

“Peruskehikko on olemassa, mutta sitä ei seurattu” – asiantuntijanäkemykset kansanterveysjärjestelmän toiminnasta ja ketterästä hallinnasta COVID-19-pandemiassa vuosina 2020–2021



Moona Huhtakangas, Henna Paananen, Laura Kihlström, Pauli Rautiainen, Ilmo Keskimäki, Soila Karreinen & Liina-Kaisa Tynkkynen

ABSTRACT

“A basic framework for pandemic governance existed, but was not followed” – expert views of agile governance and performance of the Finnish public health system during the COVID-19 pandemic in 2020–2021

The aim is to examine how public health authorities acted, what kind of roles they adopted, and how the expected roles and actions appeared in relation to the legislative framework and national preparedness plans during the COVID-19 pandemic. The research is theoretically grounded in the concepts of agile and adaptive governance. Our empirical data consists of 53 qualitative interviews with public health actors at national, regional and local level collected from March 2021–February 2022. We analyzed interviews using directed content analysis. Major issues regarding the response of public health authorities included ambiguity, lack of knowledge in decision-making, and a mismatch between the locations of public health competence and public health authority.

Keywords: public health system, crisis management, COVID-19, agile governance, adaptive governance

JOHDANTO

Kansanterveysjärjestelmät ovat keskeinen osa yhteiskuntien kriittistä infrastruktuuria. COVID-19-pandemia on haastanut näitä järjestelmiä ja niiden on pitänyt sopeutua pandemian

luomiin muutospaineesiin. Pandemia on korostanut terveysjärjestelmien systeemistä olemusta; yksittäisten toimijoiden valinnat ja päätökset heijastuvat lukuisiin muihin toimijoihin. Samalla se on osoittanut tarpeen arvioida, miten terveysjärjestelmät reagoivat ja sopeutuvat erilaisen kriisitilanteiden vaatimiin muutoksiin (esim. Scognamiglio ym 2022; Pedroza-Gutiérrez ym. 2021).

Suomalainen hajautettu terveysjärjestelmä, jossa poliittinen, strateginen ja ohjaava työ keskittyy kansalliselle tasolle samalla, kun operatiivinen päätösvalta on paikallisella ja alueellisella tasolla, ohjaa tutkimaan koronapandemian hallintaa monitasoisemmin. Vaikka toimivaltuudet ja vastuut kriisiajalle on määritelty lainsäädännössä ja kansallisessa pandemiasuunnitelmassa, tätä suunnitelmaa ei seurattu pandemian aikana (Kihlström et al. 2022a). Normaalioloissa toimivaltuudet toimijoiden välillä on määritelty selkeästi, mutta kriisitilanne voi edellyttää poikkeamista normaaliolojen osoitetuista rooleista, jotta kriisin edellyttämät toimet saadaan tehtyä nopeasti (Onnettomuustutkimuskeskus 2021). Kriisin aikana ei välttämättä voida noudattaa myöskään ennalta määriteltyjä poikkeusolojen toimivaltuuksia, koska niiden määrittelyn taustalla oleva varautumismielikuvitus on väistämättä monin tavoin rajoittunutta (Heino ym. 2022). Monitoimijaisen kansanterveysjärjestelmän kontekstissa on tarpeen arvioida toimijoiden välisten vastuiden jakautumista ja osoitetuista vastuista selviämistä.

Jo aiemmissa tutkimuksissa on tuotu esiin, että pandemian poikkihallinnollista yhteistyötä edellyttävä luonne on aiheuttanut haasteita hajautetuissa monitoimijaisissa terveysjärjestelmissä.

sä sekä Suomessa (Onnettomuustutkintakeskus 2021; Stenvall ym. 2022; Kihlström ym. 2022a; Kihlström ym. 2022c) että kansainvälisesti (Ohrling ym. 2022; Janssen & van der Voort 2020; Capano & Lippi 2021). Eri tasoille sijoituvilla toimijoilla on eriäviä intressejä ja näkemyksiä tarvittavista toimista, mikä haastaa toimijoiden välistä yhteistyötä (Bosa ym. 2021; Kihlström ym. 2021; OECD 2020). Hajautetut terveystajärjestelmät ovat alttiita ristiriidoille (Janssen & van der Voort, 2020) ja sopeutumisen uusiin olosuhteisiin altistaa toimivalta- ja (Schou & Haug 2005) poliittisille konflikteille (Kuhn & Morlino 2021) sekä toisten toimijoiden syytelylle ja päätöksentekovastuun välttelylle (Kuhn & Morlino 2021). Pandemiaoloissa ristiriitoja syventää myös se, ettei päätöksiä tekeville toimijoilla ole välttämättä osaamista tehdä päätöksiä eikä kykyä arvioida niiden seurauksia (Al-Dabbagh 2020).

Kansainvälisten tutkimusten perusteella, kun toimivalta on ollut alueellisilla toimijoilla, ne ovat toimeenpanneet eri toimenpiteitä vaihtelevasti. Niiden kyky reagoida kulloisenkin tartuntatautilanteen edellyttämin toimin on samalla voinut johtaa kansalliselta tasolta tarkasteltuna epäohjonmukaiseen ja jopa eriarvoisuutta tuottavaan toimintaan. Tämä on liittynyt siihen, kuinka käytössä olevat resurssit, hoidon saataisuus ja rajoitustoimenpiteiden kireys ovat vaihdelleet alueellisesti. (Erkoreka & Hernando-Pérez 2022.)

Alueet ovat myös toimeenpanneet kansallisen tason suosituksia eri tavoin. Osa alueista on käyttänyt vahvasti niille kuulunutta toimivaltaa tehden itsenäisiä päätöksiä alueellisen asiantuntijuuden perusteella (Capano & Lippi 2021) jopa kansallisen tason suosituksia vastaan (Erkoreka & Hernando-Pérez 2022). Kansallisen tason rooliksi on voinut jäädä pelkkä linjausten antaminen, kun operatiiviset toimijat lopulta päättävät miten nämä kansalliset linjaukset toimeenpannaan käytännössä (Capano & Lippi 2021).

Tutkimuksissa on myös kuvattu, kuinka vastuiden hajaannuttua eri toimijoille, päätöksenteko on voinut hidastua, kun päätökset ovat syntyneet toimijoiden eriävien intressien yhteensovittamisen pohjalta (Desson ym. 2020). Kompromissihakuisuudessa on voinut unohtua, kuinka kriisitilanne edellyttää alueilta kykyä nopeaan päätöksentekoon (Erkoreka & Hernando-Pérez 2022).

Kun vastuu keskeisistä pandemiatoimista on paikallisilla ja alueellisilla toimijoilla, niiden käytettävissä olevat resurssit ja osaaminen vaikuttavat merkittävästi siihen, miten ne kykenevät kriisitilannetta hallitsemaan ja resurssien vaihtelevuus ilmenee myös maan sisäisenä vaihteluna kriisin hallinnassa (Capano & Lippi 2021). Terveystajärjestelmien resurssien jakamisen näkökulmasta hajautetun järjestelmän on havaittu aiheuttavan kilpailua, kun taas keskitetyssä järjestelmässä resurssien koordinointi on ollut tehokkaampaa (Desson ym. 2020).

Esimerkiksi Saksassa, missä paikallisilla toimijoilla oli merkittävä rooli pandemian hallinnassa, paikallisten toimijoiden resurssit tartunnan jäljitykseen ovat paikoin olleet riittämättömät kriisitilanteeseen vastaamiseksi. Tosin resurssien puute johtui kansallisen tason osoittamista puutteellisista voimavaroista sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseksi. Toisaalta samaan aikaan Saksassa paikalliset toimijat kykenivät hallitsemaan kriisiä onnistuneesti juuri paikallisen asiantuntijuuden ansiosta. (Kuhlmann & Franzke 2022.)

Vaikka aiemmat tutkimukset ovat selvittäneet pandemian hallinnan toimia eri maiden hajautetuissa ja monitoimijaisissa järjestelmissä, maat ovat toteuttaneet koronatoimia eri tavoin ja roolit eri järjestelmien toimijoiden välillä ovat vaihtelevia (Desson ym. 2020; OECD 2020). COVID-19-pandemian hallinnasta Suomessa on julkaistu useita tutkimuksia ja selvityksiä. Useimmat niistä ovat keskittyneet kansallisen tason päätöksentekijöiden ja valtion keskushallinnon toimintaan (Deloitte 2021; Onnettomuustutkintakeskus 2021) käsitellen myös pandemian johtamista ja hallintaa hallinnon eri tasoilla (Kihlström ym. 2022c; Stenvall ym. 2022).

Suomen monitoimijaisen järjestelmän haasteena näyttäytyivät toimijoiden väliset vuorovaikutusongelmat sekä viestinnän paikoittainen yksisuuntaisuus jo pandemian alkuvaiheessa. Kansallisen tason viesti kulkeutui alueellisen ja paikallisen tason toimijoille samaan aikaan kuin kansalaisille hallituksen todetessa poikkeusolot tiedotustilaisuudessa (Onnettomuustutkintakeskus 2021). Tiedon kulun ongelmat korostuivat sitä enemmän mitä lähemmäs kansalliselta tasolta siirryttiin kohti varsinaisia rajoituspäätöksiä tekeviä toimijoita, eli AVI:ja ja kuntia (Kihlström ym. 2022c). Eri hallin-

non tasojen välillä tilannekuva on tulkittu eri tavoin eikä sitä millaiset realiteetit vallitsevat käytännön työn tasolla ja miten niihin pitäisi vastata aina otettu huomion kansallisen tason linjauksissa (Kihlström ym. 2022c; Stenvall ym. 2022). Alueiden erilaisuus ja koronatilanteen alueellinen vaihtelevuus ovat olleet pandemian hallinnan haasteita kansallisen tason näkökulmasta, ja joidenkin alueiden kanssa yhteistyö pandemian hallinnassa on ollut sujuvampaa kuin toisten (Stenvall ym. 2022). Onnettomuustutkintakeskuksen (2022) tutkintaraportissa on havaittu, kuinka siinä missä tilannekuva on kunnissa ja alueellisilla toimijoilla perustunut paikalliseen ja alueelliseen näkökulmaan, on kansallisella tasolla keskitytty laajempaan kansallisen tason tilannekuvaan. Paikallisella ja alueellisella tasolla päätöksenteko kansallisen tilannekuvan perusteella on koettu vaikeaksi eikä merkittäviä päätöksiä ole uskallettu sen perusteella tehdä. (Onnettomuustutkintakeskus 2021.) Vuorovaikutuksen ongelmat ovat osaltaan heikentäneet luottamusta toimijoiden välillä (Kihlström ym. 2022c).

Koronarajoituksia on perusteltu Suomessa pitkälti terveysturvallisuuteen perustuvalla tilannekuvalla, vaikka COVID-19 on pandemian edetessä ymmärretty kriisiksi, jolla on laajoja yhteiskunnallisia vaikutuksia (Kihlström ym. 2022c; Stenvall ym. 2022). Paikallinen ja alueellinen toimintamalli auttoi pandemian hallintaa operatiivisella tasolla ja mahdollisti alueellisten erityispiirteiden sekä tartuntatautilanteen muuttumisen huomioimisen rajoituspäätöksissä (Kihlström ym. 2022b). Toisaalta malli heikensi terveysturvallisuuden näkökulmaan kiinnitynyttä valtakunnallista ohjausta, kun velvoittavista päätöksistä siirryttiin vähitellen suosituksiin tilanteessa, jossa kansallisella tasolla tahtotila erilaisiin rajoitustoimiin oli tiukempi kuin paikallisella ja alueellisella tasolla (Stenvall ym. 2022).

Ristiriidat näkyvät selkeimmin niissä tilanteissa, joissa pandemian aikana toimijat ovat poikenneet lainsäädännön mukaisista toimivaltuuksista ja joissa toimijoille annettu ohjaus on ollut ristiriidassa voimassa olleen lainsäädännön kanssa (Nieminen 2022). Tästä kertoo esimerkiksi korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisu KHO 2021:1, jossa katsottiin kunnan vammaispalvelupäällikön toimineen lainvastaisesti, kun hän oli asettanut koronaviruksen

leviämisen ehkäisemiseksi asumispalveluyksikköön vierailijakiellon, jonka asettamiseen hänellä tai kenelläkään muullakaan ei ollut toimivaltaa. Vammaispalvelupäällikkö oli vierailijakielloa asettaessaan noudattanut samaansa sosiaali- ja terveysministeriön kunnille osoittamaa velvoittavaan sävyyn kirjoitettua ohjausta, jonka antamiseen ministeriöllä ei varsinaisesti ollut toimivaltaa. Tämä kuvaa hyvin suomalaisen terveysjärjestelmän monitasoista hallintaa, toimijoiden välisiä suhteita sekä sitä, miten lainsäädännön antamista toimivaltuuksista kriisitilanteessa saatetaan poiketa matalalla kynnyksellä. Tuomioistuimet ja ylimmät laillisuusvalvojat ovat myöhemmin todenneet myös muissa vastaavissa yhteyksissä sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa luodon hallintorakenteen sekä ministeriön ohjauksessa toteutettujen tartuntataudin torjuntatoimien olleen monilta osiltaan lainvastaisia (esim. EOAK/6336/2021). Vaikka tuomioistuinten ja laillisuusvalvojen havaitseminen oikeudellisten ongelmien taustalla vaikuttaa lähes aina olevan sosiaali- ja terveysministeriön toiminta, on ongelmia yhteiskunnallisessa keskustelussa käsitelty keskittyen alueellisen tason toimijuuteen.”

Tässä artikkelissa tarkastelemme pandemian hallintaa sekä lainsäädännön ja kansallisten varautumissuunnitelmien tarjoaman hallintakehikon että keskeisiltä kansallisilta, alueellisilta ja paikallisilta terveysjärjestelmän toimijoilta kerätyn haastatteluaineiston kautta.¹ Tutkimme ketterän ja sopeutuvan hallinnan viitekehystä hyödyntäen, miten vastuut jakautuivat pandemian aikana sekä miten toimijoiden itseymmärrys omasta toiminnastaan ja muiden toimijoiden rooliodotukset peilautuvat lainsäädännön ja kansallisten varautumissuunnitelmien muodostamaan kehikkoon siitä, miten toimivallan ja vastuiden pitäisi jakautua. Ajallisesti tutkimuksessa keskitytään pandemian ensimmäiseen vuoteen, jonka aikana nähtiin ensin keväällä 2020 pandemian ensimmäiseen aaltoon liittynyt poikkeusolojen toteaminen valmiuslain käyttöön, jota leimasi vahva keskushallintojohteisuus, sitten kesän ja syksyn 2020 aikana siirtyminen hybridistrategian aikaan ja pandemian toinen aalto

¹ Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa tutkimushanketta Muutosjoustavuus, kriisivalmius ja huoltovarmuus suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä (RECPHEALS).

sekä keväällä 2021 paluu valmiuslain käyttöön pandemian kolmannessa aallossa.

KETTERÄ JA SOPEUTUVA HALLINTA

Seuraavassa sovelletaan ketterän (agile governance) ja sopeutuvan hallinnan (adaptive governance) kehystä suomalaisen terveysturvajärjestelmän pandemiahallinnan tarkasteluun. Näkökulmaa on hyödynnetty aikaisemminkin pandemiahallinnan tutkimuksessa, sillä Marijn Janssenin ja Haiko van der Voortin (2020) tutkimus Hollannin valtionhallinnon kyvystä vastata COVID-19-pandemiaan on innoittanut myös jatkotarkasteluihin (Sagala ym. 2021; Moon 2020). Ketterän ja sopeutuvan hallinnan käsitepari kulkee usein yhdessä, mutta käsitteet pitävät sisällään painotuseroja. Keskeinen kysymys ketterän ja sopeutuvan hallinnan tutkimuksessa on, että miten turbulentissa toimintaympäristössä julkista hallintaa voidaan toteuttaa ketterästi ja sopeutuen samanaikaisesti ylläpitäen riittävää vakautta (Hong 2018).

Ketterän hallinnan fokuksessa on organisaation kyky reagoida nopealla vasteella muutoksiin. Se on luonteeltaan reaktiivista ja responsiivista, jolloin oman organisaation toimintaa optimoidaan suhteessa havaittuihin haasteisiin (Janssen & van der Voort 2020; Mergel ym. 2021). Ketterään hallintaan viitataan organisaatiokulttuurisena, yhteistyössä syntyvänä, ominaisuutena ja toimintatapana, jolla mahdollistetaan mahdollisimman nopea sopeutuminen toimintaympäristön haasteisiin (Sagala 2021; Janssen & van der Voort 2020). Ketterän hallinnan keskeisinä, ja siten perinteisestä hallinnasta erottavina, arvotamisen tapoina voidaan pitää yksilöiden ja vuorovaikutuksen merkitystä hallintavasteille, toimivaksi huomattuja toimintatapoja, yhteistyötä ja muutokseen vastaamista sen sijaan, että sitouduttaisiin esimerkiksi ennalta määriteltyihin prosesseihin, työkaluihin, sopimuksiin ja tehdyn suunnitelman noudattamiseen (Mergel & Ganapati 2021). Tiivistettynä kyse on julkisten tarpeiden muutokseen vastaamisesta mahdollisimman tehokkaasti (Mergel & Ganapati 2021; Sagala 2021; Janssen & van der Voort 2020). Ketterän hallinnan varjopuolina esiin voidaan nostaa vastuusuhteiden piiloutuminen ja ennakoitavuuden heikkeneminen, kun yksittäisten toimijoiden valmiiden toimintaprotokollien sijaan tilannekohtaisesti tekemät valinnat muo-

vaavat julkisen toimijan vasteita. Tämä aiheuttaa myös organisaatioiden sisäistä kamppailua totuttujen ja uusien toimintatapojen välillä. Ketterä hallintatapa vaatii toteutukseen myös kokeilut ja mahdolliset virheet sallivan ympäristön. (Mergel & Ganapati 2021).

Sopeutuvan hallinnan keskustelu on syntynyt tarpeesta jäsentää teoreettisesti erilaisia hallinnan ja organisoitumisen tapoja, joilla pyritään vastaamaan ympäristön epävarmuuteen ja kompleksiuuteen. Erityisesti ylhäältä alas suuntautuneiden ja keskitetyn valtiojohtoisten hallintatapojen nähdään harvoin toimivan vasteena ympäristöstä kumpuaviin eri tavoin kietoutuneisiin ongelmiin. (Chaffin ym. 2014.) Sopeutuva hallinta tunnistaa organisaatioiden tarpeen muodostaa mahdollisimman hyvä yhteensopivuus muuttuvan ympäristön kanssa (Janssen & van der Voort 2020). Keskiössä on toimijoiden keskinäisriippuvuus ja erottamaton asema osana laajempaa kokonaisuutta. Joskin yksittäisen toimijan, kuten julkisen hallinnon, tuottamat vaikutukset muiden toimijoiden toimintaan näyttäytyvät myös olennaisina. (Chaffin ym. 2014; Janssen & van der Voort 2020; Pedroza-Gutiérrez ym. 2021.)

Sopeutuvan hallinnan keskustelun myötä pohdintaan on otettava hallinnon toimien joustavuus ja kehittyminen, joka ulottuu väistämättä yli vahvan hallinnollisen sääntelyn (Cosens 2017). Asiaa voidaan tarkastella sopeutuvan hallinnan ja sen lähikäsitteen hyvän hallinnan välisen suhteen kautta (Chaffin ym. 2014). Hyvä hallinto viittaa käsitteenä good governance -ajattelun kautta ketterän ja sopeutuvan hallinnan suuntaan. Vastaavasti good administration -ajattelun kautta yhteyksiä on löydettävissä hallinnon lainalaisuuden vaatimuksen suuntaan (Laakso 2009). Good administration -ajattelussa lainsäädäntö yhtäältä mahdollistaa pandemian hallintaa luoden työkaluja, joilla voidaan vastata muuttuviin tilanteisiin, ja toisaalta myös rajoittaa hallintakeinoja määrittäen toimijuudelle reunaehdot ja rakenteita. Good governance -ajattelussa ketterä ja sopeutuva hallinta saattaa edellyttää kykyä poiketa toimintaa ohjaavasta lainsäädännöstä.

Ketterän ja sopeutuvan hallinnan suhde hallinnon lainalaisuuteen muodostuukin jännitteiseksi, mutta lainsäädäntö ei toimi sopeutuvan hallinnan kategorisena estäjänä. Lainsäädäntöä voidaan hyödyntää vallanjakamisen sääntelyyn,

mutta sillä voidaan myös tukea toimijoita vahvempaan koordinaatioon ja yhteistoimintaan. Lainsäädännön on mahdollista tukea hallinnon parempaa sopeutumiskykyä, mikäli viranomaiselle on tarjolla useampia työkaluja sopeutuvaan suunnitteluun ja toimeenpanoon. Kiistaton tehtävä on lainsäädännön rooli käytännön toimien legitimitettiin ja toimivallan turvaajana, kun edetään kohti valittua ratkaisua. (Cosens ym. 2017).

Irtaantuminen lainsäädäntöön normaaliolo- ja varten kirjatusta arvopohjasta voi edistää pandemiaoloissa terveysjärjestelmän oikeudenmukaisuutta, hallinnan läpinäkyvyyttä ja hallinnon eri tasojen vuorovaikutusta, mutta yhtä hyvin se voi tukea myös aivan päinvastaista kehitystä. Suomenkin kohdalla tiedetään jo tässä vaiheessa, että pandemia-ajan ketterän hallinnan toimet ovat syventäneet eriarvoisuutta (Helske ym. 2021) ja heikentäneet oikeusvaltiollisuutta (Nieminen 2022).

Ketterän ja sopeutuvan hallinnan näkökulmasta onnistunut terveysjärjestelmä kykenee vuorovaikutukseen toimintaympäristönsä kanssa (Tolf ym. 2015) ja tuottaa vasteita intressiristiiriitoja ja epävarmuutta oikeasta toimintatavasta sisältäviin kompleksisiin sosiaalisiin ongelmiin (Janssen & van der Voort 2020). Mikä pitää sisällään kyvyn esimerkiksi mukauttaa politiikka-ohjausta paikallisiin erityispiirteisiin (Brunner 2010, Bosa ym. 2021, Capano 2020). Tätä tarvittiin pandemiaoloissa poikettaessa toimijoille etukäteen selvästi määritellyistä rooleista (Capano 2020, OECD 2020).

SUOMALAINEN KANSANTERVEYSJÄRJESTELMÄ PANDEMIAN HALLINNASSA

Suomessa kansanterveydestä vastaavat useat eri toimijat paikallisella, alueellisella ja kansallisella tasolla siten kuin niiden toimivallasta ja vastuista niin normaali- kuin kriisitilanteissa on lailla säädetty. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän toiminta on vahvasti lainsäädännöllisesti kehystettyä, sillä perustuslain (731/1999) mukaan sosiaali- ja terveyspalveluista sekä väestön terveyden edistämisestä säädetään lailla. Tämän takia pandemiaoloissakin kansanterveysjärjestelmän toimintaa koskeva keskustelu oikeudellistui montaa muuta maata vahvemmin (Stenvall ym. 2022). Pandemian aikana terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa ohjasi terveydenhuoltolaki (1326/2010), kansanterveystyön järjestämistä

kansanterveyslaki (66/1972) ja tartuntataudin torjuntaa tartuntatautilaki (1227/2016). Valmiuslaissa (1552/2011) säädettyihin hätätilaoikeudellisiin työkaluihin turvaututtiin pandemian aikana kahdesti (kevällä 2020 ja keväällä 2021).

Lainsäädäntö jättää kuitenkin tilaa myös varsinaista regulaatiota pehmeämmälle sääntelylle, kuten erilaisille ohjausasiakirjoille. Esimerkiksi kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012) muodostui pandemian alussa merkitykselliseksi asiakirjaksi eri toimijoiden toimivallan ja vastuiden määrittelyn kannalta.

Kansanterveysjärjestelmän toimintaan heijastuu Suomessa myös eurooppalaisittain vahva paikallinen itsehallinto. Kunnat vastaavat autonomisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä joko itse tai kuntayhtymänä (Keskimäki ym. 2019). Tässä kirjoituksessa ensin mainitusta järjestämismallista käytetään nimitystä kuntapohjainen alue ja jälkimmäisestä nimitystä integroitu alue. Vuoden 2023 alussa sote-palveluiden järjestämisvastuu siirtyi hyvinvointialueille, jotka jakavat vastuun terveyden edistämisestä ja suojelusta kuntien kanssa.

Vastuu kansanterveystyön operatiivisesta toimeenpanosta oli lainsäädännön mukaan pandemian aikana pääosin paikallisella tasolla kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Kunnat vastaavat omasta varautumisestaan sekä esimerkiksi rokotusten ja terveystarkastusten toteuttamisesta. Sairaanhoitopiirit vastaavat yhdessä kuntien kanssa alueellisesta valmiussuunnittelusta sekä tukevat eri toimijoita tartuntatautien hallinnassa. Aluehallintovirastot (AVI) koordinoivat toimialueensa valmiussuunnittelua sekä valvovat kuntien ja sairaanhoitopiirien toimintaa. Tartuntatautilaki antaa kunnille ja AVI:ille myös rinnakkaisen toimivallan ryhtyä eräisiin tarvittaviin rajoitustoimiin tartuntataudin leviämisen ehkäisemiseksi siten, että kunnilla on toimivaltaa omalla alueellaan ja AVI:eilla yhtä kuntaa suuremmilla alueilla.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ohjaa terveyspalvelujärjestelmää ja vastaa siihen liittyvästä lainvalmistelusta. Se myös johtaa ja koordinoi toimintaa valtakunnallisissa häiriötilanteissa, mutta sille ei ole osoitettu erilaisia toimenpiteitä koskevaa päätösvaltaa eikä sillä myöskään ole toimivaltaa antaa muita viranomaisia sitovaa ohjausta. Sillä ei ole myöskään toimi-

Taulukko 1. Keskeisten pandemian hallintaan osallistuneiden toimijoiden toimivaltuudet pandemian aikana.

| | Tartuntatautilääkäri | Kunta/kuntayhtymä | Sairaanhoitopiiri | AVI | THL | STM |
|--|----------------------|-------------------|-------------------|-----|-----|-----|
| Operatiivinen toiminta | | | | | | |
| Terveystieteiden tutkimuskeskuksen operatiivinen toiminta | | x | x | | | |
| Ohjaus ja valvonta | | | | | | |
| Terveystieteiden tutkimuskeskuksen strateginen ohjaus | | | | | | x |
| Tartuntatautiin torjuntatyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta | | | | | | x |
| Palvelujärjestelmän toiminnan ohjaaminen | | | | | | x |
| Tartuntatautiin torjunnan tietoperustan luominen | | | | | x | |
| Ohjaa ja tukee operatiivisten toimijoiden tartuntatautiin torjuntatyötä | | | | | x | |
| Sovittaa yhteen ja valvoo tartuntatautiin torjuntaa alueellaan | | | | x | | |
| Tartuntatautiin torjuntatyön lainmukaisuuden valvonta ja siihen liittyvä ohjaus | | | | x | | |
| Valvoo kansallisten suunnitelmien ja STM:n päätösten toimeenpanoa | | | | x | | |
| Ohjaa ja tukee kuntia ja sote-toimintayksiköitä lääketieteellisellä asiantuntemuksellaan tartuntatautiin torjunnassa | | | x | | | |
| Alueellaan ohjaa tartuntatautiin vastustamistyötä | | | x | | | |
| Päätöksenteko, rajoitukset | | | | | | |
| Itsenäinen päätöksentekovalta | | x | | x | | |
| Tekee päätökset käyttäen hyväksi sairaanhoitopiirin, erityisvastuualueen ja THL:n asiantuntemusta | | x | | x | | |
| Rajoitusten asettaminen | | x | | x | | |
| Julkisten tilojen sulkeminen | | x | | | | |
| Etäopetukseen siirtyminen | | x | | | | |
| Esim. koulujen sulkeminen | | x | | x | | |
| Kokoontumisten rajoittaminen | | x | | x | | |
| Karanteenipäätökset | x | | | | | |

valtaa puuttua kansanterveystyön kansallisesta koordinaatiosta, tiedonkeruusta, tieto-ohjauksesta ja tutkimuksesta vastaavan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimintaan.

Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena ovat keskeiset pandemian hallintaan osallistuneet kansanterveysjärjestelmän toimijat paikallisella, alueellisella ja kansallisella tasolla: kunnat, kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit, AVI:t, STM ja THL. Taulukossa 1 on kuvattu edellä mainittujen pandemian hallintaan osallistuneiden toimijoiden toimivaltuuksia sekä havainnollistettu toimivaltuuksien päällekkäisyyksiä.

AINEISTO JA SEN ANALYYSI

Aineisto

Aineisto (n=53) kerättiin koronapandemian hallintaan osallistuneilta paikallisen, alueellisen ja kansallisen tason toimijoilta (Taulukko 2). Paikallisen ja alueellisen tason haastateltavat edustivat neljää maantieteelliseltä sijainniltaan, väestörakenteeltaan ja palvelujärjestelmältään erilaista aluetta. Kahdella alueella kuntayhtymä järjesti alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (integroitu palvelujärjestelmä). Kahdella muulla alueella kunnat järjestivät itse perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

Taulukko 2. Tutkimuksen informantit ja aineistonkeruun eteneminen

| | Haastateltavan asema tai organisaatio | Haastateltavien lukumäärä |
|---------------------------------------|---|---------------------------|
| Paikallistaso | Kuntajohtaja | 3 |
| maalis-kesäkuu 2021 | Sosiaali- ja terveydenhuollon johtotehtävät | 6 |
| Aluetaso | Kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon johtotehtävät | 5 |
| maalis-kesäkuu ja loka-joulukuun 2021 | Sairaanhoitopiirin ylimmät johtotehtävät | 10 |
| | Aluehallintoviraston edustaja | 8 |
| Kansallistaso | Sosiaali- ja terveysministeriön toimijat, poliittiset tai viranhaltijatehtävät | 7 |
| lokakuu 2021–helmikuu 2022 | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos | 3 |
| | Valtioneuvosto | 6 |
| | Muut valtion organisaatiot (erittelemättä haastateltavien anonymiteetin vuoksi) | 3 |
| | | N 53 |

ja sairaanhoitopiiri järjestää erikoissairaanhoidon palvelut (kuntapohjainen järjestelmä). Kansallisen tason toimijat edustivat ylintä valtionhallintoa sekä pandemiahallintaan osallistuneita valtion organisaatioita. Haastateltavaksi valittiin henkilöitä, joilla oli keskeinen rooli pandemian hallinnassa ja heillä uskottiin siten olevan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Harkinanvaraista otantaa täydennettiin lumipallo-otannalla tiedustelemalla haastattelujen päätteeksi haastateltavilta keitä tulisi heidän lisäksi haastatella. Lumipallo-otannalla haastateltavien

määrä laajeni erityisesti alueellisen tason osalta. Haastateltavat antoivat suullisen suostumuksen nauhalle haastattelun alussa. Haastattelujen keskeinen kesto oli 60–90 minuuttia.

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, jonka pääteemoja olivat: 1) kriisiin varautuminen, 2) johtaminen ja päätöksenteko, 3) palvelujärjestelmän muutosjoustavuus ja sen kehittäminen. Haastattelut toteutettiin maaliskuun 2021 ja helmikuun 2022 välisenä aikana kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä (maalis-kesäkuu 2021) haastateltiin paikallisen ja alueellisen tason toi-

mijoita (lukuun ottamatta AVI:ja). Lokakuussa 2021–helmikuussa 2022 haastateltiin kansallisen tason toimijoita ja AVI:ja. Vaikka AVI:t toimivat aluetasolla, AVI on osa valtionhallintoa, minkä vuoksi AVI:ja haastateltiin toisessa vaiheessa. Kansallisen tason ja AVI:n haastatteluja varten alkuperäistä haastattelurunkoa muokattiin lisäämällä tai täsmentämällä apukysymyksiä liittyen esimerkiksi organisaatioiden väliseen yhteistyöhön. Lisäksi paikallisen ja alueellisen tason haastatteluissa nousseiden aiheiden pohjalta esitettiin kysymyksiä kansallisille toimijoille. Johtuen ensimmäisen vaiheen haastattelujen ajankohdasta haastatteluissa ei käsitelty rokotuksia, jotka tulivat laajalti käyttöön vasta kesälä 2021.

Analyysi

Keskeinen viitekehys sekä aineiston keruulle että analyysille on ollut Thomasin ym. (2020) shokkisykli, jossa terveysjärjestelmien resilienssi eli muutosjoustavuus hahmotetaan kriiseihin tai järjestelmäshokkeihin varautumisen, havahutumisen, hallinnan ja johtamisen sekä oppien ja uudistustarpeiden kautta. Haastatteluäänitteet litteroitiin ja litteraatit analysoitiin monivaiheisesti käyttäen directed content analysis -lähestymistapaa keskittyen erityisesti aineistosta nousviin johtamisen, hallinnan ja organisaatioiden väliseen yhteistyön aihealueisiin (Assarroudi ym., 2018).

Ensin haastatteluaineisto luettiin moneen kertaan läpi. Seuraavaksi aineistosta tunnistettiin toimijoiden rooleihin ja yhteistyöhön liittyvät lauseet ja ajatuskokonaisuudet, jotka ryhmiteltiin kunkin toimijan itseymmärryksen, muiden toimijoiden rooliodotusten tai eri toimijoiden välisen yhteistyön perusteella. Seuraavaksi lauseet pelkistettiin. Samansisältöiset pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin samaan alaluokkaan, saman sisältöiset alaluokat yläluokiksi ja yläluokat päluokiksi. Lopuksi haastatteluista poimittiin aineistokatkelmia, jotka havainnollistivat aineistosta esitettyjä tulkintoja.

Luotettavuuden ja läpinäkyvyyden vuoksi aineiston analyysiin on osallistunut pääkirjoittajan lisäksi useampi hankkeen tutkija. Alustavan koodiston rakentaminen syntyi kahden tutkijan (MH ja LK) yhteistyönä. Myös analyysin myöhemmissä vaiheissa koodauksia on peilattu teo-

reettiseen viitekehukseen sekä tutkimusta ohjaaviin käsitteisiin yhdessä tutkimusryhmän jäsenten kanssa. Koska aineisto on laaja, siitä tehtyjä muita havaintoja ja löydöksiä on julkaistu myös muualla (Kihlström ym. 2021; Kihlström ym. 2022a; Kihlström ym. 2022b; Kihlström ym. 2022c).

ASIAANTUNTIJOIDEN NÄKEMYKSET PANDEMIAN HALLINNASTA MONIVIRANOMAISJÄRJESTELMÄSSÄ

Päätöksenteon epäselvyys ja perustuminen vaillinaiseen tietoon

Koronapandemian aikaista päätöksentekoa leimasi tiedollinen epävarmuus. Vaikka pandemian aikana tieto koronaviruksesta ja koronan yhteiskunnallisista vaikutuksista lisääntyi, päätöksiä tehtiin haastatteltujen mukaan etenkin pandemian alkuvaiheessa tilanteessa, jossa ei ollut käytettävissä riittävästi tietoa päätösten vaikutusten arvioimiseksi. Lisäksi tiedolliseen epävarmuuteen vaikuttivat alueellisten ja paikallisten tahojen mukaan epäselvyudet kriisitiedottamisessa kansalliselta tasolta alueelliselle ja paikalliselle tasolle.

Alueellisen ja paikallisen päätöksenteon perusteena käytettiin pääosin alueella tai kunnassa muodostettua tilannekuvaa. Paikallis- ja aluetason toimijat kokivat, että kansallisesta THL:n tuottamasta tilannekuvasta oli haastavaa poimia oleellista tietoa operatiivisen tason tarpeita varten. Alueelliset toimijat toivoivat tietoa pandemian monialaisten vaikutusten arvioinnista, koska kaikilla alueilla ei ollut voimavaroja kerätä tietoa itsenäisesti.

Tiedontarpeet pandemian monialaisista vaikutuksista liittyivät pandemian aiheuttamiin sosiaalisiin vaikutuksiin ja siihen, miten esimerkiksi rajoitustoimenpiteet vaikuttavat asukkaiden hyvinvointiin. Vaikka kunnissa koettiinkin olevan laaja-alaista osaamista sosiaali- ja terveyskriisien hoitamisesta, haastatteluissa nähtiin, että kunnallisessa päätöksenteossa olisi kaivattu parempaa tietoa esimerkiksi rajoitustoimenpiteiden vaikutuksista asukkaiden hyvinvointiin:

”Kuntapohja on siinä mieles haasteellinen, (...) ku rajoitustoimenpiteet on, siis niin kun

sanoin niin se on pyllistämistä aina johonkin suuntaan. Sillä aiheutetaan taloudellisia tap-pioita, sillä aiheutetaan pahoinvointia kun-talaisille. Ja kun kunta on monialanen orga-nisaatio, jonka pitää pystyä sitten tekemään aika rajujakin terveysturvallisuuspäätöksiä tietoisena ja ottaen sen takkiinsa myös et se aiheuttaa pahoinvointivaikutuksia, niin ei oo kunnallis päätöksenteolle ollenkaan helppo juttu.” (Kansallinen taso: STM, poliittiset tai viranhaltijatehtävät)

Pandemian alkuvaiheessa kansallisen tason toi-mijat viestivät tilannekuvasta lähinnä sairaan-hoitopiireille. Kansalliselta tasolta viesti tilan-teen vakavuudesta ja poikkeusolojen julista-misesta välittyi kuntiin ja AVI:hin vasta poik-keusolojen toteamista koskeneen pääministerin maaliskuun 16. päivän 2020 tiedotustilaisuuden kautta. Viestin poikkeusolojen toteamisesta koettiin välittyneen alueelliselle ja paikalliselle tasolle myöhään siihen nähden, että näiden toimijoiden oletettiin kykenevän toimeenpane-maan välittömästi poikkeusolojen vaatimia toi-mia. Sairaanhoitopiirien ja STM:n välinen yh-teistyö on tiivistä myös normaalioloissa ja STM oletti viestin välittyvän sairaanhoitopiirien kauta kuntiin ja kuntayhtymiin, mikä ei kuitenkaan haastatteluaineiston perusteella kaikilla alueilla toteutunut.

Erilaiset tilannekuvat ja viestinnän katveet heijastuivat analyysimme mukaan päätöksente-koon. Aineistomme kansallisen ja alueellisen ta-son haastateltavat kokivat, että osassa kuntia ei haluttu tehdä esimerkiksi korvausvaatimusten ja elinkeinonharjoittajien reaktioiden pelossa niin ankaria rajoituspäätöksiä kuin näiden haas-tateltavien mielestä olisi ollut tarpeen. Osassa kunnista kynnys rajoituspäätösten tekemiseen oli korkeampi ja kuntien päätöksiä leimasi pai-koin kykenemättömyys ja uskalluksen puute tehdä päätöksiä. Joissain kunnissa esiintyi halut-tomuutta tehdä päätöksiä, jolloin AVI:t tekivät päätöksiä kuntien puolesta. Mahdollisten kor-vausvaatimusten vuoksi erityisesti elinkeino-elämään kohdistuvat päätökset koettiin haas-tattelujen perusteella osassa kuntia hankaliksi ja näiden päätösten tarkoituksenmukaisemmaksi vastuutahoksi nähtiin AVI.

”En tiedä mistä tää haluttomuus johtuu, heil-läkin (kunnat) on kuitenkin siellä niin tar-

tuntatauteihin liittyvää asiantuntemusta ku juridista osaamistakin, löytyy paljonki malle-ja siitä et minkälaisii nää päätökset on. (...) Ja kyllä me kovasti ollaan sitä yritetty heille siir-tää, mut ei, ei tätä halua oo ollu. Suosituksia kylläkin, et sitte tämmösiä kevyempiä oh-jauksia, suosituksia.” (Alueellinen taso: AVI)

Alueellisen ja kansallisen tilannekuvan tulkintaerot ja tarve ennakoivalle päätöksenteolle

Hybridistrategiaan siirryttäessä alueelliset pää-töksentekijät pystyivät huomioimaan päätöksis-sään alueelliset erityispiirteet ja alueellisen epide-miologisen tilannekuvan. Haastatteluaineistosta välittyvä kuva, että samalla eri toimijoiden teke-mät rajoituspäätökset alkoivat erkaantua toisis-taan. Monet haastateltavat katsoivat ongelmalli-seksi, että eri päätöksentekijät sovelsivat samaa lakia hyvin eri tavoin. Vaikka päätöksentekijöil-lä oli lainsäädännön perusteella erittäin laaja harkintavalta, jonka takia keskenään hyvinkin erilaiset päätökset saattoivat olla aivan lainmu-kaisia, tällainen päätöksenteko nähtiin epäjoh-donmukaisena. Kunnissa tehtiin erilaisia pää-töksiä samankaltaisissa tilanteissa olevien kun-tien kesken tai saman maakunnan sisällä, mikä haastoi rajoituspäätösten kansallisen yhdenmu-kaisuuden toteutumista. Aineiston perusteella erityisesti integroiduilla alueilla päätöksenteossa pyrittiin alueelliseen yhdenmukaisuuteen, kun taas aineistomme toisessa kuntapohjaisessa järjestelmässä alueellisissa päätöksissä esiintyi enemmän vaihtelua. Alueellisen päätöksenteon ongelmana nähtiin päätöksenteon keskittymi-nen joissain tapauksissa yksittäisille henkilöille, kuten yksittäiselle kunnan virkamiehelle. Esi-merkiksi kuntien tartuntatautilääkärien päätök-set karanteenin pituudesta saattoivat poiketa THL:n antamasta suosituksesta, mihin tartunta-tautilääkärillä toki oli oman lainsäädännössä määritellyn toimivaltansa puitteissa oikeus.

Voidaan siis päätellä, että hybridistrategian soveltamiseen projisoitui kansallisen ja alueelli-sen tason erimielisyys tilannekuvan tulkinnas-ta. Paikalliset ja alueelliset toimijat kokivat, että kansallisella tasolla on puutteellinen ymmärrys alueiden realiteeteista. Tämä ilmeni esimerkik-si niin, ettei alueiden käytössä olevilla voima-varoilla ollut mahdollista vastata kansallisen tason linjauksiin koronapandemian hallintaan

liittyvissä toimissa (esimerkiksi kasvosuojainten osalta). Aineistomme mukaan alueellista tilannekuva ei kuitenkaan saatu välittymään kansalliselle tasolle.

”Ja se esimerkiks että se kansallinen näkemys ainaki siinä alkuvaiheessa siinä mikä meidän testaamisen kapasiteetti koko maassa on niin sehän oli aivan toisenlainen kun oli se alueellinen realiteetti. STM:n virkamiehiltä jonki verran mut erityisesti poliittisilta päätöksentekijöiltä että kyllä alueella on maskeja ne ei vaan jaa ja miksei alue tee ku me sanotaan miksei alueet testaa. Alueet ei voi testata jos ei testauskapasiteettia oo maassa ja alueet ei voi kehottaa käyttämään, maskeja jos niitä hädintuskin riittää tehohoitohenkilöstölle” (Alueellinen taso: Kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon johtotehtävät)

Haasteltujen näkemys siitä, millaisia toimenpiteitä tartuntataudin torjunta edellytti, näytti vaihtelevan sen mukaan, millaisena tilannekuva nähtiin. STM nojasi ohjauksessaan kansalliseen tilannekuvaan (joka perustui THL:n muodostamaan tilannekuvaan sekä tehohoidon, materiaaliseen varautumisen ja lääkehuollon tilannekuviin) ja suositti tekemään päätöksiä pitkälti sen mukaisesti. Kansallisessa tilannekuvaassa epidemiatilanne hahmotettiin usein vakavammaksi kuin miltä alueella tuolla hetkellä näytti. Niinpä STM ohjasi alueita ryhtymään ennakoivasti erilaisiin toimenpiteisiin lähtien oletuksesta, että epidemiatilanne saattaa huonontua alueella kansallisen tason tilannekuvan mukaiseksi. Kuntien ja AVI:n näkökulmasta lainsäädäntö ei kuitenkaan mahdollistanut tällaista kansalliseen tilannekuvaan perustuvaa ennakoivaa päätöksentekoa, sillä päätöksenteko oli lailla sidottu alueelliseen ja paikalliseen epidemiatilanteeseen.

Joissain tilanteissa haastateltavat kertoivat ennakoivaan päätöksentekoon kuitenkin taipuneen kunnissa ja päätöksiä tehtiin esimerkiksi toisen asteen etäopetukseen siirtymisestä noudattaen STM:n ohjausta, vaikka kunnan oma arvio ei olisi päätöstä puoltanut. Välttämättömyys- ja oikeasuhtaisuusvaatimusten arvioiminen koettiin haastavaksi ja jopa ristiriitaiseksi tilanteessa, jossa päätökset tehtiin virkamiesvastuulla:

”(...) jos epidemiatilanne valtakunnassa on paha, mut se ei juuri jollain alueella sitä ole,

että täytyykö ne yleiset välttämättömyys- ja oikeasuhtaisuusvaatimukset. Että voidaan-ko, uskaltavatko he tehdä. Ja pystyvätkö he tekemään juridisesti pitäviä päätöksiä sillä perusteella, et THL kertoo et nyt pitää kautta linjan kontakteja vähentää ja STM siihen patistelee. (...) Ja sit jos ajattelee et meil on ollu THL:n ja STM:n viikkoinfot ja katsaukset ja muut että. Et ehkä se nimenomaan se välttämättömyys ja oikeasuhtaisuus on ollu se kysymys että missä kohden. Et jos ei vielä näy sairaalahoidon tai tehohoidon kuormitusta nii voidaanko jo tehdä ja sit siitä tietenki on juristeilla erilaisii näkemyksiä että. Jos pykälässä sanotaan uhka, niin onko se abstrakti uhka vai onko se sellainen uhka et on jo kaspäin potilaita siellä kolkuttelemassa ovilla.” (Kansallinen taso: STM, poliittiset tai viranhaltijatehtävät)

Ristiriitainen ohjaus siirsi tulkintavastuuta paikallisille ja alueellisille päätöksentekijöille

Pandemian aikana STM lähetti alueille ja kunnille runsaasti erilaisia ohjauskirjeitä ja muita ohjeita. Niitä saatettiin lähettää useitakin kertoja päivässä ja annettu ohjaus saattoi muuttua jopa saman päivän aikana. Ohjauksen toimeenpanoa ei siis välttämättä ehditty edes käsitellä ennen ohjauksen muuttumista. Alueellisten ja paikallisten toimijoiden näkemysten mukaan kansallisella tasolla oli riittämätön ymmärrys terveydenhuoltojärjestelmän operatiivisesta toiminnasta, ja siksi virheellinen oletus, että ohjaus on mahdollista toimeenpanna heti.

Virallisen ohjauksen rinnalla STM antoi alueille ja kunnille epävirallista eli virallisten ohjausasiakirjojen ulkopuolista ohjausta esimerkiksi suurin puhelinsoitoin. Alueelliset ja paikalliset toimijat kokivat tämän paikoin painostuksena lainvastaiseen päätöksentekoon tai muuttamaan alueellisen tilannekuvan perusteella tehtyjä päätöksiä STM:n haluamaksi. Epävirallinen ohjaus ymmärrettiin tai koettiin jopa velvoittavampana kuin virallinen ohjaus. Koska osa kunnista noudatti epävirallista ohjausta ja osa ei, johti tämä kansallisesti erilaisiin rajoituspäätöksiin ja muihin tartuntataudin torjuntatoimiin. Alueelliset ja paikalliset haastateltavat näkivät poliittisten intressien vaikuttaneen STM:n oh-

jaukseen. STM:n eri yksiköiden antamat ohjeet saattoivat vaihdella keskenään ja riippua siitä, oliko kyseessä virkamies- vai poliittinen toimija. Osa haastateltavista koki epävirallisena ohjauksena annettujen toimintaohjeiden perustuvan yksittäisten ministerien intresseihin ilman selkeää tietoperustaa:

”Et kyllä ne valitettavasti suurimmat ristiriidat liittyy tähän kansalliseen ohjaukseen ja sen ongelmiin, ministeriön ohjaukskirjeisiin. (...) Mutta se että se ohjaus on ollut ajoittain ristiriidassa vallitsevan lainsäädännön kanssa ja ajoittain kirjallinen, virallinen ohjaus, niin sanottu virallinen ohjaukskirjeitten muodossa tuleva, on ollut ristiriidassa työkokouksissa annetun suullisen ohjauksen kanssa. Joka on ollut kyllä ihan suoraan sanottuna hyvin hämmentävää välillä ja ollut todella, en tiää miten sitä nyt kuvailis mutta aika epämiellyttävää huomata miten painostava ilmapiirikin joskus on ollut. Vaikka me on todettu että me on, meillä on laki joka meitä velvottaa, alueellista viranomasta.” (Alueellinen taso: AVI)

Aineistomme analyysi osoittaa, että monien toimijoiden tuottama ja paikoin ristiriitainen ohjaus siirsi tulkintavastuuta alueellisille ja paikallisille päätöksentekijöille. Päätöksiä tekevät kunnat ja AVI:t kokivat muiden toimijoiden ohjauksen ja suositukset tarpeellisina, mutta päätöksentekoa vaikeuttivat tilanteet, joissa eri toimijoiden suositukset olivat keskenään ristiriitaisia. Nämä huomionarvoiset ohjaukseen liittyvät jännitteet tulivat erityisen selvästi näkyviin AVI:jen rajoitustoimia koskevassa päätöksenteossa, sillä kansallisella tasolla odotettiin eri alueiden aluehallintovirastoilta yhdenmukaisia rajoituspäätöksiä niiden toimissa saman lainsäädännön, THL:n muodostaman tilannekuvan ja suositusten sekä STM:n ohjauksen alla. Pandemian alkuvaiheessa AVI:t noudattivat päätöksenteosaan yhtenäistä linjaa. Alueellisten realiteettien korostuessa sekä sairaanhoitopiirien ja kuntien suositusten erkaantuessa kansallisesta ohjauksesta joutuivat AVI:t tekemään myös toisistaan poikkeavia ratkaisuja. Haastateltavat katsoivat, että yhtenäisen päätöksenteon turvaamiseksi lainsäädännössä tulisi jatkossa määritellä yksi viranomainen, jolla olisi toimivalta tehdä rajoituspäätöksiä koko maan alueella.

Alueilla toivottiin, että kansallisen tason toimijat olisivat muodostaneet yhteisen näkemyksen ohjauksesta ja suosituksista, jonka mukaan alueita olisi keskitetysti tiedotettu ja ohjattu. Aineistomme alueella, jossa perustason palvelut oli järjestetty kuntapohjaisesti, tehtiin yhteistyötä kuntien kesken asettamalla maakunnan sisällä yhtenäisiä rajoituspäätöksiä, jotta yksittäiset kunnat välttyvät tulkintamasta yksin eri toimijoiden ohjeita. Yhtenäisistä rajoituspäätöksistä pidettiin kiinni, vaikka epidemiatilanne olisi maakunnan sisällä vaihdellutkin.

”Mut siitä loppukevät-kesä niin (...) alettiin ensimmäisen kerran katsoon (alueella) yhteisesti että onko meidän helpompi olla yhdessä jotakin mieltä, kuin se että me joudutaan jokainen käymään se tuulimyllyjä vastaan taistelu pandemian keskellä, yksittäisissä kunnissa. Se helpotti kaikkien työtä toki meillä edelleen ohjeita tuli joka suunnasta, mut me tehtiin se periaatepäätös et me sairaanhoitopiiritasosessa noudatetaan samoja ohjeita jokaisessa kunnassa, jokainen työnantaja noudattaa niitä, ja jos siellä havaitaan et tehdään väärin niin on yhdessä tehty väärin ja korjataan yhdessä. Mut yksittäiset kunnat ei joutuis enää tätä tulkintaa tekeen. Ministeriöitä vastaan suoraan sanoen.” (paikallinen taso: sosiaali- ja terveydenhuollon johtotehtävät)

STM:n virallinen ja epävirallinen ohjaus oli haastateltavien mukaan paikoin ristiriidassa lainsäädännön kanssa. Erimielisyyksiä syntyi erityisesti AVI:jen ja STM:n välillä, kun AVI:t eivät pystyneet tekemään THL:n ja STM:n suositusten perusteella lainsäädännön mukaisia päätöksiä. Poikkeusolojen aikainen päätöksenteko koettiin helpommaksi, kun päätökset toimeenpantiin keskitetyn ohjauksen mukaan. Kunnat ovat pandemian aikana esittäneet jopa toiveita ”hätäjarrun” käytöstä, jotta ne eivät joutuisi tekemään päätöksiä yksin.

”Tulee ristiriitaisia ohjeita (STM:stä) lainsäädännön suhteen, jossa me joudutaan sitte vastustamaan sitä meidän ohjaavaa ministeriötäkin, että näin ei voi toimia. Ei me voija tehdä tälläisiä päätöksiä. Useempaan kertaan on tullu tämmöstä ristipainetta ja ristivetoa. Et STM antaa jonkun ohjaukskirjeen, jossa se

korostaa lopussa että tämä on vain ohjauskirje ja aina tulee noudattaa lainsäädäntöä. Meidän on pakko noudattaa lainsäädäntöä. Me ei voija keksiä sinne omia kiemuroita, vaikka ministeriö kuinka soittaa että teidän pitää tehdä niin ja näin. (...) Korostan sitä että meillä on aina niitten päätösten taustalla sairaanhoitopiirien kirjallinen arvio siitä, miten he arvioi sen tilanteen ja pitävätkö he välttämättömänä näitä rajoituksia, ja mitä he siitä kommentoi. Niin saman tien kun se päätös on annettu, alkaa tulla eri ministereiltä julkisuuteen kommentteja että väärin tehty. Ja he ovat itse hyväksyneet sen hybridistrategian, jonka mukana ohjaus se on.” (Alueellinen taso: AVI)

Alueille annettujen erilaisten suositusten ja ohjauksen tulkintavastuu vaikutti analyysimme perusteella jääneen pitkälti paikallisten ja alueellisten päätöksentekijöiden vastuulle. Vaikka STM antoi paikoin yksityiskohtaistakin ohjausta, se oli haluton ottamaan suoraan kantaa antamansa ohjauksen käytännön toteutukseen ja vastuu käytännön toimeenpanosta jäi alueiden vastuulle. Alueiden piti tulkita, miten ohjeistusta pystytään käytännössä soveltamaan omalla alueella ja toisaalta arvioida onko STM:n ohjausta mahdollista toteuttaa juridisesti. Sekä AVI:jen että kuntien haastatteluiden perusteella THL:ltä asiantuntijaorganisaationa toivottiin enemmän tukea STM:n ohjauksen tulkintaan. THL esimerkiksi ohjasi AVI:ja kääntymään sairaanhoitopiirien ja kuntien puoleen, jotta päätökset vastaisivat alueellisia tarpeita.

”(...) kovin monta kertaa sitten törmättiin siihen et kun oli konkreettinen kysymys et miten alueella tämä asia tulee nyt toteuttaa, niin sitä ei pystynyt kukaan siellä (STM:ssä) toteamaan et mitä se oikeasti tarkoittaa. Elikkä jätettiin ylätasoin lauseiksi monet asiat, ja sitten meille jäi se myös juridinen pohdinta että no voiko näin oikeasti tehdä, eikö voi tehdä, siihen ei tullut STM-, THL-taholta sitä tulkintaa, vaan se jätettiin alueitten tai kuntien oman tulkinnan varaan (...)” (paikallinen taso: Sosiaali- ja terveydenhuollon johtotehtävät)

Toimivallan ja osaamisen kohtaaminen

Pandemian edellyttämät hallintaresurssit

Koronapandemia on edellyttänyt toimijoilta uutta osaamista. Haastatteluissa nousivat tärkeänä havaintona esiin erityisesti pandemian hallinnan vaatimat resurssit sekä pandemian aikaisen päätöksenteon edellyttämä osaaminen. Voimavarojen puute pandemian hallitsemiseksi tunnistettiin kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla. Pandemia aiheutti ylimääräistä työtä, jota ei ollut resursoitu osaksi toimijoiden perustehtävää. Lisäksi pandemian hallitsemiseksi tarvittiin osaamista, jota ei organisaatioissa ollut välttämättä ennestään olemassa. Aineiston perusteella voidaan todeta, että ymmärrys tartuntataulaista ja sen soveltamisesta pandemiatilanteessa, joka ei ollut vain terveydellinen vaan myös yhteiskunnallinen kriisi, koettiin puutteellisenä. Kuntien voimavarat ja osaaminen pandemiaan vastaamiseksi vaihtelivat. Isompien resurssien vuoksi suurten kuntien osaaminen vastata pandemiaan koettiin paremmaksi. Esimerkiksi päätöksenteon tueksi tarvittavaa tietoa koronapandemian monialaisista vaikutuksista saatiin kerättyä monipuolisemmin isoissa kunnissa.

Epidemiatiilanteen nopeat vaihtelut edellyttivät kunnilta kykyä tavallista nopeampaan päätöksentekoon. Kunnallisen päätöksentekojärjestelmän rakenteet ja päätösten jalkauttaminen nähtiin haastaviksi nopeatempoista kriisitilannetta ajatellen. Useat haastateltavat totesivat, että AVI:ilta edellytettiin normaaliolojen valvontatehtävien lisäksi kykyä operatiiviseen päätöksentekoon, mistä sillä ei ollut aikaisempaa kokemusta.

Aineistossa haastateltavien kritiikki kohdistui erityisesti AVI:jen osaamiseen. Kritiikkiä ilmeni niin kuntien, sairaanhoitopiirien kuin STM:n taholta. Vaikka AVI:jen roolin koettiin selkiytyneen pandemiatiilanteen edetessä, haastateltavien puheissa ilmeni luottamuksen puute AVI:jen osaamista kohtaan. Haastateltavat näkivät AVI:jen kriisinhallintaosaamisen puutteelliseksi eivätkä AVI:t tuoneet haastateltavien näkökulmasta toimijoina juuri lisäarvoa pandemian hallintaan. AVI:jen näkökulmasta ongelmana oli puolestaan STM:n valmistelema epätasainen lainsäädäntö, jonka soveltaminen oli keskeisesti AVI:jen tehtävä:

”Ja ihan anekdoottina, mulle soitti terveyskeskuskollega joka on kyseisen kunnan tartuntataudeista vastaava lääkäri. Ja kysyi näitä kun tartuntatautilain 58 pykälään tuli näitä niin sanottuja aakkospykäläiä, soitti että mitenkä näitä oikein pitäis tulkita. Kun hänelle soitti kunnanjohtaja että hän luki tämän lain ja hän ei ymmärrä kyllä yhtään saa selvää että mitä tässä tarkotetaan. Mut että tää lain vaikeselkosuus ja tulkinnan hankaluudet on olu yks iso ongelma tän viranomaistoiminnan kohdalla.” (Alueellinen taso: AVI)

Tarve uusille yhteistyörakenteille

Pandemia osoitti ilmeisen tarpeen luoda uusia rakenteita, joita ei lainsäädännöllisessä tai kansallisen pandemiasuunnitelman kehikossa oltu määritelty. Keskeisin esimerkki ovat alueelliset koronakoordinaatioryhmät. Alueellisella tasolla AVI:jen odotettiin toimivan paikallisen ja kansallisen tason yhdistävänä toimijana ja toimenpideohjausta pyrittiin toteuttamaan AVI:jen kautta. Vaikuttaa siltä, että AVI:jen odotettiin olevan samanlaisia toimijoita kuin ennen vuotta 2010 valtion aluehallintoviranomaisina toimineet lääninhallitukset. Koska luonteeltaan lääninhallituksiin verrattuna hyvin erilaiset AVI:t eivät kyenneet vastaamaan näihin odotuksiin, syntyi paikallisen ja kansallisen tason väliin kuilu, jota haastatteluaineistomme perusteella alueellisilla koronakoordinaatioryhmillä pyrittiin täyttämään. Ryhmien merkitys korostui erityisesti aineiston toisessa kuntasohjaisessa järjestelmässä, missä kuntien välillä ei ollut ennestään olemassa yhteistyörakennetta. Ryhmät osoittautuivat hyödylliseksi ohjeistusten tulkinassa. Merkittävä löydös on, että samalla tosiasiallinen päätöksenteko siirtyi pois siltä, missä sen olisi pitänyt lainsäädännön mukaan olla, mikä heikensi näkemysemme mukaan päätöksenteon läpinäkyvyyttä:

”Jos me oltais eripurasia tai kovin eri näkökulmia painottavia niin sittenhän tää ois aika painajainen hallita et mikä on (alueen) pandemiaohjaus jos me kaikki halutaan tehdä niin ku me itte halutaan tehdä. Sillon se ois painajainen mut ehkä sen ryhmän yks saavutus on se että hyvän keskusteluyhteyden kautta ollaan päästy niihin yhteisiin linjauksiin ja

suosituksiin. Vaikka oltas oltu eri mieltä niin ne on keskusteltu ja sitten se suositus millä tullaan ulos niin me todetaan aina että se on yhteinen suositus. (...) Mutta käytännössä, kun ryhmä suosittelee niin suurin osa kunnista toteaa että me teemme kuten suositus sanoo, ja suosittelemme tai teemme viranomaispäätöksen sen mukaisesti. Ei oo lähetty tekeen kuntakohtasia omia ratkasuja jotta se kokonaisuus pysyy hallinnassa.” (paikallinen taso: Sosiaali- ja terveydenhuollon johtotehtävät)

Aineistostamme piirtyy kuva siitä, miten toimijat, joille ei lainsäädännöllisessä tai kansallisen pandemiasuunnitelman kehikossa osoitettu virallista toimivaltaa, kykenivät monissa kohdin luomaan itselleen toimivaltaa tai vähintäänkin ulottamaan omaa toimijuuttaan alueelle, joka oikeastaan olisi kuulunut jonkun toisen toimivaltaapiiriin. Esimerkiksi eräät sairaanhoitopiirit pyrkivät etenkin pandemian alussa ottamaan niille kuulumatonta päätöksentekijän roolia osin tässä onnistuen. Sairaanhoitopiirit tuottivat kuitenkin tärkeää asiantuntijatietoa ja suosituksia sekä tulksivat kansallisen tason toimijoiden viestiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja kuntien tarpeita palveleviksi. Ne vastasivat myös haastateltavien tunnistamaan tarpeeseen toimijalle, joka suodattaisi STM:n ohjauksesta poliittisuuden ja välittäisi ohjauksen soveltamiskelpoisessa muodossa operatiivisen tason toimijoille.

Koska sairaanhoitopiirien osaamista kriisitilanteista pidettiin pandemiaoloissa tärkeänä, monet toimijat luottivat niiden asiantuntemukseen. Tämä laajensi sairaanhoitopiirien toimijuutta niiden tosiasiallisen toimintavaltapiirin ulkopuolella. STM:n yhteistyö alueiden kanssa tapahtui sairaanhoitopiirien kautta, mikä paikoin aiheutti haastateltavien mukaan haasteita viestin välittymisessä STM:n ja kuntien välillä. Sairaanhoitopiirien rooli näyttäytyi tärkeänä esimerkiksi tehohoidonkonsortion, Log-5:n (kansallinen materiaalisen varautumisen työryhmä) sekä Lab-7:n (koronatestausvalmiuden kansallinen koordinaatioryhmä) toiminnassa, sillä niiden onnistuminen tehtävissään perustui sairaanhoitopiirien hyvään keskinäiseen yhteistyöhön.

Haastateltavat katsoivat, että terveydenhuol-

tojärjestelmästä puuttui pandemiaoloissa kansallisen tason toimija, joka antaisi operatiivista ohjausta ja asiantuntijasuosituksia. Vastuuta odotettiin THL:lta erityisesti rajoitustoimenpiteiden osalta johtuen THL:n tehtävästä kansallisena tartuntatautien torjunnan asiantuntijavirastona ja palvelujärjestelmän ohjaajana. THL:n rooli nähtiin kuitenkin tilannekuvaa tuottavana tutkimuslaitoksena eikä sillä ollut selkeää operatiivisen ohjauksen funktiota. STM:n operatiivinen ohjaus nähtiin puolestaan etenkin alueellisen ja paikallisen tason haasteltavien näkökulmasta mikromanageerausena, joka kohdistui tarpeettomasti operatiiviseen toimintaan esimerkiksi liittyen testauskapasiteetin nostamiseen sekä testaus- ja karanteenikäytäntöihin.

”Se ois ehkä selkeämpää jos meil ois tietyt toimintarajat joiden mukaan ne suositukset voitais tehdä, että sitä päättäntävaltaa ei jäis näin tämmöselle harmaalle vyöhykkeelle niin paljon et sitten kuntapäätäjät joutuu, täysin maallikot tekemään näitä ratkaisuja näiden linjausten perusteella jotka nekin on suosituksia. Tässä vois olla ehkä kuitenkin tämmöinen medisiininen, on se sitten THL tai siitä ja osasta sairaanhoitopiireistä koottu tällainen vastuullinen arviointijoukko joka omaisi, vois myös jollakin tavalla... Sen pitäis olla ehkä järeämpi sen tahon joka oikeesti sen suosituksen antaa. Nyt sitä tulee vähän sieltä sun täältä ja erilaisilla mekanismeilla, erilaisten suositusten kautta.” (alueellinen taso: Sairaanhoitopiirin ylimmät johtotehtävät)

POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

Suomalaisen kansanterveysjärjestelmän ketteryyt ja sopeutuminen koetuksella

Tässä tutkimuksessa analysoimme suomalaisen kansanterveysjärjestelmän toimijoiden vastuiden jakautumista pandemian aikana toimijoiden itseyttä ja muihin toimijoihin kohdistettujen rooli- ja vastuudotusten kautta. Näennäisen selkeästä toimivaltajaosta huolimatta tulokset korostavat monitoimijaisen hajautetun järjestelmän päätöksenteon epäselvyyttä ja perustamista vaillinaiseen tietoon sekä toimivallan ja osaamisen kohtaamattomuutta.

Tutkimuksemme toinen teoreettinen lähtökohta, sopeutuva hallinta, korostaa toimijoiden keskinäisriippuvuutta ja toimijoiden asemaa osana laajempaa systeemiä, tässä yhteydessä osana kansanterveysjärjestelmää (vrt. Chaffin ym. 2014; Janssen & van der Voort 2020). Suomalainen kansanterveysjärjestelmä tuli pandemiassa haastetuksi siten, että joidenkin toimijoiden asema ja toimet aiheuttivat suorien vaikutusten lisäksi kerrannaisvaikutuksia muiden toimijoiden tiedonmuodostukseen, päätöksentekoon ja toimeenpanoon.

Toimijoiden välinen keskinäisriippuvuus korostuu, kun järjestelmän rakenne on hajautettu. Hajautetun järjestelmän vahvuutena, erityisesti organisaatiotasolla, voidaan olla paikallisten erityispiirteiden huomioiminen ja ketteryys vastata pandemiahallinnan vaatimuksiin (Ohrling ym. 2022). Hajautetun järjestelmän jännitteet nousivat esiin, kun kansallinen taso pyrki ohjauksellaan kansallisesti yhdenmukaisiin toimiin, joiden toteuttamisesta päätettiin kuitenkin alueellisella ja kunnallisella tasolla itsenäisesti. STM käytti ohjauksensa perusteena kansallista tilannekuvaa, kun taas alueelliset ja paikalliset toimijat hyödynsivät päätöksenteossaan alueellista tilannekuvaa kuten niiden lainsäädännön mukaan kuuluikin. Tämä kertoo siitä, kuinka hajautetussa järjestelmässä myös päätöksenteon tietopohja hajaantuu (Stenvall ym. 2022). Päätöksenteon yhtenäisyyttä vesitti myös virallisen ohjauksen rinnalla annettu STM:n epävirallinen ohjaus, johon alueelliset ja paikalliset toimijat suhtautuivat epäyhtenäisesti.

Paikallisten ohjausvasteiden hajautumista voidaan tarkastella kunnallisen itsehallinnon kautta. Aineistomme perusteella kansanterveysjärjestelmä toimi paikallisesti monin paikoin ketterästi. Myös Stenvallin ym. (2022) selvityksessä hybridistrategian mukaista pandemian hallintamallia pidettiin onnistuneena, koska se huomioi Suomen vahvan paikallishallinnon. Aineistomme kertoo kuitenkin myös siitä, kuinka pandemiahallinnan näkökulmasta kunnallinen itsehallinto antoi kunnille mahdollisuuden kieltäytyä STM:n ohjauksen mukaisten päätösten tekemisestä, mikä heikensi pandemian hallintatoimien yhdenmukaisuutta. AVI:jen rooliksi muodostui tällöin rajoitusten yhdenmukaistaminen ilman virallista mandaattia puuttua yksittäisen kunnan asioihin muutoin kuin te-

kemällä useita kuntia koskevia päätöksiä. Tämä esimerkki ilmentää paikallisen ja kansallisen hallinnontasojen välistä kuilua, joka paikantuu kuntien ja valtion etäännyttämisen ja jopa hallinnontasojen väliseen vastakkainasetteluun.

Kumppanuudet ja yhteiskehittäminen on vaihtunut valtiosuusjärjestelmän kautta tapahtuvaan ohjaukseen, jolloin tosiasialliset valtakäytön paikat näyttävät kuntatasolta käsin katsottuna hämärtyneen ja kuntien rooliksi on jäänyt autonomisen päätöksenteon sijaan reaktiivinen valtionhallinnon ohjauksen toimeenpano (Ks. Haveri ym. 2018). Paikoittaisen passiivisuuden rinnalla osa kunnista teki kuitenkin myös hyvin autonomiaa aktiivisia ratkaisuja toimien itsenäisesti mahdollisesti hyödyntäen pandemian esiin nostamia vaikuttamisen mahdollisuuksia.

Vaikka pandemia edellytti terveysjärjestelmälätkettä ketteryttä ja sopeutumista, osoittautuivat useat jo olemassa olevat rakenteet tärkeiksi osaksi pandemian hallintaa (ks. Hasan ym. 2021). Sairaanhoidopiirien väliset jo olemassa olevat hyvät yhteydet tukivat Log-5, Lab-7 ja tehohoitokonsortion onnistumista. Aineiston perusteella STM ei ohjannut näitä yhtä vahvasti kuin kuntia ja AVI:ja. Tämä voi selittyä sillä, että STM ja sairaanhoidopiirit tekevät normaalioloisakin tiivistä yhteistyötä ja ovat kriisin hallinnassa keskittyneet pitkälti terveysturvallisuuden näkökulmaan (Stenvall ym. 2022).

Pandemian hallinnan kokemukset osoittavat, että laajojen kriisien hallinta on etenkin alkuvaiheessa neuvottelua myös eri toimijoiden rooleista ja vastuista. Kriisiin havahduttaessa poliitikkojen ja kansallisen tason viranomaisten kesken ilmeni haluttomuutta tarttua ongelmaan (Kihlström ym. 2022c). Pandemioita hoitavat ihmiset, jolloin myös hallinnassa korostuvat ihmisten väliset suhteet ja keskinäinen vuorovaikutus. Tulevaisuuden terveyskriisien hallinnassa olisikin syytä kiinnittää institutionaalisten suhteiden ja työnjaon lisäksi huomiota siihen, millaisten vuorovaikutuksen paikkojen kautta hallinta tapahtuu ja millaisia yhteistyön muotoja kriisinhallinnassa voidaan hyödyntää. Yhteistyön ja vuorovaikutteisen toiminnan kautta on mahdollista myös paikata niitä aukkoja, joita lainsäädännössä ei ole osattu ottaa huomioon.

Suomalaisen kansanterveysjärjestelmän kehittämiskohteet pandemian valossa

Tämän tutkimuksen perusteella suomalainen pandemiahallinta kärsi yhtäaikaaisesti sekä eri toimijoiden roolien päällekkäisyydestä että toimivaltapiirien katvealueista. Osa toimijoista vastasi pandemiaolosuhteiden vaatimuksiin ketterästi jopa yli rooliodotusten, mutta samalla pandemia toi näkyviin alueita, joilla toimijoiden väliset vastuut eivät ole olleet selkeitä. Tämä haastaa arvioimaan kriittisesti ovatko toimijoiden osaaminen ja toimivalta sijainneet samoissa paikoissa. Esimerkiksi AVI:ilta odotettiin toimintaa kansallisen ja paikallisen toiminnan yhteensovittamiseksi, mihin ne eivät haastattelutavien näkemyksen mukaan kaikilta osin kyenneet.

Stenvallin ym. (2022) selvityksessä AVI:jen osaamista pidettiin riittämättömänä niiden keskittyttyä arvioimaan millaisia rajoituspäätöksiä voidaan lainsäädännön puitteissa asettaa. Tällaista oikeudellisiin kysymyksiin keskittyvää roolia ei arvostettu myöskään meidän aineistomme haastatteluissa, mikä kertoo siitä, kuinka suurin osa toimijoista koki, että toimivaltaisten viranomaisten tehtävänä on tarkoituksenmukaisten päätösten tekeminen tarkentamatta oikeudellisiin yksityiskohtiin. Vaikka tällaista orientaatiota on myös arvosteltu, on korkein hallinto-oikeus omissa ratkaisuissaan (esim. KHO 2022:140 ja KHO 2023:9) myöhemmin vahvistanut sen, kuinka tartuntatautia torjuttaessa viranomaiset voivat laajasti ryhtyä kulloisenkin ymmärryksenä pohjalta tarkoituksenmukaisena pitämiinsä toimiin kunhan päätökset tekee toimivaltainen viranomainen sille lailla määritellyn toimivallan puitteissa (ks. EOAK/6336/2021).

AVI:jen rooli näyttäytyi juridisena osaajana tilanteessa, jossa valtaosa toimijoista ei kaivannut juridista osaamista vaan sen sijaan koki sen lähinnä häiritseväksi. Niin meidän aineistomme kuin Onnettomuustutkintakeskuksen (2021) tutkintaraportin perusteella, AVI:ilta toivottiin tartuntatautilain niille hahmottelevan yhteensovittavan roolin ottamista. Koska AVI:t kuitenkin pitivät roolin määrittelyä lainsäädännössä epäselvänä, tätä paikkaamaan asettuivat STM:n ohjauksen mukaan perustetut alueelliset koronakoordinaatioryhmät. Vaikka ne olivat epävirallisia ryhmiä vailla virallista toimivaltaa,

niille muodostui merkittävä rooli kansallisen tason ohjeistusten tulkitsemisessa operatiivista toimintaa varten. Erityisesti hajautetussa järjestelmässä vertikaalista koordinaatiota tukevat rakenteet, (kuten alueelliset koronakoordinaatioryhmät) ovat tärkeitä rajoitusten yhdenmukaistamiseksi sekä tiedon ja toimivien toimintatapojen jakamiseksi (OECD 2020).

Tulokset tukevat aikaisempaa havaintoa sairaanhoitopiirien virallista mandaattia merkittävämmästä roolista (Stenvall ym. 2022). Alueelliset koronakoordinaatioryhmät loivat sairaanhoitopiireille, joilla ei ollut varsinaista virallista päätösvaltaa, mahdollisuuden kasvattaa omaa vaikutusvaltaansa sairaanhoitopiirien edustajien toimiessa ryhmien puheenjohtajina. Toisaalta niillä oli merkittävä rooli kansallisen tason viestin tulkitsemisessa operatiivisella tasolle hyödynnettävään muotoon. Sairaanhoitopiirien tiivis yhteistyö STM:n kanssa ja STM:n tiedonvälittäjänä toimiminen sekä AVI:jen ja kuntien päätösten perustaminen sairaanhoitopiirien antamaan asiantuntijatietoon ovat osaltaan kasvattaneet sairaanhoitopiirien roolia (Stenvall ym. 2022). Kaikilta osin sairaanhoitopiirien rooli alueellisina koordinaattoreina ei onnistunut. Vaikka tiedon oletettiin välittyvän alueille sairaanhoitopiirien kautta, aineistomme perusteella tämä ei näytä kaikilla alueilla toteutuneen.

Jari Stenvallin johdolla valtioneuvoston kansallialle laaditussa selvityksessä (Stenvall ym. 2022) nähdään sairaanhoitopiirien roolin korostuminen ongelmallisena, sillä kuntien ja AVI:en päätöksenteko irtaantui sellaisesta itsenäisyydestä, jota suomalaisessa hallinnossa on haluttu vaalia. Tosiasiallisen vallan siirtymiseen toimivaltaiten viranomaisten ulkopuolelle on suhtauduttu varauksellisesti etenkin keskusteltaessa hyvästä hallinnosta *good administration* -näkökulmasta. Toisaalta monitoimijainen järjestelmä ja irtaantuminen *good administration* -näkökulman lähtökohdista on mahdollistanut sen, että myös sinällään toimivallattomat toimijat ovat pystyneet paikkamaan varsinaisesti toimivaltaiten toimijoiden toiminnassa ilmenneitä puutteita. Siirtymisen vertikaaliseen koordinaatioon voikin tulkita myös monitoimijaisen järjestelmän kykyä sopeutua COVID-19-pandemian kaltaiseen kriisitilanteeseen (Kuhlmann & Franzke 2022). On kuitenkin syytä huomata, että tämä on tapahtunut oikeusvaltiollisuuteen

perinteisesti liitettyjen näkökohtien sivuuttamisen kautta. Ylimmät laillisuusvalvojat ovatkin arvostelleet ankarasti ilman lakiin perustuvaa mandaattia toimineita alueellisia koronakoordinaatioryhmiä (esim. EOAK/6336/2021), joiden toimintaa tutkimuksemme haastatellut henkilöt ovat pitäneet hyvänä.

Monitoimijaisen ja hajautetun kansanterveysjärjestelmän haasteeksi osoittautui kansallisen tason toimijan puute, joka olisi antanut suosituksia operatiivista toimintaa varten. Roolia odotettiin THL:lta, mutta rooliin asettui STM, jonka antamiin operatiivisiin suosituksiin heijastuivat kuitenkin myös poliittiset intressit. Aineistomme perusteella sekä THL:n että STM:n kyky tuottaa alueellisia ja paikallisella tasolla operatiivisessa toiminnassa suoraan sovellettavaksi sopivaa ohjausta osoittautui puutteelliseksi. Useamman suosituksia ja ohjausta antavan tahon paikoin ristiriitaisetkin näkemykset vaikeuttivat päätöksentekoa.

Erityisen haasteelliseksi pandemiassa muodostui AVI:jen rooli. AVI:t nojautuivat toiminnassaan vahvasti hallinnon lainalaisuutta painottavaan käsitykseen hyvästä hallinnosta. Jo aikaisemmassa selvityksessä (Stenvall ym. 2022.) on raportoitu, että STM:n ohjauskirjeet eivät olleet aina linjassa lainsäädännön kanssa. Paikallisten ja alueellisten toimijoiden joukossa etenkin AVI:t kieltäytyivät noudattamasta lainvastaiseksi katsomaansa ohjausta. Samalla lainmukaisuuden arviointivastuu siirtyi päätöksentekijöille aiheuttaen voimavarojen ylimääräistä kuormitusta.

Johdonmukainen lainsäädäntöön nojautuminen vaikutti tekevän AVI:ista syntipukin niille jännitteille ja ristiriidoille, jotka tosiasiaassa palautuivat STM:n valmisteleman lainsäädännön käytännön toimeenpanon haasteisiin ja STM:n ohjauksen irtaantumiseen lainsäädäntöperustasta. Muiden toimijoiden näkökulmasta AVI:t, joilla oli vain rajatusti tartuntatauteihin liittyvää osaamista (ks. Stenvall ym. 2022), eivät tuoneet lisäarvoa pandemian hallintaan. Ristiriita AVI:jen itse itselleen ottaman roolin ja muiden niiltä odottaman roolin välillä voi selittyä sillä, että AVI:t ovat organisaatioina erilaisia verrattuna niitä edeltäneisiin lääninhallituksiin, joilla oli paljon asiantuntemusta sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta. Samalla on hyvä huomata, että oikeuslaitos on ratkaisuisaan siunannut

AVI:jen päätökset lähes poikkeuksetta laillisiksi (esim. KHO 2023:9) samalla, kun se on arvoistellut lukuisin tavoin sosiaali- ja terveysministeriön, alueellisten koronakoordinaatioryhmien ja kuntien toimintaa (esim. KHO 2021:1, EOAK/6336/2021). Jos AVI:t olisivat lähteneet sellaiselle good governance -tyyppiseen hyvään hallintoon avautuvalle ketterän ja sopeutuvan hallinnan tielle kuin kansanterveysjärjestelmän muutkin toimijat, tuomioistuimet ja ylimmät laillisuusvalvojat olisivat voineet kumota merkittävän määrän niiden päätöksiä. Tällöin ne jännitteet, jotka nyt projisoituivat AVI:jen toimintaan, olisivat projisoituneet tuomioistuinten toimintaan.

Pandemia on osaltaan osoittanut tarpeen tuottaa monialaisten vaikutusten arvioimista tukevaa tietoa erityisesti paikallisen tason päätöksentekoa varten. Pandemiassa on ollut useita negatiivisia vaikutuksia esimerkiksi väestön mielenterveyteen sekä haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden taloudelliseen tilanteeseen ja yksinäisyyden kokemuksiin (Kestilä ym. 2022). Alueilla ei välttämättä ollut voimavaroja päätösten vaikutusten arviointiin, joskin kunnissa tämä on havaittu jo ennen pandemiaa (Mattila ym. 2021). THL keskeisenä terveystiedon tuottajana ei ole pystynyt vastaamaan tarpeeseen arvioida pandemian laajempia yhteiskunnallisia vaikutuksia (Stenvall ym. 2022). Tulosten perusteella THL:n tuottaman tiedon ei koettu palvelevan täysin operatiivisen tason työskentelyä. Lukan ja Saarenpään (2021) selvityksen mukaan THL onkin pandemian aikana tuottanut kansallisen tason tilannekuva, joka palvelee ennemmin strategista johtamista ja jonka avulla alueet saavat tietoa oman alueen tilanteesta suhteessa kansalliseen tilanteeseen. THL:n tilannekuva keskittyi terveydenhuollon potilastilanteen kuvaamiseen ja perustui muun muassa olemassa oleviin rekisteritietoihin, kuten tartuntatautirekisteriin, sekä alueille lähetettyihin erilliskyselyihin. Vaikka pandemiaan liittyvää tietoa on ollut saatavilla myös muilta asiantuntijatahoilta ja tutkimuslaitoksilta, THL:lla ei ole nähty olevan valmiutta vastaanottaa tätä tukea, josta se olisi voinut hyötyä rajoitustoimenpiteiden vaikutusten arvioinnissa ja seurannassa (Onnettomuustutkintakeskus 2021).

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempia havaintoja siitä, että alueilla on ollut

vaihteleva valmius käyttää niille hybridistrategian myötä siirtynyttä päätösvaltaa. Kuntien vaihteleva koko, resurssit ja osaaminen ovat vaikuttaneet siihen millaiset edellytykset niillä on tehdä päätöksiä itsenäisesti. (Stenvall ym. 2022.) Sen sijaan kuntien välinen yhteistyö sekä niin sanottu integroitu sote-järjestelmä näyttivät muodostavan hyvän alustan hallita koronapandemian kaltaista monialaista kriisiä. Tutkimuksemme perusteella voidaan sanoa, että laajemmat alueelliset toimijat ovat todennäköisesti vahvempia toimijoita myös kriisivaurautumisen ja kriisien hallinnan näkökulmasta. Laajempien alueellisten toimijoiden merkitystä tukee myös sairaanhoitopiirien vallan korostuminen pandemian hallinnassa (Stenvall ym. 2022). Samaan aikaan ne kuitenkin etäännyttävät sosiaali- ja terveyspalveluiden päätöksentekoa kuntien toiminnasta, millä voi olla myös epäsuotuisia vaikutuksia laajojen yhteiskunnallisten kriisien hallintaan etenkin paikallistunteuksen näkökulmasta.

Sote-uudistus tarkoittaa muutosta nykyiselle hajautetulle terveysjärjestelmälle, kun päätöksiä tekevien tahojen määrä vähenee. Etenkin pienten kuntien näkökulmasta tulevien kriisien hallinta voi helpottua, kun vastuuta siirryy hyvinvointialueille ja yhteistyöalueiden valmiuskeskuksille. Uudistus ei kuitenkaan täysin poista kansanterveys- ja terveydensuojelujärjestelmän hajanaisuutta: kunnilla, hyvinvointialueilla, AVI:illa ja kansallisen tason toimijoilla on edelleen omat tehtävänsä myös tällä alueella. Lainsäädäntö jättää vastuut epäselviksi (Hallituksen esitys 56/2021), mikä voi edelleen haastaa järjestelmän kykyä vastata kriisitilanteisiin koordinoitusti.

Sikainfluenssasta saatuja kokemuksia hyödynnettiin edellisen pandemiasuunnitelman kehittämisessä. Mielenkiintoista on, että moniviranomaisjärjestelmässä tapahtuvassa viestinnässä ja informaatio-ohjauksessa havaittiin haasteita jo sikainfluenssan yhteydessä (Wilskman & Lähtenmäki 2010): viranomaisviestinnän ongelmiksi havaittiin keskittyminen terveydenhuollon toimijoiden väliseen viestintään sekä kansalliselta tasolta annettujen ohjeiden nopea muuttuminen. Esimerkiksi kunnat kokivat jääneensä viranomaisten välisessä viestinnässä ulkopuolelle, vaikka niiden rooli terveydensuojelun operatiivisella tasolla oli keskeinen. Tutkimuksen tulosten perusteella samankaltaisia

haasteita ilmeni myös COVID-19-pandemian hallinnassa. Tulokset tuottavat tärkeää tietoa siitä, millaisia haasteita monitoimijaiseen kansanterveysjärjestelmään liittyi kriisitalanteen aikana sekä mitkä ovat keskeisiä kehittämistarpeita asiantuntijanäkemyksen valossa. Tutkimus tuottaa tietoa niistä tekijöistä, jotka tukevat ja haastavat kriisitalanteessa toimimista monitoimijaisen kansanterveysjärjestelmän varautumisen näkökulmasta. Toimivaltuudet ja vastuut osoitavasta kehikosta joustaminen voidaan tulkita osoituksena suomalaisen järjestelmän ketteryydestä reagoida äkilliseen kriisitalanteeseen. Samalla poikkeaminen on luonut epäselvyyksiä toimijoiden välille. Tuloksia voidaan hyödyntää pandemiasuunnitelman ja lainsäädännön kehittämisessä sekä viranomaisten voimavarojen ja keskinäisten (ohjaus)suhteiden arvioinnissa.

LÄHTEET

- Al-Dabbagh, Zeyad (2020). The role of decision-maker in crisis management: a qualitative study using grounded theory (COVID-19 pandemic crisis as a model). *Journal of Public Affairs* 20(4), e2186 <https://doi.org/10.1002/pa.2186>
- 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>
- Bosa, Iris, Castelli, Adriana, Vastelli, Michele, Ciani, Oriani, Compagni, Amelia, Galizzi, Matteo, M., Garofano, Matteo, Ghislandi, Simone, Giannoni, Margherita, Marini, Giorgia & Vainieri, Milena (2021). Corona-regionalism? Differences in regional responses to COVID-19 in Italy. *Health Policy* 125(9), 1179–1187. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.012>
- Brunner, Ronald (2010). Adaptive governance as a reform strategy. *Policy Science* 43(4), 301–341. <https://doi.org/10.1007/s11077-010-9117-z>
- Capano, Giliberto & Lippi, Andrea (2021). Decentralization, policy capabilities, and varieties of first health response to the COVID-19 outbreak: evidence from three regions in Italy. *Journal of European Public Policy* 28(8), 1197–1218. <https://doi.org/10.1080/13501763.2021.1942156>
- Capano, Giliberto (2020). Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: if you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you are. *Policy and Society*, 39(3), 326–344. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783790>
- Chaffin, Brian, Gosnell, Hannah, & Cosens, Barbara (2014). A decade of adaptive governance scholarship: Synthesis and future directions. *Ecology and Society*, 19(3). <https://www.jstor.org/stable/26269646>
- Cosens, Barbara, Craig, Robin, Hirsch, Shana, Arnold, Craig, Benson, Melinda, DeCaro, Daniel, Garmestani, Ahjond, Gosnell, Hannah, Ruhl, J & Schlager, Edella (2017). The role of law in adaptive governance. *Ecology and Society* 22(1), 30. <https://doi.org/10.5751/ES-08731-220130>
- Deloitte (2021). Selvitys koronavirukseen aikana toteutetun valtioneuvoston kriisijohtamisen ja valmiuslain käyttöönoton kokemuksista. Valtioneuvoston selvityksiä 2021:1. Haettu sivulta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20210121231627.7.2022>.
- Desson, Zachary, Weller, Emmi, McMeekin, Peter & Ammi, Mehdi (2020). An analysis of the policy responses to the COVID-19 pandemic in France, Belgium and Canada. *Health Policy and Technology* 9(4), 430–446. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.09.002>
- Eduskunnan oikeusasiamies (EOA). Uudenmaan alueellisen koronakoordinaatioryhmän testauskriteerit ja ohje. Ratkaisu dn-ro EOAK/6336/2021. Haettu sivulta <https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/ratkaisut/-/eoar/6336/2021.6.2.2023>.
- Erkoreka, Mikel & Hernando-Pérez, Josu (2022). Decentralization: a handicap in fighting the COVID-19 pandemic? The response of the regional governments in Spain. *Public Administration and Development* 1–12. <https://doi.org/10.1002/pad.1988>
- Hallituksen esitys HE 56/2021. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen lainsäädäntöön sekä eräihin muihin lakeihin tehtävistä muutoksista hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevasta lainsäädännöstä johtuen. Haettu osoitteesta https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_56+2021.aspx 15.9.2022.
- Hasan, Md, Neill, Rachel, Das, Priyanka, Venugopal, Vasuki, Arora, Dinesh, Bishai, David, Jain, Nishant & Gupta, Shivam (2021). Integrated health service delivery during COVID-19: a scoping review of published evidence from

- low-income and lower-middle-income countries. *BMJ Global Health* 6(6), e005667. 10.1136/bmjgh-2021-005667
- Haveri, Arto, Paananen, Henna & Airaksinen, Jenni (2018). Narratives on Complexity: Interpretations on Local Government Leadership Change. *Halduskulttuur*, 19(1), 37–53. <https://doi.org/10.32994/ac.v19i1.207>
- Heino, Ossi, Heikkilä, Matias & Rautiainen, Pauli (2022). Caging identified threats – Exploring pitfalls of state preparedness imagination. *International Journal of Risk Reduction*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2022.103121>
- Helske, Satu, Ylöstalo, Hanna & Koskinen, Henri (2021). Samassa myrskyssä mutta eri veneissä. COVID-19 ja eriarvoisuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 86(5-6), 585–596.
- Janssen, Marijn & van der Voort, Haiko (2020). Agile and adaptive governance in crisis response: lessons from the COVID-19 pandemic. *International Journal of Information Management* 55, 102180. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102180>
- Kansanterveyslaki 66/1972. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>
- Keskimäki, Ilmo, Tynkkynen, Liina-Kaisa, Reissel, Eeva, Koivusalo, Meri, Syrjä, Vesa, Vuorenkoski, Lauri, Rechel, Bernd & Karanikolos, Marina (2019). Finland: health system review. *Health systems in Transition* 21(2). Haettu sivulta <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327538> 15.9.2022.
- Kestilä, Laura, Kapiainen, Satu, Mesiäislehto, Merita & Rissanen, Pekka (2022). Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntijarvio, kevät 2022. Haettu sivulta <https://www.julkari.fi/handle/10024/144268> 10.9.2022
- Kihlström, Laura, Huhtakangas, Moona, Karreinen, Soila, Viita-aho, Marjaana, Jormanainen, Vesa, Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2021). Globaali pandemia ja paikalliset ratkaisut: COVID-19 pandemian paikallinen hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 52/2021. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Haettu sivulta <https://www.julkari.fi/handle/10024/143125> 2.7.2022.
- Kihlström, Laura, Huhtakangas, Moona, Karreinen, Soila, Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2022a). “Kenenkä vastuulla tää nyt sitten on? Ei ehkä ainakaan meidän”: COVID-19-pandemian hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2022. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Haettu sivulta <https://www.julkari.fi/handle/10024/144330> 23.7.2022.
- Kihlström, Laura, Huhtakangas, Moona, Karreinen, Soila, Viita-aho, Marjaana, Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2022b). ”Local cooperation has been the cornerstone”: facilitators and barriers to resilience in a decentralized health system during COVID-19 in Finland. *Journal of Health Organization and Management*, ahead of print. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2022-0069>
- Kihlström, Laura, Huhtakangas, Moona, Karreinen, Soila, Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2022c). Resilienssin stressitesti? Oppeja Covid-19-epidemian hallinnasta ja johtamisesta Suomessa. Teoksessa Karvonen, Sakari, Kestilä, Laura & Saikkonen, Paula (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi* 2022. (s. 310–332). Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Haettu sivulta <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2> 20.12.2022.
- Korkein hallinto-oikeus (KHO) 2022:140. Haettu sivulta <https://www.kho.fi/fi/index/paatokset/vuosikirjapaatokset/1670572564130.html> 19.12.2022
- Korkein hallinto-oikeus (KHO) 2021:1. Haettu sivulta <https://www.kho.fi/fi/index/paatokset/vuosikirjapaatokset/1609743947251.html> 23.9.2022.
- Korkein hallinto-oikeus (KHO) 2023:9. Haettu sivulta <https://www.kho.fi/fi/index/paatokset/vuosikirjapaatokset/1674713847699.html> 6.2.2023.
- Kuhlmann, Sabine & Franzke, Jochen (2022). Multi-level responses to COVID-19: crisis coordination in Germany from an intergovernmental perspective. *Local Government Studies* 48(2), 312–334.
- Kuhn, Katharina & Morlino, Irene (2021). Decentralisation in times of crisis: asset or liability? The case of Germany and Italy during covid-19. *Swiss Political Science Review* 28(1), 105–115. <https://doi.org/10.1111/spsr.12482>
- Laakso, Seppo (2009). Julkisen hallinnon oikeudellinen sääntely. Teoksessa Ilari Karppi & Lotta-Maria Sinervo (toim.): Governance. Uuden hallintatavan jäsentyminen. Tampere: Juventes Print, (s. 44–79).
- Lukka, Lauri & Saarenpää, Tero (2021). Esiselvitys sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen tilannekuvan ja valmiussuunnittelun jatkokehittämisestä. Työpäpaperi 2021_025. Haettu sivulta <https://www.julkari.fi/handle/10024/143217> 18.9.2022.
- Mattila, Eija, Kallio, Tomi & Saru, Essi (2021). Sivistyksen ja soten yhteistyö kunnissa – askeleita kohti syvempää palveluintegraatiota. *Hallinnon Tutkimus* 40(3), 170–186.

- Mergel, Ines, Ganapati, Sukumar & Whitford, Andrew (2021). Agile: A New Way of Governing. *Public Administration Review*, 81(1), 161–165. <https://doi.org/10.1111/puar.13202>
- Nieminen, Liisa (2022). Koronapandemian vaikutukset haavoittuvassa asemassa olevien lasten läheissuhteiden ylläpitämiseen ja perhelämän suojaan. Valtioneuvoston kanslian julkaisu 2022:20. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Haettu sivulta <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-102-5> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164338>
- OECD (2020). The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government. Haettu sivulta <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government-d3e314e1/> 15.9.2022.
- Ohrling, Mikael, Carlsson, Karin & Brommels, Mats (2022). No man is an island: management of the emergency response to the SARS-CoV-2 (COVID-19) outbreak in a large public service delivery organization. *BMC Health Services Research* 22(1):371. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07716-w>
- Onnettomuustutkintakeskus (2020). Koronapandemian ensimmäinen vaihe Suomessa vuonna 2020. Haettu sivulta <https://turvallisuustutkinta.fi/fi/index/tutkintaselostukset/poikkeuksellisetapahtumat/p2020-01koronaepidemianensimmäinenvaihesuomessavuonna2020.html> 27.7.2022.
- Pedroza-Gutiérrez, Carmen, Vidal-Hernández, Laura & Rivera-Arriaga, Evelia (2021). Adaptive governance and coping strategies in the Yucatan Peninsula coasts facing COVID-19. *Ocean & Coastal Management*, 212, 105814. <https://doi.org/10.1016/j.ocecoaman.2021.105814>
- Scognamiglio, Fulvio, Sancino, Alessandro, Caló, Francesca, Jacklin-Jarvis, Carol & Rees, James (2022). The public sector and co-creation in turbulent times: A systematic literature review on robust governance in the COVID-19 emergency. *Public Administration*. Julkaistu verkossa 02 Aug 2022 <https://doi.org/10.1111/padm.12875>
- Schou, Arild & Haug, Marit (2005). Decentralisation in conflict and post-conflict situations. Working paper 2005:139. Norsk institutt for by- og regionforskning. Haettu sivulta <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/2374> 15.9.2022
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Haettu sivulta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72870> 10.7.2022.
- 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. Haettu sivulta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163995> 20.7.2022.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Tartuntatautilaki 21.12.2016/1227. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20161227>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- 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. Haettu sivulta <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332441/> 12.12.2022.
- Tolf, Sara, Nyström, Monica, Tishelman, Carol, Brommels, Mats & Hansson, Johan (2015). Agile, a principle for health care improvement? *International Journal of Health Care Quality Assurance* 28(5), 468–493. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2014-0044>
- Valmiuslaki 29.12.2011/1552 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20111552>
- Wilksman, Kaarina & Lähteenmäki, Marko (2010) Informaatio-ohjaus ja THL. *Yhteiskuntapolitiikka* 75:4, 400–410.