhet på ett effektivt sätt, bör områdena ges:

- tillräcklig beslutanderätt,
- helhetsansvar,
- rätta styrmekanismer,
- och tillräcklig kompetens och resurser.

Ytterligare fragmentering av servicesystemet ökar risken för att det samlade ansvaret för serviceupplevelsen, vårdens effektivitet eller hur vårdkedjan fungerar inte längre tydligt tillhör någon. Enligt vår uppfattning bör makt och ansvar hållas i samma händer, samtidigt som man ställer tydliga och ambitiösa mål för utvecklingen av servicesystemet.