



## **Valiokuntamietintö pitkäaikaissairaiden palveluiden järjestäminen**

Pirkanmaan hyvinvointialueen monipalveluvaliokunta

# Sisällysluettelo

Valiokuntamietinnön hyväksyminen.....	2
1 Tiivistelmä .....	3
2 Asiantuntijakuulemiset .....	4
3 Väestöennusteet .....	5
4 Pitkäaikaissairauden määritelmä.....	5
5 Yleisimmät pitkäaikaissairaudet .....	5
6 Pitkäaikaisten sairauksien esiintyvyys.....	5
6.1 Pitkäaikaissairaudet korostuvat reuna-alueilla.....	6
7 Pitkäaikaissairauksien yhteiskunnallinen merkitys .....	6
8 Pitkäaikaissairauksien ehkäisy ja hoito .....	7
8.1 Pitkäaikaissairauden hoito tapahtuu arjessa.....	7
8.2 Vammaisten henkilöiden perus- ja liitännäissairauksien hoitaminen .....	7
9 Häiriökysynnästä pitkäaikaissairauksien hoitamisessa .....	9
10 Digitalisaatio edellyttää uudenlaista ajattelua.....	10
11 Monipalveluvaliokunnan kehittämisideat .....	11
11.1 Hoidon jatkuvuuden turvaaminen (omalääkäri, omahoitaja, omatiimi)....	11
11.2 Hoito-ohjelmat ja hoitopolut .....	12
11.3 Digitalisaatio .....	13
11.4 Hoitotarvikelogistiikka .....	14
11.5 Osaamisen kehittäminen .....	15
11.6 Potilaan, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalityön yhteistyö	15
11.7 Terveysosiaalityö .....	16
11.8 Kuntoutus .....	16
11.9 Viestintä.....	17
11.10 Potilasjärjestöt .....	19
12 Lähteet .....	20

## **Valiokuntamietinnön hyväksyminen**

Mietintö hyväksyttiin yksimielisesti.

Tampereella 5.3.2025.

Valiokuntamietinnön työstämiseen osallistuneet valiokunnan jäsenet ja varajäsenet:

Markku Virkamäki, Mauri Jussila, Mervi Veijola, Sinikka Torkkola, Mikael Rinnetmäki, Tuomo Hemminki, Manta Tolvanen, Anitta Korpio, Matti Höyssä, Jari Haapaniemi, Tarja Jokinen, Anne Liimola, Jenni Jokinen, Maarit Lepistö, Janne Ojala, Janne Prihti, Anna Moilanen, Henri Backman, Sari Hassi, Arto Lampinen, Sirpa Pursiainen-Hautala, Jorma Jussila ja Eleanora Mäkinen.

## 1 Tiivistelmä

Naisista 58 %:lla ja miehistä 51 %:lla oli jokin pitkäaikaissairaus tai pitkäaikainen terveysongelma, mikä tarkoittaa noin 2,5 miljoonaa henkilöä. Pitkäaikaissairaudet ja pitkäaikaiset terveysongelmat lisääntyvät tasaisesti iän myötä siten, että lähes 80 %:lla 75 vuotta täyttäneistä oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Pitkäaikaissairauksien ja pitkäaikaisten terveysongelmien yleisyydessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia neljän viime vuoden aikana. Pitkäaikaissairaudet ja pitkäaikaiset terveysongelmat ovat yhtä yleisiä matalasti kuin korkeasti koulutettujen henkilöiden keskuudessa (THL 2023).

Lähes kaikki pitkäaikaissairaudet heikentävät toiminta- ja työkykyä ja aiheuttavat kustannuksia sairaalle itselleen ja yhteiskunnalle. Sairauksien varhainen toteaminen, hoito ja asianmukainen kuntoutus tulee turvata kaikille väestöryhmille. Väestön ikääntyessä pitkäaikaissairauksien ja pitkäaikaisten terveysongelmien merkitys entisestään korostuu ja niiden kustannukset yhteiskunnalle kasvavat. Erityisen tärkeää on ennaltaehkäisyn lisäksi huomioida pitkäaikaisten terveysongelmien aiheuttama hoidon ja kuntoutuksen tarve sosiaali- ja terveyspalveluita organisoitaessa (THL 2023).

Pirkanmaan hyvinvointialueen monipalveluvaliokunta on valmistellessaan *Pitkäaikaissairaiden palvelujen järjestäminen* -mietintöä kuullut Pirkanmaan hyvinvointialueen asiantuntijoita, potilasjärjestöjen edustajia sekä emeritusprofessori Ilkka Vohlosta. Näiden asiantuntijoiden esityksissä korostuvat samat asiat, joiden tavoitteena on pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen. Näitä kehittämiskohteita ovat esimerkiksi hoidon ja hoitosuhteiden jatkuvuuden turvaaminen, ajantasaiset hoitosuunnitelmat ja hoitopolut, omahoitaja- ja omalääkärimalli, riittävät resurssit ja hyvä yhteistyö eri sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä. Potilaiden/asiakkaiden tulee saada riittävän selkeä informaatio sairautensa hoidosta ja tiedon tulee kulkea sujuvasti potilaan hoitopaikasta toiseen. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen yhteistyö ja tiedonvaihdon tulee olla saumatonta.

Tärkeintä on potilaan/asiakkaan näkemysten huomiointi hänen hoitoaan suunniteltaessa ja toteutettaessa. Omaiset tulee ottaa hoitoon mukaan potilaan terveydentilan edellyttämällä tavalla.

Mietintömme käsittelee pitkäaikaissairauksia lähinnä yleisellä tasolla. On huomattava, että eri ikäryhmillä on lisäksi omat haasteensa sairauksiensa hoidossa. Esimerkkeinä lapset ja heidän kasvuvaiheensa, nuorten siirtyminen aikuisten hoitojärjestelmän piiriin, työelämässä olevien hoidon jakautuminen työterveyden ja muiden tahojen kesken sekä iäkkäiden hoidossa pitkäaikaissairauksien suhde muihin sosiaali- ja terveystalviin.

Keskeiset toimenpide-ehdotukset:

- “Tärkeintä on ihminen”, potilas ja omaiset mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen.
- Hoidon jatkuvuuden turvaaminen omalääkäri- ja omahoitajamallilla.
- Panostukset digitalisaatioon ja hoidossa tukevien sovellusten tarjoamiseen.
- Hoitosuunnitelmat kaikille pitkäaikaissairaille.
- Kokonaisvaltainen hoito, sosiaalityön huomiointi.
- Selkeä yhteistyö: potilas, perusterveydenhuolto, sosiaalityö ja erikoissairaanhoido.
- Monipuolinen, selkeä viestintä.

## 2 Asiantuntijakuulemiset

Monipalveluvaliokunta on mietinnön valmistelun yhteydessä kuullut seuraavia asiantuntijoita:

- terveystalviikan professori Ilkka Vohlonen
- yleislääketieteen erikoislääkäri, terveystalviuskeskuslääkäri Riitta Siiskonen
- Tampereen diabetes ry:n diabeteshoitaja Outi Viljanen
- avopalveluiden toimialuejohtaja Sari Mäkinen
- Pirkanmaan muistiyhdistys ry:n toiminnanjohtaja Teija Siipola
- Tampereen Reumayhdistys ry:n puheenjohtaja Katja Metsävainio
- johtava sosiaalityöntekijä Anni Vanhala
- Sydän-Suomen alue ry:n toiminnanjohtaja Ulla Harala

- vastaava sairaanhoitaja Mari Yli-Heikkilä
- Omaishoitajaliiton aluekoordinaattori Pia Järnstedt
- Pirkanmaan hyvinvointialueen vammaisneuvoston puheenjohtaja Tuija Kaivanto

### **3 Väestöennusteet**

Pirkanmaan hyvinvointialueen aluevaltuusto kuuli strategia- ja perehdytyswebinaarissaan vuoden 2022 keväällä valtiotieteen tohtori Timo Arolta MDI:n väestöennustetta Pirkanmaalta. Aro arvioi, arvioi, että vuoteen 2040 mennessä yli 75-vuotiaiden ihmisten määrä kasvaa 30 951 henkilöllä vuoden 2022 lähtötilanteesta. Tämän ryhmän sisällä yli 90-vuotiaiden ihmisten määrä kolminkertaistuu. Ennakoitu väestönkasvu kokonaisuudessaan asettuu saman ennusteen mukaan 33 000–73 000 henkilöön vuoteen 2040 mennessä. Iäkkäiden kasvu keskittyy pääosin Tampereen kaupunkialueeseen ja ympäristökuntiin. Muussa maakunnassa väestön ikääntyminen on tapahtunut jo hieman aiemmin. (VTT Timo Aro/MDI 2022).

### **4 Pitkäaikaissairauden määritelmä**

Pitkäaikaissairaus on kestoaltaan vähintään yli kuusi kuukautta ja potilas tarvitsee sairautensa vuoksi hoitoa ja seurantaa (THL 2023).

### **5 Yleisimmät pitkäaikaissairaudet**

Suomessa kroonisiksi eli pysyviksi tai pitkäaikaisiksi kansantaudeiksi katsotaan yleisesti: sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergiat, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveyden ongelmat (THL 2023).

### **6 Pitkäaikaisten sairauksien esiintyvyys**

Eri tutkimusten mukaan suomalaisilla lapsilla ja nuorilla on noin 20 %:lla jokin pitkäaikaissairaus (Vähätalo & Karukivi 2019). Yli 50 %:lla työikäisistä on jokin pitkäaikaissairaus tai vamma (Suomen Reumaliitto n.d). 75 vuotta täyttäneistä lähes 80:lla %:lla on jokin pitkäaikaissairaus tai terveysongelma (THL 2023).

## **6.1 Pitkäaikaissairaudet korostuvat reuna-alueilla**

Suurin osa pitkäaikaissairauksista voi puhjeta missä iässä hyvänsä, mutta kerran puhjettuaan säilyy potilaan elämässä koko loppuelämän. Täten pitkäaikaissairauksien esiintyvyys on suoraan verrannollinen ihmisen ikään (mitä pidempään elät, sen suurempi todennäköisyys on sille, että sairastut pitkäaikaissairauteen). Tämä näkyy hyvinvointialueilla siten, että alueilla, jossa väestö on ikääntyneempää, myös sairastavuus on suurempaa.

Toinen merkittävä seikka on se, että nuorempi ja hyvinvointialueen kasvukeskuksissa asuva väestö myös useammin saa terveydenhuollon palvelunsa työ- tai opiskeluterveydenhuollosta. Pitkäaikaissairauksienkin hoidon osalta siis julkisen terveydenhuollon tarve korostuu siellä, missä väestö on vanhempaa. Ikääntyneempi väestö kohtaa myös enemmän haasteita itsenäisen liikkumisen kanssa.

Pitkäaikaissairauksien hoito tulisi pyrkiä järjestämään mahdollisimman lähellä sitä eniten tarvitsevia asukkaita. Tämä tarkoittaa erityisesti panostusta liikkuviin palveluihin ja esimerkiksi määräaikaistarkastusten järjestämistä pikemminkin lähiasemilla kuin sote-keskuksissa.

## **7 Pitkäaikaissairauksien yhteiskunnallinen merkitys**

Noin 600 000 työkäistä katsoo, että pitkäaikaissairaus tai vamma heikentää heidän työkykyään ja työllistymismahdollisuuksiaan. Pitkäaikaissairauksien arvioidaan aiheuttavan 75 % terveydenhuollon suorista kustannuksista (Kestävä Terveydenhuolto -hanke, 2017). Pääkaupunkiseudulla 10 % potilaista käytti 80 % terveydenhoidon resursseista. Heistä suurin osa kärsii yhdestä tai useammasta pitkäaikaissairaudesta - ja törmää usein ongelmiin hoitoon pääsyssä, hoidon suunnittelussa ja yhteydenpidossa hoidon tarjoajiin (Aalto-yliopisto 2020). Työelämän ulkopuolella olevista osatyökykyisistä arviolta 65000 haluaa töihin ja arvioi pystyvänsä siihen. Tämä vastaa yhtä ikäluokkaa Suomessa. Nykyistä korkeampi työllisyysaste edellyttää panostuksia osatyökykyisten työllistämiseen (Keyriläinen & Lappalainen 2023).

## 8 Pitkäaikaissairauksien ehkäisy ja hoito

Pitkäaikaissairauksien riskitekijöitä ovat muun muassa epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö ja lihavuus (THL 2023).

Maailman terveysjärjestö WHO on esittänyt tavoitteiksi: vähentää runsasta alkoholin käyttöä 10 %, lisätä terveystoimintaa 10 %, vähentää suolan käyttöä 30 %, vähentää tupakoiden suhteellista osuutta 30 %, estää väestön jatkuva lihominen ja tehostaa lääkehoidon vaikuttavuutta (WHO 2013). Näillä toimilla voidaan vähentää pitkäaikaissairauksien esiintyvyyttä.

### 8.1 Pitkäaikaissairauden hoito tapahtuu arjessa

Lähes kaikkien pitkäaikaissairauksien hoito vaatii päivittäistä hoitoa ja jopa useita hoidon tuloksiin vaikuttavia päätöksiä päivässä. Pitkäaikaissairas onkin usein oman sairautensa paras asiantuntija. Keskimäärin pitkäaikaissairauden hoito tapahtuu terveydenhuollon piirissä tunnin vuodessa ja terveydenhuollon ulkopuolella loput 8759 tuntia. Pitkäaikaissairaalle ja hänen hoitoonsa osallistuville tulee tarjota oikeassa suhteessa sekä vastuuta että myös vapauksia. Sekä Diabetesliiton että Tampereen diabetesyhdistyksen selvitysten mukaan Pirkanmaalla tyypin 1 diabetesta sairastavien arjessaan kokemissa haasteissa korostuu hoitoväsymys ja tyypin 2 diabetesta sairastavilla lisätiedon tarve.

### 8.2 Vammaisten henkilöiden perus- ja liitännäissairauksien hoitaminen

Monipalveluvaliokunnan suositukset:

- Pirkanmaan hyvinvointialue kouluttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön kohtaamaan vammaiset ihmiset palvelujärjestelmässä. Erityisesti huomioitavia asioita ovat vammaisten ihmisten yhtäläiset oikeudet kaikkiin palveluihin, kommunikaation erityispiirteet (aistivammat, korvaavat kommunikointikeinot) ja läheisten osallisuus. Lain mukaan vammaisen henkilön osallisuutta on tuettava hänen toimintakykynsä, ikänsä ja kehitysvaiheensa sekä elämäntilanteensa edellyttämällä tavalla.
- Vammaisille ihmisille laaditaan tarvittaessa terveys- ja hoitosuunnitelma, joka on terveydenhuoltolain ja asiakastietolain



edellyttämä kiireettömissä hoidoissa tehtävä suunnitelma. Kyseessä on jatkuvasti ylläpidettävä asiakirja, joka laaditaan potilaskeskeisesti pitkäaikais- ja monisairaiden henkilöiden hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi avohoitoon. Tarkoituksena on, että Terveys- ja hoitosuunnitelma näkyy OmaKannassa omalla sivullaan, jolloin se on käytettävissä sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköissä vammaisen henkilön itsensä tai läheisensä näyttämänä. Koska vammaisten ihmisten terveys-, hoito- ja kuntoutusasioita hoidetaan sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa, olisi tärkeää saada terveys- ja hoitosuunnitelma kattamaan myös erityispalveluissa tehdyt suunnitelmat.

- Vammaisuutteen liittyvissä erityisosaamista ja –perehtyneisyyttä vaativissa kysymyksissä on tarvittaessa mahdollista päästä moniammatillisen vammaisuuteen perehtyneen työryhmän arvioon (esimerkiksi kuntoutuksen suunnittelu, fysioterapeutin, puheterapeutin, psykologin, toimintaterapeutin arviot/tuki/ohjanta, kehitysvammalääketieteellinen ja kehitysvammapsykiatrinen osaaminen).
- Sosiaalipalveluiden järjestämisen tulee tukea pitkäaikaissairauksien hoitoa ja hoidon jatkuvuutta.

Vammaisen henkilö on oikeutettu kaikkiin samoihin sosiaalihoitolaan ja terveydenhoitolaan palveluihin kuin ei vammaisen henkilö, mutta vammaisella henkilöllä on oikeus tarpeen mukaan myös erityispalveluihin. Vammaisilla henkilöillä on usein vammaansa liittyen liitännäissairauksia, jotka vaativat erikoissairaanhoidon ja/tai perusterveydenhuollon palveluita, esimerkiksi vaikeaan kehitysvammaisuuteen liittyy jopa yli puolella henkilöistä epilepsiaa.

Eryityisesti akuuteissa päivystysasioissa tarvitaan sekä henkilökunnan osaamista vammaisen ihmisen kohtaamisessa että vammaisuuteen liittyvien asioiden huomioimisessa. Koska tiedonsiirto voi vaikeutua päivystystilanteessa, olisi tärkeää, että vammaisella henkilöllä olisi ajantasainen terveys- ja hoitosuunnitelma, joka kattaisi myös erityispalveluissa tehdyt suunnitelmat.

## 9 Häiriökysynnästä pitkäaikaissairauksien hoitamisessa

Jos potilas ei saa apua tai apu on väärää, syntyy häiriökysyntää. Potilas palaa vaivansa kanssa, vaikka hänet olisi voitu hoitaa kerralla kuntoon. Keskeinen syy häiriökysynnälle terveydenhuollossa on, että tuloksellisuutta hahmotetaan pitkälti suoritteina, ei potilaan/asiakkaan hoitotarpeen mukaisena jatkuvuutena.

Häiriökysyntä on systeeminen ilmiö, joka liittyy järjestelmän toimintaan. Jotta sitä voi ymmärtää, kokonaisuutta tulee tarkastella vuorovaikutteisesti ja monesta näkökulmasta. Asiakas ihmettelee: "Miksi organisaatio ei pysty auttamaan minua oikealla tavalla oikea-aikaisesti?". Organisaatio ihmettelee: "Miksi asiakkaat tulevat yhä uudelleen takaisin ja kysyntä kasvaa?".

Termi pyrkii sanoittamaan vuorovaikutussuhteen osapuolten näkökulmia: häiriöinen organisaatio + asiakkaiden luoma ylimääräinen kysyntä = häiriökysyntä.

Häiriökysynnän tiedetään lisäävän kuluja ja hankaloittavan potilaiden elämää. Henkilökunnan näkökulma on jäänyt vähemmälle.

Sote-alalla on tunnetusti pula työvoimasta, ja työuupumus on ongelma.

Häiriökysynnällä on suora yhteys molempiin. Työn sujuvuus heikkenee, kuormittavuus lisääntyy ja ylimääräiset yhteydenotot haittaavat keskittymistä. Jos samaa ongelmaa joutuu käsittelemään toistuvasti, työ voi myös tuntua merkityksettömältä, koska ponnistelu ei johda pysyvään apuun potilaalle.

Syntyy negatiivinen kehä: kun henkilöstö ei riitä, asiakastarpeisiin on vaikea vastata kunnolla. Syntyy lisää häiriökysyntää. Mikä puolestaan lisää henkilöstön kuormittuneisuutta. Häiriökysyntää voi syntyä myös organisaatio sisällä. Silloin puhutaan sisäisestä häiriökysynnästä. Esimerkiksi jos toisessa yksikössä ei ole hoidettu asioita kerralla kuntoon, toisessa yksikössä voidaan joutua tekemään turhaa työtä. On tärkeä huomata, ettei häiriökysyntä johdu työntekijöistä. Se johtuu järjestelmästä.

Hyvinvointialueet tarjoavat henkilöstölle työssä jaksamiseen valmennuksia.

Henkilöstön kokemus kuitenkin on, että jaksaminen paranisi häiriökysyntää vähentämällä. Valmennukset muuttavat järjestelmää harvoin. Vähentäminen edellyttää siksi muutoksia sote-palvelujen rakenteissa ja toimintatavoissa.

Joitakin keinomahdollisuuksia:

1. Hoidon jatkuvuuden ja moniammatillisuuden vahvistaminen.
2. Asiakkaiden ongelmat tulee käsitellä kokonaisvaltaisesti ja oikea-aikaisesti, jotta vältetään tarpeettomat ja toistuvat yhteydenotot.
3. Tuloksellisuutta arvioitaessa tulisi keskittyä potilaiden tarpeiden ja palveluiden tarjonnan kohtaamiseen eli saiko potilas oikeaa apua oikein ja oikea-aikaisesti.
4. Ennen digipalveluiden käyttöönottoa on tärkeää ymmärtää häiriökysynnän laatu ja määrä. Niitä tulee seurata käyttöönoton jälkeen.
5. Henkilöstöä tulee kouluttaa häiriökysynnän ilmiöstä: mitä se on, mistä se johtuu ja miten sitä voidaan vähentää.
6. Organisaation sisäisissä prosesseissa tulee välttää turhaa ja ylimääräistä työtä. Tämä voi tarkoittaa selkeämpää työnjakoa ja parempaa yhteistyötä.
7. Vältetään palveluiden vakiointia ja keskittämistä tilanteissa, joissa asiakkaiden tarpeet ovat moninaisia.

(Perustuu Hermanni Hyytiälän artikkeliin Lääkärilehdessä nro 1/9.1.2025)

## **10 Digitalisaatio edellyttää uudenlaista ajattelua**

Pitkäaikaissairausten hoito tapahtuu pääosin arjessa ja vain hyvin pieneltä osin terveydenhuollon piirissä. Hoitoa tukeva sovellus voi tarjota pienen palan omaksuttavaa lisätietoa tai antaa palautetta tavoitteissa pysymisestä, vaikka päivittäin. Samoin vaikka oirearviolomakkeen tai chatbotin kanssa voi huoletta asioida vaikka kuinka usein. Tällaisten sovellusten kautta tarjottavien palveluiden tai ”palvelukontaktien” määrää voidaan skaalata käytännössä rajattomasti ylöspäin. Siksi tavoitteet, joiden mukaan yli 50 % palvelukontakteista tulisi hoitaa digitaalisesti tuntuvat tässä yhteydessä absurdeilta. Digitaalisia palvelukontakteja voi olla vaikka tuhatkertainen määrä ihmisten välisiin tapaamisiin verrattuna.

## 11 Monipalveluvaliokunnan kehittämisideat

### 11.1 Hoidon jatkuvuuden turvaaminen (omalääkäri, omahoitaja, omatiimi)

**Terveydenhuoltolain (1326/2010) §:n 49 mukaan potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle, aina kun se hoidon järjestämisen kannalta on mahdollista.** Potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuuden parantaminen perusterveydenhuollossa tulee nostaa keskeiseksi perustehtäväksi hyvinvointialueiden johtamisessa (Ruissalo 2022).

2000-luvulla kertynyt vahva tieteellinen näyttö osoittaa, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta: terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat pienemmät, päivystyskäyntien ja ennaltaehkäistävissä olevien sairaalajaksojen määrä on pienempi, kuolleisuus on vähäisempää, sairauksien hoitotasapaino on parempi, liitännäissairauksien ja komplikaatioiden (sepelvaltimotauti, aivoverenvuodot ja sydäninfarktit) riski pienenee, potilasturvallisuus paranee ja potilastyytyväisyys sekä potilaan turvallisuuden tunne ja luottamus lääkäriä kohtaan paranevat (lääkintöneuvos Tapani Hämäläinen Sosiaali- ja Terveysministeriö Duodecim 2023). Varsinkin pitkäaikaissairaat hyötyvät omahoitaja - omalääkärimallista (monipalveluvaliokunnan asiantuntijakuuleminen, Mäkinen 2024).

Pitkäaikaissairauksien hoito tapahtuu potilaan arjessa. Siihen tarvitsemansa valmennuksen hän saa joko perusterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta. Monen pitkäaikaissairauden hoito edellyttää hoitohenkilöstöltä erityistä osaamista. Esimerkiksi suurella osalla diabetesta sairastavista pääasiallinen hoitotaho on perusterveydenhuolto. Tyypin 1 diabeteksen ja monipistoshoitaisen tai muuten komplisoidumman tyypin 2 diabeteksen kanssa hoitotaho on erikoistunut perusterveydenhuollon yksikkö (Diabetesvastaanotto Tampereen Hatanpäällä) tai erikoissairaanhoidon yksikkö. Ei siis ole yksiselitteistä mille tasolle omalääkäri- tai omatiimimalli tulisi toteuttaa.

Esimerkiksi diabeteksen hoidossa teknologian kehitys on edennyt viimeisen kymmenen vuoden aikana todella huimaa vauhtia jatkuvatoimisen glukoosiseurannan yleistyessä ja automaattisten insuliininannostelujärjestelmien

tultua markkinoille. Nämä uudet teknologiat vaativat myös hoitohenkilöstöltä aivan erityistä osaamista. Suuntaus, jossa yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen osaamista pyritään levittämään kovin laajalle (esimerkiksi ”kansanterveyshoitajat”) ei toimi hyvin yhteen tämän teknologisen kehityksen kanssa.

Osaamiskeskukset ovat hyvä lähestymistapa henkilöstön osaamisen luomiseen ja ylläpitoon. Jotta malli toimii, on myös mahdollistettava henkilöstön jatkuva kouluttautuminen. On myös tärkeä muistaa, että osaamiskeskusmalli ei tarkoita sitä, että kaikki hoito tarjottaisiin tietyn yhden fyysisen paikan seinien sisällä.

Monipalveluvaliokunta esittää, että kaikille Pirkanmaan Hyvinvointialueella toteutetaan pitkäaikaissairaille omahoitaja - omalääkärimalli mahdollisimman pikaisesti.

### **11.2 Hoito-ohjelmat ja hoitopolut**

Hoitosuositusten perimmäisenä tavoitteena on potilaiden mahdollisimman hyvä hoito. Duodecimin Käypä Hoito -suosituksia on laadittu yli 100. Suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, joita on laadittu jo 30 vuoden ajan. Alueellisilla hoito-ohjelmilla ja hoitoketjuilla / hoitopoluilla tuetaan valtakunnallisten Käypä Hoito -suositusten käyttöönottoa ja vähennetään hoidon vaihtelevuutta (Nuutinen, Nuutinen & Erhola 2004 ja Duodecim 2024).

Pirkanmaan hyvinvointialueen hoito- ja palveluketjut ovat alueelle sovellettuja, hoitosuosituksiin perustuvia kannanottoja hoitopäätösten tueksi ja työnjaon selkeyttämiseksi. On tärkeää, että hoito- ja palveluketjut juurtuvat arkityöhön kaikille toiminnan tasoille, esim. toimipaikkakoulutusten avulla (Pirkanmaan hyvinvointialue n.d).

Monipalveluvaliokunta katsoo, että hoito- ja palveluketjujen juurrutus arkityöhön onnistuu riittäväällä alueellisella- ja toimipaikkakoulutuksella.

On hienoa, että alueella on jo otettu käyttöön erikseen kirjatut hoitosuunnitelmat osalle pitkäaikaissairasta. Kunnollinen jatkuvasti päivittyvä ja pitkäaikaissairaana ja hänen hoitoonsa osallistuvien jatkuvasti ja helposti saatavilla oleva hoitosuunnitelma auttaa selkeyttämään vastuita niin hoitoyksiköiden kuin terveydenhuollon ja potilaan

välillä. Tavoitteena tulee pitää sitä, että hoitosuunnitelma laaditaan jokaiselle pitkäaikaissairaalle.

Kunnollinen hoitosuunnitelma ei siis ole vain tekstiä potilaskertomuksen lomassa, vaan erillinen dokumenttinsa, joka myös tallennetaan Kanta-järjestelmään ja on ihannetilanteessa potilaan nähtävissä omassa sovelluksessaan tai hyvinvointialueen asiointisovelluksen osana.

### **11.3 Digitalisaatio**

Esimerkiksi Diabetesliiton barometri (Diabetesliitto 2023) kertoo, että suurin osa diabetesta sairastavista tahtoo käyttää sähköisiä palveluita. Niiden tarjoaminen ei ole tälle väestöryhmälle pakkosyöttöä – kunhan digi ei ole ainoa vaihtoehto ja ihmiseen saa yhteyden tarvittaessa.

Digiratkaisuja on paljon erilaisia ja niin kuuluu ollakin. Etenkin elämäntapamuutosten osalta ihmiset reagoivat hyvin eri tavoin erilaiseen palautteeseen. Jokaisella pitkäaikaissairaalla on myös omat elämäntilanteensa ja tavoitteensa. Paras malli olisi sellainen, jossa erilaisia, eri ikä- ja käyttäjäryhmille suunnattuja digiratkaisuja olisi useita ja potilaat saisivat itse valita ne sovellukset, jotka heitä ja heidän tavoitteitaan parhaiten palvelevat. Digiratkaisujen osalta on tärkeää muistaa myös se, että kaikille ne eivät sovi ja kaikki eivät niitä voi käyttää.

Sovellusten hankinnan ja hinnoittelun osalta kannattaa pyrkiä malliin, jossa tiettyyn tarpeeseen vastaavan sovelluksen käytöstä maksetaan sovelluksen toimittajalle tietty määrä per potilas per kuukausi. Tällöin kustannukset ovat kiinteät ja ennustettavat populaatiotasolla ja sovellustoimittajat kilpailevat keskenään markkinaosuuksista tuon kokonaiskustannuksen puitteissa. Tämä luo sovellustoimittajille myös kannusteita kehittää palveluita jatkuvasti paremmiksi.

Tällä hetkellä digiratkaisujen tehosta on vasta alustavaa näyttöä. Tämä johtuu pääosin siitä, että näytön puutteen vuoksi ei ratkaisuilla ole ollut myöskään käyttöä. Jatkossa näytön lisääntyessä mallia tulisi kehittää vaikuttavuudesta maksamiseen.

## 11.4 Hoitotarvikelogistiikka

Monipalveluvaliokunta on jo aiemmin välittänyt hyvinvointialueelle diabetesyhdistysten alueverkoston kannanoton hoitotarvikkeiden hankinnasta ja logistiikasta. Myös Fimlab on sittemmin tehnyt oman selvityksensä, jonka mukaan ”diabeteslaitteiden käyttäjät ovat moninainen ryhmä eri-ikäisiä ja erilaisissa tilanteissa olevia henkilöitä, joilla on erilaisia diabeteslaitteisiin kohdistuvia tarpeita. Kaikki ei sovi kaikille, joten niin monipistoshoidon tukena käytettäviin jatkuvatoimisiin glukosinseurantajärjestelmiin kuin älypumpputjärjestelmiinkin tarvitaan riittävästi valikoimaa. Tulevan hankinnan tavoitteena on mahdollistaa ajanmukaiset ja uutta teknologiaa hyödyntävät diabeteksen hoitoa tukevat laitteet, jotka vastaavat erilaisissa tilanteissa olevien käyttäjien ja erityisryhmien, kuten lapsien ja raskaana olevien tarpeisiin.” (Fimlab 2024)

Hoitotarvikkeiden jakelulogistiikan osalta hyvinvointialue on kiitettävästi ottanut jatkuvasti pieniä askeleita eteenpäin. Kunnianhimo voisi silti olla vielä korkeammalla.

Tällä hetkellä esimerkiksi tyypin 1 diabeetikko joutuu täyttämään hoitotarviketilauksen alusta saakka, kaikkine henkilö- ja osoitetietoineen ja tilattavien tuotteiden REF-numeroinen kolmen kuukauden välein. Tämä ei tuo potilaalle itselleen eikä myöskään hyvinvointialueelle mitään lisäarvoa. Pikemminkin kaikki pitkäaikaissairauden hoitoon liittyvä ylimääräinen tekeminen altistaa hoitoväsymykselle.

Olisi paljon parempi ottaa käyttöön kestopilausmalli, jossa tarvikkeet toimitetaan hoitotarvikelähetteen mukaisesti automaattisesti ja potilaalla on sen lisäksi tarvittaessa mahdollisuus vaikuttaa toimituksen sisältöön tai ajankohtaan.

Fimlabin tarjoama Omamittauspalvelu pyrkii jo tuomaan diabeteksen hoidossa käytettyjen laitteiden tiedon takaisin hyvinvointialueen käyttöön. Tätä tietoa voisi myös hyödyntää hoitotarvikelogistiikassa. Tieto mahdollistaa jo glukosisensoreiden, verensokerin mittausliuskojen ja insuliinipumpun tarvikkeiden käytön seuraamisen. Ehdotettua kestopilausta voisi tarvittaessa säätää myös automaattisesti tämän tiedon perusteella.

Eriyistä kiitosta Pirkanmaan hyvinvointialue ansaitsee siitä, että hoitotarvikkeiden tarve kirjataan erilliselle hoitotarvikelähetteelle, joka myös tallennetaan Kanta-

järjestelmään. Tämä mahdollistaa jatkossa eri tarvikkeiden kustannusvaikuttavuuden seuraamisen. Näin ei tapahdu läheskään kaikilla hyvinvointialueilla. Olisikin hienoa, jos Pirhan mallia onnistuttaisiin levittämään myös muualle. Kansallisesti harmonisoidussa muodossa tallennettu tieto olisi vielä arvokkaampaa.

## **11.5 Osaamisen kehittäminen**

Potilasjärjestöjen edustajien esityksissä tuli ilmi toive siitä, että osaamista eri tautiryhmien osalta tulee parantaa terveydenhuollossa. Varsinkin perusterveydenhuollon osaamisesta oltiin huolissaan. Diagnoosit ja hoidot viivästyvät ja potilaiden hoidon seuranta ja kuntoutus toteutuvat puutteellisesti.

Monipalveluvaliokunnan keskusteluissa on tuotu ratkaisuna osaamiseen: riittävä koulutus, nopeat konsultaatiomahdollisuudet, pysyvät potilaslääkäri/-hoitaja suhteet ja perusterveydenhuollon lääkärin / hoitajien syventyminen tiettyjen sairauksien hoitoon, esimerkkinä diabetes, allergiasairaudet, reumasairaudet jne.

Esimerkiksi diabeteksen hoidossa teknologian kehittyminen on ollut viime vuosina huimaa. Jatkuvatoimisten glukosensorien ja älypumpujen- ja kynien toiminta ja niiden tuottamien raporttien tulkinta sekä potilaan tukeminen näissä asioissa vaativat erityisosaamista, joka ei ole omaksuttavissa pikaisella perehdytyksellä.

Lääkinnällisten laitteiden (verensokerimittarit, glukosensorit, insuliinipumput ja -kynät) valmistajien edustajat osallistuvat mielellään hoitohenkilökunnan perehdytykseen ja koulutukseen. Edustajat ymmärtävät, että laitteista saadaan paras hyöty silloin, kun niiden ominaisuudet tunnetaan. Hyvinvointialueen tulisi hyödyntää tätä. Kouluttautumisen tulisi olla mahdollista työajalla, tai vaihtoehtoisesti omalla ajalla hankitusta koulutuksesta täytyisi palkita työtujen muodossa.

## **11.6 Potilaan, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalityön yhteistyö**

“Tärkeintä on ihminen”

Potilaan tulee saada riittävä, ymmärrettävä tieto sairaudestaan, jota hän voi olla päättämässä hoitonsa tavoitteista ja olla toteuttamassa omaa hoitoaan. Tiedon tulee kulkea nopeasti potilaalle ja hoitojärjestelmän sisällä. Hoidosta vastaava taho /



henkilö tulee olla selvillä. Kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiseksi tarvitaan eri sektoreiden mahdollisimman saumatonta yhteistyötä. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yhteistyön parantamista esitettiin useammassa kuulemisessa.

## **11.7 Terveysosiaalityö**

Sosiaalityö on olennainen osa potilaan hyvää, kokonaisvaltaista hoitoa.

Sosiaalityöntekijöiden tietämys on korvaamatonta pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa, kuntoutuksessa ja työllistymisen tukemisessa. Erilaiset tuet ja etuudet ovat tärkeitä tukia potilaiden arjen sujumisessa. Lääkäri, omahoitaja ja sosiaalityöntekijä ovat tärkeä tiimi potilaan hoidon onnistumisessa.

Monipalveluvaliokunta edellyttää, että terveysosiaalityö säilytetään osana terveydenhuoltoa.

## **11.8 Kuntoutus**

Pitkäaikaissairaat hyötyvät kuntoutuksesta, jolla pyritään tekemään arkielämästä sujuvampaa. Kuntoutus voi olla esimerkiksi: neuvontaa, terapioita, koulutusta, apuvälinepalveluita tai rahallista tukea. Potilaalla on aina keskeinen ja aktiivinen rooli kuntoutuksessa. Kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutusuunnitelma laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa (Terveyskylä 2022).

Terveydenhuoltolain (1326/2010) § 29 velvoittaa hyvinvointialueiden järjestämään sairaanhoitoon liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta. Kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinnällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa.

Sosiaali- ja terveysjärjestöt tekevät merkityksellistä työtä kansan- ja pitkäaikaissairauksia sairastavien ihmisten parissa. Ne täydentävät usein julkista palvelujärjestelmää ja ovat tärkeitä vertaistuen organisoijia. STEA:n avustusten leikkaaminen vähentää järjestöjen kykyä toimia näissä tehtävissä.

Monipalveluvaliokunta katsoo, että kuntoutusta varten tulee hyvinvointialueella olla riittävät resurssit

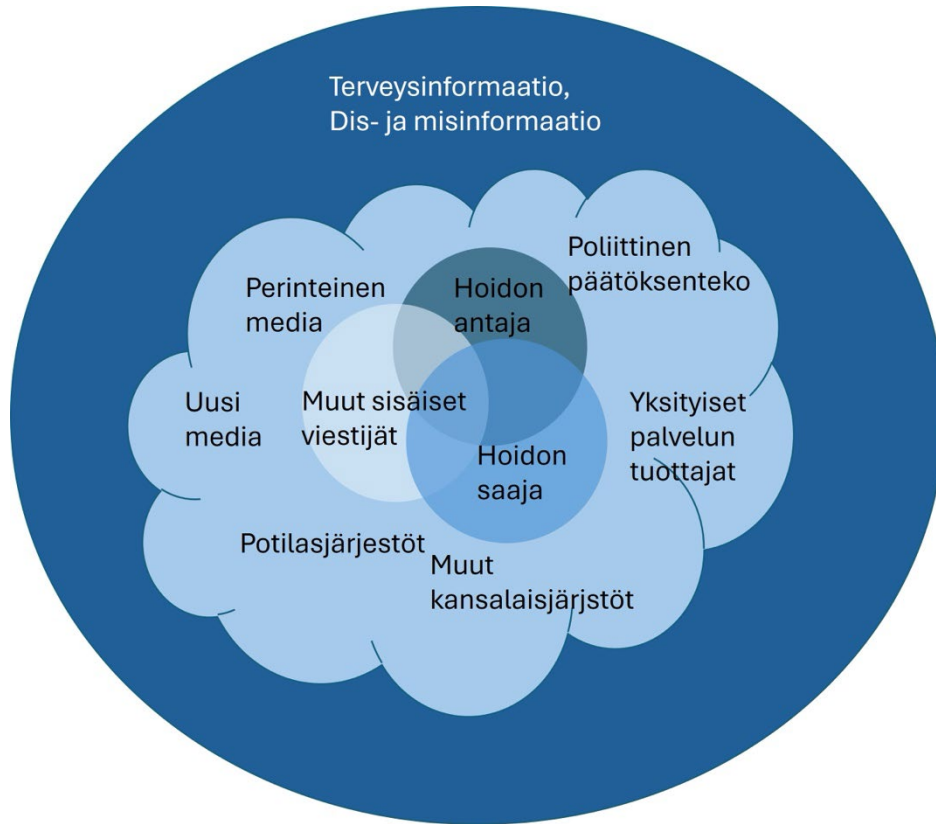
## 11.9 Viestintä

Hoidon saajan (potilaan, asiakkaan) kokemukset ja näkemykset ovat pitkäaikaissairauksien hoidon ytimessä. Viestintä, joka antaa hoidon saajan tarvitsemaa tietoa, tukee sekä terveydenhuollon palveluissa annettua hoitoa että itsehoitoa. Oikea, ajantasainen tieto mahdollistaa hoidon saajan hänen läheistensä osallistumisen hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja vahvistaa itsemääräämisoikeutta. Monipalveluvaliokunta katsoo, että pitkäaikaissairauksista jaettavan informaation tulee vastata palveluiden käyttäjän tarpeita sekä olla saavutettavaa ja ehdottaa selkosuomen käyttöönottoa kirjallisessa potilasviestinnässä. Selkokeskuksen (2025) mukaan selkokieli on suomen kielen muoto, joka on mukautettu sisällöltään, sanastoltaan ja rakenteeltaan yleiskieltä luettavammaksi ja ymmärrettävämmäksi. Se on suunnattu ihmisille, joilla on vaikeuksia lukea tai ymmärtää yleiskieltä.

Hoidon antajan ja saajan välinen vuorovaikutus on viestinnän keskiössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kuvaa vuorovaikutusosaamista yhdeksi keskeisimmäksi sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisten osaamisen alueeksi. Virtuaalinen viestintä, etälääketiede ja palveluiden digitalisoituminen muuttaa viestinnän paikkoja ja aikoja. Samanaikaisen, kasvokkaisen viestinnän ohella hoidon antajan ja hoidon saajan välinen vuorovaikutus voi olla virtuaalista ja eriaikaista. Eriaikaisuus ja -paikkaisuus siirtävät hoitoa vastaanottojen ulkopuolelle ja ulkopuoliseen aikaan. Muutos edellyttää hoidon antajilta uudentyyppisiä viestintätaitoja. (Torkkola & Sendra tulossa.)

Virtuaalisen viestinnän ja digitaalisten palveluiden toimivuuteen vaikuttavat ennen kaikkea palveluiden käyttäjien digitaidot. Virtuaalisen viestinnän ohella tarvitaankin perinteistä kasvokkaista ja kirjallista painettua viestintää. Jaettavan informaation tulee olla saavutettavaa kaikille palveluiden käyttäjille ja sitä olisi oltava saatavilla hoidon saajien kielillä. Suomen ja ruotsin ohella viittomakielellä sekä yleisimmillä alueella puhutuilla kielillä. Suomen ja ruotsin lisäksi Pirkanmaalla puhutaan 160 kieltä, joista yhdeksän yleisintä ovat arabia, englantia, espanja, farsi, kiina, kurdi, somali, venäjä ja viro.

Vaikka hoidon antajan ja saajan välinen vuorovaikutus on keskeisintä viestintää, on viestintäympäristö tätä ydinviestintää paljon laajempi (kuvio 1).



Kuvio 1 Viestintä pitkäaikaissairaiden palveluissa. (Kuvio on mukautus Torkkola & Sendra, tulossa).

Pirkanmaan hyvinvointialueen muu viestintä, kuten palveluita koskeva tiedotus, vahvistaa hoidollista viestintää ja vastaa osaltaan hoidon saajien tiedontarpeeseen. Terveystiedon jaetaan myös perinteisen ja sosiaalisen median kautta. Sosiaalisen median merkitys terveystiedon välittäjänä on kasvanut. Yhtäältä sosiaalinen media tukee hoidon saajien tiedon ja tuen tarvetta, toisaalta disinformaatio (tahallinen valheellinen informaatio) ja misinformaatio (tahaton väärä informaatio) vaarantavat lääketieteellisesti oikean tiedon jakamista. Äärimmillään väärä informaatio on aiheuttanut ristiriitoja hoitosuhteessa. Keskeinen viestinnän kysymys onkin, miten toimitaan sosiaalisessa mediassa ja ketkä siellä toimivat. (Torkkola ym. 2024)

## **11.10 Potilasjärjestöt**

Potilasjärjestöt tekevät arvokasta työtä auttamalla sairastuneita ja heidän omaisiaan. Järjestöjen kautta henkilöt saavat tietoa sairautensa hoidosta, mahdollisista etuuksistaan ja vertaistukea.

Järjestöt paikkaavat myös terveydenhuoltojärjestelmän puutteita ja mahdollistavalla monelle hoidon ja avunsaannin julkista järjestelmää nopeammin. On myös merkittävää, että valtaosa järjestöjen toiminnasta perustuu vapaaehtoistoimintaan, mikä tekee toiminnasta todella kustannustehokasta.

Monipalveluvaliokunnan näkemyksen mukaan potilasjärjestöjen osaajia tulee ottaa mukaan Pirkanmaan hyvinvointialueen toimintojen suunnitteluun, jotta heidän asiantuntemuksensa saataisiin palvelemaan pirkanmaalaisia pitkäaikaissairaita.

Järjestöjen osalta on huomattava, että aiemmin monet järjestöt toimivat yhteistyössä kuntien kanssa. Hyvinvointialueella saattaa olla useita samaan pitkäaikaissairauteen keskittyneitä alueellisia yhdistyksiä. Hyvinvointialueen olisi hyvä omasta puolestaan tukea yhdistyksiä niiden järjestäytymisessä niin, että yhteistyöstä voitaisiin keskustella yhden alueellisen tahon kanssa tai niin, että kaikki yhdistykset olisivat edustettuina.

## 12 Lähteet

Aalto-yliopisto. 27.11.2020. Pitkäaikaissairauksien hoito on pirstaloitunutta ja kallista – ratkaisua haetaan virtuaalisesta hoidonohjaamosta. Uutinen. Viitattu 13.2.2025.

<https://www.aalto.fi/fi/uutiset/pitkaaikaissairauksien-hoito-on-pirstaloitunutta-ja-kallista-ratkaisua-haetaan-virtuaalisesta>

Aro, Timo. Pirkanmaan demografinen kilpailukyky nyt ja tulevaisuudessa. Esitys Pirkanmaan hyvinvointialueen aluevaltuuston perehdytysseminaarissa 23.2.2022.

Diabetesliitto 2023: Diabetesbarometri 2023. <https://diabetes.fi/tukea-ja-palveluja/vaikuttaminen-ja-edunvalvonta/tutkimukset-ja-selvitykset/#barometri>

Duodecim 2023. <https://www.duodecim.fi>

Duodecim hoitosuosituksukset 2024. <https://www.duodecim.fi>

Fimlab 2024: Ajankohtaista: Kiitos vastausaktiivisuudesta diabeteslaitetarpeita kartoittavaan kyselyyn! Verkkosivu. Viitattu 17.2.2025. <https://fimlab.fi/diabetes-henkiloasiakaspalvelut>

Hyytiälä, Hermanni. 2025. Häiriökysyntä koettelee myös henkilöstöä. Lääkärilehti 9.1.2025. Viitattu 22.1.2025. <https://www.laakarilehti.fi/mielipide/hairiokysynta-koettelee-myos-henkilosta/>

Kestävä Terveysthuolto -hanke, Selvitys: Tekemätöntä työtä, näkymättömiä kustannuksia. Raportti 2017.

Keyriläinen, Marianne & Lappalainen, Kirsi. Työkykyohjelma 2019-2023.

Loppuraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2023:21.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-637-6>

Nuutinen, Lauri, Nuutinen, Matti & Erhola, Marina. Käypä hoito -suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2004;120(24):2955-62.

Pirkanmaan hyvinvointialue. Hoito- ja palveluketjut. Verkkosivu. Viitattu 18.2.2024.

<https://www.pirha.fi/web/hoito-ja-palveluketjut>

Ruissalo, Pekka. 2022. Hoitosuhteeseen jatkuvuutta, potilaalle oikeus omaan lääkäriin ja hoitajaan... - Tällainen on omalääkärimalli vuosimallia 2022. Helsingin

Uutiset. 16.8.2022. Viitattu 13.2.2025.

<https://www.helsinginuutiset.fi/paikalliset/4789187>

Selkokeskus. Selkokieli. 27.1.2021. Verkkosivu. Viitattu 15.2.2025

<https://selkokeskus.fi/selkokieli/selkokielen-maaritelma/>.

Suomen Reumaliitto. Työelämään vaikuttaminen. Verkkosivu. Viitattu 17.2.2025.

[https://reumaliitto.fi/meista/vaikuttamistyo/tyoelamaan-vaikuttaminen/?srsltid=AfmBOooj\\_O4DHSSEv9MG\\_flr\\_apIXTNMiL40rzR1pWzu6xdgPlesSfhc](https://reumaliitto.fi/meista/vaikuttamistyo/tyoelamaan-vaikuttaminen/?srsltid=AfmBOooj_O4DHSSEv9MG_flr_apIXTNMiL40rzR1pWzu6xdgPlesSfhc)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Terveyskylä.fi. 18.11.2022. Kuntoutuksesta tukea itsenäiseen elämään. Verkkosivu.

Viitattu 13.2.2025. <https://www.terveyskyla.fi/nuortentalo/aikuistuminen-ja-pitkaaikaissairaus/sairauteen-liittyvat-palvelut-ja-tuet/kuntoutuksesta-tukea-itsenaiseen-elamaan>

THL. 2023. Yleistietoa kansantaudeista. Verkkosivu. Viitattu 13.2.2025.

<https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Torkkola, Sinikka & Sendra Anna (tulossa). Healthcare and patient communication in the digital era: A patienthood and patient perspective. Routledge.

Torkkola, Sinikka, Tyni, Päivi, Parviainen, Jaana, & Sendra, Anna (2024).

Terveydenhuollon muuttuvat viestintäkäytännöt: Kyselytutkimus terveydenhuollon asiantuntijoille sosiaalisen median mahdollisuuksista ja uhista potilastyössä. Media & viestintä, 47(4), 53–78.

Vähätalo, Reetta & Karukivi, Max. Nuorten pitkäaikaissairauksilla monia yhteyksiä psyykkiseen hyvinvointiin. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2019;135(10):918-24.

WHO. 2013. Global action plan for prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Viitattu 13.2.2025.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>

