**Kirjallinen kysymys KK 501/2026 vp**

**Sari Sarkomaa kok**

# Kirjallinen kysymys kansallisen hoitotyösensitiivisen tietotuotannon käynnistämisestä osana sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä tietopohjaa

**Eduskunnan puhemiehelle**

Suomessa tarvitaan kansallisesti yhtenäinen ja pysyvä hoitotyösensitiivisen tiedon tuotanto osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä tietopohjaa. Tavoitteena ei ole uusi erillisrekisteri, vaan jo syntyvän tiedon yhdenmukaistaminen, yhdistäminen ja hyödyntäminen potilaiden ja asiakkaiden hoidon laadun, turvallisuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi. Tietotuotanto vahvistaa tietoon perustuvaa johtamista, palvelujen laadun läpinäkyvyyttä ja tutkimusperustaista kehittämistä sekä tukee hallitusohjelman ja kansallisen sote-kehittämisen tavoitteiden toteutumista.

Hoitotyö läpäisee koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän. Sitä toteutetaan erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa, kotihoidossa, sosiaalipalveluissa, asumispalveluissa ja pitkäaikaishoidossa. Hoitohenkilöstö muodostaa sote-palvelujen suurimman henkilöstöryhmän, ja sen toiminnalla on suora yhteys hoidon laatuun, turvallisuuteen, asiakas- ja potilaskokemukseen, palvelujen tuloksiin sekä kustannuksiin. Tästä laajasta toiminnasta ei ole Suomessa kattavaa, kansallisesti yhtenäistä ja vertailukelpoista tietopohjaa.

Hoitotyösensitiivisellä tiedolla tarkoitetaan hoitotyön rakenteita, prosesseja ja tuloksia kuvaavaa mitattavaa tietoa, johon hoitotyöllä, hoitotyön resursseilla ja toimintatavoilla voidaan vaikuttaa. Kyseessä on tietokokonaisuus, jonka avulla voidaan arvioida, millaisissa olosuhteissa hoitoa toteutetaan, toteutuvatko sovitut ja näyttöön perustuvat toimintatavat sekä millaisia tuloksia potilaille ja asiakkaille syntyy. Käsite ei rajaudu haittatapahtumien seurantaan tai diagnoosikohtaisiin terveyshaittoihin, vaan tarkastelee kokonaisvaltaisesti sote-palveluiden hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia.

— Rakennetieto kuvaa hoidon edellytyksiä, kuten henkilöstön määrää ja rakennetta, osaamista, johtamista, toimintamalleja sekä toimintaympäristöä.
— Prosessitieto kuvaa hoidon toteuttamista, kuten riskien järjestelmällistä arviointia, näyttöön perustuvien toimintatapojen käyttöä, hoidon jatkuvuutta ja sovittujen toimenpiteiden toteutumista.
— Tulostieto kuvaa potilaalle tai asiakkaalle syntyviä tuloksia, kuten haittaa aiheuttaneita kaatumisia, painehaavoja, infektioita, kipua, hoitotyön potilaspalautetta, synnytyskokemusta.

Esimerkiksi kaatumisten seuranta ei yksin kerro, miten laadukasta hoitoa asiakas tai potilas saa. Tulostieto on yhdistettävä prosessitietoon: onko kaatumisriski arvioitu ja ovatko ehkäisevät

Valmis
5.0

toimenpiteet toteutuneet, sekä rakennetietoon, kuten henkilöstöön, osaamiseen ja toimintaympäristöön. Sote-palveluista tarvitaan tietoa, jolla voidaan osoittaa, missä hoitoprosessi toimii, missä on korjattavaa ja millä toimenpiteillä tuloksia voidaan parantaa.

Kaatumiset, painehaavat, vajaaravitsemusriski, kipu, infektiot ja asiakkaan kokemuksen laatu eivät rajaudu yhteen diagnoosiin, potilasryhmään, erikoisalaan tai palvelumuotoon. Ne koskevat ihmisiä eri elämänvaiheissa ja palveluketjun eri kohdissa. Siksi niitä ei voida esimerkiksi seurata kattavasti vain sairaus- tai potilasryhmäkohtaisilla laaturekistereillä. Laaturekisterit ovat tärkeä osa tietopohjaa, mutta niiden rinnalle tarvitaan ilmiöpohjaista, toimintaympäristöt ylittävää tietoa.

Suuri osa hoidon laadusta ja kustannuksista syntyy päivittäisessä hoitotyössä, mutta tämä jää kansallisessa tiedossa näkymättömäksi. Hoitotyössä tunnistetaan riskejä, ehkäistään haittoja, seurataan voinnin muutoksia, tuetaan toimintakykyä ja varmistetaan hoidon jatkuvuutta. Ilman yhtenäistä tietotuotantoa emme voi kuitenkaan luotettavasti osoittaa, missä hoito on turvallista ja vaikuttavaa, missä alueellisia eroja syntyy tai miten henkilöstö, osaaminen ja toimintatavat ovat yhteydessä tuloksiin. Hoitotyön arjessa toteutetaan jatkuvasti riskien arviointia ja haittoja ehkäiseviä toimenpiteitä. Esimerkiksi sairaalassa syntynyt painehaava tai potilaan kaatumisesta aiheutunut vamma voi lisätä hoidon tarvetta, pidentää hoitoaikaa ja kasvattaa kustannuksia. Yhtenäinen tieto auttaisi arvioimaan ehkäisevien toimintatapojen vaikutuksia sekä potilastuloksiin että voimavarojen käyttöön.

Esimerkkejä kustannuksista Suomessa

— Suomessa painehaavoja arvioidaan syntyvän vuosittain noin 55 000—85 000 potilaalle. Niiden aiheuttamien suorien kustannusten on arvioitu olevan noin 420—630 miljoonaa euroa vuodessa, eli keskimäärin noin 500 miljoonaa euroa. Painehaavojen ehkäisyn kustannusten on puolestaan arvioitu olevan noin kymmenesosa niiden hoidon kustannuksista. (Hotus, 2023).

— Kaatumiset aiheuttavat merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Suomessa pelkästään lonkkamurtumien (7 000 kpl) vuosittaisiksi kustannuksiksi on arvioitu vähintään 150 miljoonaa euroa. Kaatumisten kokonaiskustannukset ovat tätä suuremmat, sillä lonkkamurtumat muodostavat vain osan kaatumisista aiheutuvista vammoista (UKK-instituutti).

— Aikuisväestön vajaaravitsemuksen on arvioitu aiheuttavan Suomessa noin 600 miljoonan euron vuosittaiset lisäkustannukset. Vajaaravitsemus lisää komplikaatioiden riskiä, kasvattaa henkilöstön työmäärää ja voi pidentää sairaalahoitoa noin 3—7 päivällä. Hoitojakson aikana kehittyneen vajaaravitsemuksen on arvioitu lisäävän yhden hoitojakson kustannuksia noin 2 900—6 500 euroa. Vajaaravitsemusriskin järjestelmällinen seulonta, varhainen tunnistaminen ja oikea-aikainen ravitsemushoito ovat keskeisiä keinoja ehkäistä haittoja ja kustannuksia. (Alanne ym., 2019; Valtion ravitsemusneuvottelukunta & THL, 2023).

Nykyinen tieto on hajanaista eikä mahdollista kansallista vertailua. Hyvinvointialueilla ja sote-organisaatioissa tuotetaan runsaasti hoitotyötä koskevaa tietoa, mutta kirjaamiskäytännöt, tietosisällöt, poimintamenetelmät, laadunvarmistus ja raportointi vaihtelevat. Pelkkä yhteinen mittarin nimi ei riitä. Vertailukelpoisuus edellyttää yhteisiä määritelmiä, yhdenmukaista kirjaamista, sovittuja laskentasääntöjä ja pysyvää laadunvarmistusta. Lisäksi toiminnassa syntyvä tieto tulisi saada mahdollisimman automaattisesti ilman lisäkirjaamisia. Esimerkiksi

kaatumisten, painehaavojen ja vajaaravitsemusriskin tietoja ei nykyisellään voida kattavasti vertailla hyvinvointialueiden välillä yhteismitallisesti eikä yhdistää järjestelmällisesti hoidon rakenteisiin ja toimintatapoihin.

Vertailukelpoinen tieto mahdollistaa johtamisen, kansallisen ohjauksen ja vaikuttavuuden arvioinnin. Toimintayksiköissä tieto tukee riskien tunnistamista ja kehittämistoimien arviointia. Hyvinvointialueilla se mahdollistaa vertaiskehittämisen, hyvien käytäntöjen tunnistamisen ja voimavarojen kohdentamisen oikein. Kansallisella tasolla vertailukelpoinen tieto tekee näkyviksi alueelliset erot, ehkäistävissä olevat haitat ja näyttöön perustuvien käytäntöjen toteutumisen. Kun hoitotyösensitiivinen tieto voidaan yhdistää muihin palvelu-, kustannus-, diagnoosi-, toimintakyky- ja tulostietoihin, voidaan arvioida myös vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä palveluketjujen toimivuutta.

Tiedon tarkoitus on parantaa hoitoa, ei lisätä raportointia. Kansallisen tietotuotannon tavoite ei ole kerätä uusia tunnuslukuja niiden itsensä vuoksi. Tiedon tulee ohjata konkreettisia parannuksia: ehkäistä haittoja, vahvistaa yhdenvertaisuutta, tukea ammattilaisten ja johdon päätöksentekoa sekä osoittaa, saadaanko käytetyillä voimavaroilla aikaan tavoiteltuja tuloksia. Läpinäkyvä tieto vahvistaa myös potilaiden ja asiakkaiden mahdollisuutta arvioida palvelujen laatua.

Kansallista tietotuotantoa ei tarvitse rakentaa tyhjästä. Hoitotyön vertaiskehittämisen verkosto (HoiVerKe) on vuodesta 2016 tuottanut kansallisesti määriteltyä vertailutietoa. Verkostossa on mukana 18 organisaatiota: 16 hyvinvointialuetta, HUS-yhtymä ja Helsingin kaupunki. Nykyisiä tietosisältöjä ovat muun muassa hoitotyön potilaspalaute, hoitajien työtyytyväisyys, kaatumiset ja putoamiset, painehaavat, vajaaravitsemusriskin arviointi, keskuslaskimokanyyli-infektiot, synnytyskokemus, psykiatrisen hoitoympäristön väkivaltatapahtumat, itsemurhariskin arviointi ja kivun arviointi.

Verkostossa on sisältöasiantuntemusta, yhteistyörakenne ja käytännön kokemusta vertailutiedon tuottamisesta. Nykyinen verkostopohjainen toiminta ei kuitenkaan takaa valtakunnallista kattavuutta, tietotuotannon velvoittavuutta eikä pysyvää rahoitusta. Tietojen saatavuus ja automatisoinnin aste vaihtelevat erittäin paljon, ja osa tiedosta kootaan edelleen manuaalisesti. Seuraava vaihe on kytkeä tehty työ kansalliseen tietopohjaan, vahvistaa tietorakenteita ja siirtyä vaiheittain mahdollisimman automaattiseen tietotuotantoon

Lähtökohtana tulee olla, että hoitotyösensitiivinen tieto rakennetaan osaksi kehittyvää kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjaa. Ratkaisun tulee hyödyntää olemassa olevia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä, Kanta-palveluja, kansallisia rekistereitä ja muita tietovarantoja. Tarkoitus ei ole perustaa rinnakkaista erillisrekisteriä tai pysyvää manuaalista tiedonkeruuta. Kansallisen tietotuotannon toteuttaminen edellyttää kolmea samanaikaisesti etenevää kokonaisuutta.

Suomessa on perusteltua käynnistää kansallinen valmistelu ja nimetä taho, jolla on selkeä mandaatti koordinoida hoitotyösensitiivisen tiedon tuotantoa, kehittämistä ja ylläpitoa. Samalla on määriteltävä eri toimijoiden vastuut sisältöjen valmistelusta, tietorakenteista, teknisestä

toteutuksesta, tietosuojasta ja tietoturvasta, tiedon laadunvarmistuksesta, raportoinnista sekä jatkuvasta kehittämisestä.

Vastuurakenne ei voi perustua yksinomaan vapaaehtoiseen verkostotyöhön. Kansallisesti on syytä määritellä, mitä tietoa palvelunjärjestäjien ja palveluntuottajien tulee tuottaa, millä aikataululla ja millä laatukriteereillä. Velvoittavuus turvaa kattavuuden ja vertailukelpoisuuden sekä ehkäisee tilanteen, jossa tietotuotanto riippuu yksittäisten organisaatioiden resursseista tai määräaikaisista hankkeista.

Ehdotan, että käynnistetään kansallinen valmistelu yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, hyvinvointialueiden, HoiVerKe-verkoston, hoitotyön professiojohdon, Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus), tutkimus- ja kehittämisverkostojen sekä asiakas- ja potilasedustajien kanssa, ja nimetään toimivaltainen vastuutaho koordinoimaan hoitotyösensitiivisen tiedon tuotantoa, kehittämistä ja ylläpitoa osana sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista tietopohjaa.

Kansallisesti olisi perusteltua sopia ensimmäisessä vaiheessa tuotettavista tietosisällöistä, indikaattoreista, käsitteistä, laskentasäännöistä, tietorakenteista ja raportointitasoista. HoiVerKe-verkoston jo käytössä olevat määrittelyt tarjoavat tähän valmiin lähtökohdan. Ensivaiheessa on tarkoituksenmukaista ottaa käyttöön rajattu joukko kansallisesti vaikuttavia ja jo määriteltyjä indikaattoreita sekä laajentaa kokonaisuutta vaiheittain.

Toteutustavan tulee mahdollistaa tiedon yhdistäminen muuhun kansalliseen sote-tietoon lain ja käyttötarkoituksen sallimissa rajoissa. Tämä edellyttää yhteentoimivia tietorakenteita, riittävän yksityiskohtaista tietoa ja tarvittaessa henkilötunnisteisen tiedon turvallista käsittelyä kansallisissa tietovarannoissa. Näin hoitotyön rakenteita ja prosesseja voidaan tarkastella suhteessa potilaan tai asiakkaan palveluihin, toimintakykyyn, hoidon tuloksiin ja kustannuksiin. Tietosuojan, tietoturvan, tiedon minimoinnin ja toisiokäytön oikeudelliset edellytykset on ratkaistava valmistelussa. Tavoitteena on kerran kirjattu, rakenteinen ja laadukas tieto, jota voidaan hyödyntää useissa tarkoituksissa ilman rinnakkaista raportointia.

Kansallisen tietotuotannon rakentamiseen tarvitaan erikseen osoitetut asiantuntija- ja henkilöresurssit sekä rahoitus. Resursseja tarvitaan sisältöjen ja tietorakenteiden määrittelyyn, teknisten ratkaisujen toteuttamiseen, kirjaamisen yhdenmukaistamiseen, tiedon laadunvarmistukseen, analytiikkaan, raportointiin, käyttöönoton tukeen ja vaikutusten arviointiin.

Rahoituksen tulee kattaa sekä määräaikainen rakentamisvaihe että pysyvä ylläpito ja kehittäminen. Ilman jatkuvaa rahoitusta vaarana on, että tietotuotanto jää hankeluonteiseksi, tekniset ratkaisut vanhenevat ja vertailukelpoisuus heikkenee. Valmistelussa tulee arvioida, mitä voidaan toteuttaa nykyisten kansallisten rakenteiden ja tietovarantojen avulla ja mitkä osat edellyttävät uutta rahoitusta.

Ehdotan käynnistettäväksi kansallisen hoitotyösensitiivisen tietotuotannon valmistelun osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista tietopohjaa.

**Kirjallinen kysymys KK 501/2026 vp**

Valmistelun tulee hyödyntää jo tehtyä työtä ja edetä vaiheittain. Päämääränä on kansallisesti kattava, vertailukelpoinen ja yhdistettävä tietopohja, jonka avulla hoitotyön vaikutus hoidon laatuun, turvallisuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin voidaan tehdä näkyväksi ja jonka perusteella palveluja voidaan parantaa koko Suomessa.

Edellä olevan perusteella ja eduskunnan työjärjestyksen 27 §:ään viitaten esitän asianomaisen ministerin vastattavaksi seuraavan kysymyksen:

> *Mihin toimenpiteisiin hallitus aikoo ryhtyä hoitotyösensitiivisen tiedon kansallisen ja vertailukelpoisen tuotannon käynnistämiseksi osana sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä tietopohjaa?*

Helsingissä 18.11.2026

Sari Sarkomaa kok