

# Resilienssin stressitesti? Oppeja Covid-19-epidemian hallinnasta ja johtamisesta Suomessa

Laura Kihlström, Moona Huhtakangas, Soila Karreinen, Ilmo Keskimäki & Liina-Kaisa Tynkkynen

*Terveysjärjestelmät ovat osa kriittistä infrastruktuuria, joiden valmius ja kyky kohdata erilaisia uhkia on merkityksellistä yhteiskunnan toiminnan kannalta. Koronaepidemian aiheuttamaan uhkaan herättiin hitaasti kaikkialla järjestelmässä. Eri toimijoiden välisen yhteistyön heikkoutena on ollut vuorovaikutuksen ja luottamuksen puute ja lisäksi asiantuntijoihin ja viranomaisiin on kohdistunut painostusta ja häirintää. Epidemian hallinnan kannalta tärkeiden kansallisten seurantajärjestelmien puutteellisuus on vaikeuttanut tiedolla johtamista. Jaksavan ja osaavan henkilöstön niukkuus kaikilla järjestelmän tasoilla on pitkittyneen kriisin olosuhteissa ollut olennainen haavoittuvuustekijä. Kansanterveys- ja terveydensuojelujärjestelmän (public health) uudistaminen on otettava osaksi sote-uudistuksen toimeenpanoa. Pandemioiden hahmottaminen monialaisina yhteiskunnallisina ja sosiaalisina kriiseinä on resilienssin eli muutosjoustavuuden edistämisen kannalta välttämätöntä.*

Resilienssillä eli muutosjoustavuudella tarkoitetaan terveysjärjestelmien yhteydessä järjestelmän kykyä varautua ja vastata kriiseihin, muokata toimintaansa kriisejä kohdatessaan ja lopulta oppia niistä (Hanefeld ym. 2018; Blanchet ym. 2017). Koronapolitiikka on vaihdellut mittavasti maanosittain ja maittain, ja sen yhteys terveysjärjestelmien muutosjoustavuuteen on noussut tärkeäksi tarkastelun kohteeksi (Greer ym., 2021).

Myös Suomessa koronaepidemian aikana on ilmestynyt useita selvityksiä ja tutkimuksia, jotka korostavat koronaoppien tärkeyttä tulevan kriisivalmiuden kannalta (Deloitte, 2021; Stenvall ym. 2022; Onnettomuustutkintakeskus, 2021; Valtioneuvoston oikeuskansleri, 2021). Nämä ovat kuitenkin pääosin keskittyneet tarkastelemaan koronaepidemian hallintaa ja tehtyjä rajoitustoimia yleisesti julkishallinnon näkökulmasta. Tässä luvussa keskitymme koronaepidemian aikaisiin oppeihin, haasteisiin ja onnistumisiin suomalaisen terveysjärjestelmän näkökulmasta.

Koronaepidemiaa on kuvattu eräänlaiseksi luonnolliseksi stressitestiksi terveysjärjestelmille (Forman et al. 2020). Käyttäen koronaepidemiaa tapauksena terveysjärjestelmän kohtaamasta kriisistä, pyrimme lopussa valottamaan myös tärkeimpiä kehittämistarpeita, joita järjestelmäämme kohdistuu erityisesti muutosjoustavuuden näkökulmasta. Aihe on ajankohtainen myös vuonna 2023 voimaan astuvan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valossa.

Epidemian kaltaisen terveyskriisin hallinta perustuu suomalaisessa terveysjärjestelmässä olennaisesti tartuntatautilakiin sekä valmiussuunnitelmiin (ml. pandemiasuunnitelmat). Tartuntatautilaki jakaa vastuun tartuntatautien torjunnasta useille toimijoille paikallisella,

alueellisella ja kansallisella tasolla. Valtakunnallisesti sosiaali- ja terveysministeriö (STM) vastaa tartuntatautien torjunnan yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta sekä johtaa, valvoo ja yhteensovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on valtakunnallinen asiantuntijalaitos, joka tuottaa tietoa sekä ylläpitää valtakunnallisia epidemiologisia seurantajärjestelmiä, tukee asiantuntemuksellaan STM:tä, aluehallintovirastoja sekä ohjaa ja tukee kuntien ja kuntayhtymien tartuntatautien torjuntatyötä. Alueellisesti sairaanhoitopiirit toimivat asiantuntijoina, kun taas aluehallintovirastot (AVI) tekevät tartuntatautilaissa säädettyt hallinnolliset päätökset, yhteensovittavat ja valvovat tartuntatautien torjuntaa sekä koordinoivat/yhteensovittavat alueellaan valmiussuunnittelua. Paikallisella tasolla kunnat ja kuntayhtymät ovat vastuussa oman alueensa tartuntatautien torjunnasta ja päätöksenteosta (Finlex, 2016). Tässä luvussa terveysjärjestelmällä tarkoitetaan suurelta osin näiden toimijoiden muodostamaa kokonaisuutta. Kuvaamme seuraavassa näiden toimijoiden näkökulmaa epidemian hallintaan ja vastaamme seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Miten Suomen terveysjärjestelmän eri tasoilla oli varauduttu koronaepidemian kaltaiseen haasteeseen?
- 2) Mitkä olivat koronaepidemian aikaisen johtamisen ja päätöksenteon tärkeimpiä haasteita, onnistumisia ja oppeja terveysjärjestelmän toimijoiden kertomana ja kokemana Suomessa?

#### Aineisto ja menetelmät

Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa tutkimushanketta Muutosjoustavuus, kriisivalmius ja huoltovarmuus suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ([RECPHEALS](#)<sup>1</sup>).

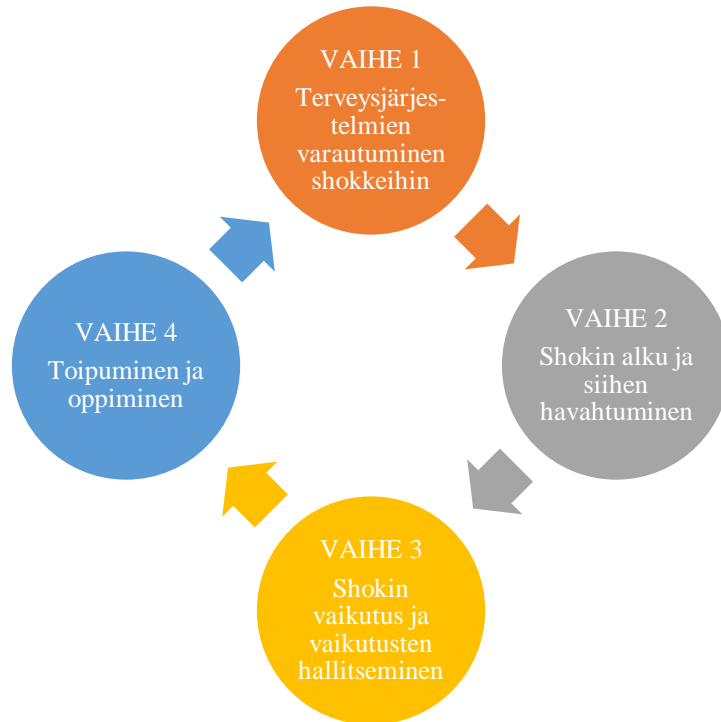
Tutkimusaineisto on kerätty etäyhteyksien avulla puolistrukturoituina yksilöhaastatteluina (N=53) maaliskuun 2021 ja helmikuun 2022 välisenä aikana. Aineiston keruuseen ja erityisesti haastattelujen aikatauluttamiseen jouduttiin varaamaan tavallista enemmän aikaa, sillä kaikki haastateltavat toimivat tutkimuksen aikana pandemianhallintaan liittyvissä tehtävissä. Haastateltavat edustivat keskeisiä paikallisen, alueellisen ja kansallisen tason toimijoita, kuten erikoissairaanhoidon johtajia, hallintoylijohtajia, sairaanhoitopiirien johtajia, hyvinvointiyhtymien/yhteisvastuualueiden johtajia, kaupungin/kunnan (sosiaali- ja terveystoimi) johtajia sekä tärkeimpiä epidemian hallintaan osallistuneita ministeriöitä ja niiden alaisia virastoja. Alueetasolla haastateltavat rekrytoitiin neljältä alueelta, jotka eroavat toisistaan sote-palveluiden järjestämismallin ja maantieteellisen sijainnin sekä väestörakenteen osalta. Haastateltavat tunnistettiin käyttäen harkinnanvaraista ja lumipallo-otantaa. Kutsu haastatteluun lähetettiin sähköpostitse noin 60 henkilölle, joista osa jätti vastaamatta kutsuun tai ei pystynyt osallistumaan aikatauluhaasteiden vuoksi. Haastattelujen kesto vaihteli 45 minuutista noin 90 minuuttiin. Kaikki haastateltavat antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen, ja heille kerrottiin haastattelun alussa tutkimukseen osallistuvan oikeudet noudattaen Suomen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksia ([TENK, 2019](#)).

Aineiston keruuta ja analyysia on ohjannut Steve Thomasin ym. (2020) viitekehys, jossa terveysjärjestelmien muutosjoustavuutta tarkastellaan järjestelmäshokkien erilaisten vaiheiden kautta (ks. Kihlström ym. 2021). Viitekehyksen mukaisesti haastattelurunko koostui pääteemoista, joita olivat varautuminen ja epidemiaan havahtuminen, pandemian aikainen hallinta ja johtaminen,

---

<sup>1</sup> <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/muutosjoustavuus-kriisivalmius-ja-huoltovarmuus-suomalaisessa-terveydenhuoltojarjestelmassa-recpheals->

sekä olennaiset opit ja uudistustarpeet. Haastateltavia pyydettiin kertaamaan omia kokemuksiaan sekä jakamaan näkemyksiään epidemian johtamisesta ja hallinnasta Suomessa omasta näkökulmastaan käsin. Haastatteluissa käsiteltiin erityisesti koronaepidemian ensimmäisen vuoden aikaisia tapahtumia. Viitekehyksen mukaista jaottelua on hyödynnetty myös aineiston analyysissä ja raportoinnissa.



Kuva 1 Shokkisyykli terveysjärjestelmässä (Steve Thomas ym. 2020)

Haastatteluäänitteet litteroitiin. Litteraatit analysoitiin monivaiheisesti käyttäen temaattista analyysiä. Aineisto analysoitiin directed content analysis-lähestymistavan mukaisesti teoreettiseen viitekehykseen pohjaten, keskittyen erityisesti varautumisen, johtamisen ja hallinnan sekä tärkeimpien oppien teemoihin epidemian aikana (Assarroudi ym., 2018; Hsieh & Shannon, 2005). Analyysityötä johti kokenut laadullisiin menetelmiin erikoistunut tutkija, joka oli koordinaatiovastuussa alustavan koodiston rakentamisesta yhdessä tutkijaryhmän kanssa. Alustava koodisto muokattiin taulukoksi, jossa avattiin koodien sisältö. Luotettavuuden ja läpinäkyvyyden lisäämiseksi useampi tutkija testasi alustavan koodiston samalla litteraatilla. Tämän jälkeen tutkijaryhmässä keskusteltiin koodien tulkinnoista ja eroavaisuuksista. Tämän vaiheen perusteella alustavaan koodistoon tehtiin vielä joitakin tarkennuksia. Lopullinen koodaustyö tehtiin Atlas TI-ohjelmistolla. Tässä luvussa esitetyt tutkimustulokset ovat aineistosta merkittävimmiksi ja yleisimmiksi nousseet teemat litteraateista.

### Varautumisen haasteet ja epidemian uhkaan havahtuminen

Varautuminen pitkittyneeseen ja monialaiseen kriisiin oli puutteellista

Aineistomme mukaan suomalaisen terveysjärjestelmän kyky ennakoida koko yhteiskuntaa koskevaa pitkittyntä kriisiä, joka vaatii yhteistyötä eri sektoreiden ja järjestelmän eri tasojen välillä, oli jokseenkin heikko. Järjestelmässä ei ollut varauduttu nykyaikaisen mediaympäristön mukanaan tuomiin haasteisiin, esimerkiksi sosiaalisen median rooliin osana laajalle levinneen tartuntataudin hallintaa tai monikanavaisen ja monikielisen viestinnän tarpeeseen. Suunnitelmissa ei myöskään

huomioitu henkilöstön motivaation ja jaksamisen tukemiseen tarvittavia toimia varsinkaan epidemiatilanteen pitkittyessä. Lisäksi rajojen hallinta, erityisesti maan isoimmalla lentokentällä, mainitaan esimerkkeinä tapauksesta, jota varten ei ollut valmiina järjestelmän läpäisevää varautumista laaja-alaisen kriisin varalta.

Ilmeinen puute varsinkin epidemian alkuvaiheessa oli riittämätön materiaallinen varautuminen suojarusteiden osalta. Suojarusteita oli varastoitu normaalikäytön mukaan, mutta koronaviruksen kohdalla nämä varastot osoittautuivat riittämättömiksi. Tämän vuoksi heti epidemian alkuvaiheessa jouduttiin supistamaan perustoimintoja, kuten suun terveydenhuoltoa. Haastattelemamme kansallisen tason toimijat kuvasivat, että suojarustetilanne oli alkuvuonna 2020 vakava. Kriittisimpinä hetkinä suojarusteita kerrotaan olleen varastoissa vain muutamaksi päiväksi ja pelkona oli, että niiden loppuessa hoitohenkilöstö kieltäytyy tulemasta töihin. Haastateltavien mukaan tilanteen pelasti ulkomailta saadut suojarustetoimitukset, joiden hankkimiseen ja toimittamiseen käytettiin laajasti erilaisia verkostoja ja myös poikkeuksellisia hankintamenettelyjä. Osa tilatuista suojarusteista päätyi kuitenkin toisen maan käyttöön EU:n sisäisen välilaskun aikana. Tämä kuvastaa tilanteen kaottisuutta ja keskinäisen solidaarisuuden puutetta EU:ssa kriisin alkumetreillä.

*”Siis niin, siinä meni kyllä varmaan muutama viikko hukkaan suoraan sanottuna että pohdittiin että mitä, et ah ja voi ja mitä tässä voi tehdä ja kannattaa tehdä ja ettei hötkyillä. Meillähän on suomalaisilla tämä, kun ei saisi hötkyillä eikä saisi ennakoida hirveesti. Se on tietysti meidän varautumisen näkökulmasta... jos meillä on semmoinen ajatusmalli et me ei saada hötkyillä eikä saada jossitella, niin me emme ikinä saa tällaisia ilmiöitä kiinni.”*

Haastateltavien mukaan suojarusteiden vähäinen määrä oli kuitenkin vain yksi, vaikkakin julkisuudessa paljon esillä ollut, varautumisen puute. Huomattavia puutteita paljastui myös muun muassa lainsäädännön valmistelussa ja toimeenpanossa. Kunnilla ja aluehallintovirastoilla ei ollut juuri aiempaa kokemusta tartuntatautilain soveltamisesta laajalle levinneen yleisvaarallisen tartuntataudin torjumiseksi. Kansallisella tasolla taas kuvailtiin valmiuslakiin liittyvän osaamisen olleen riittämätöntä ja sen soveltamisen ja tulkinnan olleen etenkin kriisin alussa vain muutaman tai pahimmillaan vain yhden henkilön varassa. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmän rakenteelliset ongelmat, kuten perusterveydenhuollon vähäiset resurssit, hoitohenkilöstön saatavuus ja verrattain alhainen tehohoitokapasiteetti, näyttäytyivät haastatteluissamme myös selkeinä haavoittuvaisuuksina terveysjärjestelmän varautumisen näkökulmasta. Myös sekä THL:n että aluehallintovirastojen resurssien leikkaaminen sekä organisaatiomuutos lääninhallituksista nykyiseen aluehallintovirastomalliin mainittiin syiksi siihen, että niillä oli heikommat edellytykset reagoida ja vastata koronaepidemian aiheuttamiin ongelmiin verrattuna esimerkiksi vuoden 2009 sikainfluenssaan.

#### Kriisiin havahtuminen

Koronaepidemian uhkaan herättiin hitaasti niin kansainvälisesti kuin Suomessakin. Maailman terveysjärjestö (WHO) julisti koronaviruksen pandemiaksi 11.3.2020. Haastateltavien mukaan WHO:n julistus tuli verrattain myöhään. Syyksi epäiltiin järjestön saamaa kritiikkiä vuoden 2009

sikainfluenssan yhteydessä, jolloin WHO:ta kritisoitiin hätäilystä. Useammassa haastattelussa korostettiin myös, että WHO on poliittinen organisaatio ja sen päätösten taustalla vaikuttavat myös suurvaltapolitiittiset jännitteet. EU:lla ei haastateltavien mukaan ollut riittävän koordinoitua yhteistä toimintamekanismia uhkaan reagoimiseen, mikä jätti yksittäisille jäsenmaille vallan ja vastuun torjuntatoimien käynnistämisestä. Myös suojarusteiden hankinnassa solidaarisuuden puute oli ilmeinen (ks. yllä).

Haastatteluaineistosta piirtyy kuva, jossa kriisiin havahtuminen tapahtui vähitellen vuodenvaiheessa 2019–2020. Mitä lähemmäs kuntatasoa aineistossa mennään, sitä myöhäisemmässä vaiheessa tilannekuvan vakavuuteen havahduttiin ja sitä enemmän tiedon kulussa raportoitiin olleen puutteita etenkin kansallisen ja alue/paikallistasojen välillä. Haastateltavien mukaan ensimmäiset signaalit epidemiasta havaittiin Suomessa jo loppuvuonna 2019. Tähän havahduttivat haastateltavien henkilökohtaiset kontaktit, kansainvälinen tiederaportointi ja kansainvälinen asiantuntijayhteistyö, omat havainnot (kuten maskit turisteilla) sekä uutiskuvat Kiinan miljoonakaupunkien sulkemisesta. Vaikka tilannetta tarkkailtiin THL:lla, STM:ssä ja sairaanhoitopiireissä, ei epidemian uhkaa vielä alkuvuonna 2020 pidetty Suomessa vakavana. Epidemian vakavuuteen heräämisessä olikin monien haastateltavien mukaan haasteita. Tilannetta leimasi haastateltavien mukaan epäusko tai haluttomuus uskoa tilannekuva. Niin julkisesti kuin organisaatioiden sisällä epidemiasta esitettyjen asiantuntijankemysten kerrotaan olleen vähätteleviä etenkin tammikuussa 2020. Koronaviruksen arvioitiin esimerkiksi käyttäytyvän kuten influenssavirus tai sen ei uskottu tarttuvan ihmisestä ihmiseen. Vielä tammikuun 2020 lopulla, ensimmäisen Suomessa varmistetun koronatapauksen jälkeenkin esitettiin asiantuntija-arvioita, joiden mukaan taudin leviämisen riski Suomessa oli pieni. Toisaalta asiantuntijahaastateltavat toivat esiin sen, että etenkin päättäjien toimesta toppuuteltiin liian vakavien uhkaskenaarioiden esittämistä, koska ne voisivat pelottaa kansalaisia.

Helmikuu 2020 vaikuttaa olleen kriisiin havahtumisen kannalta suvantovaihe, jota leimasi niin kutsuttu ”mandaattiallergia” eli poliitikkojen ja myös osan viranomaisista haluttomuus tarttua asiaan sekä itsevarmuus Suomen turvallisuutta koskien. Useat haastateltavat korostivat esimerkiksi Suomen varautumiselle annettuja hyviä arvioita WHO:n JEE (joint external evaluation) -prosessissa vuonna 2017, jotka vahvistivat itseymmärrystä Suomesta korkean varautumistason maana. Esimerkiksi suojarustetilanteen ongelmat olivat kuitenkin jo helmikuussa 2020 tiedossa ja usean haastateltavan mukaan Suomessa hukattiin tällöin tärkeää varautumisaikaa.

*”Mutta silloin alkuvaiheessa, kun minä luulen että se valmiuslain ja poikkeusolojen julistamiseen, valmiuslain käyttöönoton syy olivat kauhukuvat Italian teho-osastoista. Kyllä se oli aika selvästi se laukaiseva.”*

Tilannekuva muuttui Suomessa nopeasti maaliskuun alkupuolella ja siihen vaikutti erityisesti uutisointi Italiasta. Erään haastateltavan mukaan viruksen ajateltiin ensin pysyvän Kiinassa ja Aasiassa ja ensimmäisen tapauksen myötä paikallisena yksittäistapauksena Lapissa. Haastateltavien kertomuksissa nimenomaan Italian uutiskuvat toistuivat herätteenä sille, että myös Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä voisi romahtaa koronaepidemian seurauksena. Tämä puolestaan johti keskusteluun poikkeusolojen julistamisesta. Lisäksi pelättiin, että epidemialla ja sen torjumiseksi

käyttönotetuilla rajoitustoimilla olisi vakavia talouteen ja yhteiskunnan huoltovarmuuteen liittyviä vaikutuksia.

## Epidemian johtaminen ja hallinta

### Viestiketjun toimivuus epidemian aikana

*”Se rupesi näyttämään siltä, että tilanne näyttää tosi pahalta ja sitten kuitenkin se kansallinen viesti oli että ei tässä mitään hätää että nyt kun esimerkiksi meillä ollaan tätä, parin viikon päästä pidetään sitä omaa alueellista maanpuolustuskurssia ... niin katoin just vähän materiaaleja nii kyllä meidän lääkäri on laittanut tammikuun lopusta jotain A-Studio-haastattelunpätkiä jossa sanotaan että ei ole todennäköistä että epidemia tulee Suomeen eikä täällä tarvitse olla huolissaan. Kyllä täällä vähän oltiin jo huolissaan silloin että tämä näyttää nyt vähän kummalliselta ja just niitä epävirallisia reittejä pitkin alkoi sitä tietoa tihkua.”*

Viestiketjussa ja kriisitiedottamisessa kansalliselta tasolta alueelliselle ja paikalliselle tasolle on ilmennyt ongelmia läpi epidemian. Epidemian varalta järjestäydyttiin kansallisella tasolla alkuvuonna 2020. Kokoukset olivat aluksi salaisia ja niihin osallistui kansallisen tason haastateltavien mukaan vain keskeiseksi luonnehdittuja toimijoita. Kokousten sisällöstä, kuten mallinnoista, skenaarioista ja harkituista toimenpiteistä, ei viestitetty ulospäin. Kansallisen tason toimijat mainitsivat salassapitovelvollisuuden osasyysksi niukalle tiedottamiselle, varsinkin epidemian alussa. Myös keskeisten toimijoiden välisen luottamuksen puute ja pelko tietojen vuotamisesta tuli esiin haastatteluissa.

Haastattelujen mukaan epidemian aikana ilmeni epäselvyyttä siitä, mille taholle lakisääteinen vastuu tiedottamisesta erityisesti kunnille ja aluehallintovirastoille kuuluu. Osa alueellisista ja paikallisista toimijoista kuvaili, kuinka tiedon saaminen THL:lta epidemian alussa oli hankalaa. STM tiedotti ajankohtaisesta tilannekuvasta sairaanhoitopiirejä ja erityisvastuualueita, joiden kanssa se pitää tiiviistä yhteyttä myös normaalioloissa. Viestin oletettiin kulkevan sairaanhoitopiireiltä kunnille ja kuntayhtymille, mutta näin ei tulkintamme mukaan aina tapahtunut. Myös sairaanhoitopiireistä kerrottiin, että kuntien mukaan ottamisessa myöhästyttiin epidemian alussa.

*”Kunnathan tekee äärettömän hyvää työtä, mutta se on ihan selvä kun meillä on 300 kuntaa niin niitä käytäntöjä ja ajatuksia on hyvinkin erilaisia ja saati se tilannekuvan ylläpito kaikkien 300 kunnan kanssa niin ei varmasti ole ihan helppo tehtävä.”*

Viestinnän epäselvyyksistä johtuen haastattelemamme paikalliset toimijat ja osa alueellisista viranomaisista kertoivat jääneensä pimentoon epidemian alun tilannekuvan osalta. Tämän vuoksi niin kriisitietoisuutta kuin tilannekuvaa alettiin muodostaa epävirallisia reittejä pitkin. Osalla alueista varauduttiin esimerkiksi tartuntatautilain (aluehallintovirastot) tai valmiussuunnitelmien (kunnat, kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit) perusteella. Valtaosa alueellisista ja paikallisista toimijoista kuitenkin kertoi pääministerin 12.3.2020 tiedotustilaisuuden olleen merkittävä kriisiin havahtumisen kannalta. Poikkeusolojen julistus tuli alueellisille ja paikallisille toimijoille yllätyksenä, mikä aiheutti myös erilaisia hankaluuksia käytännön toiminnassa. Esimerkiksi heti

poikkeusolojen julistamisen jälkeen kansalaiset ja työntekijät odottivat kunnilta ja aluehallintovirastoilta tietoa siitä, mitä uusi tilanne tarkoittaa, vaikka johdossakaan toimenpiteet eivät olleet vielä tiedossa. Sama tilanne toistui myös muissa isommissa päätöksissä keväällä 2020. Kansallisen tason toimijoilta toivottiinkin etukäteistiedotusta toimivaltaisten viranomaisten suuntaan ennen asioiden julkistamista.

Jännitteet ja yhteistyö hallinnon tasojen välillä

Oleellinen haaste epidemiaaikaisessa johtamisessa ja päätöksenteossa on analyysimme mukaan ollut epäselvyys vastuista ja toimivallasta järjestelmän eri tasoilla. Kokonaisvastuun johtamisesta kuvaillaan olleen epäselvä ja terveysjärjestelmän eri toimintojen yhteensovittamisen olleen puutteellista. Lisäksi kritiikkiä esitettiin siitä, että lainsäädännön tarjoamaa peruskehikkoa toimivallasta ja vastuista ei seurattu, vaan se toisinaan ohitettiin esimerkiksi informaatio-ohjauksen keinoin. Ylipäätään eri tasojen välistä vuoropuhelua ja tiedonvaihtoa kaivattiin enemmän. Haastateltavien mukaan vuorovaikutuksen puute oli ollut ongelma jo aiemmin, mutta se korostui epidemian aikana. Erityisesti alueelliselta ja paikalliselta tasolta toivottiin, että kansallisella tasolla olisi parempi ymmärrys palvelujärjestelmän operatiivisen tason toiminnasta ja realiteeteista. Alueelliset ja paikallisen tason toimijat kokivat, että kansallisessa ohjauksessa ei aina huomioitu sitä, mitä toimia lainsäädännön ja olemassa olevien resurssien antamien reunaehtojen puitteissa on mahdollista toteuttaa ja alueellisen tason tilannekuvan välittäminen kansalliselle tasolle koettiin vaikeaksi.

Koronaepidemian alussa valtioneuvosto otti epidemian johtamisessa ja hallinnassa poikkeusolojen julistamisen myötä näkyvän roolin. Kansallisen tason virkahenkilöt kuvailevat poikkeusolojen julistuksen jälkeen kiireen ja epäselvyyden tuntua liittyen eri viranomaisten toimivaltaan ja roolituksiin. Epidemian käytännön johtamisen koordinaatio siirrettiin heti alussa STM:lle, jonka hallinnonalalle terveystilanne jäi ”luontevasti” tartuntatautilain perusteella. STM:ssä kuitenkin korostettiin, että valmiuslain mukaan poikkeusoloihin liittyvä johtaminen ja yhteensovittaminen kuuluu valtioneuvoston kanslialle (VNK). VNK:n kuvattiin haastatteluissa olleen haluton olemaan kokonaisjohdossa. Toisaalta eräs VNK:n edustaja kuvaili kriisinhallinnan olleen vahvasti riippuvaista pääministeri-instituutiosta, ja virkakunnan olleen ”kykenemätön tuottamaan ratkaisuja” epävarmassa epidemiatilanteessa.

*”Niin meidän olemme olleet viimeiset puolitoista vuotta ihan kädet savessa, tällaisten täysin operatiiviseen johtamiseen liittyvien asioiden kanssa. Että jos minä puhun et rajoitustoimenpiteitä on käsiohjattu, niin kyllä on kuule käsiohjattu vaikka mitä tahansa muutakin tässä näin. Ja en ole itse koskaan ministeriöön töihin tullessani kokenut, että ministeriö on se paikka, jossa tämmöistä tehdään. Me tehdään lainsäädäntöä.”*

Epidemianhallinnan keskittäminen STM:ön korosti tulkintamme mukaan koronaepidemian kehystämistä ennen kaikkea terveydenhuollon kriisiksi. STM:n johdolla ryhdyttiin koordinoimaan valmistelua hallituksen neuvotteluihin, vaikka STM:n kerrotaan olleen jo valmiiksi aliresursoitu esimerkiksi uuden lainsäädännön valmistelemiseksi. Epidemian alkuvaiheessa hallituksen kuvailtiin olleen tarkkaan ja melko yhtenäisesti mukana epidemiaan liittyvässä johtamisessa ja päätöksenteossa ”pienintä yksityiskohtaakin myöten.” Haastatteluissa kerrottiin hallituksen yhteisen linjan kuitenkin hajonneen loppukesästä 2020, jolloin haastateltavat kuvasivat STM:n jääneen

epidemian hoidossa yksin. STM:n haastateltavat kertoivat myös, että muut ministeriöt eivät olleet kovinkaan halukkaita osallistumaan koronatilanteen hoitamiseen. Tämä nähtiin ongelmallisena, koska esimerkiksi kouluja ja lasten ja nuorten harrastustoimintaa koskevat rajoitukset ja suositukset eivät kuulu STM:n hallinnonalaan. Kun epidemian edetessä ymmärrettiin siihen liittyvän laajempia yhteiskunnallisia vaikutuksia, yhteistyö esimerkiksi opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) suuntaan parantui OKM:n ottaessa kantaa omaan hallinnonalaansa kuuluviin rajoituksiin.

Syksyllä 2020 hybridistrategiaan siirryttäessä hallinnan painopisteen oli tarkoitus siirtyä keskushallintopainotteisesta ohjauksesta alueellisia erityispiirteitä ja alue- ja paikallisviranomaisten päätösvaltaa painottavaan toimintamalliin. Alueellisten ja paikallisten haastateltavien mukaan peruskehikko tähän siirtymään oli olemassa kuntien, sairaanhoitopiirien sekä aluehallintovirastojen koordinoitessa päätöksentekoa alueilla myös normaalioloissa. Hybridistrategiaan siirryttäessä alueelliset ja paikalliset toimijat kuitenkin kuvailivat kriisinhallinnan muuttuneen poliittiseksi kevään 2020 epäpoliittisena näyttäytyneen alun jälkeen. Haastateltavien mukaan varsinkaan kuntiin ei luotettu operatiivisina toimijoina ja lakisääteisten tehtävien päälle tulivat ”AVI, STM ja THL neuvomaan.” Kansallisella tasolla taas kuvattiin, että alueet olivat hybridistrategian alussa haluttomia ja osin myös kyvyttömiä tekemään päätöksiä. Yksityiskohtaista ohjausta, jopa päätöspohjia, kaivattiin edelleen kansallisilta toimijoilta esimerkiksi rajoituspäätöksissä. Kansalliset toimijat turhautuivat ajoittain hitaaseen päätöksentekoon alueilla, mikä johti paikoin vahvaankin operatiivisen toiminnan ohjaamiseen.

*”... sosiaali- ja terveysministeriön tämmöinen, ohjaaminen kirjeillä jotka eivät ole juridisesti velvoittavia mutta ne sellaisena markkinoidaan niin ei kyllä täyty hyvän hallinnon periaatteita.”*

Haastatteluissa ilmeni useita ristiriitoja ja jännitteitä tärkeimpien toimijoiden välillä. Alueelliset ja paikalliset toimijat kuvasivat suhdettaan etenkin STM:ön epidemian aikana hankalaksi. Haastatteluissa kuvattiin, kuinka hybridistrategian käyttöönoton jälkeen kansalliselta tasolta on kuntiin ja aluehallintovirastoihin kohdistunut poliittista painostusta ja että poliittisille päättäjille oli jäänyt ”rooli päälle” yksityiskohtiin vaikuttamisessa. Ongelmallisia tilanteita olivat esimerkiksi ne, kun ministeriön ohjaukirjeissä kehoitettiin alueita toimenpiteisiin, jotka eivät lainsäädännön puitteissa olleet mahdollisia toteuttaa. Jos alueet eivät toteuttaneet kehotuksia, niitä moitittiin haastateltavien mukaan julkisuudessa. Kansallisesti taas koettiin, että alue- ja paikallistasolla ei tartuttu toimeen, vaan odoteltiin kansallista ohjausta toimenpiteiden aloittamiseksi. Nämä tapaukset ovat nakertaneet luottamusta toimijoiden välillä.

Alueilla on myös ollut keskinäistä hämmennystä ja epäselvyyttä eri tahojen toimivallasta. Aluehallintovirastojen on täytynyt omaksua kokonaan uusia rooleja erityisesti operatiivisessa toiminnassa (esimerkiksi korvausvastuista päättäminen), mikä on vienyt aikansa. Myös kuntien päätöksenteko on ollut ajoittain hidasta ja aluehallintovirastot ovat ottaneet isomman roolin päätöksenteosta alueilla. Sairaanhoitopiirit ovat olleet toisinaan keskenään erimielisiä tarvittavista toimista (esimerkiksi karanteenien pituuksista). Vaikeiden päätösten tekemistä on haastateltavien mukaan myös vältelty ja pitkitetty. Järjestelmän kaikilla tasoilla on toiminut ”nyrkkejä” ja verkostoja, joilla ei kuitenkaan ole ollut virallista päätösvaltaa. Lisäksi alueellisten toimijoiden haastatteluissa ilmenee kritiikkiä epidemianhallinnan pääkaupunkikeskeisyyttä kohtaan.



*”...tällä hetkellä kun se ohjaus lähtee siitä että ne päätökset pitäisi tehdä mahdollisimman tarkkarajaisesti ja nimenomaan ensimmäisenä siellä kuntatasolla, niin jonkunlaista, olen aistivini sen että kunnissa ei välttämättä ole sitä osaamista ja sellaista halukkuutta lähteä siihen päätöksentekoon kun AVI niitä päätöksiä on lähtökohtaisesti tehnyt koko pandemian ajan. Ja meillä siihen on totuttu, niin tuntuu että se siirtyminen kunnan tekemiin päätöksiin on jonkun verran vaikeaa.”*

Tiedolla johtaminen, yhteisen tilannekuvan muodostaminen ja asiantuntijatiedon hyödyntäminen päätöksissä

Epidemian alussa tiedolla johtamisen kuvaillaan olleen ohutta, sillä koronaviruksesta ja sen vaikutuksista tiedettiin vain vähän. Tiedot epidemiasta olivat alusta lähtien ristiriitaisia ja päättäjät myös panttasivat tietoa, koska se oli vajavaista. Tämän takia viranomaisten välittämää tietoa saatiin julkisuuteen hitaammin kuin mitä tiedotusvälineet ja sosiaalinen media välittivät. Siten epävirallinen tilannekuva muodostui kansalaisten sekä epidemian kannalta olennaisten toimijoiden (aluehallintovirastot, kunnat, rajavartiolaitos) piirissä myös muita kuin viranomaistietojen tarjoamia reittejä pitkin. Osa haastateltavista peräänkuulutti nopeampaa kansallista liikkeelle lähtöä, sillä tilanteen eskaloituessa kaikki päätökset piti tehdä kiireellä. Kansallista kriisiviestintää koronaepidemian alussa kuvaillaan alueellisten ja paikallisten toimijoiden haastatteluissa jälkijättöiseksi.

Epidemian alkaessa kansallisen tilannekuvan muodostamiseksi ei ollut olemassa tietojärjestelmiä, menettelytapoja tai keinoja. Päättäjille ja tärkeimmille toimijoille ei ollut saatavilla tilannekuvaa siitä, mikä koko maan sairaanhoitokapasiteetti tai tehohoitokuormitus on. Palvelujärjestelmän tilannekuva henkilöstön saatavuuden sekä sosiaalihuollon tilanteen suhteen oli ja on edelleen puutteellinen. Kriisin alkuvuokoina ja kuukausina tilannekuvaa rakennettiin manuaalisesti eri organisaatioissa ja erityisesti sairaanhoitopiirien johdolla. Myös suojavarusteiden osalta tilannekuvan kerrotaan olleen puutteellinen, vaikkakin sen muodostamista käynnisteltiin STM:ssä jo helmikuussa 2020.

*”Ja nyt jos mietitään sitä, että millä arvoilla näitä (rajoituksia) tehdään, niin sitten jos lähtökohtaisesti minun ajatus oli että minä, tämä kuitenkin pääasiassa perustuu, siihen tietoon mitä me toimitetaan, mitä muut toimittaa ja mitä me toimitetaan ja se analysoidaan, hyvin tietäen, että täällä on kuitenkin taustalla kuitenkin on sitten, pohjimmiltaan kuitenkin arvovalintoja. Niin kyllä minä jotenkin, kyllähän näissä taustalla on myös ihan hyvin pragmaattiset asiat, kuten ihan lähtökohtaisesti lähestyvät vaalit. Eihän siitä pääse mihinkään.”*

THL:lta toivottiin suurempaa roolia epidemian aikaiseen tilannekuvan muodostamiseksi sekä tietopohjaisten politiikkasuositusten antamiseksi rajoitustoimenpiteisiin liittyen. Vaikka THL tuotti tietoa kansallisesta epidemiologisesta tilannekuvasta, tuotetusta tiedosta oli hankalaa poimia tietoa päätöksentekijöiden tarpeisiin esimerkiksi alueilla ja kunnissa. Toisaalta THL:n asiantuntijaroolissa antamia suosituksia ei aina hyödynnetty alueellisessa päätöksenteossa. THL esimerkiksi suositteli

epidemian alkuvaiheessa karanteenin pituudeksi kahta viikkoa, mutta yksittäisten tartuntatautilääkärien asettamien karanteenien pituudet poikkesivat suositellusta. THL:n asema STM:n alaisena itsenäisenä asiantuntijaorganisaationa näyttäytyi paikoin ongelmallisena. Alueilla esimerkiksi koettiin, että THL:n viesti ”suodattui STM:n läpi.”

Haastateltavat terveysjärjestelmän eri tasoilla ilmaisivat tyytymättömyyttään päätöksenteon läpinäkyvyyteen. Vaikkapa rajoitustoimien suhteen haastateltavat toivoivat tarkempia perusteluja ja avoimuutta. Aluehallintovirastoille oli esimerkiksi epäselvää, miksi ravintolarajoituksista päätti hallitus, mutta tapahtumiin ja kokoontumisiin liittyvät rajoitukset jätettiin aluehallintovirastojen vastuulle. Epidemian aikaista tukipolitiikkaa kuvataan aineistossa epäonnistuneeksi siinä mielessä, että se ei auttanut niitä, jotka kärsivät rajoitustoimista suhteettoman paljon (esimerkiksi kulttuuri- ja tapahtuma-ala). Erimielisyyksiä epidemian aikaisista toimenpiteistä ja niiden oikeutuksesta ilmeni tärkeiden toimijoiden välillä myös toisen asteen oppilaitosten etäopetukseen määräämisestä, rokotusjärjestyksestä sekä lasten harrastusten rajoittamisesta. Eräs haastateltava kuvasi, että päätös yläkoulujen asettamisesta etäopetukseen oli eräässä vaiheessa epidemiaa sairaanhoitopiirin ja THL:n suosituksen mukaan tarpeetonta. Tämä teki kansallisen tason ohjeistuksesta lainsäädännöllisesti kyseenalaisen toteuttaa.

*”No siis, ensimmäinenhän oli se maskitsydeemi, josta silloin keväällä -20, ni silloin sen suhteen oli semmoista ihme kuviointia jossa siitä, ei olisi saanut puhua mitään niistä maskeista suurin piirtein.”*

Lisää läpinäkyvyyttä ja perusteluja toivottiin myös esimerkiksi päätöksiin rajojen sulkemisesta tai maskisuositusten antamatta jättämisestä. Epidemian alkuvaiheessa maskisuositusten antamatta jättämistä perusteltiin tieteellisen tiedon puutteella, mutta toisaalta haastatteluissa kuvataan, että päätöksessä oli kyse myös suojarusteiden riittämättömyydestä Suomessa. Haastatellut kuvaavat, että epidemian aikaisten toimenpiteiden ja suositusten ohuet perustelut ovat johtaneet siihen, että päätöksiin on onnistuttu vaikuttamaan lobbaamalla. Asiantuntijoita on osan haastateltavista mukaan kuunneltu kansallisella tasolla valikoiden. Ylipäättään kritisoihtiin sitä, että päätöksiä on epidemian aikana tehty kiireellä, jopa ”vauhtisokeasti” ilman, että niitä olisi tarkasteltu laajojen ja pitkäaikaisten hyvinvointivaikutusten näkökulmasta. Tässä yhteydessä korostettiin erityisesti lasten asemaa epidemian aikana, rajoitusten pitkäkestoisia vaikutuksia nuoriin sekä sosiaalihuollon asiakkaiden oikeuksia.

## Terveydenhuollon toimintojen turvaaminen ja uudistustarpeet

### Tärkeimmät onnistumiset

*”Eli se ensimmäinen oppi on se, että kun tämä järjestelmä oli perushyvä, niin se toimi. Ja toinen oli sitten se, että tätä varautumisen puutteita on paikannut sitten toimintakykyinen hallinto ja yleisesti oleva laaja luottamus siihen hallinnon toimintaan, jolloin on voitu esimerkiksi kansalaisten suosituksia hyödyntää sitten laajasti tässä.”*

*”Meillä pitää olla tietyllä tavalla julkinen tai siis verovaroin tuettu järjestelmä jatkossakin sillä tasolla, että me voidaan taata tällainen hyvä terveydenhuolto erikoistilanteissa kaikille ilman että se on tällainen, vakuutuksiin tai johonkin muuhun perustuva.”*

Haastateltavat jakoivat näkemyksen terveydenhoidon toimivuudesta, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön vahvasta osaamisesta sekä alueellisesta asiantuntijuudesta. Terveydenhuollossa pystyttiin toimimaan joustavasti tilanteessa, jossa oli pulaa luotettavasta tiedosta ja toisaalta tekemään sellaisia toimia, joita ei aikaisemmin ole jouduttu tekemään (esimerkiksi koronapotilaiden hoito). Vaikka terveydenhuollon toimintoja jouduttiin supistamaan ja hoitovelkaa todennäköisesti syntyi, palveluiden saatavuutta pyrittiin turvaamaan esimerkiksi etäpalveluin. Tämän seurauksena myös varmuuden vuoksi tehtävät tutkimukset todennäköisesti vähenivät.

Huolimatta tehohoidon kuormituksesta, tehohoidon saatavuus on kyetty Suomessa turvaamaan läpi epidemian. Merkittäväksi onnistumiseksi mainittiin edeltävien usean vuosikymmenen yhteistyö sairaanhoitopiirien teho-osastojen johdon välillä. Tämä helpotti esimerkiksi tehohoitopotilaiden siirtoja sairaanhoitopiirien välillä. Terveysjärjestelmän toimijoiden yhteistyö on myös laajemmin tiivistynyt epidemian aikana ja organisaatioiden väliset raja-aidat ovat madaltuneet.

Toimijoiden välisiä verkostoja muodostettiin nopeasti epidemian alussa ja niitä täydennettiin tarpeellisilla toimijoilla epidemian edetessä. Esimerkiksi STM:n ohjauksesta syksyllä 2020 perustetut alueelliset koronakoordinaatioryhmät koettiin toimiviksi, sillä ne mahdollistivat alueellisen yhteistyön sekä tukivat paikallisen tason tilannekuvan välittämistä kansalliselle tasolle. Hybridistrategian tärkeäksi onnistumiseksi mainittiin vastaaminen alueellisten erityispiirteiden tunnistamiseen.

Vaikka suojarusteiden osalta varautuminen ja hankinnat osoittautuivat haasteellisiksi, epidemian edellyttämiin hankintoihin liittyi myös monia onnistumisia. Lääkehuollossa varautuminen oli hyvällä tasolla täyttäen velvoitevarastoinnin kriteerit. Testauskapasiteetti onnistuttiin myös pystyttämään nopeasti. EU:n yhteistyössä toteuttamat rokotehankinnat turvasivat rokotteiden nopean saatavuuden myös Suomessa. Toisaalta haastatteluissa peräänkuulutettiin globaalin rokotesolidaarisuuden tarvetta.

Epidemian inhimillinen puoli: osaava ja jaksava henkilöstö järjestelmän eri osissa

Hoitohenkilöstön riittävyys on ollut yksi koronaepidemian aikaisista päähaasteista (Kihlström ym., 2021). Osaavan ja jaksavan henkilöstön riittävyys on pulma, joka läpäisee koko terveystalouden. Haastateltavien mukaan epidemian aikainen johtaminen ja päätöksenteko on kansallisella tasolla ollut pienen joukon vastuulla, joka on ”neljän käden sormilla laskettavissa.” Tämä on aiheuttanut väsymistä ja uupumista. Osaaminen epidemian kannalta olennaisilla osa-alueilla, kuten valmiuslaki, on ollut ohutta ja vain muutaman henkilön työn varassa. Tämä hallinnan ja johtamisen inhimillinen puoli on osin myös vaikeuttanut kansallista johtamista ja päätöksentekoa.

Koronaepidemian aikana muodostetuista verkostoista ja kokouksista osa on haastateltavien mukaan vienyt työaikaa itse tekemiseltä ja epidemian aikana on tehty paljon päällekkäistä työtä. Henkilöstöressurssien vähäisyys on johtanut järjestelmän kaikilla tasoilla jatkuvaan kiireen tuntuun.

Päätöksiä ei ole ehditty valmistella kunnolla, mikä on haastateltavien mukaan myös epidemian eri vaiheissa johtanut pahimmassa tapauksessa lainvastaisiin päätöksiin.

*”Ehkä mä sanon sen alkuun että kaikkien julkishallinnon toimijoiden täytyy pystyä turvaamaan oma toimintansa vaikka kritiikki on erittäin rajua. Minun mielestä se on yks ihan keskeinen oppi et miten me turvataan näiden kriittisten organisaatioiden toimintamahdollisuudet tämmöisessä tilanteessa. Siis meille tuli esimerkiksi silloin keväällä niin siis hirveä määrä uhkailupuhelua ja tapa ittes ja miten te voitte olla noin hölmöjä ja te ette tiedä mistään mitään. Media soittaa ja sanoo et haluatteko nimettömänä antaa, kommentin ja tavallaan et siihen vaan täytyy tottua.”*

Haastattelut osoittavat, että useiden virkahenkilöiden ja asiantuntijoiden työhön on pyritty vaikuttamaan esimerkiksi henkilökohtaisten yhteydenottojen muodossa tai perinteisen ja sosiaalisen median kautta. Tämä on vaikeuttanut päätösten tekemistä kovassa paineessa. Asiantuntijoihin on myös pyritty vaikuttamaan poliittisesti. Koronaepidemian aikana virkahenkilöitä ovat kuormittaneet lisäksi häirintä ja jopa henkeen kohdistuvat uhkaukset.

Tärkeimmät uudistustarpeet terveysjärjestelmän resilienssin edistämiseksi

Haastateltavien mukaan koronaepidemian oppeja tulisi hyödyntää terveysjärjestelmän muutosjoustavuuden edistämiseksi, mutta kuitenkin niin, ettei kaikkia uudistuksia tehtäisi ”pandemialasit päällä.” Haastatelussa korostetaan valmiuslain ja tartuntatautilain uudistamisen merkitystä tulevaisuuden pandemioiden kannalta niin, että lakipykälien tulkintaa voitaisiin paremmin ennakoida ja että esimerkiksi epidemian aikana toimivallat olisivat selkeästi määriteltyjä. Terveysjärjestelmän pirstaleisuuden vähentämisen suhteen suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että tuleva sote-uudistus on tarpeellinen, sillä se tulee vähentämään terveysjärjestelmän toimijoiden määrää. Toisaalta eri tasojen toimijoiden jännitteisiä välejä ja vuorovaikutuksen puutetta pidettiin ongelmana, jota sote-uudistus yksinään ei ratkaise. Osa haastateltavista myös ehdotti aluehallintovirastojen yhdistämistä yhdeksi kansalliseksi valvontaviranomaiseksi, vaikka samalla esitettiin myös huoli siitä, että tällöin alueellinen erikoisosaaminen voisi heiketä. Myös THL:n mandaatin kirkastamista ja roolia kansallisena operatiivisena ja itsenäisenä kansanterveystoimijana epidemian kaltaisessa kriisissä peräänkuulutettiin.

Terveysjärjestelmän muutosjoustavuuden edistämisen tärkeiksi uudistustarpeiksi nostettiin perusterveydenhuollon tilasta huolehtiminen, tehohoitokapasiteetin vahvistaminen ja hoitotyön imagon nostaminen hoitohenkilöstön saatavuuden takaamiseksi. Tehohoidossa nähtiin tarvetta kansallisen tason koordinaatiolle, jotta resurssit saadaan kohdennettua tarkoituksenmukaisesti. Tiedolla johtamisen kannalta huomattavia uudistustarpeita olivat kansallisen tilannekuvan kerääminen ja tuottaminen sekä parempi ymmärrys siitä, miten palvelujärjestelmä nykyisellään vastaa väestön todellisiin tarpeisiin. Lisäksi toivottiin tutkitun tiedon saattamista paremmin päätöksenteon tueksi.

*”Kyl mä olen hyvin vahvasti tämän pohjalta sitä mieltä että, se yhteinen sote, niin se on kyllä ihan hirveen tärkeä asia, näitä on monessa kohdassa tosi vaikea toisistaan erottaa mikä on terveydenhuoltoa ja mikä sosiaalihuoltoa, ja niitä on kuitenkin yhdessä eteenpäin vietävä se on se kuitenkin tavallaan, yhteiskunnan yks merkittävä, tai tukiverkon merkittävä osa.. et siinä mielessä*

*minä sanoisin että, tai toivon ainakin että tämä toisi tämä tavallaan pandemiakokemus nyt tämän sitten soteuudistuksen käytäntöön viemiseen sitten erittäin hyvää näkökulmaa.”*

*”Ja palaan itse asiassa siihen, esimerkiksi siihen One Health-ajatteluun, et sitten jossakin vaiheessa voi kunnianhimoa nostaa ja miettiä, että pitäisikö tämä terveydensuojelulain mukainen puoli STM ja esimerkiksi tämä Ruokavirasto, maa- ja metsätalousministeriöpuoli tuoda siihen jatkossa myöskin siihen keskusteluun mukaan.”*

Yhdeksi olennaiseksi kehittämiskohteeksi nousi myös kokonaisvaltaisemman varautumisen sekä laaja-alaisen, yhteiskunnallisen ja monialaisemman näkökulman soveltaminen pandemioihin. Haastatteluissa toistui näkemys siitä, että koronaepidemia ei ole ollut ainoastaan rajattu terveystilanne vaan yhteiskunnallinen ja sosiaalinen kriisi. Terveysjärjestelmän resilienssin kannalta tämä tarkoitti haastateltavien mukaan esimerkiksi ympäristöterveyden ja One Health -näkökulmien parempaa huomioimista, sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välistä integraatiota ja tiedonvaihtoa, kansalaisten selkeämpää osallistamista kriisien aikana, sekä esimerkiksi varautumiseen liittyvien toimien parempaa koordinoimista elinkeinoelämän ja yksityisten toimijoiden kanssa.

## Yhteenveto tärkeimmistä tuloksista tutkimuskysymysten valossa

Miten Suomen terveysjärjestelmän eri tasoilla oli varauduttu koronaepidemian kaltaiseen haasteeseen?

Analyysimme tuo esiin sen, että suomalaisen terveysjärjestelmän varautuminen oli puutteellista paitsi suojarusteiden suhteen, myös laajemmin tarvittavissa resursseissa. Myöskään viestinnässä järjestelmän valmiudet ja nykyaikaisen mediaympäristön vaatimukset eivät olleet tasapainossa.

Aineistomme osoittaa, että varautumisen puutteet eivät ole olleet vain materiaalisen varautumisen puutteita vaan laajempia, esimerkiksi osaamiseen ja johtamiseen liittyviä. Näyttää siltä, että myöskään henkilöstön saatavuuden ja jaksamisen tukemiseen ei ollut kiinnitetty varautumisessa tarpeeksi huomiota. Varautumisen puutteiden voidaan katsoa kumpuavan järjestelmää läpileikkaavasta kyvyttömyydestä kuvitella pitkäkestoista, koko yhteiskuntaa laajasti koskevaa globaalia kriisiä.

Epidemian vakavuuteen havahduttiin hitaasti järjestelmän kaikilla tasoilla. Kriisin vakavuuteen havahtumisessa hukattiin valmistautumisaikaa, ja varsinaiset syyt kansallisen tason toiminnan koordinoinnille ovat lähteneet erityisesti mediasta saatujen tietojen perusteella.

Mitkä olivat koronaepidemian aikaisen johtamisen ja päätöksenteon päähaasteita, onnistumisia ja oppeja terveysjärjestelmän toimijoiden kertomana ja kokemana Suomessa?

Epidemian aikaisen johtamisen ja päätöksenteon tärkeäksi ongelmaksi nousee aineistossa kokonaiskoordinaation puute sekä epäselvyydet ja jännitteet eri tason toimijoiden välillä. Terveysjärjestelmätoimijoiden välillä ilmeni jännitteitä ja yhteistyön haasteita järjestelmän kaikilla tasoilla. Yhteistyön ongelmat toimijoiden välillä korostuivat erityisesti epidemian alkuvaiheessa ja siirryttäessä hybridistrategiaan syksyllä 2020. Haastateltavat kuitenkin kokivat yhteistyön parantuneen epidemian edetessä. Lisäksi aineiston johtamiseen ja päätöksentekoon liittyviä

pääteemoja ovat koronaepidemian politisoituminen kriisin edetessä sekä rajoitustoimiin liittyvät erimielisyydet ja ristiriidat.

Terveydenhuollon toimintojen turvaaminen koronaepidemian aikana on vaatinut sopeutumista terveydenhuollon toimijoilta. Henkilöstön jaksaminen hoitohenkilökunnasta hallinnon virkahenkilöihin sekä asiantuntija- ja virkahenkilöiden integriteetin turvaaminen ovat teemoja, jotka nousevat esiin haastatteluissa keskeisinä kehittämistarpeina.

Haastateltavien esiintuomat onnistumiset sekä vahvuudet koronaepidemian aikana selittänevät osin Suomen kansainvälisesti vertailtuna hyvää suoriutumista. Toisaalta terveydenhuollon toimintojen turvaamisella ja muutosjoustavuuden edistämällä on Suomessa ollut todennäköisesti myös negatiivisia vaikutuksia väestön hyvinvointiin ja palvelujärjestelmään sekä olennaisten toimijoiden jaksamiseen ja integriteettiin. Tulevaisuuden kannalta onkin tärkeää puhua terveystieteiden kokonaisvaltaisemmista yhteiskunnallisista vaikutuksista. Myös järjestelmän ylläpitäminen ja edelleen vahvistaminen niin rahoituspohjan kuin legitimitietin näkökulmasta ovat teemoja, joista myös jatkossa tulee pitää huolta.

## Pohdinta ja johtopäätökset

Tämä artikkeli perustuu haastattelututkimukseen, jonka aineisto koostuu 53 keskeisen terveysjärjestelmätoimijan haastatteluista järjestelmän kaikilta tasoilta. Olemme yllä esitelleet tutkimuksemme tuloksia siitä, miten Suomen terveysjärjestelmän eri tasoilla oli varauduttu koronaepidemian kaltaiseen ilmiöön, ja mitkä olivat epidemian aikaisen johtamisen ja päätöksenteon päähaasteita, onnistumisia ja oppeja terveysjärjestelmän toimijoiden kertomana ja kokemana Suomessa.

Suomessa aiempi vertailukohta epidemialle oli vuoden 2009 sikainfluenssa, joka epidemiana käyttäytyi täysin eri tavalla kuin koronavirusepidemia. Se ei myöskään ollut samalla tavalla pitkäkestoinen, ja yhteiskunnallinen konteksti esimerkiksi viestintätarpeiden suhteen oli toisenlainen. Varautuminen koronaviruksen aiheuttamaan epidemiaan perustui tutkimuksemme mukaan vahvasti sikainfluenssaepidemiaan, mikä koronaviruksen kohdalla osoittautui puutteelliseksi. Myös EU-tason varautuminen ja oppiminen on vaikuttanut Suomen tartuntatauteihin varautumiseen ja valmiussuunnitteluun: osa koronaepidemian aikana toimeenpannuista rajoituksista (yhteiskunnan sulkeminen, rajojen sulkeminen) on aikaisemmin arvioitu vaikutuksiltaan haitallisiksi eikä niitä siten huomioitu valmiussuunnittelussa (EURLex, 2013). Koronasta saadut opit haastavatkin laajentamaan niin paikallista, alueellista kuin kansallista varautumismielikuvitusta niin, ettei varautuminen pohjaudu ainoastaan edellisestä kriiseistä saatuihin oppeihin.

Tutkimusaineistossamme toistuu kokemus siitä, että epidemian uhkaa on kriisin eri vaiheissa ja sitä ennen vähätelty. Asiantuntijoiden näkemyksiin on myös pyritty poliittisesti vaikuttamaan. Siten terveysjärjestelmän kriisivarautumisen kannalta on keskeistä pohtia tarkemmin, millä tavoin valtasuhteet ja politiikka kriisien aikana määrittelevät niihin varautumista, vastaamista ja päätöksentekoa (Topp, 2020). Asiantuntijoiden ja virkahenkilöiden häirintä ja painostaminen ovat huolestuttavia ilmiöitä, joita tulee ehkäistä yhteiskuntamme kaikilla alueilla.

Kokemukset epidemianhallinnasta eri maissa ovat korostaneet ajankohtaisen tilannekuvan merkitystä kriisinhallinnan kannalta (Emanuel ym., 2022). Koronaepidemian aikana on jouduttu toimimaan vaillinaisten tietojen pohjalta, mikä varsinkin alussa johtui koronavirusta koskevan tutkimustiedon puutteesta. Epidemian aikana päätöksiä on jouduttu tekemään tilanteessa, jossa tietoa viruksesta ja sen vaikutuksista ei ollut käytettävissä, vastaavia päätöksiä ei ole jouduttu aikaisemmin tekemään eikä päätösten (pitkäaikaisia) vaikutuksia ole pystytty arvioimaan. Kuitenkin päätösten tekeminen on ollut välttämätöntä. Eräs haastateltava muistuttikin, että ”pätösten tekemättä jättäminenkin on päätös.”

Päätöksenteon ja yhteisen tilannekuvan kannalta merkittävä hankaloittava tekijä on ollut se, että kansallisen tason ymmärrys palvelujärjestelmästä ja esimerkiksi sosiaalihuollon tilasta perustui varsinkin epidemian alussa pääosin yksittäisten ihmisten manuaalisesti keräämiin tietoihin. Esimerkiksi osaavan terveydenhuollon henkilöstön riittävyys on tärkeä osa terveysjärjestelmän muutosjoustavuutta. Kansallisella tasolla henkilöstön saatavuuden indikaattorit ovat kuitenkin tällä hetkellä puutteellisia.

Tiedolla johtaminen edellyttää laajojen seurantajärjestelmien ylläpitämistä. Tartuntatautilain mukaan vastuu tartuntatautien torjuntaa palvelevien valtakunnallisten epidemiologisten seurantajärjestelmien ylläpidosta on THL:lla. Työ vaatii resursseja ja pitkäjänteistä yhteistyötä kuntien, sairaanhoitopiirien, kuntayhtymien sekä sosiaalihuollon ja toimintayksiköiden kanssa. Kansanterveysjärjestelmän toimivuuden ja terveydenhuoltojärjestelmän muutosjoustavuuden kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota siihen tietoon, jota järjestelmästämmme kerätään ja tiedostaa olemassa olevan datan merkitys laajojen yhteiskunnallisten kriisien hallinnan näkökulmasta.

Aineistomme tuloksia voidaan tarkastella myös laajemmin resilienssin eli muutosjoustavuuden käsitteen valossa. Vaikka muutosjoustavuuden määritelmistä terveysjärjestelmien yhteydessä esiintyy kansainvälisessä kirjallisuudessa useita näkemyksiä, olennaisena osana muutosjoustavuutta pidetään paikallisyhteisöjen ja paikallisen tason päätöksenteon merkitystä kyvyssä sopeutua muutoksiin ja kriiseihin (Haldane ym., 2021; Sagan ym., 2021). Suomessa, etenkin hybridistrategian voimaan tultua, pyrittiin alueellisten näkökulmien parempaan huomioimiseen sekä päätöksenteon siirtämiseen alueille keskushallintojohtoisen vaiheen jälkeen. Aineiston perusteella voidaan esittää, että muutosjoustavuuden näkökulmasta etenkin paikallisen ja alueellisen näkökulman huomioimisessa on kuitenkin epidemian eri vaiheissa jossain määrin epäonnistuttu. Tätä saattaa osittain selittää myös suomalaisen terveydenhuollon hajautettu rakenne, joka voi kriisitilanteessa aiheuttaa hallinnan yhteensovittamisen vaikeuksia. Toisaalta aineisto osoittaa, että kansallisen tason toimijoilla on koko epidemian ajan ollut tiiviit ja toimivat yhteydet sairaanhoitopiireihin ja erikoissairaanhoidon. Paikallisten ja alueellisten näkökulmien huomioimatta jääminen koski siis etenkin kuntien ja AVI:jen edustajia. Vaikka kunnat ja AVI:t ovat pystyneet sopeutumaan epidemiaan, ovat vuorovaikutuksen puute ja kansallisen tason operatiivinen ohjaus heikentäneet toimijoiden välistä luottamusta.

Epidemian aikainen johtaminen ja päätöksenteko keskitettiin Suomessa heti maaliskuussa 2020 STM:ön. Tämä kehysti koronaepidemian tulkintamme mukaan terveyskriisiksi, eikä niinkään useiden hallinnonalojen vastuulle kuuluvaksi laajamittaiseksi yhteiskunnalliseksi ja sosiaalseksi kriisiksi. Samanaikaisesti rajoituspäätöksiä tehtiin erityisesti erikoissairaanhoidon tilannetta peilaten, jolloin niiden sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset vaikutukset eri väestöryhmiin jäivät vähemmälle huomiolle. Resilienssin näkökulmasta ”whole government approach” eli eri

hallinnonalojen yhteistyötä korostava lähestymistapa on ollut yksi koronaepidemian hallinnan onnistumista yhdistävä tekijä kansainvälisissä vertailuissa (Haldane ym., 2021). Lisäksi eri maiden koronapolitiikkaa vertaileva tutkimus korostaa esimerkiksi muiden sosiaalipoliittisten järjestelmien merkitystä koronaepidemian aikana, etenkin rajoitustoimiin liittyvien taloudellisten menetysten korvaamiseksi (Greer ym., 2021).

Terveysjärjestelmän toimijoiden kuvaukset koronaepidemiaan varautumisesta ja sen aikaisesta johtamisesta ja päätöksenteosta myös haastavat resilienssin eli muutosjoustavuuden käsitteen ja sen mittaamiseen käytetyt indikaattorit. Esimerkiksi Maailman terveysjärjestön vuonna 2017 toteuttaman Joint External Evaluation -arvioinnin mukaan Suomella oli erinomainen kyky terveystilanteisiin varautumiseen ja niihin vastaamiseen (WHO, 2017). Aineistossamme kuitenkin toistuu päinvastainen näkemys, jonka mukaan koronatilanteen eskaloituessa puutteellinen varautuminen ilmeni lainsäädännön monitulkintaisuutena, toimijoiden välisen yhteistyön haasteina ja esimerkiksi osaamisen ja suojavarusteiden puutteena. Päätöksenteko ja tartuntataudin vastustamistyö on Suomessa tehty keskeisesti alueellisella ja paikallisella tasolla. Tämä korostaa tarvetta arvioida ja kehittää alueellista varautumista ja vahvistaa kansanterveys ja terveydensuojelujärjestelmää (public health) koko terveysjärjestelmää läpileikkaavasti. Sote-uudistuksen yhteydessä tulisikin entistä paremmin huomioida terveydensuojelun ja kansanterveystyön kokonaisuus aina käytännön viranomais- ja palvelutoiminnasta tutkimus- ja kehitystoiminnan rahoitukseen.

Terveysjärjestelmän resilienssin näkökulmasta on tärkeää myös pohtia sitä, miten suhtaudumme koronaepidemian kaltaiseen uuteen haasteeseen, joka todennäköisesti tulee kuormittamaan terveysjärjestelmää myös tulevaisuudessa. Yksi resilienssin osatekijöistä liittyy järjestelmän kykyyn muuntua ja muuttaa toimintaansa (Barasa ym. 2017). Poliittiset päättäjät puhuivat syksyllä 2020 siirtymisestä ”uuteen normaaliin.” Käsite on resilienssin näkökulmasta hyödyllinen, koska se haastaa ajatusta siitä että, järjestelmä keinahtaisi takaisin (”*bouncing back*”) vanhoihin uomiinsa, kun kriisi tai muu ulkoinen shokki on ohi. Resilienssin näkökulmasta merkittävää onkin järjestelmien kyky toimia jatkuvien muutospaineiden alaisuudessa, ei niinkään reaktiivinen vastaaminen yllättäviin shokkeihin (Barasa ym. 2017). Järjestelmän kykyä vastata erilaisiin shokkeihin ei tule nähdä erillisenä järjestelmän perustoiminnasta. Kirjallisuudessa korostetaan lisäksi lisäntyvästi niin sanotun arkipäiväisen muutosjoustavuuden (*everyday resilience*) merkitystä järjestelmien kyvyille kohdata yllättäviä ja pitkäkestoisia poikkeustilanteita tai kriisejä (Turenne ym. 2019, Kruk ym. 2015). Yksi aineistostamme nouseva huomionarvoinen oppi onkin se, että järjestelmän perustan ollessa kunnossa, myös yllättäviin tilanteisiin pystytään vastaamaan joustavammin.

#### Tutkimuksen rajoitukset

Haastattelujen sisällöistä on pyritty muodostamaan kokonaiskuva. Esitellyt teemat toistuvat aineistossa. Mikäli kyse on vain yhden henkilön tai organisaation näkemyksistä, on tämä myös tekstissä eritelty. Haastatteluiden ajankohdan vuoksi aineistossa ei juurikaan käsitellä esimerkiksi rokotteita tai myöhempien virusvarianttien aiheuttamia haasteita. Aineisto painottuu julkisen terveysjärjestelmän toimijoihin eikä siten anna kokonaiskuvaa suomalaisesta sote-järjestelmästä. Luvussa ei myöskään oteta kantaa rajoitustoimenpiteiden tehokkuuteen tai niiden vaikutusten



arviointiin eikä tässä ollut mahdollista kaikilta osin taustoittaa esimerkiksi epidemiaa edeltävien toimenpiteiden tai kansainvälisen kontekstin vaikutuksia käsiteltyihin teemoihin.

Kirjoittajatiedot

Laura Kihlström, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, [laura.kihlstrom@thl.fi](mailto:laura.kihlstrom@thl.fi)

Moona Huhtakangas, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, [moona.huhtakangas@thl.fi](mailto:moona.huhtakangas@thl.fi)

Soila Karreinen, väitöskirjatutkija, Tampereen yliopisto, [soila.karreinen@tuni.fi](mailto:soila.karreinen@tuni.fi)

Ilmo Keskimäki, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampereen yliopisto, [ilmo.keskimaki@thl.fi](mailto:ilmo.keskimaki@thl.fi)

Liina-Kaisa Tynkkynen, tutkuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampereen yliopisto, [liina-kaisa.tynkkynen@thl.fi](mailto:liina-kaisa.tynkkynen@thl.fi)

### **Tämä artikkeli perustuu aiemmin julkaistuun THL:n Tutkimuksesta tiiviisti -sarjan julkaisuun:**

Kihlström L, Huhtakangas M, Karreinen S, Keskimäki I & Tynkkynen L-K. ”Kenenkä vastuulla tää nyt sitten on? Ei ehkä ainakaan meidän”: COVID-19-pandemian hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

### Lähteet

Assarroudi Abdolghader, Nabavi Fatemeh, Armat Mohammad, Ebadi Abbas, Vaismoradi Mojtaba (2018): Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. Journal of Research in Nursing 23(1), 42-55.

<https://doi.org/10.1177/1744987117741667>

Barasa Edwine, Cloete Keith, Gilson Lucy (2017): From bouncing back, to nurturing emergence: Reframing the concept of resilience in health systems strengthening. Health Policy and Planning 32(Generic), iii91–iii94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx118>

Blanchet Karl, Nam Sara, Ramalingam Ben, Pozo-Martin Francisco (2017): Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. International Journal of Health Policy and Management 6(8), 431–435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>

Deloitte (2021): Selvitys koronaviruksen aikana toteutetun valtioneuvoston kriisijohtamisen ja valmiuslain käyttöönoton kokemuksista. Valtioneuvoston selvityksiä 2021:1.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202101212316>

Emanuel Ezekiel, Osterholm Michael, Gounder Celine (2022): A national strategy for the “new normal” of life with COVID. JAMA 327(3):211–212. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.24282>

EURLex. Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1082/2013/EU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=celex%3A32013D1082> (luettu 1.3.2022)

Finlex. Tartuntatautilaki. 21.12.2016/1227 (luettu 1.9.2021)

Forman Rebecca, Atun Rifat, McKee Martin, Mossialos Elias (2020): 12 lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy* 124(6): 577-580.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.008>

Greer Scott, King Elizabeth, Massard da Fonseca Elize, Peralta-Santos André (toim.) (2021): *Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19*. University of Michigan Press. <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>

Hanefeld Johanna, Mayhew Susannah, Legido-Quigley Helena, Martineau Frederick, Karanikolos Marina, Blanchet Karl, Liverani Marco, Yei Mokuwa Esther, McKay Gillian, Balabanova Dina (2018): Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy and Planning* 33(3), 355–367. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx183>

Haldane Victoria, Singh Sudhvir, Verma Monica, Abdalla Salma, Nordström Anders (2021): From response to transformation: how countries can strengthen national pandemic preparedness and response systems. *BMJ* 375:e067507. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067507>

Hsieh Hsiu-Fang, Shannon Sarah (2005): Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Kihlström Laura, Huhtakangas Moona, Karreinen Soila, Keskimäki Ilmo, Tynkkynen Liina-Kaisa (2022): Tutkimuksesta tiiviisti 27/2022. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*  
<https://urn.fi/URN/ISBN:978-952-343-872-9>

Kihlström Laura, Huhtakangas Moona, Karreinen Soila, Viita-aho Marjaana, Jormanainen Vesa, Keskimäki Ilmo, Tynkkynen Liina-Kaisa (2021): Tutkimuksesta tiiviisti 52/2021. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki* <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-731-9>

Kruk Margaret, Myers Michael, Varpilah Varpilah, Dahn Bernice (2015): What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet* 385(9980), 1910–1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)

Onnettomuustutkintakeskus (OTKES) (2021): Koronaepidemian ensimmäinen vaihe Suomessa vuonna 2020. Tutkintaselostus 6/2021. [https://turvallisuustutkinta.fi/material/collec-tions/20210630071110/7RRUvNDBZ/P2020-01\\_Korona.pdf](https://turvallisuustutkinta.fi/material/collec-tions/20210630071110/7RRUvNDBZ/P2020-01_Korona.pdf)

Nuzzo Jennifer, Meyer Diane, Snyder Michael, Ravi Sanjana, Lapascu Ana, Souleles Jon, Andrada Carolina, Bishai David (2019): What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. *BMC Public Health* 19(1), 1310. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7707-z>

Sagan Anna, Webb Erin, Azzopardi-Muscat Natasha, de la Mata Isabel, McKee Martin, Figueras Josep (toim.) (2021): *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*. 2021. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-resilience-during-covid-19-lessons-for-building-back-better>

Shokoohi Mostafa, Osooli Mehdi, Stranges Saverio (2020): COVID-19 Pandemic: What Can the West Learn From the East? *International Journal of Health Policy Management* 9(10):436-438. <https://dx.doi.org/10.34172%2Fijhpm.2020.85>

Singh Sudhvir, Bartos Michael, Abdalla Salma, Legido-Quigley Helena, Nordström Anders, Johnson Sirleaf Helena, Clark Helen (2021): Resetting international systems for pandemic preparedness and response. *BMJ* 375:e067518. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067518>

Stenvall Jari, Leskelä Riikka-Leena, Rannisto Pasi-Heikki, Tolkki Helena, Cansel Anniina, Leponiemi Ulriikka, Johanson Jan-Erik, Pekkola Elias, Tupala Teemu (2022): Koronajohtaminen Suomessa. Arvio covid-19-pandemian johtamisesta ja hallinnosta syksystä 2020 syksyyn 2021. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:34. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki 2022. <https://julkaisut.valtioneu-vosto.fi/handle/10024/163995>

Thomas Steve, Sagan Anna, Larkin James, Cylus Jonathan, Figueras Josep, Karanikolos Marina (2020): Strengthening health system resilience: key concepts and strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332441/>

Topp Stephanie (2020): Power and politics: the case for linking resilience to health system governance. *BMJ Global Health* 5(6):e002891. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. [https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)

Turenne Charlotte, Gautier Lara, Degroote Stéphanie, Guillard Etienne, Chabrol Fanny, Ridde Valéry (2019): Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. *Social Science & Medicine* 232: 168–180. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>

Valtioneuvoston oikeuskansleri (2021): Valtioneuvoston oikeuskanslerin kertomus vuodelta 2020. Helsinki 2021.

WHO (2017): Joint external evaluation of IHR core capacities of the Republic of Finland 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-CPI-2017.24-report>