



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Anni Koponen

**Terveydenhuollon resilienssin uutisointi
koronapandemian aikana**

Johtamisen akateeminen yksikkö
Sosiaali- ja terveyshallintotiede
Pro gradu -tutkielma
Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2022

VAASAN YLIOPISTO

Johtamisen akateeminen yksikkö

Tekijä: Anni Koponen

Tutkielman nimi: Terveydenhuollon resilienssin uutisointi koronapandemian aikana

Tutkinto: Hallintotieteiden maisteri

Oppiaine: Sosiaali- ja terveyshallintotieteet

Työn ohjaaja: Harri Jalonen

Valmistumisvuosi: 2022 Sivumäärä: 75

TIIVISTELMÄ:

Resilienssillä tarkoitetaan alunperin jonkin asian kykyä taipua ja palautua ennalleen. Sittenkin käsite on omaksuttu useisiin eri tieteenaloihin ja organisaatioihin, viimeisimpien joukossa terveydenhuollon pariin. Terveydenhuollon organisaatiossa resilienssi nähdään kykynä kohdata kriisit niin, että toiminta kyetään säilyttämään sekä muutoskykynä ja haluna oppia kriiseistä.

Terveydenhuolto joutuu kohtaamaan vuosittain erilaisia kriisejä, kuten luonnonkatastrofit, suuronnettomuudet ja erilaiset pandemiat, kuten Ebola, H1N1, SARS ja nyt viimeisimpänä vuonna 2019 Kiinan Wuhanista alkunsa saanut koronavirus. Jotta terveydenhuollon organisaatiot kykenevät säilyttämään toimintansa ja selviytymään kriiseistä, on terveydenhuollon resilienssin ymmärtäminen ja sen tutkiminen ensiarvoisen tärkeää. Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa on tutkittu terveydenhuollon resilienssiä ja sen uutisointia ensimmäisen koronavuoden aikana.

Kyseessä on narratiivinen tutkimus, jonka aineistona on toiminut valmis aineisto, mikä on kerätty Helsingin Sanomien verkkosivuilta. Aineisto koostuu 54 Helsingin sanomien artikkelista. Aineisto on analysoitu teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Terveydenhuollon resilienssin yksittäisistä tekijöistä ei ole olemassa täysin kiistattomia tuloksia. Tuloksissa nousi kuitenkin vahvasti esiin terveydenhuollon resilienssin erilaisia tekijöitä. Näitä olivat terveydenhuoltoon vaikuttavat lait ja säädökset, yhteistyö ja vastualueet, vakaa talous ja muut resurssit, terveyspalveluiden käyttäjät ja jäljittäminen, terveydenhuollon vaikuttavuuden mittaaminen sekä terveydenhuollon henkilökunta. Näiden tekijöiden lisäksi uutisoinnissa korostui ensimmäisen koronavuoden aikana pohdintaa siitä, onko Suomen terveydenhuolto resilienssi ja mitä sen tulisi mahdollisesti tulevaisuudessa tehdä parantaakseen resilienssiään.

Tutkimuksen tarkoituksena on ollut lisätä ymmärrystä terveydenhuollon resilienssistä ja erityisesti siihen vaikuttavista tekijöistä. Sen vuoksi jatkossa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota sekä muiden terveydenhuollon resilienssin tekijöiden selvittämiseen että yksittäisten tekijöiden syvempään ymmärtämiseen.

AVAINSANAT: Resilienssi, terveydenhuolto, pandemia, muutosjoustavuus, varautuminen, COVID-19, korona

Sisällys

1	Johdanto	5
1.1	Tutkimusasetelma, tavoite ja tutkimuskysymykset	6
1.2	Tutkimuksen rakenne	7
2	Resilienssi	8
2.1	Yksilön resilienssi	13
2.2	Yhteisön ja perheen resilienssi	16
2.3	Organisaation ja systeemin resilienssi	18
2.4	Resilienssi prosessina	20
3	Terveydenhuollon resilienssi	23
3.1	Suomen terveydenhuolto	26
3.2	Terveydenhuollon resilienssi Suomessa	28
3.3	Resilienssi osana kokonaisturvallisuuta	33
4	Tutkimusmenetelmät ja aineisto	36
4.1	Tutkimuskohde	36
4.2	Tutkimusote ja -menetelmät	36
5	Tulokset	42
5.1	Lait terveydenhuollon tukena	42
5.2	Yhteistyö ja vastualueet	44
5.3	Vakaa talous ja muut resurssit	47
5.4	Terveyspalvelujen käyttäjät ja jäljittäminen	49
5.5	Terveydenhuollon vaikuttavuuden mittaaminen	53
5.6	Terveydenhuollon henkilökunta	54
5.7	Onko Suomen terveydenhuolto resilientti – nyt ja tulevaisuudessa?	58
6	Johtopäätökset ja pohdinta	60
6.1	Johtopäätökset	60
6.2	Pohdinta	64
	Lähteet	67

Kuviot

Kuvio 1 Resilienssin analyttinen kehys	9
Kuvio 2 Resilienssin ja toimintavarmuuden osatekijät	11
Kuvio 3 Resilienssin osatekijöiden alatekijät ja niiden keskinäiset kytkennät	12
Kuvio 4 Organisaation resilienssin malli	19
Kuvio 5 Resilienssin kolmivaiheinen prosessi	21
Kuvio 6 Kykyihin perustuva organisaation resilienssin käsite	22
Kuvio 7 Viranomaisten vastuut koronapandemian hoidossa	28
Kuvio 8 Riskienhallinta toiminnan jatkuvuuden turvaamisessa	32
Kuvio 9 Yhteiskunnan elintärkeät toiminnot	34

Lyhenteet

BKT	Bruttokansantuote
EU	Euroopan Unioni
Fimea	Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus
GHFR	Maailmanlaajuinen terveystutkimussäätiö
IHR	International Health Regulations/ Kansainväliset terveystäätökset
INCOSE	The International Council on Systems Engineering/ Kansainvälinen järjestelmätekniikan neuvosto
JRC	Joint Research Centre
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development/ Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö
ORCM	Organizational Resilience Capability Model/ Organisaation resilienssin malli
STUK	Säteilyturvakeskus
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TTL	Työterveyslaitos
UNISDR	United Nations Office for Disaster Risk Reduction
Valvira	Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto
WHO	World Health Organization/ Maailman terveysjärjestö
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö

1 Johdanto

Viime vuosikymmenien aikana terveydenhuolto on maailmassa kohdannut erilaisia terveyskriisejä, joilla on ollut vakavia seurauksia ihmishenkien menettämisisä sekä taloudellisissa-, poliittisissa- ja ympäristövahingoissa. Pandemiat ja epidemiat ovat tappaneet miljoonia ihmisiä historian saatossa. Tällaisilla tapahtumilla on ollut hyvin kallis hintalappu ja eri tapahtumat ovat maksaneet vuosittain jopa yli 100 miljardia dollaria maailmanlaajuisesti. Koronaviruksen aiheuttamaa hintaa emme vielä edes tiedä. On ennustettu, että vuoteen 2030 mennessä taloudelliset tappiot tulevat todennäköisesti kaksinkertaistumaan. Terveydenhuoltoa on viimeisen sadan vuoden aikana koetellut muun muassa espanjantauti, SARS, H1N1, Ebola ja viimeisimpänä uusi koronavirus. Näiden ohella terveydenhuoltojärjestelmä on joutunut vastaamaan terrori-iskuihin ja erilaisiin luonnonkatastrofeihin. Tulevaisuudessa, jossa tulemme kohtaamaan erilaisia luonnollisia ja ihmisen aiheuttamia terveyteen liittyviä kriisejä, kokemaan kaupungistumisen yleistymisen, ilmastonmuutoksen ja globalisaation kiihtymisen, on terveytemme kyky toimia kovien suorituspainneiden ja stressin alla yhä tärkeämpi ominaisuus. Terveydenhuollon organisaatioiden taas tulee tällaisten kriisien aikana pystyä hallitsemaan ja hoitamaan poikkeustilanteet ja äkillisesti kasvaneet potilasvirrat, mutta myös tarjoamaan edelleen välttämättömät palvelut väestölle. (Therrien & muut, 2017 & GHRF Commission, 2016, s. 1).

GHRF:n komissio eli Maailmanlaajuisen terveystutkimussäätiön komissio (2016, s. 1) tuo esiin sen, kuinka vain harvat tapahtumat voivat vaikuttaa yhtä paljon ihmisiin, heidän terveyteensä ja toimeentuloon, kuin terveydenhuollon kohtaamat haasteet. Tästä huolimatta globaali yhteisö kuluttaa suhteellisen vähän resursseja väestön suojelemiseen eri terveysuhilta, kuten pandemioilta. Erityisesti tämä tulee ilmi, jos vertaamme tilannetta muihin ihmisten ja talouden turvallisuuteen kohdistuviin korkean profiilin uhkiin, kuten sotiin, terrorismiin, ydinkatastrofeihin ja finanssikriiseihin. Ebola toimi meille herätyskellona. Se muun muassa osoitti, että tautien osalta valvonta on riittämätöntä, varoittaminen on hidasta, hallitukset muualla maailmassa reagoivat uhkaan sattumanvaraisesti ja kansainvälinen toiminta on hidasta, kömpelöä sekä huonosti koordinoitua. Vankka

kansanterveysinfrastruktuuri ja -ominaisuudet ovat resilienttien terveysjärjestelmien perusta ja ensimmäinen suojakilpi erilaisia terveydenhuollon kohtaamia ongelmia vastaan. Tästä huolimatta aivan liian monet maat eivät ole kyenneet rakentamaan tarvittavia valmiuksia ja infrastruktuuria. Omien sisäisten arvioiden mukaan jopa 67 % Maailman terveysjärjestön (WHO) jäsenmaista ei täytä Kansainvälisiä terveyssäännöksiä (IHR). Jokaisen uuden terveydenhuollon kohtaaman kriisin myötä toimintaa ja raportteja on paljon, mutta hyvin pian poliittinen kiinnostus hiipuu ja muut painopisteet alkavat taas hallita puheita. Tämä on jo nyt osin nähtävissä myös koronapandemian kohdalla. Tämän vuoksi vahvan ja resilientin terveysjärjestelmän rakentaminen ja ylläpitäminen vaatii vahvaa johtajuutta ja sitoutumista kansallisella, maakunnallisella sekä paikallisella tasolla.

Uusi koronavirus SARS-CoV-2, joka aiheuttaa COVID-19-tautia, todettiin ensimmäisen kerran Kiinassa Wuhanissa joulukuussa 2019. Tutkijat pystyivät päättelemään, että Wuhan ja siellä järjestettävät markkinat toimivat tautipurkauksena tai niillä oli ainakin merkittävä rooli taudin alkuvaiheessa. Tämän vuoksi Wuhanissa toimineet markkinat suljettiin tammikuun ensimmäisenä päivänä 2020. SARS-CoV-2 viruksen ekologinen alkuperä on tämän jälkeen pystytty yhdistämään lepakko populaatioon eli viruksella on luonnollinen eläinperäisyys eikä sitä ole manipuloitu tai rakennettu. Tammikuun 2020 aikana koronavirus lähti leviämään ympäri maailmaa ja samaan aikaan Kiinassa Wuhanissa todettiin ensimmäiset kuolin tapaukset liittyen koronavirukseen. Maaliskuuhun 2021 mennessä uutta koronavirusta oli ympäri maailmaa todettu jo 115 165 644 tapausta ja siihen oli jo tuolloin kuollut 2 557 059 ihmistä. On siis sanomattakin selvää, että tällä on ollut suuret vaikutukset niin talouteen, yhteiskuntaan ja niiden rakenteisiin, hyvinvointiin, terveyteen ja terveydenhuoltoon. (WHO, 2020 & Lauren & Sauer, 2021).

1.1 Tutkimusasetelma, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitetään Suomen terveydenhuollon resilienssikykyä ja sitä, kuinka se on nostettu esiin suomalaisessa mediassa. Medialla viitataan tässä tutkielmassa Suomen suurimman levikin saavuttaneeseen Helsingin Sanomiin.

Aineiston keräämisessä käytetään tiettyjä hakukriteerejä ja hakusanoja. Tämän lisäksi aineistoa tullaan rajaamaan myös muilla menetelmillä. Aineisto tullaan analysoimaan teoriaohjaavalla sisällönanalyysin avulla, jolloin myös tutkimuskysymykset voivat hieman elää matkan varrella tai aineisto voi tuottaa tietoa, mitä ei lähdetty alun perin etsimään. Tutkimuksen perustana on kuitenkin löytää vastauksia siihen:

- Miten suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän resilienssiä kuvataan uutisoinnissa?

1.2 Tutkimuksen rakenne

Tutkielma koostuu teoriaosuudesta ja empiirisestä osiosta. Teoriaosuus kattaa luvut kaksi ja kolme. Luvussa kaksi resilienssi käsitettä avataan yksilön, perheen ja yhteisön, organisaation ja systeemin sekä prosessin kautta. Luvussa kolme resilienssiä tarkastellaan hieman lähemmin terveydenhuollon ja juuri Suomen terveydenhuollon näkökulmasta ja avataan sitä, kuinka se nitoutuu yhteen kokonaisturvallisuuden kanssa. Teoriaosuuden tarkoituksena on luoda mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva lukijalle tutkitavasta kohteesta, jolloin myös empiirisen osion ja tulosten tarkastelu ja luotettavuuden arviointi helpottuvat lukijalle. Neljännessä luvussa esitellään tutkimuksen aineisto sekä tutkimusote ja -menetelmät. Luvussa viisi esitellään aineiston keskeisimmät tulokset ja viimeisessä luvussa kuusi esitetään johtopäätökset, pohdintaa tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta sekä jatkotutkimusehdotus.

2 Resilienssi

Resilienssi käsite on alun perin kotoisin latinan kielen sanoista *salire* ja *re-salire*, jotka tarkoittavat hyppäämistä ja takaisin hyppäämistä. Englannin kielessä sanalla *resilience* tarkoitetaan takaisin ponnahtamisen kykyä. Suomessa sana resilienssi on myös käännetty esimerkiksi joustavuudeksi, kimmoisuudeksi, pärjäävyydeksi, lannistumattomuudeksi, sopeutumis-, selviytymis-, muutos-, toipumis- ja palautumiskyvyiksi, muutosjoustavuudeksi, kestävyudeksi, sisuksi, sitkeydeksi, sinnikkyudeksi, plastisuudeksi, murtumisen vastustuskyvyksi sekä kriisikestävyudeksi. Kuitenkin Kotimaisten kielten keskuksen laatimaan Kielitoimiston sanakirjaan resilienssi pääsi mukaan vasta vuonna 2019. Termi on alun perin lainattu fysiikan puolelta, jossa se on kuvannut materiaalin kimmoisuutta ja iskunkestävyyttä. Tieteellisessä yhteydessä resilienssiä on käytetty ensimmäisen keran jo vuonna 1625. Se on käsitteenä kuitenkin suhteellisen uusi, sillä viimeisen vuosikymmenen aikana vasta tutkijat Euroopassa ja Amerikassa ovat alkaneet kiinnittää siihen huomiota. (Pojjula, 2018, s. 16; Rochas & muut, 2014, s. 358 & Typpö, 2019).

Resilienssistä on olemassa suuri määrä erilaisia selityksiä ja kaavoja ja niitä on myös kehitetty koko ajan lisää erilaisiin järjestelmiin. Kuten edelläkin mainitusta pystyy jo huomaamaan resilienssin yhdenlaisen kaksoismerkityksen. Se ei kuitenkaan täysin riitä kuvaamaan resilienssiä yksilön, yhteisön ja perheen tai organisaation, systeemin ja järjestelmän kannalta. Yksilön ja perheen kohdalla resilienssillä tarkoitetaan psyykkistä kapasiteettia sopeutua ja selvitä voimakkaasta stressistä vaikeissa elämäntilanteissa tai elämänvaiheissa. Yhteisöjen resilienssillä kuvataan usein turvallisuutta esimerkiksi globaaleja ongelmia vastaan, kuten ilmastonmuutos, sodat ja katastrofit. Tällaiset ongelmat pakottavat tieteitä, käytäntöjä ja politiikkaa yhdistymään resilienssin parantumiseksi. Organisaatioiden ja systeemien resilienssi kytkeytyy hyvin usein erilaisiin muutoksiin ja kriisitilanteisiin sekä niistä selviämiseen. Laaja määritelmä resilienssille siis on systeemin kyky sopeutua häiriöihin onnistuneesti, mitkä ovat vaaraksi sen toiminnalle tai elinkyvylle. Tällainen resilienssin määrittely soveltuu erityisesti, kun kyseessä on yksilö, perhe, tietokonejärjestelmä, talous, ekosysteemi tai muu järjestelmä. Kansainvälinen järjestelmätekniikan neuvosto (INCOSE) on määritellyt resilienssin systeemiksi, jonka ominaisuuksiin

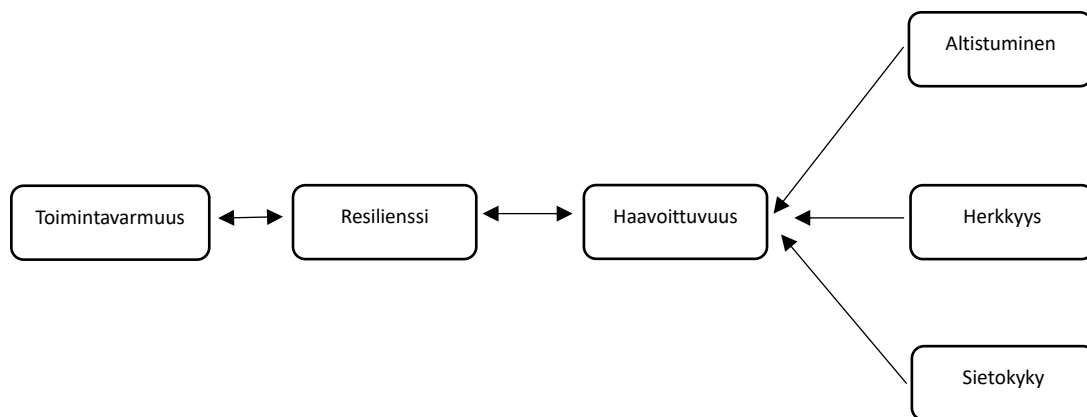
2. Resilienssin psykologiset näkökulmat keskittyvät yksilön kykyyn kasvaa, kehittyä ja oppia traumojen ja haasteiden kautta. Tässä näkökulmassa sietokyky on yksilön psykologinen kyky, joka liittyy usein haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin ja miten ne sopeutuvat selviytymään vaikeuksista. Esimerkkinä tästä voidaan mainita laiminlyödyt ja hyväksikäytetyt lapset sekä pakolaiset.
3. Resilienssin ekologiset näkökulmat keskittyvät kykyyn sopeutua ja organisoiua uudelleen ydintoimintojen ja toimintojen ylläpitämiseksi. Tämä näkökulma keskittyy siihen, kuinka ennakoimattomia ja epävarmoja uhkia kohtaavat biologiset järjestelmät ja yhteisöt sopeutuvat selviytymään näistä ja ylläpitämään järjestelmän vakautta.

Näistä vaihteluista huolimatta yksilöissä, yhteisöissä, organisaatioyksiköissä ja suuremmissa järjestelmissä on huomattu olevan joitain yleisiä resilienssi mekanismeja. Näihin lukeutuu muun muassa juuri kyky palata johonkin normaaliin tilaan häiriötapahtuman jälkeen, selviäminen paineista ja ongelmista olemalla joustava ja samalla vaarantamatta järjestelmän suorituskykyä tai sopeutumaan uuteen normaalitilaan, missä järjestelmän toimintaa organisoidaan uudelleen tai parannetaan jollain tavalla vastauksena heidän kohtaamaansa häiriöön. (Wiig & muut, 2020).

Resilienssi voidaan nähdä Leviäkankaan ja Aapaojan (2015, s. 63) mukaan myös eräänlaisena toimintavarmuutena, turvallisuutena, varautumisena ja riskienhallintana, missä tarkoituksena on varautua ennakoivasti yllättäviin häiriötilanteisiin ja toimintaan kohdistuvaan paineeseen. Se ei kuitenkaan ole vain tilannespesifiä toimintaa vaan yleinen ominaisuus, jossa tulee pitää huolta myös ympäristölliset, sosiaaliset ja taloudelliset seikat. Riskienhallinta ja varautuminen ovat näin myös osa toimintavarmuutta. Tämän lisäksi resilienssiin kytkeytyy jatkuvuudenhallinta. Riskien- ja jatkuvuudenhallintaa yhdistää se, että molemmissa uskotaan niiden pystyvän varautua eri uhkiin ja häiriöihin. Riskien- ja jatkuvuudenhallinnan keskittyessä varautumiseen, ottaakin resilienssi reaktiivisemmän lähestymistavan häiriöihin ja pyrkii sopeuttamaan ja takaaman toiminnan jatkuvuuden häiriön sattuessa. Kuitenkin on muistettava, että resilienssi tai toimintavarmuus eivät

takaa häiriö- tai uhkatilanteessa täyttä toiminnan jatkumista, vaan toiminnan taso voi hetkellisesti laskea. Sen ei kuitenkaan tulisi laskea alle tiettyjen raja-arvojen.

Leviäkankaan ja Aapaojan (2015, s. 65) mukaan resilienssi koostuu yhdessä toimintavarmuuden kanssa samoista tekijöistä kuin haavoittuvuus. Haavoittuvuus saadaan määriteltyä kolme eri osatekijän kautta ja kahdeksan eri alatekijän kautta. Kuvio 2 havainnollistaa resilienssin ja toimintavarmuuden muodostumista eri tekijöistä, joita ovat alistuminen, herkkyys ja sietokyky. UNISDR (2009, s. 35) on määritellyt muuttujat niin, että altistuminen on häiriöalueella oleva elementti, joka voi vahingoittaa. Herkkyys on tietty ominaisuus tai tila, jossa häiriön vastaanotto tai vaikutukset näkyvät selvemmin ja sietokyky on kyvykkyyttä tai resursseja vastaanottaa häiriö ja vastata siihen tarvittavalla tavalla.



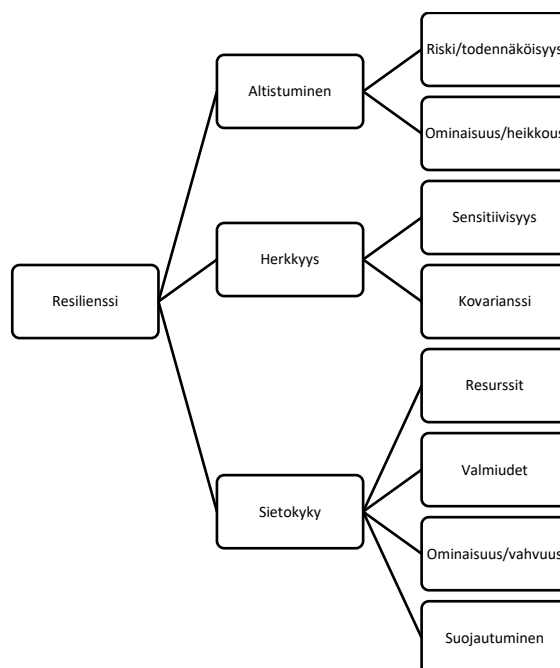
Kuvio 2 Resilienssin ja toimintavarmuuden osatekijät (Leviäkangas & Aapaoja, 2015, s. 65).

Kuten jo mainittu voidaan osatekijät edelleen jakaa alatekijöihin, jotka on esitetty kuviossa 3. Altistumiseen liittyy todennäköisyys, jolloin altistuminen nähdään ominaisuutena olla riskille altis. Herkkyys taas voi olla yksi tai useampi ominaisuus, jonka myötä

sietokyky voi alentua. Herkkyyttä voikin siis ajatella sensitiivisyydeksi tai kovarianssiksi. Molemmilla viitataan systeemin tai elementin herkkyyteen reagoida eri muutoksiin. Sietokyky taas koostuu eri tekijöistä, joilla systeemi kykenee reagoimaan ja toipumaan eri häiriöistä. Näitä ovat resurssit, valmiudet, suojautuminen ja erilaiset vahvuusominaisuudet. Näiden attribuuttien avulla resilienssistä saadaan muodostettua seuraavanlainen yhtälö:

$$\text{Resilienssi} = \frac{(\text{Resurssit, valmiudet, vahvuudet, suojautuminen})}{(\text{Riski, heikkoudet, sensitiivisyys, kovarianssi})}$$

(Leviäkangas & Aapaoja, 2015, s. 67).



Kuvio 3 Resilienssin osatekijöiden alatekijät ja niiden keskinäiset kytkennät (Leviäkangas & Aapaoja, 2015, s. 68).

2.1 Yksilön resilienssi

Resilienttien yksilöiden ja ryhmien erityispiirre on päättäväisyys johtaa omaa kohtaloaan myös sellaisissa olosuhteissa, joita ne eivät voi muuten hallita. Resilientit yksilöt pystyvät myös helpommin terveelliseen ja menestyvään toimintaan sekä sopeutumaan häiriötilanteessa, minkä ansiosta entistä parempaan tulevaisuuteen tähtääminen on helpompaa. Resilientit yksilöt ja ryhmät ymmärtävät myös sen, että eteen voi tulla epäonnisia ja kauheita tilanteita, mutta näissä tilanteissa he eivät näe itseään uhrin asemassa, vaan ymmärtävät niiden olevan osa elämää. Tämän ansiosta heidän kohtaamansa vaikeudet eivät tunnu välttämättä niin suurilta. Vaikeudet eivät myöskään saa resilienttejä yksilöitä ja ryhmiä vetäytymään tai masentumaan, vaan he pyrkivät aktiivisesti jatkamaan eteenpäin. Tutkimuksissa onkin huomattu, että resilientit yksilöt selviävät helpommin tapaturmista. Erilaisten merkitysten löytäminen ja yhteiset uskomukset voivat auttaa yksilöä, ryhmää tai perhettä näkemään kriisit haasteena, joista pystyy selviytymään ja saamaan jonkinlaisen merkityksen. (Poijula, 2018, s. 17 & Lee & muut, 2013, s. 269).

Resilienssin määritelmät voivat vaihdella hyvinkin paljon toisistaan, mutta tutkijat ovat kuitenkin samaa mieltä siitä, että resilienssi ei ole yleinen ominaisuus tai persoonallisuuden piirre, sosiaalista pätevyyttä tai vain mielenterveyttä. Se ei myöskään ole pelkästään vastustuskykyä stressille. Resilienssi yksilön kohdalla ennemminkin käsittää erilaisia tehokkaita selviytymiskeinoja, jotka sopivat kohdattuun haasteeseen. Fullertonin ja muiden (2021) mukaan resilienssi nähdäänkin yhä enenevässä määrin prosessina, jossa henkilökohtaiset resurssit ja vastoinkäymiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Resilienssiä määriteltäessä onkin syytä muistaa, että se ei kuitenkaan myöskään tarkoita haavoittumattomuutta tai voittamattomuutta. Tutkijat ovat ehdottaneet, että ympäristöllä ja kontekstilla on tärkeä rooli yksilön resilienssin muodostumisessa. Selviytyminen eli coping liittyy taas enemmän stressiin. Se on käsitteenä hyvin paljon suppeampi kuin resilienssi, sillä siinä tarkoitetaan vain selviytymistä jostakin tai eri selviytymismekanismeja. Resilienssi ei myöskään ole sinnikkyyttä, periksiantamattomuutta tai lannistumattomuutta, sillä ajatellaan, että jokaisella yksilöllä on tietty murtumispiste ja nämä

ominaisuudet voivat johtaa vain jaksamisen katkeamiseen. (Poijula, 2018, s. 18 & Lee & muut, 2013, s. 269).

Tutkimuksissa on todettu, että yksilön resilienssiin vaikuttaa persoonallisuuden lisäksi monet muut tekijät ja nämä voidaan jakaa kahteen eri luokkaan, joita ovat demografiset muuttajat ja psykologiset muuttajat. Yleisimmin resilienssiin liittyvät demografiset muuttajat ovat ikä ja sukupuoli. Psykologiset muuttajat taas voidaan edelleen jakaa kahteen luokkaan, joita ovat riskitekijät ja suojaavat tekijät. Riskitekijöihin kuuluu muun muassa vakava masennus, taipumus ahdistukseen tai hyvin korkea stressitaso. Suojaavia tekijöitä sekä resilienssin ilmenemismuotoja yksilössä on realistinen optimismi, aktiivinen selviytyminen ja suuri selviytymisen minäpystyvyys, hyvä kognitiivinen toiminta ja autonomia, suunnitelmallisuus, motivaatio, myönteinen riskinotto, turvalliset kiintymyssuhteet, luottamus, hyvät sosiaaliset taidot ja sosiaalinen verkosto, itseluottamus, myönteinen identiteetti, huumori, myönteinen ajattelu sekä altruismi ja anteliaisuus. Avaintekijöinä resilienssiyteen on selviytyminen, henkilökohtainen toimijuus, tarkoituksen tunne, myönteinen emotionaalinen sitoutuminen arkeen kotona, työ ja huvi sekä tunteiden säätelyminen ja fysiologinen joustavuus esimerkiksi sydämen sykevaihtelu. Nämä kaikki yksilölliset tekijät ja niiden eroavaisuudet ihmisissä vaikuttavat hyvin vahvasti siihen, kuinka joku arvioi ja reagoi eri stressitekijöihin. (Poijula, 2018, s. 123, Lee & muut, 2013, s. 270 & Fullerton & muut, 2021).

Poijula (2018, s. 123) tuo teoksessaan esiin sen, että mikäli yksilöllä sattuu olemaan erittäin vahvasti eriytynyt ja integroitunut minuuden tunne ja hänellä on piirteitä, joiden ansiosta hän pystyy luomaan ja ylläpitämään vahvoja ja vastavuoroisia ihmissuhteita, on hän todennäköisesti resilientti. Resilienssiyteen kuuluu myös negatiivisten tunteiden ja käyttäytymisen hallinta sekä erilaisten mukautuvien puolustusmekanismien, kuten toisiin turvautumisen, altruismin, ennakkoinnin, huumorin ja sublimaation, käyttö oikeissa tilanteissa. Resilientti yksilö omaa erilaisia ominaisuuksia, joiden ansiosta se pystyy oppimaan ja muuttamaan itseään muita kyvykkäämmin. Tämä myös tukee resilienssin näkemistä eräänlaisena prosessina.

Ihminen stressaantuu silloin, kun koemme uhkaa. Tällöin kehon vireystaso nousee ja kykymme havainnoida, muistaa ja ajatella erilaisia asioita heikkenee. Stressaavan tilanteen vaikutukset yksilöön riippuvat täysin hänen reagoitiherkkyydestään. Jos yksilö on perusolemukseltaan rauhallinen ja tyyni, pystyy hän luultavasti stressaavissa tilanteissa reagoimaan rauhallisesti, kun taas hyvin herkät yksilöt voivat reagoida stressiin hyvinkin voimakkaasti. Näin ollen myös selviäminen stressaavasta tilanteesta on vaikeampaa herkälle yksilölle. (Poijula, 2018, s. 124).

Resilienssin ja immuniteetin välisen suhteen tutkimiseksi on tärkeää ymmärtää, mihin resilienssi tarkalleen viittaa, miten sitä mitataan ja miten se yhdistyy persoonallisuuden tekijöihin ja eri selviytymismekanismeihin. Myös American Psychological Association (APA) määrittelee resilienssin prosessiksi, jonka avulla pystytään sopeutumaan hyvin eri vastoinkäymisiin, traumoihin, tragedioihin, uhkiin tai merkittäviin stressitilanteisiin, kuten perhe- ja parisuhdeongelmiin, vakaviin terveysongelmiin tai työpaikkaan tai talouteen liittyviin stressitekijöihin. Lisäämällä käsitystä, että resilienssi on tavallista eikä suinkaan poikkeuksellista, asettaa APA resilienssin osaksi vastoinkäymisistä kärsivän yksilön normaalia liikerataa ja tunnistaa samalla, että tämä prosessi voi liittyä huomattavaan henkiseen kärsimykseen. Resilienssi ei siis ole piirre, joka ihmisillä on, vaan siihen sisältyy käyttäytymistä, ajatuksia ja toimia, joita kuka tahansa voi oppia ja kehittää. Stressin yhteydessä resilienssi yleensä tarkoittaa yksilön kykyä rajoittaa ja sulkea pois haitallisia stressitekijöitä. Lääketieteessä psykologinen resilienssi taas usein eroaa fyysisestä resilienssistä. Fyysinen resilienssi viittaa kykyyn palauttaa tai optimoida toiminta taudin tai vamman jäljiltä. (Dantzer & muut 2018, s. 29).

Ihmistutkimukset resilienssistä ovat olleet pääasiassa korrelaatioita. Ne suoritetaan tyypillisesti luonnossa ja vain harvoin käytetään hyvin määriteltyjä laboratorion stressitekijöitä. He arvioivat haittatapahtumien luonnollisen esiintymisen ja kiinnostavat resilienssitekijät. Käyttäytymiseen liittyvät ja biologiset päätapahtumat mitataan yleensä samanaikaisesti, joten johtopäätöksiä syy-yhteyden suunnasta ei sallita. Tämä

mahdollistaa resilienssin mittaamisen toiminnallisesti sen tuloksella eli sen kyvyllä sopeutua stressaavaan tapahtumaan. Tutkimukset voivat keskittyä käyttäytymistekijöiden vaikutukseen, joustavuusprosessin biologisiin näkökohtiin tai päinvastoin biologisten tekijöiden, mukaan lukien immunitetin, vaikutukseen resilienssissä. Olipa tapaus mikä tahansa resilienssi käsitetään aktiivisena prosessina, joka johtaa positiiviseen biokäyttäytymiseen, esimerkiksi stressimenettelyn heikennettyyn vaikutukseen. (Dantzer & muut, 2018, s. 30).

2.2 Yhteisön ja perheen resilienssi

Perinteisesti perhe on määritelty institutionaalisesti kahden vastakkaisen sukupuolen avioliitoksi ja heidän laillisesti tunnustetuiksi jälkeläisikseen ja muiksi biologisiksi suhteiksi. Kuitenkin nykyään tunnustetaan jo paljon muitakin perheiden käsitteitä, kuten samaa sukupuolta olevien kumppanien perustamat perheet. Lisäksi biologisen suhteen välttämättömyys perheessä on laajentunut uusioperheiden ja adoptiomahdollisuuden myötä. Yhteisöjen kokoonpanot taas voivat vaihdella hyvinkin paljon pienistä itse määritellyistä yhteisöistä hyvinkin suuriin institutionaalisesti määriteltyihin yksiköihin ja vielä suurempiin geopoliittisiin rakenteisiin. (Bonanno & muut, 2015, s. 146–149). Patel ja muut (2017) määrittelevät yhteisöt eräänlaisiksi osaväestöiksi, joita voivat olla esimerkiksi kylät, kaupungit tai muut ihmisryhmät, joilla on jokin yhdistävä tekijä, kuten yhteinen tavoite tai mielenkiinnon kohde.

Perheiden ja yhteisöjen resilienssi on yksilön resilienssiin verrattuna paljon monimutkaisempi määrittää. Tähän on olemassa paljon erilaisia syitä, joista yleisin on se, että perheet ja yhteisöt ovat yksilöiden muodostamia klustereita, jotka on järjestäytyneet suurempiin, kompleksisempiin ja sisäkkäisempiin yksiköihin. Näiden eri ryhmäyksiköiden luonteet voivat vaihdella hyvinkin paljon. Jotkin yksiköt voivat olla hyvinkin suoraviivaisia ja nimetty instituutionaalisella konsensuksella, kuten ydinperhe, naapurusto tai samalla maantieteellisellä asuvat yksilöt ja perheet. Toiset taas ovat itse tuotettuja suhteellisen huonosti muotoilluilla rajoilla, kuten henkilökohtainen yhteisöllisyys, ystäväpiiri ja useat eri suurperheen kerrokset. Lisäksi kompleksisuutta lisää ihmisten taipumus kokea

uskollisuutta omiksi kokemiaan ryhmiä kohtaan, kuten etnistä alkuperää tai kutsumusta. (Bonanno & muut, 2015, s. 152). Pääsääntöisesti perheiden ja yhteisöjen resilienssi kuitenkin nähdään positiivisena asiana, koska se on vahvasti kytköksissä paikallisen kapasiteetin, sosiaalisen tuen ja resurssien lisääntymiseen sekä riskien, väärinkäytösten ja traumojen vähenemiseen. (Patel ja muut, 2017 & Shi ja muut, 2022).

Perheiden resilienssiä käsittelevä teoreettinen kirjallisuus keskittyy pääsääntöisesti koko perheeseen. Walsh määritteli resilienssin aktiiviseksi itseoikaisu- ja kasvuprosessiksi vastauksena kriiseihin ja haasteisiin, jotka syntyvät perheen selviytymis- ja sopeutumisprosessissa toiminnallisena yksikkönä. McCubbin taas esitti, että perheillä tulisi olla vahvuuksia ja selviytymistaitoja, jotta se nähtäisiin resilienttinä. Perheillä tulisi lisäksi olla hyvät kommunikaatio taidot, perheen hallinta, yleinen sitkeys, vapaa-ajan aktiviteettien käyttöä ja hyvät tukiverkostot. Black ja Lobo kuvasivat perheiden resilienssiä samalla tavoin, mutta he lisäsivät listaan vielä positiiviset tulevaisuudennäkymät, henkisyden, hyvän viestinnän ja talouden hoidon sekä jaetut harrastukset ja tuen. (Bonanno & muut, 2015, s. 152–153). Myös Zhang ja muut (2021) tuovat tutkimuksessaan esiin juuri taloudellisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutuksen perheiden resilienssiin. Näihin tekijöihin kuuluu muun muassa taloudellinen vakaus ja resurssit sekä sosiaalinen tuki ja läheiset ihmis-suhteet. Suuremmat resurssit sekä taloudellisissa että sosiaalisissa tekijöissä lisäävät perheen resilienssiä, joka vaikuttaa myös yksilön resilienssiin.

Kuten yhteisön resilienssin määritelmässä, niin myös sen mittaustavassa on monia näkemyksiä. Yhteisöjen resilienssiä voidaan mitata sekä laadullisesti että määrällisesti. Kuitenkin yhtenä yleisimpänä ennusteena toimii sen sosiaalinen pääoma. Alun perin sosiologiassa ja valtiotieteessä se on muotoiltu selittämään sosiaalisen, organisaation, kokemusten ja kollektiivisen toiminnan välisiä yhteyksiä. Sosiaalisen pääoman määritelmät ovat yleensä laajoja ja kattavat sosiaalisten suhteiden piirteet, kuten ihmisten välisen luottamuksen tason, vastavuoroisuuden ja keskinäisen avun normit, jotka helpottavat kollektiivista toimintaa molemminpuolisen hyödyn saavuttamiseksi. Vaikka sosiaalinen pääoma keskittyy yhteisön jäsenten käsityksiin ja kokemuksiin on oletus, että se sisältää

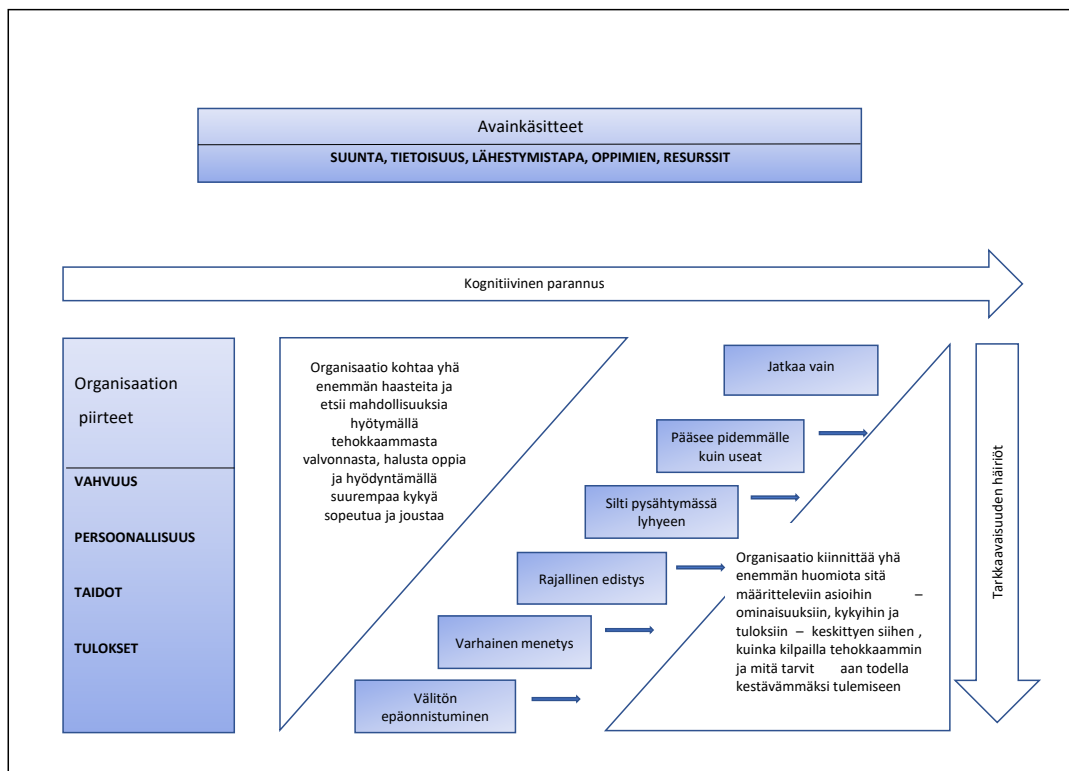
useita toisiinsa liittyviä osia, jotka hyödyntävät yksilön ulkopuolisen yhteiskunnan kollektiivista ulottuvuutta. Kollektiivisen ulottuvuuden johdonmukaisimmin esiin tuomia komponentteja ovat sosiaaliset verkostot, kansalaisten osallistuminen, kollektiivinen tehokkuus ja yhteisöllisyyden tunne. Tulee kuitenkin muistaa, että vaikka yhteisön resilienssin yleisimpänä ennusteena voidaan käyttää sen sosiaalista pääomaa, ei voida unohtaa yhteisön moniulotteisuuden muita osia, kuten ympäristöä ja sen fyysisiä resursseja, sosiaalisia rakenteita, taloudellisia elementtejä, väestörakennetta ja institutionaalisia näkökohtia. (Bonanno & muut, 2015, s. 154 & Shi ja muut, 2022).

2.3 Organisaation ja systeemin resilienssi

Varhaisimmilla organisaation resilienssin käsityksillä viitattiin organisaation kykyyn toipua joistain haitallisista tapahtumista ja palautua takaisin normaaliin tilaan niiden jäljiltä. Sen sijaan uudemmat organisaation resilienssi käsitykset ovat hieman muuttuneet. Muun muassa Poijulan (2018, s. 182) mukaan organisaation resilienssillä tarkoitetaan sen kykyä muuttua ja sopeutua jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä sekä ennakoida myös muutokseen reagoiden. Resilienssi voi tahtomattakin lisääntyä erilaisien toimien ja tapojen kautta, mitä ei alun perin ole suunniteltu lisäämään sitä. Organisaation resilienssi muodostuu näistä tiedostetuista ja tiedostamattomista muutos- ja sopeutumiskykyä lisäävistä toimista. Leviäkangas ja Aapaoja (2015, s. 63) taas määrittelevät systeemin resilienssin hieman samaan tapaan kapasiteetiksi ja ominaispiirteeksi, jonka avulla systeemi absorboi itseensä häiriöitä, uudelleenorganisoi näiden muutosten keskellä kuitenkin säilyttäen toimintansa koko ajan. Young (2020) tuo myös esiin hieman samaan tapaan kuin Leviäkangas ja Aapaoja organisaation resilienssin hieman tuoreempaa näkökulmaa, jossa korostuu organisaation kyky kehittää itseään jatkuvasti ja tunnistaa kasvumahdollisuuksia kriisien jälkimainingeissa.

Graham Bell (2020, s. 34–51) toi teoksessaan esiin, että organisaation resilienssi voidaan määritellä usealla eri tavalla. Paljon tähän määrittelyyn vaikuttaa tapahtuman mittasuhteet ja vaikutukset organisaatioon ja kaikilla tavoitteet liittyvät siihen, että organisaatio pystyy toimimaan ja lopulta menestyy. Monet ammattilaiset ovatkin yhä tietoisempia

siitä, että organisaation resilienssissä tulisi painottua kestävyden rakentaminen, dynaamisen muutosympäristön luominen sekä kasvun ja kilpailukyvyyn edistäminen. Tämän myötä siitä, miten organisaatio käsittelee erilaisia kriisitapahtumia, tulee vain yksi yksittäinen osa yleistä resilienssiä, eikä se ole tärkein ainakaan suurimman osan ajasta. Organisaation resilienssiin onkin kehitetty erillinen malli, organisaation resilienssin malli (ORCM) (kuvio 4), joka on hyvin moniulotteinen ja sitä voidaan käyttää vastaamaan, minkä tahansa organisaation erityistilannetta koosta, sektorista tai monimutkaisuudesta riippumatta. Organisaation resilienssin mallin soveltaminen voikin auttaa organisaatiota kehittämään yhä syvällisempää ymmärrystä resilienssistä oman organisaation yhteydessä. Tällöin malli tarjoaa myös rakenteet, jotka ovat välttämättömiä kehitettäessä mielekkäitä ja tehokkaita strategioita paremman resilienssin saavuttamiseksi.



Kuvio 4 Organisaation resilienssin malli (Mukaiillen Bell, 2020, s. 143).

Organisaation resilienssi yhä kompleksisemmässä ja nopeasti muuttuvassa maailmassa edellyttää intuitiivista ja ketterää arviointitapaa myös henkilökunnalta. Tämän vuoksi myös usein organisaation resilienssistä puhuttaessa korostetaan henkilökunnan

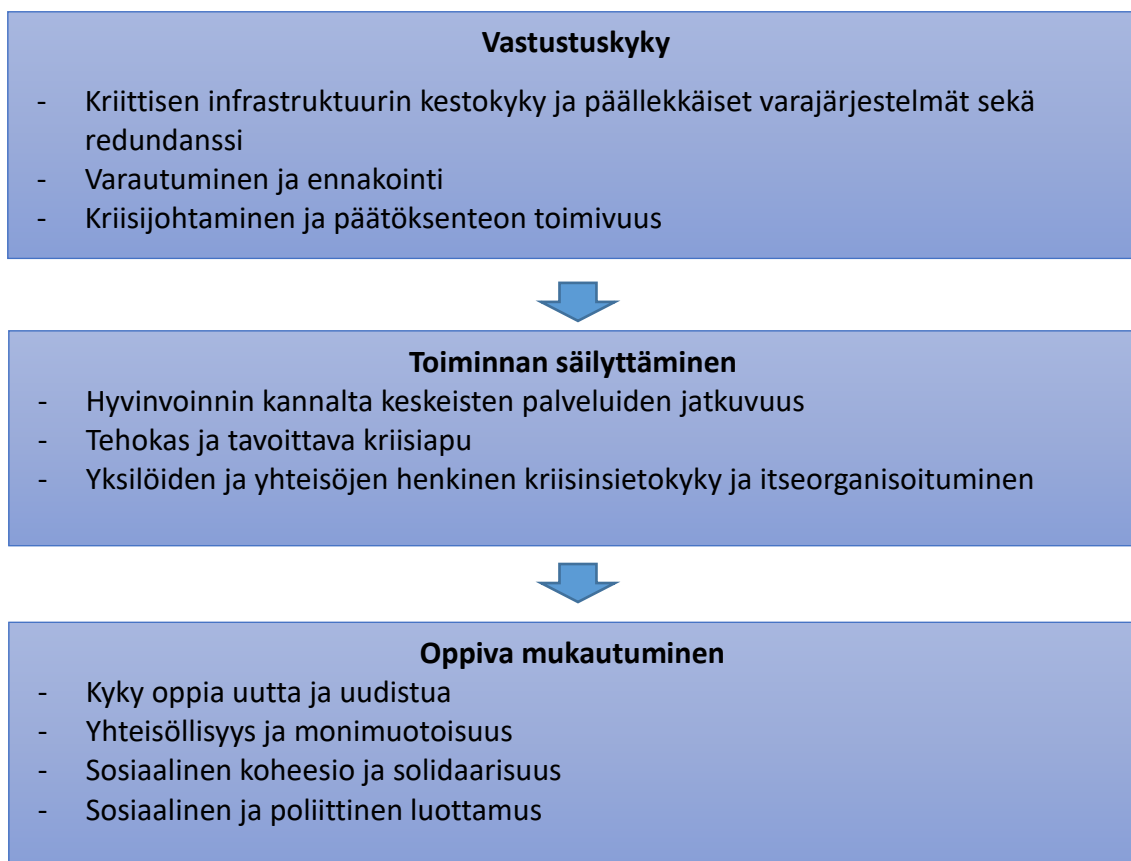
resilienssiä, vaikka organisaation resilienssi ei yksin henkilökunnan resilienssistä koostukaan. Kuitenkin tältä osin voidaan nähdä, että organisaation resilienssiä voivat luoda sitkeät työntekijät, jotka osoittavat kykynsä toipua eri vastoinkäymisistä ja pystyvät hyödyntämään sekä ennaktoivasti kehittämään niin omia kuin organisaationkin resursseja. Organisaation resilienssiin vaikuttavan työntekijän nähdään muun muassa omaavan hyvät ongelmanratkaisu sekä kommunikaatio taidot, kuten uuden tiedon etsimisen osaaaminen, sen hyödyntäminen ja jakaminen. (Young, 2020 & Bell, 2020, s. 143–144).

2.4 Resilienssi prosessina

Sen lisäksi, että resilienssi voidaan kuvata eri yhteiskunnan tasojen vuorovaikutuksesta syntyvänä yhteisvaikutuksena sekä eräänlaisena vakaana ominaisuutena, niin se voidaan myös nähdä eräänlaisena dynaamisena prosessina. Liittämällä yhteen nämä eri tasot ja niiden yhteydet, yksilö, perhe ja yhteisö, systeemi ja organisaatio sekä jopa valtio ja kansainvälisyys, voidaan resilienssi määritellä vuorovaikutuksellisenä ja monivaiheisenä prosessina. Eritoten tutkimuksissa korostuu systeemiekologiaan ja kompleksisuusajatteluun kytkeytyvä prosessi. Kun resilienssiä kuvataan prosessin omaisesti, kyky kohdata erilaisia haittavaikutuksia on välttämätön, mutta painopiste on usein kriisien jälkeisissä pitkäaikaisvaikutuksissa sekä mukautumis- ja oppimisprosesseissa. Näin ollen resilienssi prosessina koostuu jonkin kriisin akuutin vaiheen haittavaikutusten sietämisestä, kriisin jälkeisen toimintakyvyn ylläpitämisestä sekä valmiuksista oppia kriisistä ja mukautua sen jälkeiseen muutokseen. Systeemiekologian käsitteellä resilienssistä voitiin hahmottaa luonnollisia prosesseja ekosysteemien sisällä, kuten kuinka paljon ekosysteemi voi tosiasiasa muuttua kuitenkin kadottamatta identiteettiään, mikä on ekosysteemien itseorganisoinnin aste ja kuinka hyvin systeemi pystyy mukautumaan ja oppimaan eri ulkoisten stressitekijöiden alla. (Hyvönen & Juntunen, 2016, s. 208 & Hyvönen & Juntunen, 2018).

Hyvönen ja Juntunen (2018) ovat määritelleet resilienssin kolmivaiheiseksi prosessiksi (kuvio 5), jossa ensimmäinen vaihe on kriisin kohtaamiseen tarvittava vastustuskyky, toinen vaihe sisältää vaadittavat resurssit, jotta toiminta pystytään ylläpitämään ja viimeinen eli kolmas vaihe sisältää erilaiset valmiudet oppia ja mukautua kriisin tuomaan

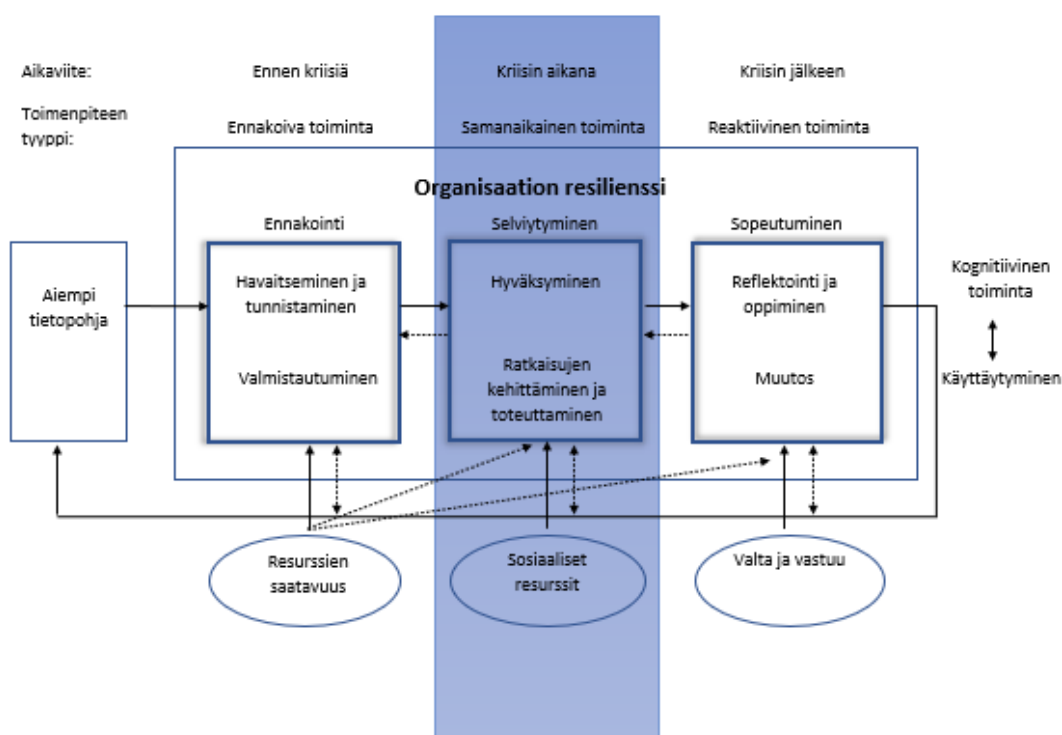
uuteen tilanteeseen. Kuviossa 5 aikajana kulkee ylhäältä alas. Kuten kuviosta pystyy päättelemään ei jonkin kohteen resilienssi tarkoita täydellistä sietokykyä kriisin vaikutuksille, vaan kyseessä on ennemminkin positiivisen sopeutumisen edellytykset. (Juntunen & Hyvönen, 2020).



Kuvio 5 Resilienssin kolmivaiheinen prosessi (Mukaillen Hyvönen & Juntunen, 2018).

Hieman samaa Duchek (2020) toi esiin omassa resilienssi tutkimuksessaan. Monissa tutkimuksissa on tutkittu eri ominaisuuksia, resursseja ja käyttäytymistä sekä verrattu resilienssiä organisaatioita ei resilienssiin organisaatioihin. Nämä tutkimukset eivät kuitenkaan useinkaan paljasta meille, kuinka resilienssi saavutetaan. Sen sijaan tietämystämme resilienssistä parantaa prosessinomaisen lähestymistavan tunnistaminen, missä määritellään resilienssin eri vaiheet ja tunnistetaan sen dynaaminen luonne yhdessä resilienssiä koskevien tutkimusten kanssa, mitkä antavat meille käsityksen resilienssin sisäisestä toiminnasta. Duchek (2020) rakensikin prosessimaisen mallin, josta pystyy

huomaamaan kuinka resilienssi tarkoittaa kykyä reagoida eri tapahtumiin jo ennen niitä, niiden aikana ja niiden jälkeen (kuvio 6). Prosessin ensimmäisessä vaiheessa pyritään ennakoidaan mahdollisia kriisejä ja valmistautumaan niihin. Toinen vaihe sisältää määrätietoisen selviämisen kriittisestä vaiheesta, joka lopulta mahdollistaa kolmannen vaiheen eli kriisistä oppimisen ja muuttumisen. Tämän prosessinäkökulman avulla pystytään tunnistamaan organisaation valmiudet, jotka ovat resilienssiproessin kolmen eri vaiheen taustalla ja näin ollen muodostavat resilienssin.



Kuvio 6 Kykyihin perustuva organisaation resilienssin käsite (Mukaillen Duchek, 2020).

3 Terveydenhuollon resilienssi

Joustavuus sekä kyky reagoida ja sopeutua erilaisiin haasteisiin ja muutoksiin jokaisella järjestelmän eri tasolla on terveydenhuollon palveluiden ylläpitämisen kannalta hyvin oleellista. Vuonna 2019 alkunsa saanut COVID-19-tautia aiheuttava koronapandemia on ravistellut terveydenhuoltojärjestelmää ympäri maailmaa ja ajanut sen paikoin aivan äärrirajoilleen. Niin terveydenhuollon työntekijöiltä, sen johtajilta, päättäjiltä kuin terveyspalveluidenkin käyttäjiltä on vaadittu yhtäkkiä kykyä ylläpitää turvallisuutta, selviytyä ja sopeutua. Resilienssi on siis konkretisoitunut jokaisella tasolla hyvin nähtäväksi. Myös tästä syystä terveydenhuollon resilienssi on noussut vain parissa vuodessa kiinnostuksemme kärkikohteeksi. Terveydenhuollon resilienssiä ennen koronapandemiaa on tutkittu verrattain vähän, sillä se on tutkimusalana suhteellisen tuore. Kuten jo aiemmin on tullut ilmi, myös tällä tutkimusalalla mukautumista pidetään terveydenhuollon resilienssin avainasemassa. (Wiig, 2021 & Lyng & muut, 2021).

Terveydenhuollon resilienssin ymmärtäminen on kriittisen tärkeää. Joustavan terveydenhuoltojärjestelmän odotetaan tuottavan jatkuvasti korkealaatuista hoitoa, kestävän erilaisia häiriötilanteita, sopeutuvan jatkuvasti sekä oppivan ja parantuvan. Resilienssiin voidaankin liittää vahvasti varautuminen, joka viittaa tulevaisuuteen sekä shokki, jonka esiintyminen ei kuitenkaan ole välttämätöntä. Varautumisella ei tarkoiteta vain perusterveydenhuollon, hallinnon, rahoituksen ja resurssien ylläpitämistä vaan koko terveydenhuoltojärjestelmän kykyä muuttua ja kehittyä ja tämän myötä myös parantaa suorituskykyään. Toisin sanoen resilienssi terveydenhuolto on varautunut shokkiin, jota ei kuitenkaan aina välttämättä tule. Terveydenhuollossa shokit voivat iskeä joko kysynnän eli terveyspalveluiden käytön ja hoitotarpeen puolelle, kuten eri epidemiat, tai tarjonnan puolelle, jonka shokit voivat johtua muun muassa talouskriisistä ja näin ollen resurssien vähenemisestä. (Lyng & muut, 2021, & Wiig & muut, 2020).

Terveydenhuollon resilienssistä on olemassa hyvin paljon erilaisia teorioita, malleja ja määritelmiä ja useimmat niistä ovat kiistanalaisia ja väiteltäviä. Tämä voi mahdollisesti johtua siitä, että resilienssi käsite ei ensisijaisesti ole ollut käytössä terveydenhuollon

organisaation puolella. Terveydenhuollon kannalta resilienssiin vaikuttaa erityisesti kolme tekijää: sosiaaliekologinen teoria, joustavuustekniikka ja psykologia. Ekologian näkökulmasta painopiste on valmiudessa, reagoitakyvyssä ja toipumisessa ulkoisista häiriöistä. Sosiaaliekologiassa resilienssiä kuvataan jatkuvan kasvun, säilyttämisen, vapautumisen ja uudistumisen kiertokulkuna. Joustavuustekniikka keskittyy terveydenhuollon kykyyn palautua takaisin tasapainoiseen tilaan, mikä auttaa meitä ymmärtämään sitä, kuinka yksilöt tukevat monimutkaisten sosio-tekniisten järjestelmien mukautumista. Psykologisen resilienssin teoriat keskittyvät yksilöihin ja heidän kykynsä selviytyä haasteista, kuten stressistä ja traumaista, joita terveydenhuollon eturivin työntekijät saattavat työssään kokea. (Sagan & muut, 2021, Thomas & muut, 2020).

Wiig ja muut (2020) nostavat hyvin tutkimuksessaan esiin terveydenhuollon resilienssin sen järjestelmän valmiuksina. Näiden avulla terveydenhuolto kykenee ylläpitämään laadukasta hoitoa kriisien aikana sekä niiden jälkeen. Terveydenhuollon resilienssiä pystytään helposti käsitteellistämään muun muassa sen avulla, että siinä keskitytään korkealaatuisen terveydenhuoltojärjestelmän ylläpitoon sisällyttämällä siihen turvallisuuden ja riskien käsittely. Lisäksi resilienssiä pidetään joukkona valmiuksia yksilö-, tiimi- ja järjestelmätasolla, jotka mahdollistavat korkean laadun ylläpitämisen, sopeutumisen ja parantamisen uudelleenjärjestelyjen kautta. Tällöin korkea laatu voi olla jatkuvasti liikkuva ja parantuva tavoite. Se myös keskittyy tapahtumiin, jotka saattavat tarjota haasteita, muutoksia tai häiriöitä hoidon järjestämisessä. Näihin voi kuulua esimerkiksi uuden tekniikan tai innovatiivisten työtapojen käyttöönotto, rahoitukseen liittyvät haasteet tai uusien sairauksien syntyminen tai häiriöt vakavien ja odottamattomien tapahtumien ja stressitekijöiden suhteen. Lisäksi resilienssi perustuu yksilön, tiimin ja järjestelmän mukautumiseen, parantamiseen ja uudelleenjärjestelyyn, jotka kaikki edustavat oppimisen, kasvun, kehityksen ja palautumisen tukemia prosesseja. Tärkeinä tekijöinä nähdään myös monimuotoisuus, koordinointi ja yhteistyö. Viimeisenä tutkimuksessa nostetaan esiin riittävä avoimuus, jotta on mahdollista soveltaa erilaisia käsitteitä ja mekanismeja ja näin ollen tukea erilaisia menetelmiä ja lähestymistapoja.

Maailmanlaajuisesti on raportoitu, että noin 10 % sairaalahoidossa olevista potilaista kokee haitallisia tapahtumia terveydenhuollossa. Terveydenhuollon organisaatiot voivat kamppailla turvallisen ja korkean laatuksen hoidon tarjoamiseksi ja seurauksena voi kuitenkin olla aivan tahattomia haittoja. Perinteinen lähestymistapa turvallisuuden lisäämisessä on keskittynyt tapaturmien laskemiseen, järjestelmävikojen tunnistamiseen ja ymmärtämään tapausten syitä kehittääkseen uusia strategioita niiden poistamiseksi tai vähentämiseksi. Tätä kutsutaan Safety-I lähestymistavaksi. Safety-II lähestymistavassa kuitenkin tunnustetaan se, että työtä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Mitä lähempänä katsoja on työtä, sitä tarkemmin he ymmärtävät, miten työtä tehdään ja mitä se vaatii. Mutta kun katsoja siirtyy kauemmaksi työstä, niin heidän näkemyksestään tulee väistämättäkin enemmän yksinkertaistettu ja vähemmän tarkka. Tämä on usein käsitteellinen kiila, jolla on terävä proksimaalinen kärki ja tylppä distaalireuna. Terveydenhuollosta puhuttaessa terveydenhuollon ammattilaiset ovat suorassa yhteydessä prosessiin ja edustavat todellista työtä. Säätelöviranomaiset, poliittiset päättäjät ja johtoasemissa olevat virkamiehet hallitsevat ja tasapainottavat resursseja, terveydenhuollolle asetettuja rajoitteita ja monia muita vaatimuksia, joita hoitoalalle on asetettu. Turvallisuusongelmat eivät aina johdu suoraan terveydenhuollon tietämyksen tai ammattilaisten ponnistuksen puutteesta, vaan ne ovat ennemminkin kompleksisen työn tuloksia, johon vielä usein liittyy tekniikan käyttö. Usein on olemassa ristiriitaa siitä, kuinka jokapäiväinen työ tehdään ja miten työn oletetaan tapahtuvan. Nämä ristiriidat saattavat joskus johtaa turvallisuusongelmiin ja sen vuoksi oppimisella on todella suuri arvo. Oppimista tulisikin tapahtua onnistumisen hetkistä sekä virheistä. (Ifaifel & muut, 2020).

Resilienssi suunnittelu on ollut viimeisen vuosikymmenen ajan mukana uutena paradigma sosio-tekniisten järjestelmien turvallisuuden hallinnassa. Resilienssi suunnittelu keskittyy järjestelmän kykyyn selviytyä kompleksista ja vaihtelevista olosuhteista. Resilienssi suunnittelua on sovellettu useilla eri aloilla, kuten ilmailualalla, ilmastonmuutoksen ja luonnonkatastrofien parissa sekä terveys- ja hoitoalalla. Resilientti terveydenhuolto, jossa sovelletaan resilienssi suunnittelua, hyväksyy sen lähestymistavan, jossa pyritään oppimaan jokapäiväisistä tapahtumista, niin onnistumisista kuin virheistäkin.

Resilientti terveydenhuoltojärjestelmä tunnistaa sen, että niin terveydenhuollon organisaatiot, yksittäiset klinikat, osastot ja sairaalat kuin kunnat ja jopa maat ovat kompleksisia ja mukautuvia järjestelmiä, jotka muuttuvat jatkuvasti ja voivat johtaa odottamattomiin tilanteisiin. Koska he voivat ennakoida, seurata, reagoida ja sopeutua uhkiin, pidetään terveydenhuollon ammattilaisia ennemminkin resursseina kuin ongelmana. Siksi resilientti terveydenhuolto ei keskity vain yksilön selviytymis- ja sietokykyyn vaan pikemminkin tekijöihin ja menetelmin, jotka mahdollistavat työntekijöiden, tiimin, yksikön ja organisaation sopeutumisen ja selviytymisen tehokkaasti erilaisissa tilanteissa. (Ifaifel & muut, 2020).

3.1 Suomen terveydenhuolto

Suomalaiseen hyvinvointimalliin kuuluu jokaisen oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoamiin palveluihin. Suomen perustuslaissa (731/1999) määrätään, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle ihmiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä koko väestön terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013). Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmä koostuu yhteensä noin 150 terveyskeskuksesta, 20 Manner-Suomen sairaanhoitopiiristä sekä yksityisistä toimijoista. Yksityinen palvelujärjestelmä on viime vuosien saatossa organisoitunut enenevässä määrin kahden suuremman valtakunnallisen toimija malliin, vaikka myös pienempiä palveluntuottajia edelleen on olemassa. Niin terveyskeskuksissa, sairaanhoitopiireillä kuin yksityisillä toimijoillakin on sairaaloita Suomessa. Kuitenkin raskain päivystys ja erikoissairaanhoito löytyy julkisesti rahoitetusta sairaalajärjestelmästä. Tämä järjestelmä muodostuu yhteensä 20 keskussairaalaista, joista viisi yliopistollista sairaalaa tarjoaa erityistason erikoissairaanhoitoa. Kunnat taas päättävät hyvinkin itsenäisesti, miten terveyspalvelut järjestävät asukkailleen. Jokainen Suomen kunta kuitenkin kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin ja tätä kautta myös jonkin erityistason erikoissairaanhoidon piiriin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020). Suomen sosiaali- ja terveyspalveluita ohjataan muun muassa erilaisin lainsäädännöin, valtiosuusjärjestelmällä, vuorovaikutusohjauksella, johon kuuluu eri suositukset ja ohjeet sekä valvonnalla, johon kuuluu erilaiset luvat, ennakkovalvonta, jälkikäteisvalvonta ja kantelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausvastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä (STM), joka valmisteleo lainsäädännön ja ohjaa sen toteutumista. Ministeriön tehtävänä on myös johtaa ja ohjata sosiaaliturvan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa sekä määrittellä sosiaali- ja terveyspolitiikan suuntaviivat, alustaa merkittävät uudistukset ja ohjata niiden toteutuminen. Ministeriö on myös hyvin vahvasti mukana poliittisessa päätöksenteossa. STM:n hallinnon alla toimii erilaisia virastoja ja laitoksia, jotka vastaavat tutkimus- ja kehittämistehtävistä ja usein myös ohjauksesta, valvonnasta, seurannasta ja tilastoinnista. Näitä ovat muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), Säteilyturvakeskus (STUK), aluehallintovirastot ja Työterveyslaitos (TTL). (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013 & Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020).

Vuonna 2007 Suomi ratifioi IHR:n ja saattoi sen määräykset osaksi omaa kansallista lainsäädäntöä sekä nimesi THL:n kansalliseksi IHR-yhteydenpitäjäksi. Tartuntatautiin, kuten COVID-19, ennaltaehkäisystä säännellään tarkasti eri lainsäädännön avulla. Tartuntatautiin ehkäisyn ja valvonnan lisäksi epidemioiden merkkien havainnointi on myös kuntien vastuulla. Tartuntatautilaki 1227/2016 velvoittaa myös yksityisen terveydenhuollon palveluntarjoajat, puolustusvoimat, rajavartiolaitoksen, vankiterveydenhuollon sekä psykiatriset sairaalat ottamaan vastuun tartuntatautiin ehkäisystä. (WHO, 2017). Terveydenhuollon puolella varautumista johtaa, valvoo ja yhteensovittaa sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö toimii valtakunnan terveydenhuoltopäällikkönä ja on näin ollen vastuussa siitä, että poikkeusoloja varten on olemassa tarvittavat suunnitelmat. Kuitenkin kun on kyseessä biologiset uhat, kuten erilaiset tartuntataudit, on myös sairaanhoitopiirien tartuntatautiin vastuulääkäreillä ja Kansanterveyslaitoksella aluelaitoksineen hyvin keskeinen rooli. Sosiaali- ja terveysministeriö kuitenkin tässäkin tilanteessa yleisesti suunnittelee, ohjaa ja valvoo tartuntatautiin vastustamistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002). Koronapandemian alussa päätösvalta ja valvonta siirtyivät

nopeasti kuitenkin hallitukselle. Tähän vaikutti se, että koronapandemia koski niin monta yhteiskunnan aluetta samanaikaisesti ja vaati muun muassa eri lakien käyttöönottoa tartuntojen hillitsemiseksi. Kuviossa 7 on eritelty eri viranomaisten vastuualueita koronapandemian aikana.



Kuvio 7 Viranomaisten vastuut koronapandemian hoidossa (Mukaillen Kouvolan Kaupunki, 2022).

3.2 Terveydenhuollon resilienssi Suomessa




Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kansanterveyden tilaa on arvioitu vaikutavuuden, saavutettavuuden ja muutosjoustavuuden eli resilienssin osalta. Resilienssin arvioinnin osalta esiin nousi parannuksia, mutta myös kehitettävää. Yhtenä aiheena esiin nousi terveydenhuollon menojen osuus suhteessa BKT:hen. Vuosien 2008–2009 finanssikriisin ja 2012–2014 taantumän jälkeen terveydenhuoltomenot laskivat hieman suhteessa BKT:hen. Terveydenhuollon menojen on kuitenkin ennustettu lisääntyvän tulevina vuosina ja vuosikymmeninä, kun väestö ikääntyy ja talouskasvu ei pysty vastaamaan tähän. Terveydenhuollon menojen on ennustettu kasvavan jopa 0,8 % BKT:stä vuoteen 2070 mennessä. Pitkäaikaishoidon menojen on ennustettu kasvavan samassa ajassa peräti 2,0 %. Pitkällä aikavälillä tämä tulee vaikuttamaan negatiivisesti julkiseen talouteen. Vuonna 2019 terveydenhuollonmenot kasvoivat 0,2 % edelliseen vuoteen verrattuna, mikä tarkoitti terveydenhuollonmenojen olevan yhteensä 9,2 % bruttokansantuotteesta. Vielä ei ole saatu COVID-19 pandemian aikaisia lukuja. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, s. 19 & THL, 2021).

Terveydenhuollon menojen suhteessa BKT:hen lisäksi toinen esiin noussut haaste on perusterveydenhuollon saavutettavuuden ja tehokkuuden lisääminen sekä nykyistä paremman koordinoinnin kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Koska Suomessa terveydenhuolto järjestelmä on jakautunut kuntien tuottamien perusterveydenhuollon palveluiden ja erikoissairaanhoidon välille eikä kaikissa kunnissa pystytä tarjoamaan kaikki palveluita, voivat potilaat joskus hakeutua itse suoraan erikoissairaanhoidon piiriin, vaikka tämä olisikin täysin tarpeetonta. Tämän lisäksi Suomessa on yksityisiä terveystalouksien tarjoajia, mikä myös osaltaan voi vaikeuttaa toisinaan hoidon koordinoitua ja tiedon kulkua, vaikka hoidon integrointia onkin pyritty parantamaan erilaisin keinoin. Tähän liittyy osin se, että perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja pitkäaikaishoidon tuottajien vastuuvollisuudet eivät liity toisiinsa. Myös useisiin rahoituslähteisiin perustuva rahoitusjärjestelmä ei luo osaltaan riittäviä kannustimia hoidon koordinoinnin vahvistukseen eri tuottajien kesken. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, s. 20).

Vuonna 2016 asiantuntijaryhmä arvioi WHO:n johtamana eri maiden terveysturvallisuutta osana kansainvälistä arviota. Myös Suomen valmiuksia vastata laajoihin terveysuhkiin arvioitiin. Tämän selvityksen mukaan Suomen turvallisuusstrategia ja hallituksen päätöslauselmat sisältävät hyvin laajasti eri uhkakuvat sekä varautumissuunnitelmat niihin. Turvallisuuskomitea koordinoi strategiaa yhteistyössä eri ministeriöiden valmiusryhmien kanssa. Suomessa on hyvin yksityiskohtaiset valtakunnalliset, alueelliset ja kunnalliset valmiussuunnitelmat eri kriisitilanteisiin, kuten pandemioihin. Säännöllinen valvonta ja suunnitelmien päivitys on antanut Suomelle valmiudet reagoida nopeasti ja tehokkaasti kansanterveydellisiin hätätilanteisiin ja terveysriskeihin. Lisäksi vahva yhteistyö WHO:n, YK:n eri järjestöjen, EU:n ja pohjoismaiden kanssa vahvistaa Suomen valmiuksia terveysuhkiin. (World Health Organization, 2017).

COVID-19-tautia aiheuttavan koronapandemian ravistellessa maailmaa, ei sen vaikutukset Suomen kuolleisuudessa ole olleet kovinkaan merkittäviä. Luku on yksi Euroopan maiden alhaisimpia. Tätä ovat edesauttaneet hallituksen sekä muiden päättävien

tahojen nopea toiminta, maan sijainti, matala väestötiheys sekä suomalaisissa valmiina oleva sosiaalisen etäisyyden kulttuuri. Suomessa otettiin pian pandemian Suomeen rantautumisen jälkeen käyttöön kolmitasoinen hybridistrategia, jonka avulla pyrittiin siirtymään kohti testaa, jäljitä, eristä ja hoida -toimintamallia. Tämän tarkoituksena oli sekä suojella terveydenhuollon kantokykyä että etenkin riskiryhmiin kuuluvia ihmisiä. Pandemian edetessä on huomattu, että Suomen terveydenhuollon resilienssin kipupisteenä on ongelmiin valmistautuminen kansanterveydellisen hätätilanteen kanssa. Suomen kansanterveydellisen hätätilanteen valmiussuunnitelma on perustunut vuoden 2012 influenssaan ja reagointi koronapandemiaan on ollut hidasta. Erityisesti tämä on näkynyt henkilönsuojainten hankinnassa terveydenhuollon käyttöön. Ongelmista raportoitiin kesäkuuhun 2020 asti, kunnes ongelma saatiin vihdoin ratkaistua muun muassa kotimaisen tuotannon avulla. Lisäksi testaamisen määrän ja jäljittämisen kanssa oli aluksi ongelmia. (OECD, 2021).

Epidemiologiset vaiheet Alueellinen koronavirustilanne, jonka seurantaan käytetään erilaisia mittareita.			
Toimenpidetasot Tasolta toiselle voidaan siirtyä, jos katsotaan, ettei sen hetkisen määräykset ole riittäviä.	Perustaso 	Kiihtymisvaihe 	Leviämisvaihe 
Taso 1 Epidemia jatkuu edelleen. Leviämisvaiheen alueilla toimenpiteet toteutetaan täysimääräisesti.	Rajoitukset ohjeiden mukaan	Rajoitukset ohjeiden mukaan	Rajoitukset ohjeiden mukaan
Taso 2 Epidemian leviämisen uhka on kasvanut koko maassa merkittävästi.	Leviämisvaiheeseen kuuluvat rajoitukset voimassa koko maassa tai erikseen määritellyillä alueilla		
Taso 3 Epidemia uhkaa selkeästi terveydenhuollon kantokykyä tai väestön terveyttä.	Poikkeusolot, jolloin edellisten lisäksi voidaan määrätä välttämättömiä liikkumisrajoituksia.		

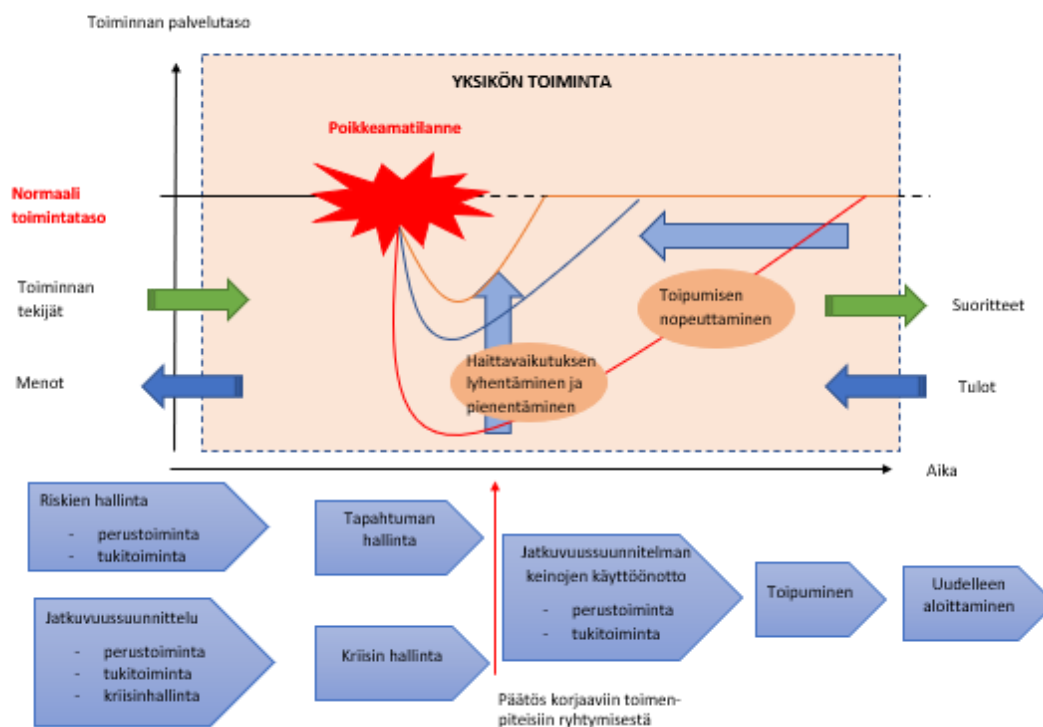
Epidemian vaiheet ja torjuntatoimet (Mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö, 2021b).

Koronapandemian alussa Suomessa valmistauduttiin terveydenhuollon puolella jopa 11 000 sairaalapaikalla, joista 300 oli tehohoitopaikkoja. Tämän lisäksi tehohoitopaikkojen määrä olisi pystytty vielä tuplaamaan tarvittaessa. Kuitenkaan missään pandemian vaiheessa tälle ei ole ollut tarvetta. Sen sijaan huomattiin suurimman rajoitteen olevan osaavan henkilöstön määrä. Tehohoidon puolella henkilöstövajetta pyrittiin tasaamaan siirtämällä henkilöstöä kiireettömän hoidon puolelta sekä erinäisin töiden uudelleenjärjestelyin. Tehohoidon puolelle siirtyminen ei kuitenkaan ollut täysin mutkatonta, koska henkilökuntaa tuli lisä kouluttaa tätä varten. Tämän resurssien uudelleenohjauksen vuoksi erikoissairaanhoidon puolella hoitovelkaa kertyi 170 000 hoitopaksoa. Perusterveydenhuollossa henkilöstöpulaa oli jo ennen pandemiaa ja palveluntuottajat ilmoittivat henkilöstövajauksesta maaliskuussa 2021. (OECD, 2021).

Yhteiskunta on jatkuvasti erilaisten muutosten alla, kuten koronapandemia on meille näyttänyt. Tämä luo myös sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuuskulttuurin kehittämiseksi erilaisia haasteita. Turvallisuussuunnittelun, riskien hallinnan ja johtamisen keskiössä onkin hyvin olennaisena osana riskien laaja-alainen tarkastelu. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ja toimintayksiköissä johtoportaiden tehtävänä on riskien hallinta ja turvallisuuden järjestäminen. Turvallisuuden ja riskienhallinnan systemaattinen kehittäminen ja arvioiminen voivat parhaimmillaan johtaa toiminnan laadun varmistamiseen, henkilöstön hyvin vointiin sekä positiiviseen julkisuuskuvaan. Kuitenkin riskien hallintaa tapahtuu terveydenhuollon kaltaisissa kompleksisissa organisaatioissa jokaisella tasolla. Riskienhallinta kuuluu osaksi organisaatioiden eettistä toimintaa sekä yhteiskunnallisen vastuun kantamista ja sen tavoitteena on parantaa kokonaisturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011, s. 3–8).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä riskienhallinta jaetaan kahteen osaan: johdon ohjaamaan strategiseen riskienhallintaan ja toimintayksiköiden käytännön toiminnan tasolla tapahtuvaan operatiiviseen riskienhallintaan. Nämä kaksi riskienhallinnan tasoa yhdessä antavat edellytykset eri häiriötilanteissa tilanteen hallinnalle ja seurausten minimoinnille. Kuitenkin myös toiminnan jatkuvuudesta tulisi pystyä

huolehtimaan, minkä apuna voi toimia erilaisia riskienhallintaan liittyviä tilannekuvia (kuvio 8). Johdon ohjaamassa strategisessa riskienhallinnassa oleellista on tunnistaa ja analysoida mahdolliset riskit sekä ottaa huomioon kaikki eri tapahtumat, jotka voivat olla merkityksellisiä tavoitteiden saavuttamisen tai toiminnan jatkuvuuden kannalta. Operaatiivinen riskienhallinta taas kattaa eri yksiköissä tapahtuvan turvallisuusjohtamisen sekä turvallisuustoiminnan. Sen tehtävänä on huolehtia päivittäisestä riskienhallinnasta ja turvallisuuden takaamisesta eri toimintayksiköissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011, s. 10–12).



Kuvio 8 Riskienhallinta toiminnan jatkuvuuden turvaamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011, s. 12).

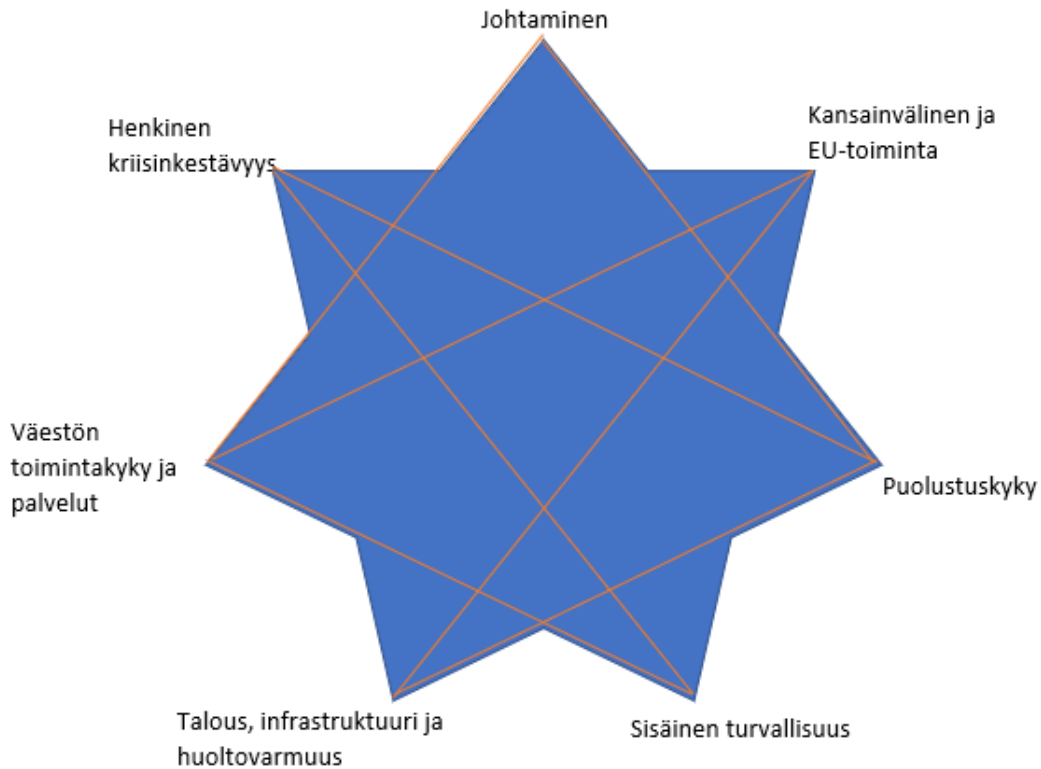
Myös terveydenhuollon resilienssi voidaan nähdä prosessinomaisesti, kuten tutkimuksessa on aiemmin kuvattu. Prosessimaisessa tulkinnassa korostuu usein organisaation vastustuskyky, kyky jatkaa toimintaa hyväksyttävällä tasolla ja viimeisenä valmius oppia uutta ja mukautua sekä palauttaa toiminta takaisin normaalitasolle. Nämä eivät kuitenkaan ole kaikkien organisaatioiden ominaisuuksia alusta lähtien, vaan ne muodostuvat

pienemmistä tekijöistä. Näin on myös terveydenhuollon organisaatioissa. Resilienssin tekijöitä sen sijaan on ollut terveydenhuollon puolella vaikea tunnistaa, ja ne ovat olleet hyvin kiistelty asia. Juntunen ja Hyvönen (2020) tuovat artikkelissaan esiin sen, että resilienssiin tukeutuvien turvallisuusstrategioiden taustalta taas en sijaan on kyetty tunnistamaan joitain tekijöitä. He ovat jakaneet nämä tekijät iskunkestävyyttä vahvistaviin ja sopeutumista edistäviin. Iskunkestävyyttä vahvistaviin tekijöihin kuuluu muun muassa julkisen terveydenhuollon laatu ja tavoitettavuus, huoltovarmuusvarastot sekä päätöksentekoa tukeva asiantuntijatietous. Sopeutumista edistäviin tekijöihin taas kuuluu muun muassa taloudellinen tilanne, johtamisjärjestelmän toimivuus, alhainen korrupiotaso ja yksityisen sekä julkisen sektorin koordinaatio. Myös Fridell ja muut (2019) pyrkivät tutkimuksessaan karakterisoimaan terveydenhuollon resilienssiin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa esiin nousi kuusi eri tekijää: johtaminen ja hallinto, tiedot, terveydenhuollon työntekijät, talous, lääketieteelliset välineet ja palveluiden saavutettavuus.

3.3 Resilienssi osana kokonaisturvallisuutta

Kokonaisturvallisuuden yhteistoimintamalli on laadittu turvaamaan yhteiskunnan elintärkeät toiminnot (kuvio 9) yhdessä viranomaisten, elinkeinoelämän, järjestöjen ja kansalaisten yhteistyönä. Varautumisen vastuunjako ja tehtävät perustuvat lainsäädäntöön. Käytännön toteutus tapahtuu hallinnonaloittain ja poikkihallinnollisesti eri strategioissa, toimeenpano-ohjelmissa ja muissa asiakirjoissa. Valtionneuvosto käsittelee kokonaisturvallisuutta eri selonteoissa, jotka toimivat ohjausasiakirjoina. Näissä keskeisiä painopisteitä ja tavoitteita noudattamalla saadaan vahvistettua Suomen kokonaisturvallisuutta ja edistettyä Suomen hyvinvointia nopeastikin muuttuvassa ja huonosti ennakoitavassa globaalissa toimintaympäristössä. Resurssien oikeanlaisen hallinnan kannalta toimintaympäristökuvauksilla on hyvin keskeinen rooli. (YTS, 2017, s. 7).

ELINTÄRKEÄT TOIMINNOT



Kuvio 9 Yhteiskunnan elintärkeät toiminnot (Mukaillen Turvallisuuskomitea, 2022).

Suomalaisessa kokonaisturvallisuuden yhteistoimintamallissa selvä vahvuus on se, että siihen sisältyy kaikki yhteiskunnan eri tasot ja tahot. Valtion tasolta mukaan kuuluu valtionhallinto, viranomaiset, elinkeinoelämä, maakunnat ja kunnat, mutta myös yliopistot, tutkimuslaitokset, järjestöt, yhteisöt ja yksilöt, joista kaikista yhdessä muodostuu kokonaisturvallisuuden verkosto. Tämän verkoston yli pystytään jakamaan tietoa, asettamaan yhteisiä tavoitteita ja yhteistyötä voidaan tehdä joustavasti. Näin ollen turvallisuustoimintaa osallistuvat kaikki kiinteästi turvallisuustoimintaan osallistuvat tahot, jopa siis yksittäisillä henkilöillä on roolinsa omatoimisessa varautumisessa. (YTS, 2017, s. 7).

Resilienssi käsitteestä tuli osa turvallisuusstrategiaa 2000-luvulla, ensin Yhdysvalloissa ja Iossa-Britanniassa, josta se levisi myöhemmin muualle maailmaan ja myös Suomeen.

Tämä toi mukanaan aivan uuden resilienssipolitiikan omanlaisenaan turvallisuushallinnan paradigmana eli mallina, jossa turvallisuutta koskevat ideat, teknologia ja käytänteet kohtaavat. Suomen kannalta resilienssin merkittävän viitekehyksen on luonut Euroopan unionin politiikassa noussut resilienssi ohjaavaksi strategiseksi käsitteeksi. Vuodesta 2012 alkaen resilienssi puhe on lisääntynyt EU:n politiikkaa määrittävään asemaan talous-, kehitys-, ilmasto-, sekä turvallisuus ja ulkohallinnossa. EU määrittelee globaalistrategiassaan resilienssin valtioiden ja yhteiskuntien kriisinsieto- ja kriiseistä palautumiskapasiteetin kannalta keskeiseksi uudistumiskyvyksi. Myös EU:n komission Joint Research Centre (JRC) on tutkinut resilienssiä ja tuottanut siitä oman määritelmänsä. JRC:n mukaan resilienssi yhteiskunta pystyy reagoimaan häiriötilanteeseen jollain tavalla kolmesta vaihtoehdosta: olemalla vastustuskykyinen, sopeutumalla pienten muutosten avulla tai tarpeen vaatiessa uudistumaan merkittävästi. JRC korostaa yksilöiden roolia niin, että yksilöt ovat kuitenkin osana yhteisöjä ja poliittisten instituutioiden merkitys resilienssin rakentamisessa korostuu. (Hyvönen & muut, 2019, s. 13–14).

Resilienssi viittaa siis ominaisuuteen, joka parantaa yksilön, organisaation, yhteiskunnan tai jonkin muun tarkastelun alla olevan kohteen mahdollisuuksia kestää ja sietää erilaisen häiriötilanteiden ja poikkeusolojen kielteisiä vaikutuksia. Tämän lisäksi resilienssiä on joillain tieteenaloilla korostettu kriiseistä palautumisen näkökulmasta, kuten jo aiemmin on todettu. Resilienssiä tulisikin aina tarkastella pidemmällä aikavälillä. Suomessa resilienssi rinnastetaan pääsääntöisesti kriisinsietokyvyksi erilaisissa keskeisissä asiakirjoissa. Järjestöjen lisäksi myös kansalaiset nähdään merkittävänä osana kriisinkestävää yhteiskuntaa. Yksilöt voivat olla hyvinkin tärkeitä turvallisuustoimijoita omien valintojensa ja toimiensa kautta sekä perheen ja yhteisöjen jäseninä. Yksilöiden tiedot, taidot ja turvallisuutta tukeva asenne ovat mukana muodostamassa yhteiskunnan kriisinkestävyyttä. Strategiassa resilienssi nähdään siis vahvasti kansalaisyhteiskunnan ominaisuutena. (Hyvönen & muut, 2019, s. 14–15 & YTS, 2017, s. 8).

4 Tutkimusmenetelmät ja aineisto

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen aineiston kohde ja hankinta, tutkimusote ja -menetelmä sekä kuvataan aineistoa alustavasti. Tämän tutkimuksen aineisto on hankittu kokonaisuudessaan Helsingin Sanomien verkkopalvelun kautta. Helsingin Sanomat on Suomen luetuin sitoutumaton päivälehti. Vuonna 2019 Helsingin Sanomat oli ainoa suomalainen sanomalehti, joka kasvatti levikkiään jopa kahdella prosenttiyksiköllä kokonaislevikin ollen yhteensä 339 437. Helsingin Sanomien tarkoituksena on edistää ja vahvistaa kansanvaltaisuutta, yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta ja mielipiteiden vapautta. Näitä tehtäviä Helsingin Sanomat pyrkii tuottamaan tasapuolisen, nopean ja luotettavan uutisvälityksen avulla. Lehti haluaa seurata riippumattomuutta niin päivittäisessä uutisten välityksessä kuin omassa kannassaankin eikä näin ollen perusta kantaansa tiettyihin poliittisiin tai taloudellisiin päätöksentekijöihin tai muihin painostusryhmiin. Tämän lisäksi Helsingin Sanomat kiinnittävät erityistä huomiota mielipiteen vapauteen. Lehti haluaa myös taata jatkuvan tiedonvälityksen kansalaisille. (Helsingin Sanomat, 2020a & Media Audit Finland, 2019).

4.1 Tutkimuskohde

Tutkimus kohdistuu Helsingin Sanomien uutisartikkeleihin sekä pääkirjoituksiin, jotka on rajoitettu koskemaan tiettyä aikaväliä sekä niillä tulee olla yhteys resilienssiin sekä Suomen terveydenhuoltoon. Tutkimuksen kohdistuessa vain uutisartikkeleihin Suomen terveydenhuollosta, on tutkimuksen ulkopuolelle jäänyt ulkomaita koskevat uutisartikkelit sekä mielipidekirjoitukset ja kolumnit.

4.2 Tutkimusote ja -menetelmät

Tutkimusotteeksi tässä tutkimuksessa valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, koska tarkoituksena on tutkia artikkelien sisältöä. Kvantitatiivisesta eli määrällisestä tutkimuksesta kvalitatiivinen eroaa siten, että tutkimuksen tuloksena saammekin tietoa, joka pyrkii kuvaamaan tutkimuksen kohdetta kokonaisvaltaisesti eikä haluta vain löytää

yleistettävää tietoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskiöön nousee tutkittavien näkökulmat, merkitykset ja näkemykset, mitkä ilmenevät hyvin monin eri tavoin. (Hirsjärvi & muut, 2014, s. 161 & Kananen, 2017, s. 35). Yksinkertaisuudessaan voidaan todeta, että kvalitatiivinen tutkimus on aineistolähtöinen eli induktiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus on teorialähtöinen eli deduktiivinen. Tämä on kuitenkin hyvin yksinkertaistava ajattelutapa ja usein molemmissa löytyy hieman piirteitä myös toisesta. Eroja määrälliselle ja laadulliselle tutkimukselle löytyy myös tutkimusprosessin seuraamisesta. Se missä kvantitatiivinen tutkimus seuraa hyvinkin suoraviivaisesti tutkimusprosessia, voi kvalitatiivinen tutkimus muodostua jaksottaisesta prosessista erityisesti aineiston keruuvaiheessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006a & Kananen, 2015, s. 128).

Jotta kvalitatiivisessa tutkimuksessa saadaan eroteltua havainnot tuloksista, tarvitaan tutkimusmenetelmä. Tutkimusmenetelmä on joukko erilaisia käytäntöjä ja operaatioita, joiden avulla tutkija kykenee lopulta tuottamaan havainnot ja edelleen tulkitsemaan niitä. (Alasuutari, 2011). Erilaisia menetelmiä laadullisessa tutkimuksessa on useita, kuten haastattelu, valmis aineisto, havainnointi ja kirjeet. Tässä tutkimuksessa on käytetty valmista aineistoa, joka koostuu Helsingin Sanomien artikkeleista. Aineisto voi myös koostua esimerkiksi kuva tai video materiaalista tai äänitetystä tallenteesta. (Kananen, 2017, s. 120). Kun tutkitaan erilaisia dokumentteja, kuten päiväkirjoja, kirjeitä, muistelmia tai esimerkiksi uutisartikkeleja, on kyseessä narratiivinen tutkimus. Narratiiviselle tutkimukselle lähtökohtana toimii kertomusten analysointi. (Hirsjärvi & muut, 2014, s. 217). Yleensä narratiiviselta aineistolta tulisi edellyttää kertomuksellisia piirteitä tai loogista rakennetta, kuten tarinaa tai kuvausta tapahtumasta, jota juoni pitää kasassa. Kuitenkin narratiiviseen tutkimukseen voidaan ottaa mukaan myös jossain määrin kerrontaa perustuva aineisto, mikä vaatii tutkijalta analysointivaiheessa myös taitoa tulkita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006c).

Aineisto tähän työhön on kerätty Helsingin Sanomien kotimaata, politiikkaa ja taloutta koskevista uutisartikkeleista sekä pääkirjoituksista aikaväliltä 11.03.2020-10.03.2021. Kyseessä on siis valmis aineisto, johon tulee sen vuoksi suhtautua erityisen kriittisesti ja sen

luotettavuutta tulee arvioida tarkasti. (Hirsjärvi & muut, 2014, s. 189). Aikaväliksi on määritelty vuosi siitä, kun WHO julisti COVID-19 tautia aiheuttavan koronaviruksen pandemiaksi. Helsingin Sanomista valitut tekstit olivat kaikki joko pääkirjoituksia tai uutisartikkeleita, koskien Suomen terveydenhuollon resilienssiä koronapandemian ensimmäisen vuoden aikana. Tämän vuoksi ulkopuolelle rajautuivat muun muassa ulkomaita koskevat uutisartikkelit ja mielipide sekä kolumni kirjoitukset. Aineisto on kerätty kokonaisuudessaan Helsingin Sanomien verkkohaun kautta. Kerättyjä artikkeleja saatiin eri hakujen tuloksena yhteensä 86 kappaletta. Aineiston tarkoituksena on selvittää, miten terveydenhuollon resilienssistä on uutisoitu koronapandemian ensimmäisen vuoden aikana.

Aineisto kerättiin tutkimukseen kotimaan, talouden ja politiikan artikkeleista sekä pääkirjoituksista omilla hauillaan. Hakusanoina aineistonkeruussa käytettiin terveydenhuoltoa, koronaa sekä resilienssiä ja resilienssin synonyymejä sekä siihen liittyviä piirteitä, joita olivat muutosjoustavuus, sietokyky, valmius, kestävyys, ennakointi, antisipaatio, selviytyminen, varautuminen ja mukautuminen. Jokaisessa haussa tuli ilmetä hakusanat terveydenhuolto ja korona. Sen sijaan resilienssi sanaa ja siihen rinnastettavia sanoja vaihdettiin vuoron perään, jolloin saatiin kerättyä tutkimuksessa käytetty aineisto. Kotimaan uutisista aineistoon valikoitui yhteensä 35 uutisartikkelia. Poliittikkaa koskevien uutisten puolelta tuli yhteensä 43 kappaletta. Talousuutisia koskevia artikkeleja tutkimukseen saatiin mukaan hakuehdoilla vain kaksi ja pääkirjoituksista mukaan saatiin 6 pääkirjoitusta.

Resilienssiä ilmaantuu pääsääntöisesti uutisissa vain, kun kirjoitetaan yksilön tai perheen henkisestä kyvystä kestää painetta ja erilaisia muutoksia. Resilienssi sanaa ei myöskään juuri käytetä näiden kontekstien ulkopuolella. Tähän vaikuttanee myös se, että sana resilienssi on virallisesti hyväksytty Suomen kieleen vasta keväällä 2020. Lisäksi sanan käyttöön varmasti vaikuttaa se, että resilienssille on olemassa hyvin paljon muita kuvaavia sanoja, kuten muutosjoustavuus, sitkeys, sisukkuus ja kriisinkestävyys, jotka ovat arkipäiväisempiä ja näin ollen useammalle helpommin ymmärrettävissä olevia. Tätä oletusta on

myös käytetty aineiston keruussa hyväksi, sillä Helsingin Sanomat kuitenkin mielletään koko kansan lehdeksi.

Tutkimusote eli tässä tapauksessa kvalitatiivinen tutkimus määrää tutkimusmenetelmät, joihin kuuluu aineistonkeruumenetelmät ja analyysimenetelmät. Kanasen (2017, s. 37) mukaan jokaiselle aineistonkeruumenetelmälle on olemassa sille sopiva analyysimenetelmä. Tämän tutkimuksen analysointiin on sovellettu laadullista sisällönanalyysiä, missä aineisto on tarkasteltu eritellen. Tarkoituksena siinä on löytää yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Sisällönanalyysi on yksi tekstianalyysin muoto, jossa analysoidaan valmista tekstimuodossa olevaa aineistoa. Aineistoksi sisällönanalyysiin kelpaa hyvin laaja kirjo erilaisia tekstejä, kuten kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluja, puheita tai valmiita uutisartikleita. Tarkoituksena sisällönanalyysissä on muodostaa tiivistetty kuvaus tutkittavana olevasta kohteesta, mikä liittyy kohteen laajempaan kontekstiin ja muihin aiheesta esitettyihin tutkimustuloksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006b). Sisällönanalyysissä aineistoa voidaan lähteä analysoimaan joko aineisto- tai teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 95). Tässä tutkimuksessa aineisto on analysoitu teoriaohjaavasti.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on saada aikaan teoreettinen kokonaisuus, missä analyysiyksiköt nousevat aineistosta itsestään esiin. Niitä ei ole siis päätetty ennakkoon. Periaatteessa aiemmin tutkitulla tiedolla ei analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa ole mitään tekemistä, mikä tekeekin aineistolähtöisestä analyysistä hyvinkin vaikean toteuttaa. Tämä johtuu siitä, että tutkijan on hyvin haastava pitää itsensä täysin objektiivisena, vaan lähes aina tulkintojen takana kuitenkin löytyy tuloksiin vaikuttavia tekijöitä. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 95–96). Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä taas aineistoa lähdetään luokittelemaan jo olemassa olevan viitekehityksen mukaisesti. Tutkittava ilmiö nousee siis jo jostakin tunnetusta asiasta esiin. Tämän vuoksi teorialähtöisen sisällönanalyysin takana onkin usein jo tunnetun tiedon testaaminen täysin uudessa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 97–98). Siksi ehkä onkin mielekkäämpää puhua tämän tutkimuksen kohdalla teoriaohjaavasta analyysistä.

Teoriaohjaavassa analyysissä teoriaa ei hylätä täysin vaan se toimii analyysin apuna. Myös tässä analyysitavassa analyysiyksiköt nousevat aineistosta. Analyysistä voidaan tunnistaa jo tunnetun tiedon vaikutus. Teoriaohjaavan analyysin ei ole tarkoitus testata jo tunnettua tietoa uudessa kontekstissa tai luoda täysin uusia teorioita, vaan se ennemminkin avaa uusia ajatusuria, joita voidaan mahdollisesti myöhemmin lähteä tutkimaan. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 97).

Kerättyäni aineiston tutkimusta varten, luin artikkelit läpi ja karsin joukosta ne artikkelit, jotka hakukriteereistä huolimatta pääsivät mukaan, mutta jotka ei liittyneet Suomen terveydenhuoltoon muuten kuin hyvin löyhästi. Tällaisissa artikkeleissa terveydenhuolto esimerkiksi mainittiin vain sivulauseessa kerrottaessa jostain muusta organisaatiosta. Tämän jälkeen tutkimukseen mukaan otettuja artikkeleja oli yhteensä 54 kappaletta. Kun tutkimuksen aineisto on saatu kerättyä, aloitetaan analyysin tekeminen koodauksella, indeksoinnilla, lajittelulla tai muulla tiedon muokkaamisella. (Kananen, 2008, s. 88.) Useimmiten aineisto tulee litteroida eli kirjoittaa puhtaaksi ennen analysoinnin aloittamista. (Hirsjärvi & muut, 2014, s. 222). Koska tässä tutkimuksessa on käytetty valmista tekstiaineistoa ei litterointia tarvittu. Sen sijaan aineiston analyysi aloitettiin pelkistämällä aineistoa, missä kaikki tutkimukselle epäolennainen on karsittu pois. Pelkistämisen jälkeen aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin samankaltaisuuksien mukaan, minkä jälkeen samaa asiaa tarkoittavat asiat ryhmiteltiin uudelleen ja yhdistettiin omaksi luokaksi. Jokaiselle luokalle annettiin sisältöä kuvaava käsite. Näin tutkimukselle saadaan luotua pohja ja saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 110–111). Alla olevassa taulukossa on esitelty esimerkkien avulla, kuinka tutkimuksen pelkistäminen ja ryhmittely on tapahtunut.

Esimerkki pelkistämisestä ja ryhmittelystä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Ryhmittely	Alaluokka
Koronaviruspotilaiden kohtaamisessa tarvittavien suojavaarusteiden ja muiden tarvikkeiden riittävyys huolettava, muutamat haastateltavat kertovat. Husin sairaaloissa pestään jo kertakäyttöiseksi tarkoitettuja, kasvoja suojaavia visiireitä.	Suojavarusteet loppumassa Henkilökunnan huolestuminen	Suojavarusteet loppumassa Resurssit mitoitettu tämän mukaan	Muut resurssit
"-- Nyt koronavirusepidemian kynnyksellä ei ole oikea aika matkustaa tänne. Lapin pienten kuntien perusterveydenhuollon kapasiteetti on todella rajallinen ja Lapin sairaanhoitopiirit ovat valmistautuneet hoitamaan vain Lapin mahdolliset omat potilaat", Lapin kuntajohtajaverkoston puheenjohtaja Erkki Parkkinen sanoo tiedotteessa.	Virus leviää matkailijoiden mukana Sairaanhoitopiirit varautuneet hoitamaan niihin kuuluvien kuntien asukkaat ja resurssit mitoitettu tämän mukaan	Virus leviää matkailijoiden mukana Sairaanhoitopiirit varautuneet hoitamaan niihin kuuluvien kuntien asukkaat	Terveyspalveluiden käyttäjät Vastuualueet
Myös perustuslakivaliokunta painotti, ettei poikkeusvaltuuksia ole sallittua käyttää tavallisista sairauspoissaoloista tai liian pienestä henkilöstömitoituksesta johtuvan henkilöstöväjeyden paikkaamiseen.	Pandemian aikana turvauduttu valmiuslakiin Terveyspalveluiden henkilökuntaa ei alun alkaenkaan riittävästi	Pandemian aikana turvauduttu valmiuslakiin Terveyspalveluiden henkilökuntaa ei alun alkaenkaan riittävästi Henkilökunnan huolestuminen	Lait terveydenhuollon tukena Terveyspalveluiden henkilökunta

5 Tulokset

Tässä osassa esittelen löytämäni artikkelien analyysin perusteella, miten Suomen terveydenhuollon resilienssistä on uutisoitu koronapandemian aikana. Uutisoinnissa nousi hyvin vahvasti esiin terveydenhuollon resilienssiin mahdollisesti vaikuttavat tekijät. Terveydenhuoltoon vaikuttaviksi tekijöiksi nousi esiin erilaiset lait, yhteistyö, selkeät vastualueet, vakaa talous, riittävät materiaali resurssit, terveydenhuollon palveluja käyttävien oma käyttäytyminen, tehokas jäljittäminen, se kuinka terveydenhuollon vaikuttavuutta mitataan sekä tärkeimpänä yksittäisenä tekijänä terveydenhuollon henkilökunta. Analyysissä nousi vahvasti myös esiin terveydenhuollon tulevaisuus ja resilienssin paraneminen koronapandemian myötä.

5.1 Lait terveydenhuollon tukena

Koronapandemian alussa tartuntojen määrää Suomessa pyrittiin hillitsemään erilaisin rajoituksin, jotka olivat mahdollisia toteuttaa eri lakien avulla. Näitä olivat muun muassa tartuntatautilaki (1227/2016), laki majoitus- ja ravitsemustoiminnasta (308/2006) sekä järeimpänä vaihtoehtona valmiuslaki (1552/2011). Näiden rajoitusten taustalla oli tarve säilyttää terveydenhuollon kantokyky estämällä koronaviruksen räjähdysmäinen leviäminen. Luukka ja Kukkonen (2020) kirjoittivat artikkelissaan siitä, kuinka tartuntatautilain nojalla hallitus pystyi muun muassa suosittelemaan kaikkien yli 500 hengen yleisötilaisuuksien peruuttamisen ja kahden viikon pituisen karanteenin pitämisen ulkomaan matkalta palattaessa. Käytännössä suositukset olivat kuitenkin määräyksiä. Suomessa hallitus ei voi suoraan kieltää joitain tilaisuuksia, vaan siihen tarvitaan viranomaisen.

Monet terveydenhuollon toimijat tekivät tarvittavia järjestelyjä, jotta työntekijöitä saatiin siirrettyä sinne, missä heistä oli suurin pula. Näihin kuului muun muassa omaehtoinen kiirettömän hoidon supistaminen. Ensimmäisen pandemia vuoden aikana pohdittiin jopa jo terveydenhuollon työntekijöiden velvoittamista hoitotyöhön valmiuslain nojalla. Tähän ei kuitenkaan missään vaiheessa pandemian aikana ole vielä jouduttu. Kuitenkin henkilökunnan riittävyyden turvaamiseksi valmiuslain joihinkin pykäliin jouduttiin

turvautumaan jo heti pandemian alku metreillä. Se herättikin paljon keskustelua siitä, onko Suomen terveydenhuolto resilienssi.

Valmiuslain on tarkoitus turvata väestöä ja sen toimeentuloa sekä maan talouselämää, taata oikeusjärjestys ja perusoikeudet ja ihmisoikeudet sekä varmistaa maan alueellinen koskemattomuus ja itsenäisyys. Maaliskuussa 2020 hallitus teki historiallisen ratkaisun ja otti käyttöön valmiuslain pykälät 86, 88, 93, 94 ja 109. (Kauhanen, 2020). Näiden pykälien käyttöönoton myötä hallitus sai valtuudet mahdollisiin sosiaali- ja terveydenhuoltoyksiköiden toimintojen muutoksiin tai toiminnan laajentamiseen, kiireettömän hoidon määräaikojen pidentämiseen, terveydenhuollon henkilökunnan työaikojen ja vuosilomien sekä irtisanomisaikojen muuttamiseen sekä opetuksen keskeyttämiseen. Näiden rajoitusten lisäksi valmiuslaista aktivoitiin myöhemmin pykälä 118 rajoittamaan ihmisten liikkumista Uudenmaan rajojen yli muissa kuin välttämättömissä syissä. (Elonen & Mykkänen, 2020).

Terveydenhuollon resilienssin turvaaminen eri rajoitusten ja lakien avulla ei kuitenkaan ollut täysin ongelmaton eikä sen koettu olevan pitkäaikainen ratkaisu. Kiireettömän hoidon siirtämisen sekä terveydenhuollon henkilökunnan pitämättömien lomien vuoksi monien terveydenhuollon yksiköiden hoitovelka kasvoi pandemian aikana valtavasti. Vihavainen (2020) kirjoitti artikkelissaan myös siitä, että kiireetöntä hoitoa saatettiin ajaa alas jopa sellaisissa sairaanhoitopiireissä, joissa sairaalaan ei ollut vielä joutunut yhtään koronaviruspotilasta. Tähän saatiin kuitenkin selitys sillä, että terveydenhuollon henkilökuntaa tuli kouluttaa tehohoidon puolelle, jonka oli jo huomattu olevan koronapandemian suurimman paineen alla oleva yksittäinen terveydenhuollon osa.

"Sairaalat myöntävät, että terveydenhuollon kuormittuminen jatkuu vielä pitkälle sen jälkeen, kun koronaviruksen aiheuttamasta epidemiasta on selvitty. Silloin vuorossa pitäisi olla ne potilaat, joiden hoito on katsottu tässä tilanteessa kiireettömäksi." (Vihavainen, 2020).

Tämän lisäksi tiukoilla rajoituksilla ja kiireettömän hoidon alas ajolla nähtiin olevan ongelmia myös siinä, että perussairaudet saattoivat hoitoaikojen pidentyessä pahentua, jolloin hoitoon tarvittiinkin jo enemmän terveydenhuollon resursseja. (Kukkonen, 2020). Lisäksi tiukat rajoitukset ovat lisänneet mielenterveysongelmia ja sosiaalipuolella lastensuojelutapausten määriä. Tämä johtuu muun muassa tiukoista tapaamisista koskevista rajoituksista, joita oli koronapandemian alkuvaiheessa. Näiden rajoitusten vuoksi osa ihmisistä on voinut jäädä täysin yksin jopa töiden siirtyessä etänä tehtäviksi. Tällainen eristäytyminen muista ihmisistä voi helposti johtaa masennukseen. Myös lastensuojelutapausten määrät ovat olleet nousussa. Tähän syynä on ollut peruskoulujen ja oppilaitosten, lukuun ottamatta 1.–3. peruskoulun luokkia, siirtyminen etäopetukseen maaliskuussa 2020, jolloin opettajien ja muiden kouluissa työskentelevien aikuisten tuki ja mahdolliset havainnot lasten ja nuorten hyvinvoinnista saattoivat jäädä jopa täysin pois.

Koska Suomessa on olemassa lainsäädäntöä koskien terveydenhuollon järjestämistä (terveydenhuoltolaki 1326/2010), sen rakenteita (kansanterveyslaki 66/1972 ja erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989) ja esimerkiksi tartuntatautien leviämisen ehkäisyä (tartuntatautilaki 1227/2016), arvosteltiin valmiuslakiin turvautumista niin aikaisessa vaiheessa pandemian alusta hyvinkin paljon muun muassa hoitoalan järjestöjen Tehyn ja Superin puolelta. Valmiuslakiin turvautumisen tulisi aina olla viimeinen keino, mikä herättikin kysymyksen voimassa olevien terveydenhuoltoa koskevien lakien riittävydestä. Suomen hallitus alkoi kuitenkin jo keväällä 2020 etenemään normaaliolojen lainsäädännön muutosten suuntaan. (Sutinen, 2020b). Muun muassa terveydenhuoltolakiin ja tartuntatautilakiin tehtiin muutoksia, jotka olivat joko pysyviä tai määräaikaista.

5.2 Yhteistyö ja vastualueet

Pandemian aikana eri sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien yhteistyö todettiin toimivaksi, mikä omalta osaltaan vahvistaa terveydenhuollon resilienssiä. Koronapandemian aikana muun muassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, HUS:in, huomattiin kuormittuvan muita sairaanhoitopiirejä enemmän. Tämä johtui siitä, että HUS:in alueella on koko pandemian ajan ollut eniten tartuntamääriä. Tehohoidossa trendi oli nouseva ja tähän

haluttiin varautua siirtämällä tehohoito potilaita HUS:in alueelta muihin sairaanhoitopiireihin hoidettavaksi, jotta HUS:in teho hoito kestäisi koronan aiheuttavan kuormituksen. (Häkkinen, 2020). Myös pandemian aikana olleiden rajoitusten tarkoituksena on ollut suojata eri sairaanhoitopiirejä koronan leviämiseltä, jotta sellaisiin sairaanhoitopiireihin, joissa korona levisi huomattavasti enemmän, voitaisiin tarvittaessa siirtää henkilökuntaa ja tarvikkeita muista sairaanhoitopiireistä.

Sairaanhoitopiirien välisestä kitkattomasta yhteistyöstä huolimatta ei kaikkien tahojen vastuualueet ole olleet täysin selvät ja keväällä 2020 oikeuskansleri sai lukuisia valituksia, jotka koskivat sosiaali- ja terveysministeriötä, työ- ja elinkeinoministeriötä ja Huoltovarmuuskeskusta. (Luukka, 2020a). Tämän voi osittain selittää Suomen hyvin hajautetulla terveydenhuoltojärjestelmällä, mihin kuuluu erityisvastuualueita, sairaanhoitopiirejä, kuntia, yksityisiä palvelutarjoajia ja työterveyshuolto. Tämän saman seikan oli OECD/European Observatory on Health Systems and Policies nostanut vuonna 2019 julkaisemassaan Suomea koskevassa terveysprofiilisissa esiin. Tällä voi olla terveydenhuollon resilienssiin hyvin negatiiviset vaikutukset. Koronapandemian kaltaisessa tilanteessa monet tahot ja esimerkiksi ministeriöt joutuvat tekemään toistensa kanssa paljon yhteistyötä, koska vain hyvin harvoin koronapandemian kaltainen kriisi koskee vain yhtä yhteiskunnan osa-alueita. Suomen hallituksen koettiin epäonnistuneen useissa operatiivisissa kriisitoimissa ja ministeriöt pakoilivat vastuutaan epäonnistumisissa tai sysäsivät ne virkamiehille. Tämä myös johtui siitä, että vastuualueet jopa ministeriöiden kesken eivät olleet täysin mutkattomat ja selkeät. (Sutinen & muut, 2020).

”Esimerkistä käy se, että Aino-Kaisa Pekonen on vastuussa sosiaali- ja terveydenhuollon valmiusvarastoista ja niihin liittyvästä materiaalihankinnasta, mutta Krista Kiuru puolestaan sen ohjeistamisesta, miten sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään suojavarusteita. Kiuru vastaa myös akuutissa käytössä olevista tarvikkeista, kuten testeistä ja suojatakeista.” (Sutinen & muut, 2020).

Myös ministeriöt itse ovat tunnustaneet tämän ongelman ja siihen on pyritty löytämään erilaisia ratkaisuja, kuten viikoittaisia tilannekuvapalavereja. Tämän kaltaiset ongelmat ovat kuitenkin myös vaatineet järeämpiä keinoja ja sosiaali- ja terveysministeriö jättikin eduskunnalle lakiesityksen, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnitelua saataisiin parannettua. Vaikkakin vastuualueet eivät ole olleet selkeästi jaettu, on pandemian aikana ministereiden keskinäinen yhteistyö todettu hyväksi etenkin kriisin alussa, koska ministereillä ei ole ollut aikaa väitellä turpeesta ja työttömyysturvasta. (Luukka, 2020a). Tämä toimii muun muassa hyvänä esimerkkinä siitä, kuinka resilienssi ei ole vain täydellistä suojautumista joltain kriisiltä, vaan kyky kohdata kriisi ja oppia siitä sekä muuttaa toimintaa sen mukaisesti.

Terveydenhuollon yhteistyö ei kuitenkaan rajoitu vain sairaanhoitopiirien ja ministeriöiden sekä muiden valvovien elinten väliseen yhteistyöhön vaan tällaisissa pandemian kaltaisissa tilanteissa yhteistyötä tulisi myös korostaa Pohjoismaa- ja EU-tasolla. Euroopasta ensimmäisenä maana Italia joutui pahimmin koronapandemian runtelemaksi ja vuoden 2020 loppuun mennessä Italiassa olikin todettu lähes 2 miljoonaa koronatartuntaa. Kuitenkin Rajamäen (2020) mukaan, kun tartunnat lähtivät Italiassa nousuun, monet Euroopan maat käpertyivät itseensä ja alkoivat sulkemaan rajojaan sekä hamstraamaan suojavausteita ja testejä. Sen sijaan olisi pitänyt pystyä auttamaan Italiaa ja kehittämään yhteistyössä malleja, joilla pandemia saataisiin pysäytettyä ja esimerkiksi pidettyä kansainvälinen liikenne auki.

Toinen suuri ongelma, joka on pandemian aikana noussut EU-tasolla esiin, on terveydenhuollon kyky toimittaa vertailukelpoista tietoa sairaalahoidossa ja tehohoidossa olevista potilaista. Esimerkiksi Italiasta saatu tieto olisi ollut aivan ensiluokkaisen tärkeää muiden maiden terveydenhuollon varautumisen kannalta. Tällainen tieto on pääasiassa ollut Euroopassa vain muutamien ylilääkärien ja heidän mahdollisesti muissa Euroopan maissa toimivien kollegoiden tuntemisen ja tiedonvälityksen pohjalla. THL:n terveysturvallisuusjohtaja Mika Salmisen mukaan Euroopan maiden yhteistyö tulee parantumaan pandemian myötä, josta hyvänä esimerkkinä nyt jo on toiminut rokotehankinnat. (Rajamäki,

2020). Myös Euroopan Unionin komissiossa on herätty näihin ongelmiin koronaviruksen myötä ja komission puheenjohtaja Ursula von der Leyen onkin perustanut erillisen koronavirustöryhmän, joka tähtää yhteistyöhön yli rajojen.

5.3 Vakaa talous ja muut resurssit

Koronapandemialla on jo heti ensi metreistä alkaen todettu olevan oma hintansa, kuten kaikilla pandemioilla historian saatossa ja sekä kunnat että sairaanhoitopiirit ovat joutuneet ylimääräisten kustannusten eteen. Tämän vuoksi jo pandemian alussa hallitus joutui tekemään uuden lisätalousarvion, minkä tarkoituksena oli myös turvata terveysviranomaisten tarpeellisiksi katsomat varat. (Luukka & Kukkonen, 2020). Vuonna 2020 valtio joutui tukemaan kuntasektoria yhteensä jopa 3 miljardilla eurolla ja vuodelle 2021 suunniteltu tukipaketti oli arviolta 2,2 miljardia euroa. Tukipaketti koostui osin valtionosuuksista ja osin valtionavustuksista. Suoraan koronapandemiaan liittyviä kustannuksia, kuten testausta, jäljittämistä, rokottamista ja hoidosta aiheutuneita kustannuksia on korvattu kunnille ja kuntayhtymille valtionavustuksilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2021a).

Monet pienemmät sairaanhoitopiirit joutuivat koville taloudellisesti, koska niin monet mökkeilijät lähtivät pandemian alussa ”karkuun” koronaa. Valtaosa näistä lähti jo silloin Suomessa epidemiavaiheen saavuttaneelta Uudenmaan alueelta, joka johti lopulta Uudenmaan sulkuun. Nämä pienemmät sairaanhoitopiirit vetosivatkin ihmisiin, jotta he jäisivät kotiin. (Loula & Pölkki, 2020).

"Mökkeilijöiden määrän kasvu koronaviruspandemian aikana ja siitä mahdollisesti seuraava terveydenhuollon kuormittuminen aiheuttaa maakunnassa suurta huolta... Essoteen kuuluu yhdeksän kuntaa. Niiden alueella asuu yhteensä noin 100 000 ihmistä. Kesäisin kunnat ovat varautuneet siihen, että asukasmäärä voi kausiväestön takia jopa kaksinkertaistua. Maaliskuussa vastaavaa kasvua ei yleensä tapahdu. " (Loula & Pölkki, 2020).

Pienemmät sairaanhoitopiirit ovat kuitenkin itse pyrkineet aktiivisesti löytämään ratkaisuja ylimääräisille alijäämillään. Tällaisia keinoja on muun muassa lähdetty etsimään ja neuvottelemaan yhdessä sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien kanssa. Yhtenä vaihtoehtona esimerkiksi on esitetty kunnilta perittävä erillinen varautumismaksu, jota kunnat maksaisivat sairaanhoitopiirille asukaslukujen mukaan. (Kervinen, 2020). Tämä johtuu siitä, että valtionavustuksista huolimatta, monet sairaanhoitopiirit ovat joutuneet koronapandemian aikana taloudellisesti hyvin ahtaalle.

Koronapandemia on vaikuttanut suoraan terveydenhuollon talouteen, mutta sillä on ollut myös epäsuoria vaikutuksia. Tällaiseen epäsuoraan vaikutukseen lukeutuu muun muassa työttömyydestä ja lomauttamisesta johtuvat pitkäaikaissairauksien pahentumiset sekä mielenterveysongelmat, kuten masennus, mitkä saattavat pahimmillaan johtaa henkilön poistumiseen työmarkkinoilta täysin, jolloin kyseisen henkilön verotulot jäävät saamatta, sekä terveydenhuollon kuormitukseen yhä enenevässä määrin. Tilastokeskuksen (2021) mukaan työttömyysaste romahtikin koronapandemian alussa vuonna 2020 tippuen alle 70 %. Kuitenkin nyt työttömyysaste on kohonnut takaisin, ollen tällä hetkellä 73,2 %. Myös lomautettujen määrä lähti jyrkkään nousuun ja lukema kipusikin nopeasti noin 20 000 :sta lomautetusta 164 000 lomautettuun.

Vakaan taloudellisen pohjan lisäksi terveydenhuollon tulee olla aina varautunut myös tietyllä tasolla muiltakin osin.

"Kansallinen varautumissuunnitelma määrittää, että terveydenhuollon laitosten tulisi pitää varmuusvarastoissa vähintään 3–6 kuukauden normaalia kulutusta vastaava määrä hengityssuojaimia ja muita keskeisiä terveydenhuollon tarvikkeita." (Kauppinen & muut, 2020).

Suomeen on perustettu Hultovarmuuskeskus sotien jälkeen, missä varastoidaan muun muassa polttoainetta, viljaa, lääkkeitä ja terveydenhuollon välineitä. (Kauppinen & muut,

2020). Suomi joutui historiallisen tapahtuman eteen pandemian alkumetreillä, kun se joutui avaamaan Huoltovarmuuskeskuksen varastot. Terveydenhuollon puolella vallitsi kuitenkin suuri huoli suojarusteiden riittävydestä ja monista terveydenhuollon yksiköistä viestittiinkin, että hallituksen määräyksiä suojarusteiden käytöstä ei voida tosiasiallisesti toteuttaa. Tilanne äityi osassa terveydenhuollon yksiköissä pandemian alussa jopa niin vakavaksi, että kertakäyttöisiä henkilösuojaimia jouduttiin pesemään ja uudelleen käyttämään. (Hiilamo & Vihavainen, 2020b). Suojarusteiden tarve nousi radikaalisti koko maailmassa ja arviolta puolet hengityssuojaimista tuotettiin pandemian alussa Kiinassa. Tämän vuoksi saatavuudessa oli pandemian alussa suuria ongelmia ja tämän vuoksi ei voitu noudattaa täysin kaikkia laatusuosituksia henkilösuojainten hankinnassa. Suojarusteiden riittäminen terveydenhuollon käytössä saatiin kuitenkin korjattua suhteellisen pian pandemian alun jälkeen. Varusteiden saatavuuteen vaikutti sairaaloiden koronapotilaiden pieni lasku, oikeiden suojaimien oikeanlainen käyttö eri hoitotilanteissa ja kotimaisen tuotannon käynnistyminen. Ongelma kuitenkin osoitti, että sairaanhoitopiirien varautuminen ei ollut oletetulla tasolla. (Hiilamo & Vainio, 2020).

5.4 Terveyspalvelujen käyttäjät ja jäljittäminen

Terveyspalvelujen käyttäjien oma käyttäytyminen on todettu pandemian aikana hyvin oleelliseksi tekijäksi kahdellakin eri tavalla koskien terveydenhuollon resilienssiä. Ensiksi esiin nousi terveyspalvelujen käyttäjien tapa noudattaa säädettyjä rajoituksia ja suosituksia, joita annettiin ehkäisemään koronaviruksen leviäminen. Toinen seikka liittyi terveyspalvelujen käyttäjien kiireettömien aikojen käyttämiseen tai käyttämättä jättämiseen. Lisäksi tehokkaalla koronaviruksen kantajien jäljittämällä on todettu olevan positiivinen vaikutus terveydenhuollon resilienssiin, vaikka jäljittäminen ei olekaan ollut täysin aukotonta.

Pandemian alussa hallitus antoi useita suosituksia ja määräyksiä eri rajoituksista, joita noudatettiin Suomessa pääsääntöisesti hyvin ja tartuntoja saatiin laskettua. Helsingin Sanomien pääkirjoituksen (2020b) mukaan osa syynä tähän on suomalaisten syvä luottamus hallitukseen ja viranomaisiin sekä heidän tekemiinsä toimiin ja päätöksiin.

Kuitenkin pandemian jatkuessa kevään ja kesän 2020 yli ja seuraavien tartunta-aaltojen saapuessa oli ihmisissä huomattavissa hyvin vahvasti väsymystä niin itse koronavirusta kuin sen tuomia rajoituksiakin kohtaan. Lisäksi hallituksen alati vaihtuvat strategiat ja niiden tasot koettiin hyvin vaikea selkoisina. Tämä huomattiin hyvin pian taas tartuntojen nousuna. Myöskään suoranainen uhkailu erilaisilla pakotoimilla ja valmiuslailla ei ollut Suomen hallitukselta kovinkaan viisasta syksyllä 2020. Tällainen toiminta ennemminkin ruokkii vastarintaa ja populismin nousua. Yhteiskunnan ja sen elintärkeiden toimintojen kannalta todella tiukat ja pitkäkestoiset rajoitukset eivät kuitenkaan ole toimiva ratkaisu, vaan yhteiskuntaa haluttiin saada pikkuhiljaa avattua taas eri palveluille. Monet kuitenkin kokivat tässä kohtaa rajoitusten heltiämisen lupana alkaa taas elää niin sanotusti normaalisti, mikä lopulta johti rajoitusten tiukentumiseen uudelleen. Toisaalta ei voida täysin poissulkea sitä, etteikö tautitilanne olisi pahentunut muutenkin.

Rajoitusten noudattamisen lisäksi terveydenhuollon resilienssiin terveydenhuollon palveluiden käyttäjien osalta on vaikuttanut kiireettömien hoito- ja leikkausaikojen käyttäminen, perussairauksien hoito sekä palveluiden käyttäjien mahdollinen muuttunut taloudellinen tilanne. Pandemian alussa monet sairaanhoitopiirit alkoivat ajamaan kiireettöntä hoitoa nopeasti alas, minkä johdosta STM joutui muistuttamaan, että perustason sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut sekä muiden sairauksien hoito tulee kuitenkin turvata. Valmiuslain käyttöönotto mahdollisti terveydenhuollolle hoitotakuun pidentämisen eli hoitoon pääsi mahdollisesti vasta myöhemmin kuin kolmen kuukauden sisään, mikä on normaalioloissa säädetty hoitotakuun rajaksi. Lehtinen, Siniauer ja Laitinen (2020) kirjoittivat artikkelissaan, että viime vuosikymmenellä noin 1000 ihmistä on joutunut vuosittain odottamaan hoitoaan pidempään kuin mitä hoitotakuussa on määrätty. Koronaviruksen myötä tämä luku on kuitenkin noussut huhtikuun 2020 loppuun mennessä yli 7700 ihmiseen. HUS:in alueella onkin arvioitu, että hoitotakuun määräaikoihin päästään takaisin noin 1-2 vuotta sen jälkeen, kun koronapandemia on ohi. (Härkönen & Grönholm, 2021).

Sen lisäksi, että hoitovelkaa syntyi kiireettömän hoidon alasajon myötä, sitä alkoi syntyä lisää myös sen vuoksi, että monet terveystaloudellisten palveluiden käyttäjät saattoivat itse perua

kiireettömän ajan, koska pelkäsivät saavansa mahdollisen koronatartunnan terveydenhuollon yksiköstä. Myös monien perussairauksien hoitamatta jättäminen saattoi johtaa sairauden pahenemiseen joissain tilanteissa. (Lehtinen & muut, 2020 & Sutinen, 2020a). Tämä puolestaan johti joidenkin kohdalla terveydenhuollon puolella siihen, että terveyspalveluiden käyttäjä päätyikin kuormittamaan erikoissairaanhoidon resursseja, vaikka sairaus olisi ollut aiemmin hoidettavissa perusterveydenhuollon puolella. Toisaalta koronapandemian aikana on huomattu muun muassa päivystyksen ruuhkien helpottaneen, koska ihmiset eivät hakeudu sinne niin helposti ja useiden rajoitusten vuoksi myös tapaturmien määrä on ollut vähäisempää. Hoitovelka ei ole ollut pandemian aikana vain erikoissairaanhoidon taakka, vaan myös perusterveydenhuoltoon on alkanut kerääntyä niin sanottua näkymätöntä hoitovelkaa. Tämä johtuu siitä, että tartuntojen jäljitys, rokotukset ja koronaneuvonta on pääasiassa ollut kuntien vastuulla. Kaikki tämä työ on ollut pois normaalista vastaanotosta. (Härkönen & Grönholm, 2020).

Lisäksi äitiys- ja lastenneuvolan puolelta raportoitiin käyttämättä jääneistä neuvolaajoista. Lastenneuvolan puolella käyntejä todettiin olleen keväällä 2020 jopa 45 % vähemmän kuin vastaavana ajankohtana edellisenä vuotena. Neuvolakäyntien peruuttaminen nosti terveysviranomaisten huolen perusrokotusohjelman kattavuuden heikkenemisestä. (Sutinen, 2020a). Tämän heikkenemisen myötä pahimmissa tapauksissa jo seläteytyt tartuntataudit, kuten tuhkarokko, sikotauti ja vihurirokko, olisivat voineet suuremmalla todennäköisyydellä taas alkaa kuormittamaan terveydenhuoltoa. Sutinen (2020a) tuo myös artikkelissaan esiin sen, että suunterveydenhuoltoa taas ajettiin alas pandemian alussa suuren tartuntariskin vuoksi, mikä johti luonnollisesti hoitovelan kasvuun. Tämän lisäksi koronaviruksen aiheuttamien yksityishenkilöiden taloudellisten muutosten, kuten lomautusten tai jopa työpaikan menetyksen, johdosta on juuri suunterveydenhuollon ennustettu ruuhkautuvan kunnallisella puolella. Tämä johtuu siitä, että moni yksityisellä suunterveydenhuollon palveluntarjoajalla käyvän, on ennustettu siirtyvän takaisin kunnalliselle puolelle.

Jäljittäminen on terveydenhuollon resilienssin kannalta merkittävää sen vuoksi, että sillä saadaan tartunnan saaneet ja mahdolliset altistuneet tietoon ja määrättyä karanteeniin, jotta epidemian etenemistä voidaan kontrolloida sekä opitaan tuntemaan jäljitettävä virus paremmin. Pandemian alussa Suomessa jäljitettiin koronavirukselle altistuneita epidemiologisen yksikön toimesta, missä esimerkiksi HUS:n alueella työskenteli 53 työntekijää, mutta pienemmillä paikkakunnilla jäljittäjiä saattoi olla vain yksi. Monissa tapauksissa jäljitys alkoi positiivisen koronavirus tuloksen myötä, joka johti alkuun erikoissairaanhoidon lyhyeen haastatteluun, minkä tarkoituksena oli oppia ymmärtämään koronavirusta ja sen leviämisaluetta paremmin. Tämän jälkeen jäljitys siirrettiin kuntien hoidettavaksi, mistä järjestettiin tarkempi haastattelu, jotta saatiin kaikki mahdolliset altistuneet selville. Nämä altistuneet määrättiin 14 vuorokauden kotikaranteeniin. (Pajari, 2020). Tässä korostui myös yksilöiden oma vastuu karanteenin noudattamisesta ja näin myös terveydenhuollon kuormittamisesta. Lopulta Suomessakin otettiin käyttöön elokuussa 2020 jo Etelä-Koreassa ja Singaporessa tutuksi tullut koronajäljityssovellus. Sovelluksen myötä jäljitys helpottui, mutta täysin aukottomaksi sitä ei pystytty saamaan esimerkiksi siitä syystä, että sovelluksen käyttö vaati älypuhelimien ja sovelluksen käyttö perustui vapaaehtoisuuteen eli jokainen sai itse päättää käyttääkö jäljityssovellusta. Sovelluksen käyttöönoton myötä myös jäljittäjien tarve kasvoi huomattavasti ja tähän rekrytoitiin nopealla aikataululla myös terveydenhuollon ulkopuolelta henkilökuntaa ja vapaaehtoisia.

Jäljityksen kannalta yhdeksi ongelmallisimmaksi kohdaksi on osoittautunut ulkomailta palaavat kansalaiset. Monet suomalaiset palasivat pandemian alussa takaisin Suomeen, mistä suurin osa vielä sellaisilta alueilta, joissa oli todettu enemmän tartuntoja kuin Suomessa. (Pikkarainen & Rimpiläinen, 2020). Voitiin siis olettaa, että lähes jokaisessa Suomeen palaavassa koneessa tällaiselta alueelta olisi vähintään yksi koronaviruksen kantaja mukana. Ulkomailta Suomeen palaavien ohjeistaminen petti hyvin pahasti osittain sen takia, että ei tiedetty kenen vastuulle se kuuluisi. Monet palasivatkin Suomeen tietämättä, mikä olisi turvallisin tapa esimerkiksi palata lentokentältä kotiin levittämättä mahdollista koronavirusta tai mikä on käytäntö karanteenin suhteen. HUS:n toimitusjohtaja

Juha Tuominen ehdottikin ulkomailta palaavien valvottua karanteenia esimerkiksi lentokenttähotellissa. Tähän ei kuitenkaan lopulta päädytty.

"Tuomisen mukaan tulijoiden joukossa voi olla "mittavasti tartuntoja", mikä lisäisi kuormitusta Suomessa. Husin asiantuntijat ovat hänen mukaansa sitä mieltä, että jos karanteeni ei todella pidä, tautitaakka lisääntyy ja terveydenhuolto kuormittuu entisestäänkin." (Pikkarainen & Rimpiläinen, 2020).

5.5 Terveydenhuollon vaikuttavuuden mittaaminen

Yhtenä tekijänä terveydenhuollon resilienssiin nousi esiin myös se, kuinka terveydenhuollon vaikuttavuutta mitataan. Vaikuttavuus on ollut jo pitkään esillä julkisessa keskustelussa. Sillä tarkoitetaan muutoksen aikaan saamista ja toteutuneita tavoitteita, mitä voidaan mitata joko määrällisesti tai vaikuttavuusperusteisesti. Valtavaaran (2020) mukaan koronapandemia on nostanut esiin sen, että terveydenhuollon vaikuttavuutta mitataan suurelta osin tehtyjen toimenpiteiden ja potilaskäyntien määrällä. Toisin sanoen, mitä enemmän tehtyjä toimenpiteitä ja potilaskäyntejä, sitä parempi terveydenhuollon vaikuttavuus on. Näin ei kuitenkaan todellisuudessa ole ja koronapandemia onkin osoittanut nykymallin toimimattomuuden.

Terveydenhuollon kustannukset ovat koronapandemian aikana suorastaan räjähtäneet käsiin. Pandemian lisäksi jo olemassa olleet terveydenhuollon kipupisteet eli väestön ikääntyminen ja sen myötä erilaisten terveysongelmien määrän kasvu sekä yleistyvät elämäntapasairaudet, ovat pahentuneet. Nämä ongelmat ovat erityisesti nähtävissä perusterveydenhuollon puolella. Monilta osin työaika menee päivystysluonteisten käyntien hoitamiseen, jolloin vastataan vain akuuttiin hätään ja potilaan aito kohtaaminen, kokonaisvaltainen hoito sekä mahdollinen ennaltaehkäisevä työ jäävät pois. Nimenomaan ennaltaehkäisevä työ olisi monissa tilanteissa kriittisen tärkeää, jos esimerkiksi pystyttäisiin ehkäisemään elämäntapamuutos neuvonnalla alkava sydänvika ja pallonlaajennus. Tilanteelle ei kuitenkaan nähdä tulevan muutosta ennen kuin mittaustapaa muutetaan vaikuttavuusperusteiseksi. Vaikuttavuusperusteinen mittaaminen tuo tietenkin tullessaan myös

suuremman lääkärien tarpeen perusterveydenhuollossa. Hallitusohjelman tavoitteena olikin saada ennen koronaa tuhat uutta lääkäriä perusterveydenhuoltoon. (Valtavaara, 2020). Uudet virat eivät kuitenkaan yksin muuta systeemiä, vaan lääkärit tulisi saada jäämään perusterveydenhuollon pariin, mutta aliresursoitu perusterveydenhuolto ei ole kovin houkutteleva.

”Kun ammattilaisen työn ilo ja potilaan sitoutuminen hoitoon saadaan kohtaamaan, saadaan kustannukset kuriin ja voidaan luopua tehotalouden kvartaalijattelusta.” (Valtavaara, 2020).

5.6 Terveydenhuollon henkilökunta

Suurimmaksi yksittäiseksi nimittäjäksi terveydenhuollon resilienssin kannalta Helsingin Sanomien artikkeleista nousi terveydenhuollon henkilökunta, joista erityisesti hoitajat. Hoitajilla tässä tapauksessa tarkoitetaan niin lähi-, sairaan- kuin terveydenhoitajia. Hoitajat nousivat esiin kahdella eri tavalla. Ensin esiin nousi hoitajien riittävyys terveydenhuollon parissa ja kohtaako riittävä osaaminen tarpeen. Erityisesti koronapandemian keskellä huomio on kiinnittynyt riittävään henkilöstömäärään ja osaamiseen tehohoidon puolella. Toisena esiin nousi hoitajien oma resilienssi pandemian keskellä.

”OECD:n tilastojen valossa Suomella on hoitohenkilöstön kannalta erinomainen tilanne. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelee suuri osa Suomen työvoimasta, yli 15 prosenttia. Vain Norjassa, Tanskassa ja Ruotsissa luku on suurempi.” (Kauppinen & muut, 2020).

Eurostatin vertailussa Suomen sairaanhoidon paikkojen todettiin olevan keskimuotoa huolestuttavampi, koska sairaanhoidossa paikkoja sataatuhatta ihmistä kohden oli vain 279,5. Tämä luku on selvästi Euroopan unionin muihin maihin verrattuna keskimuotoa huonompi. Kuitenkin Suomen hoitohenkilökunnan kannalta tilanne oli aivan toinen, sillä OECD:n tutkimuksessa vain Norjalla, Tanskalla ja Ruotsilla hoitohenkilöstön prosentuaalinen osuus työvoimasta oli suurempi. Vuoden 2017 tehdyn tutkimuksen mukaan

Suomessa olikin 14,3 hoitajaa tuhatta asukasta kohden. (Kauppinen & muut, 2020). Tästä huolimatta Suomi joutui turvautumaan hyvin aikaisessa vaiheessa valmiuslain käyttöön turvatakseen juuri hoitohenkilökunnan riittävyyden. Valmiuslaista aktivoitiin pykälät 86, 88, 93, 94 ja 109. Pykälä 95 aktivoitiin hieman näiden jälkeen, kun se oli ensin valmisteltu uudelleen valtioneuvostossa. Edellä mainituista pykälistä viisi koski terveydenhuoltoa ja näistä viidestä kolme pykälää koski suoraan terveydenhuollon työntekijöitä.

Valmiuslain (1552/2011) pykälässä 86 säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden toiminnasta, minkä mukaan poikkeusoloissa STM ja aluehallintovirasto voivat määrätä sosiaali- ja terveydenhuoltoyksikön muun muassa muuttamaan tai laajentamaan toimintaansa sekä luovuttamaan toimintayksikkönsä viranomaisten käyttöön. Pykälässä 88 säädetään sosiaali- ja terveystalvakuista sekä terveydensuojelusta. Tässä tapauksessa pykälä mahdollisti kiireettömän hoidon siirtämisen. Pykälä 93 mahdollisti työnantajille palvelusuhteen ehdoista poikkeamisen koskien työaikalaisissa (872/2019) säädettyjä lepoaikoja ja ylityötä koskevia säädöksiä sekä vuosilomalaisissa (162/2005) vuosiloman antamista koskevia säädöksiä. Pykälässä 94 taas rajoitetaan irtisanoutumisoikeutta ja pykälä 95 koskee työvelvoitetta eli jokainen Suomessa asuva ja tarvittavan koulutuksen saanut, joka on iältään 18–68 on velvollinen tekemään valmiuslain mukaista välttämätöntä työtä.

Koronaviruksen huomattiin jo varhain kuormittavan erityisesti tehohoitoa, jossa yksi potilas vaatii jopa viisi hoitajaa. Tämän vuoksi, kun kiireetöntä leikkaushoitoa alettiin ajaa alas, alettiin leikkaussali henkilöstöä kouluttaa tehohoidon puolelle. Tämä ei kuitenkaan vielä turvannut hoitohenkilökunnan riittävyyttä, koska myös hoitohenkilökuntaa sekä sairastui että altistui koronalle jatkuvasti. Sen vuoksi turvaututtiin aluksi keikkatyöntekijöihin ja uusiin rekrytointeihin. Ongelmana tässä vain oli se, että ulkopuolista työvoimaa ei juurikaan ole Suomessa tarjolla ja ne keikkatyöntekijät, jotka aiemmin ovat täyttäneet puutokset eivät halunneet tehdä tarjottuja vuoroja mahdollisen korona-altistumisen saamisen vuoksi. (Hiilamo & Vihavainen, 2020a). Tästä syystä jouduttiin turvautumaan

valmiuslakiin, joka antoi mahdollisuuden kutsua henkilökunnan pois lomilta ja vapailta tai siirtää näitä, pidentää irtisanoutumisaikaa sekä värvätä opiskelijat, eläkeläiset, yksityisen sektorin työntekijät ja alaa vaihtaneet takaisin terveydenhuollon töihin.

"Eryteisesti huoli on nyt henkilökunnan riittävydestä varsinkin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa ja teho-osastoilla. Siksi hallitus otti valmiuslaista käyttöön työkaluja, joilla voidaan lykätä kiireetöntä hoitoa ja myös tarvittaessa määrätä yksityisiä toimijoita hoitamaan potilaita." (Helsingin Sanomat, 2021).

Tutkimusjakson aikana Suomessa ei turvaututtu niin sanottuun pakkotyöhön. Valmiuslain käyttöönotto on kuitenkin saanut valtavasti negatiivista palautetta muun muassa hoitoalan työjärjestöiltä ja esiin on nostettu kysymys siitä, onko Suomessa oikeasti riittävästi hoitajia, kun vain muutama viikko pandemian julkistamisen jälkeen Suomi joutui turvautumaan noin radikaaleihin tekoihin. Liitenin (2020) mukaan hoitoalan työjärjestöt ovat pandemian aikana saaneet myös lukuisia yhteydenottoja hoitajilta, koskien valmiuslain tuomien työnantajan oikeuksien väärinkäytöksiä. Näiden kanteluiden perusteella osa työnantajista on turvautunut valmiuslain tuomiin työnantajien oikeuksiin paikataksseen jo olemassa olevaa hoitajapulaa, vaikka valmiuslaki otettiin käyttöön vain koronapandemian hillitsemiseksi. Tämä myös omalta osaltaan osoittaa lakien puutteellisuutta, kun niitä pystytään edellä mainituin tavoin väärinkäyttämään.

Koronavirus nosti terveydenhuollon henkilökunnan hyvin lyhyessä ajassa Suomen tärkeimmiksi työntekijöiksi. Terveystenhoolto on myös yhteiskunnan toiminnan kannalta yksi merkittävimmistä aloista. Sairaanhoidajista noin 92 % on naisia ja vain noin 8 % on miehiä. (Sairaanhoidajat, 2021). Jos verrataan naisvaltaisten alojen keskiverto palkkoja miesvaltaisten alojen keskiverto palkkoihin erot ovat todella suuria. Koronavirus teki hoitajista yhteiskunnan tukipilareita, mutta palkan ei työn vaatavuuteen nähden kuitenkaan nähdä olevan kohdillaan. Myöskään arvostusta pandemia-ajan ulkopuolella terveydenhuolto alana ei ole juurikaan saanut osakseen vaan julkinen terveydenhuolto on

nähty ennemminkin vain tuottamattomana kulueränä. (Helsingin Sanomat, 2021). Tämä kaikki vaikuttaa tietenkin negatiivisesti koko terveydenhuoltoalan koulutukseen hakeutumiseen, erityisesti hoitohenkilökunnan koulutusaloihin. Terveydenhuollon puolella on tällä hetkellä menossa kova kilpailu hoitajista ja vastaus niin osan hoitajien kuin työjärjestöjenkin mielestä löytyy rahasta toisin sanoen paremmasta palkkauksesta, joka lisäisi samalla alan vetävyyttä. Luukka (2020b) toi artikkelissaan esiin sen, että koronapandemian aikana joitakin koronabonusia on terveydenhuollossa maksettu. Tässä kuitenkin ongelmana on suomalainen työmarkkinaperinne, jonka mukaan kukaan ei saa mitään, jos kaikki eivät saa ja kuntasektorilla Suomessa löytyy satojatuhansia työntekijöitä, jotka voivat sanoa työnsä muuttuneen koronan myötä.

”Henkilöstö on kriittinen tekijä. Johdon on huolehdittava varsinkin koronan takia erityisolosuhteissa työskentelevän henkilöstön riittävästä ja jaksamisesta...”
(Harju, 2020).

Toinen hyvin vahvasti esiin noussut hoitajien tuoma vaikutus terveydenhuollon resilienssiin on hoitajien oma jaksaminen ja resilienssi. Hoitajien resilienssi nähdään yhtenä terveydenhuollon resilienssin suurimpana yksittäisenä tekijänä, kuitenkin samaan aikaan se nähdään yhtenä heikoimpana lenkinä. Koronapandemia on vaikuttanut hoitajien resilienssiin hyvin monilla eri tavoin. Hoitajat ovat joutuneet valmiuslain tuomien säädösten vuoksi nopealla aikataululla kouluttautumaan ja sopeutumaan uusiin työtehtäviin, mahdollisiin lomien peruuntumisiin ja työaikojen muutoksiin sekä irtisanomisajan pitenemiseen. Näiden lisäksi hoitajiin on vaikuttanut suuresti epäselvät ohjeistukset sekä mahdolliset tarvittavien suojarusteiden puutokset, joka on omalta osaltaan nostanut koronatartunnan saamisen pelkoa. (Hiilamo & Vihavainen, 2020b). Koronavirus ei myöskään ole ollut ainoa terveydenhuoltoa kuormittava tekijä tutkimusjakson aikana ja onkin ennustettu, että terveydenhuollon kuormitus tulee jatkumaan vielä pitkään koronaviruksen jälkeen kasvaneen hoitovelan vuoksi. Myös rajoitukset ja pelko itsensä tai läheisen sairastumisesta tai jopa kuolemasta on ollut myös hoitajien taakkana. Hoitajien riittävyyden ja hoitajien resilienssin voidaan myös nähdä korreloivan keskenään. Kun useampi

hoitaja esimerkiksi väsyä tai altistuu koronalla ja joutuu pois töistä, eikä tilalle aina saada pätevää henkilökuntaa tuuraamaan, ei työmäärä terveydenhuollossa suinkaan vähene vaan jää vuorossa olevien hoitajien tehtäväksi.

”Epidemian jälkeen edessä voi olla muita ruuhkia viivästyneiden hoitotoimenpiteiden vuoksi. Koronaviruskriisi vaatii terveydenhuolloilta poikkeuksellista venymistä vielä pitkään.” (Helsingin Sanomat, 2020c).

5.7 Onko Suomen terveydenhuolto resilientti – nyt ja tulevaisuudessa?

Koronakriisin alkuvaiheessa Suomen terveydenhuolto nähtiin resilienttinä eli se pystyi taipumaan koronapandemian vaatimiin toimenpiteisiin, kuten kiireettömän hoidon alasajoon sekä sen palauttamiseen takaisin normaalioloihin. Tätä vahvisti hyväksi kuvattu hoitajamäärä sekä Huoltovarmuuskeskuksen ylläpitämät suojaruustevävarastot. Kuitenkin samaan aikaan koronakriisin kriittisimpänä kohtana nähtiin terveydenhuollon kestävyys ja monet asiantuntijat sekä osa ministereistä myönsivät, että terveydenhuollon resilienssi ei ollut riittävällä tasolla ja terveydenhuolto tulee kuormittumaan vielä pitkään koronapandemian selättämisen jälkeen kertyneen hoitovelan vuoksi. Tämä kulminoitui erityisesti hoitajien määrään ja heidän resilienssiin. Esimerkiksi Kainuun sotien pandemiapäällikkö Olli-Pekka Koukkari kuvasi tilannetta seuraavanlaisesti:

”Meillä on sitten melkoinen määrä kiireettömiä potilaita, henkilökunnan pitämättömiä lomia ja kuralla olevia kuntatalouksia. Kun tähän lisätään työttömät ja kotona kriisiytyneet päälle, ainoa, jossa näen valoa, on kevätaurinko.” (Vihavainen, 2020).

Ja STM :n kansliapäällikkö Kirsi Varhila kommentoi pandemiaa seuraavasti :

"Pandemiaan on varauduttu lähinnä influenssan osalta, mutta ei muutoin laajemmin. Ylätason strategioita saattaa olla terveysturvallisuudesta, mutta konkreettinen taso puuttuu." (Luukka, 2020a).

Terveydenhuollon resilienssin tukemiseksi tehtiinkin paljon erilaisia toimenpiteitä, joita on jo aiemmin esitetty. Terveydenhuollon kantokykyä saatiinkin kasvatettua huomattavasti ensimmäisen korona-aallon jälkeen. Muun muassa suojarusteiden riittävyttä ja jakelua saatiin parannettua, kuin myös suojarusteiden oikeaoppisen ja oikea-aikaisen käytön ohjeistuksia, joka myös vaikutti omalta osaltaan riittävyteen. Myös tehohoidon puolelle, minkä huomattiin kuormittuvan eniten, saatiin koulutettua lisää henkilökuntaa. Ensimmäisessä pandemia-aallossa huomattiin myös, että esimerkiksi varasairaaloiden rakentaminen valmiiksi on turhaa, vaan ensin tulisi hyödyntää jo olemassa olevat koronapotilaiden hoitopaikat eri sairaanhoitopiireissä. Kaikki eivät kuitenkaan olleet samoilla linjoilla resilienssin kasvamisesta ja esimerkiksi terveydenhuollon työjärjestön Tehyn puheenjohtaja Millariikka Rytönen toikin vahvasti esiin, että koronaviruksen seuraaviin aaltoihin ei varauduttu tarvittavilla työjärjestelyillä. (Luukka, 2020b). Hänen pelkonaan oli, että hallitus joutuu turvautumaan valmiuslakiin taatakseen terveydenhuollon työntekijöiden riittävyys.

Koronaviruksen on huomattu opettavan terveydenhuollon resilienssistä ja varautumisesta hyvin paljon ja edelleen se jatkaa opettamista. Tulevaisuudessa terveydenhuollon resilienssin nähdään olevan huomattavasti paremmalla tasolla koronaviruksen tuomien oppien vuoksi. Kuitenkin on noussut myös asioita, joita tulevaisuudessa tulisikin juuri kehittää vielä. THL:n terveysturvallisuusjohtaja Mika Salminen nostikin esille Euroopan Unionin maiden paremman yhteistyön ja tiedonkulun tulevaisuudessa vastaavissa pandemia tilanteissa.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä luvussa tarkastelen ja pohdin keskeisimpiä tuloksia tutkimuskysymysteni pohjalta sekä käyn läpi tutkimukseni vaiheita ja tuloksia luotettavuuden näkökulmasta. Tulen myös esittämään jatkotutkimusehdotuksen.

6.1 Johtopäätökset

Vaikka useassa lähteessä korostettiin resilienssin olevan terveydenhuollon puolella verrattain uusi käsite, on se kuitenkin saavuttanut jo hyvin yksisuuntaista käsitteellistämistä. Suurimpina yksittäisinä tekijöinä terveydenhuollon resilienssistä nousi eri lähteiden pohjalta sopeutuminen ja muutoskyky. Nämä eivät kuitenkaan varsinaisesti kerro meille mitään, sillä tämän tarkemmin terveydenhuollon resilienssin muodostavista tekijöistä ei olla päästy yksimielisyyteen, vaikka niitä on pyritty tutkimaan. Useita tutkimuksia aiheesta kuitenkin on ja muun muassa palveluiden saatavuus, terveydenhuollon tuotteet, kuten lääkkeet ja tekniikkaa, talous, tieto, terveydenhuollon henkilökunta ja johtajuus sekä hallinto ovat niitä tekijöitä, joiden on nähty muodostavan resilientti terveydenhuolto. Sen sijaan esimerkiksi yksilön resilienssin muodostumista on pystytty jakamaan tarkemmin sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin, missä sisäisiä tekijöitä on esimerkiksi geneettiset tekijät ja yksilön synnynnäinen temperamentti ja ulkoisia tekijöitä on kaikki vuorovaikutussuhteet, joita meillä elämässämme on.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän uutisointia koronapandemia ensimmäisen pandemia vuoden aikana 11.3.2020-10.3.2021. Suurimpana uutisoinnin kohteena terveydenhuollon resilienssistä nousi sen eri tekijät. Tässä tutkimuksessa esiin nousseita tekijöitä oli terveydenhuoltoon kytkeytyvät lait ja säädökset, tarkat vastualueet ja yhteistyö, vakaa talous ja muut terveydenhuollon vaatimat resurssit, kuten lääkkeet ja tekniikka, terveystalouden käyttäjät ja jäljittäminen, terveydenhuollon vaikuttavuuden mittaaminen sekä terveydenhuollon henkilökunta. Tämä ei kuitenkaan ole täydellinen lista terveydenhuollon resilienssin muodostavista tekijöistä ja tekijöitä voi olla useita lisää. Nämä ovat kuitenkin niitä

tekijöitä, jotka ovat nousseet koronapandemian aikana uutisoinnissa esiin ja ovat vaikuttaneet joko positiivisesti tai negatiivisesti Suomen terveydenhuollon resilienssiin.

Koronapandemia on nostanut terveydenhuollon resilienssin hyvin vahvasti esiin. Tarkastelujakson aikana ensimmäisenä esiin nousseena tekijänä oli terveydenhuoltoon kytkeytyvät lait ja säädökset. Nämä nousivat vahvasti esiin, koska Suomi joutui koronapandemian aikana hyvin historiallisen tapahtuman eteen, kun se joutui turvautumaan valmiuslakiin. Erityisesti uutisoinnissa korostui valmiuslain käyttöönotto, koska sen eri pykälien aktivointi pureutui niin vahvasti perusoikeuksiin, kuten liikkumiseen. Kaikilla eri säädöksillä ja valmiuslain pykälien aktivoinneilla oli kuitenkin yhteinen päämäärä eli säilyttää terveydenhuollon kantokyky. Koronapandemia osoitti hallitukselle myös hyvin eri lakien toimimattomuuden joissain tilanteissa. Hallitus tekikin muun muassa tartuntatautilakiin sekä pysyviä että määräaikaisia muutoksia hyvin nopealla aikataululla. Tämä mahdollistaa tulevaisuudessa vastaavissa tilanteissa esimerkiksi sen, että valmiuslakiin ei tarvitse turvautua niin helposti vaan jo niin sanotusti voimassa olevat lait antavat enemmän valtuuksia pysäyttää mahdollinen tartuntatauti. Resilienssistä puhuttaessa on monessa eri lähteessä korostettu kykyä oppia kriiseistä. Terveydenhuollon lainsäädäntö on ollutkin oppikirjamainen esimerkki resilienssistä.

Toisena esiin nousseena tekijänä uutisoinnista pystyi erottamaan eri terveydenhuollon organisaation tasojen vastualueet ja yhteistyön. Yhteistyön toimivuutta Suomen sisäisten toimijoiden kesken, kuten eri sairaanhoitopiirien ja ministerien välillä, pidettiin hyvänä ja toimivana. Sen sijaan yhteistyötä Pohjoismaiden ja EU:n tasolla pidettiin tärkeänä tulevaisuudessa kehittää, koska silloin pystytään oppimaan paremmin toisilta ja mahdollisesti tarjoamaan apua sinne, missä sitä eniten tarvitaan. Tämän tason yhteistyön kehittäminen olisi myös Suomen kaltaiselle pienemmälle valtiolle hyvin tärkeää, koska kovassa kilpailussa esimerkiksi terveydenhuollon tarvikkeista suuremmat valtiot usein vetävät niin sanotusti pidemmän korren. Sen sijaan vastualueet ja niiden selkeät rajat osoittautuivat pandemian aikana ongelmalliseksi etenkin ministeriö tasolla. Täysin ongelmaton konkreettinen terveydenhuollon tasokaan ei ollut, kuten Varhilakin

kommentoi. Tässä kohtaa johtaminen, oikeanlainen hallinto ja selkeät strategiat ovat resilienssin ylläpitämisen kannalta erityisen tärkeitä tekijöitä.

Kolmantena esiin nousi terveydenhuollon vakaa talous ja muut resurssit, joilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan esimerkiksi lääkkeitä ja tekniikkaa eikä henkilöstö resursseja. Suomessa terveydenhuollon rahoitus tulee pääasiallisesti valtion ja kuntien verotuloista, lakisääteisistä ja vapaaehtoisista vakuutusmaksuista sekä työnantajan ja asiakkaiden maksuista. Näistä julkisen terveydenhuollon puolella suurimman osan rahoituksesta kattaa valtion ja kuntien verotuloista terveydenhuollolle osoitettu rahoitus. Koronapandemian alussa huomattiin sen vaikuttavan merkittävästi myös terveydenhuollon rahoitukseen, mihin pyrittiinkin vastaamaan valtionavustuksin ja lisäbudjetein. Pandemialla on ollut terveydenhuollon talouteen sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia. Suoriin vaikutuksiin on lukeutunut muun muassa lisähenkilökunnan palkkaaminen sekä lääkkeiden ja tekniikan ostaminen. Epäsuoriin vaikutuksiin sen sijaan kuuluu muun muassa lomautettujen ja työttömien ansiotulojen menetyksestä johtuva vaikutus veroihin ja sitä kautta esimerkiksi valtionosuuksiin sekä näiden henkilöiden mahdollinen terveydenhuollon suurempi kuormitus. Tehokas taloudellinen varautuminen sekä resurssien oikeanlainen kohdentaminen voisi siis hyvin parantaa terveydenhuollon varautumista ja tätä kautta terveydenhuollon resilienssiä.

Neljäntenä resilienssin tekijänä esiin nousi terveystalouden käyttäjät sekä jäljittäminen. Terveystalouden käyttäjien nähtiin koronapandemian aikana vaikuttavan resilienssiin kahdellakin eri tavalla. Ensimmäinen nähtiin vaikuttavan resilienssiin eri rajoitusten noudattamisen kautta. Mahdollinen rajoitusten noudattamatta jättäminen on koko koronapandemian ajan nostanut riskiä levittää mahdollisesti jopa tietämättään kantamaansa koronavirusta. Terveystalouden käyttäjien oma käyttäytyminen voidaan nähdä myös yleisemmällä tasolla vaikuttavan terveydenhuollon resilienssiin esimerkiksi terveydenhuollon kuormituksen kautta. Jos esimerkiksi terveydenhuollon asiakas päättää olla noudattamatta lääkäriltä saamia ohjeita ja itse aiheuttaa näin sairauden pahenemisen, vaikuttaa se terveydenhuollon kuormitukseen sekä suuremmassa

mittakaavassa myös resilienssiin. Toisena tekijänä terveystalouden käyttäjien osalta esiin nousi mahdollisten kiireettömien aikojen käyttäminen tai käyttämättä jättäminen. Käyttämättömät vastaanottoajat vaikuttavat heti terveydenhuollon taloudellisten resurssien oikeanlaiseen kohdentamiseen ja mahdollisesti myös terveystalouden käyttäjän oman sairauden etenemiseen. Myös jäljittäminen nähtiin resilienssiin vaikuttavana tekijänä. Jäljittäminen on myös koronapandemian ulkopuolella osa terveydenhuollon tehtäviä, vaikkakin hyvin paljon pienemmässä mittakaavassa. Sen vuoksi sen vaikutavuudesta terveydenhuollon resilienssiin tulisikin keskustella enemmän.

Terveydenhuollon vaikuttavuuden mittaaminen nousi viidentenä tekijänä esiin terveydenhuollon resilienssissä. Tällä hetkellä terveydenhuollon puolella vaikuttavuuden mittaaminen on hyvin suoritusperusteista eli vaikuttavuutta mitataan toteutuneiden potilaskäyntien ja tehtyjen toimenpiteiden avulla. Toisin sanoen mitä enemmän potilaita ja toimenpiteitä sen parempi vaikutus. Määrät kuitenkin harvoin kertovat meille täyttä totuutta ja siksi terveydenhuollon puolella tulisikin siirtyä enemmän vaikuttavuusperusteiseen mittaukseen. Tämän myötä voitaisiin saavuttaa potilaiden hoidossa jo parempia tuloksia aiemmin, jolloin terveydenhuollon myöhempi kuormitus jäisi mahdollisesti kokonaan pois. Vaikuttavuuden mittaamisella voitaisiin näin ollen nähdä olevan myös yhteyttä terveydenhuollon talouteen ja sen oikeanlaiseen kohdentamiseen.

Viimeisenä ja eniten uutisoituna resilienssin tekijänä nousi esiin terveydenhuollon henkilökunta, ja koronapandemian aikana henkilökunnassa on erityisesti korostunut hoitohenkilökunta. Terveydenhuollon henkilökunta vaikuttaa myös omalta osaltaan kahdella eri tavalla resilienssiin. Ensimmäiseksi esiin on noussut hoitohenkilökunnan riittävyys ja toisena hoitohenkilökunnan oma resilienssi. Koronapandemian alussa terveydenhuollon puolella oltiin hyvin luottavaisia hoitohenkilökunnan riittävydestä, kuitenkin keskustelua päivänvastaisesta on esiintynyt paljonkin jo ennen koronaa. Tämän lisäksi hyvin varhaisessa vaiheessa pandemiaa huomattiin myös hoitohenkilökunnan sairastuvan ja joutuvan karanteeneihin, jolloin niin sanottua paikkaavaa ja osaavaa henkilökuntaa olikin vaikea saada. Koronapandemia on kuormittanut viruksen edetessä eniten tehohoitoa,

jossa huomattiinkin hyvin varhaisessa vaiheessa, että osaava henkilökunta ei tule riittämään. Tämän vuoksi hallitus joutui turvautumaan lakeihin, joilla saatiin ajettua kiireetöntä hoitoa alas ja koulutettua sairaanhoitajia tehohoidon puolelle.

Toisena tekijänä terveydenhuollon henkilökunnasta nousi esiin heidän oma resilienssi, joka on ollut erittäin kovalla koetuksella pandemian aikana. Tähän on ollut useita eri tekijöitä, kuten mahdollinen vaihtuva työnkuva, erilaiset pakotteet, jotka vaikuttavat työn tekoon sekä tietenkin rajoitukset, jotka ovat vaikuttaneet sekä työelämässä että yksityiselämässä. Terveydenhuoltoa ei ole olemassa ilman sen tekijöitä. Tämän vuoksi henkilökunnan rooli ja jaksaminen ovat korostuneet koronapandemian aikana. Terveydenhuollon organisaatiossa korostuu siis hyvin vahvasti organisaation resilienssin lisäksi yksilön resilienssi.

Viimeisenä uutisoinnista oli huomattavissa tarkastelujakson aikana se, että Suomen terveydenhuollon resilienssi on ollut koronapandemian ensimmäisenä vuonna hyvin vahvasti tarkkailun alla. Tämä johtuu siitä, että koronapandemia on kuormittanut vahvasti terveydenhuoltoa ja aiempaa vastaavaa kokemusta terveydenhuollon kuormituksesta ei ole ollut. Terveydenhuollon nähtiin pandemian alkumetreillä olevan hyvä. Niin henkilökunnan kuin esimerkiksi suojavarusteiden oletettiin riittävän hyvin pandemian aikana. Hyvin nopeasti kuitenkin huomattiin tilanteen olevan paljon oletettua huonompi. Terveydenhuolto kuitenkin kykeni taipumaan ja mukauttamaan toimintaansa tässä tilanteessa muun muassa ajamalla kiireetöntä hoitoa alas. Näin ollen Suomen terveydenhuollon voi nähdä olevan resilienssi. Kehitettävää ja opittavaa koronapandemia on kuitenkin myös tuonut mukanaan ja esimerkiksi yhteistyö Pohjoismaiden ja EU:n tasolla on nostettu esiin tulevaisuutta ja sen mahdollisia kriisejä ajatellen.

6.2 Pohdinta

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoituksena oppia ymmärtämään ilmiötä, jota tutkimuksessa tarkastellaan. (Aaltio & Puusa, 2020). Kun aletaan tarkastella kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta, nousee heti mieleen kysymykset totuudesta ja

objektiivisesta tiedosta. Toisin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa ei kvalitatiiviselle tutkimukselle ole samalla tavoin luonteen omaista yleistettävät tulokset. Tämän vuoksi luotettavuutta tulisikin tarkastella tutkimuksen asettamissa kehyksissä sen mukaan, mitä menetelmiä tutkimuksessa on käytetty. (Aaltio & Puusa, 2020). Täysin objektiiviseen tilaan on lähes mahdotonta päästä, kuitenkin koen, että tässä tutkimuksessa olen pystynyt erottamaan omat oletukseni tutkimusta tehdessäni, jolloin tulosten uskottavuus kasvaa.

Usein tutkimuksen luotettavuuteen yhdistetään vahvasti käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti. Nämä käsitteet sopivat kuitenkin paremmin kuvaamaan kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta. Kuitenkin myös kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi arvioida, minkä vuoksi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille tulisikin luoda kehykset jo tutkimuksen alussa eri valintoja tehdessä. (Aaltio & Puusa, 2020 & Hirsjärvi & muut, 2014, s. 232). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta saadaankin tuotua esiin selittämällä lukijoille tarkasti, mitä tutkimuksessa on tehty ja miten on päästy annettuihin tuloksiin. (Hirsjärvi & muut, 2014, s. 232). Tässä tutkimuksessa on esitelty luvussa neljä hyvin tarkasti muun muassa aineiston keruu sekä aineiston analysointi ja sen eri vaiheet. Näiden avulla olen pyrkinyt lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja lukija kykenee seuraamaan, kuinka tässä tutkimuksessa on päästy luvussa viisi esitettyihin tuloksiin. Tuloksien yhteydessä olen esittänyt suoria lainauksia joistakin Helsingin Sanomien artikkeleista, jotka tukevat tuloksia ja niiden päättelyketjuja.

Tutkimuksen analyysi vaiheessa yllättävintä oli eri terveydenhuollon resilienssin tekijöiden nouseminen esiin näinkin laajasti. Itse terveydenhuollon parissa työskentelevänä osasin aineistoa jo kerätessä olettaa, että esiin tulee nousemaan hoitajien riittävyys ja jaksaminen sekä suojarusteet. Hoitajilla oli työnantaja puolen kanssa keväällä 2020 tiukat työehtosopimusneuvottelut, jotka venyivät koronapandemian vuoksi. Lisäksi sain omakohtaisesti kokea suojarusteiden riittämättömyyden. Oma työskentelyni terveydenhuollon parissa voi nostaa mahdollisesti kysymyksiä objektiivisuudesta. Koen kuitenkin tutkimusta tehdessä, että terveydenhuolto taustasta on ollut enemmän hyötyä,

koska sen ansiosta olen pystynyt paremmin erottamaan uutisartikkelien joukosta terveydenhuollon resilienssiin liittyvät viittaukset.

Jatkotutkimuskysymyksiä pohtiessani on Suomen terveydenhuolto kohdannut resilienssin kannalta jälleen aivan uuden haasteen eli käynnissä olevan työtaistelun, jossa hoitajat ovat menneet lakkoon saavuttaakseen työehtosopimusneuvotteluissa paremmat palkat. Jatkossa voisikin siis tutkia jokaista resilientin terveydenhuollon tekijää, jotka nousivat esimerkiksi tämän tutkimuksen myötä esiin, omana itsenään ja sitä kuinka se vaikuttaa resilienssiin ja miten juuri sitä pystyttäisiin vahvistamaan. Toki osaa näistä tekijöistä on jo tutkittu, kuten hoitohenkilökunnan jaksamista ja heidän resilienssiä sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Kuitenkin myös terveydenhuollon henkilökunnan resilienssissä löytyy jatkuvasti uusia tutkimuskohteita, josta hyvä osoitus on käynnissä oleva lakko. Näiden yksittäisten tekijöiden tutkiminen ja ymmärtäminen uskoakseni veisi Suomen terveydenhuoltoa joustavampaan ja kriisinkestävämpään eli resilientimpään suuntaan.

Lähteet

- Aaltio, I & Puusa, A. (2020). Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Vastapaino.
- Bell, G. (2020). *The Organizational Resilience Handbook. A practical guide to achieving greater resilience*. Kogan Page.
- Bonanno, G. A., Romero, S. A. & Klein S. I. (2015). The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities. *Psychological Inquiry*, 26, 139-169. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.992677>
- Duchek, S. (2020). Organizational resilience: a capability-based conceptualization. *Business Research*, 13, 215-246. <https://doi.org/10.1007/s40685-019-0085-7>
- Elonen, P. & Mykkänen, P. (2020, 24. maaliskuuta). Mitä Uudenmaan sulkeminen käytännössä tarkoittaisi? HS listaa asioita, jotka tiedetään ja jotka ovat vielä päättämättä. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006451409.html>
- Fridell, M., Edwin, S., von Schreeb, J. & Saulnier, D. D. (2019). Health System Resilience: What Are We Talking About? A Scoping Review Mapping Characteristics and Keywords. *Int J Health Policy Manag*, 9 (1), 6-16. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.71>
- Fullerton, D. J., Zhang, L. M. & Kleitman, S. (2021). An integrative process model of resilience in an academic context: Resilience resources, coping strategies, and positive adaption. *PLoS ONE*, 16(2), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246000>
- GHRF Commission. (2016). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. <https://doi.org/10.17226/21891>
- Harju, J. (2020, 7. elokuuta). Suomen sairaalat ovat valmiit koronan toiseen aaltoon, lupaavat asiantuntijat – erityishuolena on nyt suomalaisten ”huoleton käytös”

- ja ”taisteluväsymys”. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006594408.html>
- Helsingin Sanomat. (2020a). *Helsingin Sanomien periaatelinja*. Noudettu 2020-11-14 osoitteesta <https://www.hs.fi/info/art-2000006390609.html>
- Helsingin Sanomat. (2020b, 25. marraskuuta). Liian kova linja koronaviruksen torjunnassa voi nostaa kapinamieltä. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000007641700.html>
- Helsingin Sanomat. (2020c, 25. maaliskuuta). Terveystieteiden tutkimus joutuu nyt kovalle koetukselle, ja tarve venymiseen jatkuu vielä epidemian jälkeenkin. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000006452249.html>
- Helsingin Sanomat. (2021, 7. maaliskuuta). Hoitajat pitävät yhteiskunnan toimintakunnossa mutta joutuvat kantamaan kovinta sairastumisriskiä. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-03-31 osoitteesta <https://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000007843969.html>
- Hiilamo, E-A. & Vainio, S. (2020, 8. huhtikuuta). Suomen suojarahusteet hupenevat, vaikka epidemia on vasta alkuvaiheessa – Kiinasta saapuva lento koneellinen maskeja ei riitä edes viikoksi. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006467657.html>
- Hiilamo, E-A. & Vihavainen, S. (2020a, 18. maaliskuuta). Miten hoitajat ja lääkärit riittävät, kun koronapotilaita tulee enemmän sairaalahoitoon? HS selvitti viisi keinoa. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006443394.html>
- Hiilamo, E-A. & Vihavainen, S. (2020b, 23. maaliskuuta). Hoitajat ja lääkärit kertovat, millaista on nyt korona virus epidemian etu rintamassa: ”Yövuoroon tullessa sanottiin, että kaikki varusteet ovat ihan lopussa”. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006448962.html>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2014). *Tutki ja kirjoita*. Tammi.

- Hyvönen, A-E. & Juntunen, T. (2016). Sopeutuva yhteiskunta ja resilienssi: turvallisuuspoliittinen analyysi. *Politiikka*, 58(3), 206-223. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1778742>
- Hyvönen, A-E. & Juntunen, T. (2018). *Resilienssi avaimena laaja-alaiseen kokonaisturvallisuuteen: haasteita ja mahdollisuuksia*. Noudettu 2022-01-28 osoitteesta <https://tietokayttoon.fi/documents/1927382/2116852/25-2018-Resilienssi+avaimena+laaja-alaiseen+kokonaisturvallisuuteen/7e63c536-fe95-4c0b-acbf-ca2b0accedb7>
- Hyvönen, A-E., Juntunen, T., Mikkola, H., Käpylä, J., Gustafsberg, H., Nyman, M., Rättilä, T., Virta, S. & Liljeroos, J. (2019). *Kokonaisresilienssi ja turvallisuus: tasot, prosessit ja arviointi*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 17/2019. Noudettu 2020-09-29 osoitteesta <https://www.fii.fi/wp-content/uploads/2019/02/17-2019-kokonaisresilienssi-ja-turvallisuus.pdf>
- Häkkinen, H. (2020. 21. joulukuuta). Tehohoitoa tarvitsevien koronapotilaiden siirto-operaatio oli hyvä testi Suomen hoitovalmiudelle: ”Tilanne voi kuljetuksen aikana huonontua yllättäen siinä missä sairaalassakin”. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000007695110.html>
- Härkönen, A. & Grönholm, P. (2021). Lonkkaleikkausta voi nyt varautua jonottamaan jopa kuukausia lisää – Husissa hoito takuuseen päästään arvion mukaan vasta 1–2 vuotta epidemian loppumisen jälkeen. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-03-31 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000007844282.html>
- Iflaifel, M., Lim, R. H., Ryan, K. & Crowley, C. (2020). Resilient Health Care: a systematic review of conceptualisations, study methods and factors that develop resilience. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05208-3>
- Juntunen, T. & Hyvönen, A-E. (2020). Koronakriisi, informaatio ja resilienssipolitiikka. *Kosmopolis*, 50(2), 72-92. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-017367928>
- Kananen, J. (2009). *KVALI: Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. (2015). *Opinnäytetyön kirjoittajan opas : näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro*

gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

- Kananen, J. (2017). *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä.* Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kauhanen, A-L. (2020, 18. maaliskuuta). ”Nyt varaudutaan tekemään järeitä toimia” – HS käy kohta kohdalta läpi valmius laista aktivoidut pykälät. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006444603.html>
- Kauppinen, L., Kukkonan, L., Luukka, T. & Vainio, S. (2020, 13. maaliskuuta). Suomi siirtyi poikkeus aikaan: Näillä keinoilla korona katastrofi yritetään välttää. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006437256.html>
- Kouvolan Kaupunki. (2022). *Kuka päättää koronatoimista? Katso kaavio ja listaus vastuiden jakaantumisesta viranomaisten kesken.* Noudettu 2022-04-28 osoitteesta <https://www.kouvola.fi/ajankohtaiset/kuka-paattaa-koronatoimista-katso-kaavio-ja-listaus-vastuiden-jakaantumisesta-viranomaisten-kesken/>
- Lauren, M. & Sauer, M. S. (2021, 3. maaliskuuta). *What Is Coronavirus?* Noudettu 2021-03-04 osoitteesta <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus>
- Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A-R., Kim, B., Lee, M. Y. & Lee, S. M. (2013). Resilience: A MetaAnalytic Approach. *Journal of Counseling & Development*, 91, 269–279. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x>
- Lehtinen, T., Siniauer, P. & Laitinen, J. (2020). Hoito jäissä. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006589131.html>
- Leviäkangas, P. & Aapaoja, A. (2015). Resilienssin käsite ja operationalisointi – Case liikennejärjestelmä. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* (1).
- Liiten, M. (2020, 11. kesäkuuta). Tehy kanteli valmiuslain väärinkäytöstä – ylitöitä on teetetty ilman, että ne liittyvät koronakriisiin. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006537537.html>
- Loula, P. & Pölkki, M. (2020, 25. maaliskuuta). ”Mitä ne tänne tulevat sitä tuomaan” – tuhannet uus maalaiset ovat paenneet korona virusta mökeilleen, ja nyt se

- uhkaa mökki kuntien terveyden huolto. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006451681.html>
- Luukka, T. (2020a, 4. joulukuuta). Suomi ei ollut riittävästi varautunut koronavirukseen, sanovat ministeri Pekonen ja STM:n kansliapäällikkö Varhila. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000007662842.html>
- Luukka, T. (2020b, 16. joulukuuta). Suomalainen työmarkkinaperinne estää sairaanhoitajien koronabonukset: kukaan ei saa mitään, jos kaikki eivät saa. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000007685660.html>
- Luukka, T. & Kukkonen, L. (2020, 12. maaliskuuta). Yli 500 hengen tilaisuudet perutaan, harrastustoiminnan rajoittamista suositellaan – lue täältä kaikki hallituksen päätökset koronavirukseen liittyen. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006436431.html>
- Lyng, H. B., Macrae, C., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Fagerdal, B., Schibevaag, L., Alsvik, J. G. & Wiig, S. (2021). Balancing adaptation and innovation for resilience in healthcare – a metasynthesis of narratives. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06592-0>
- Media Audit Finland. (2019). *Lt ja jt tarkastustilasto 2019*. Noudettu 2020-11-14 osoitteesta <https://mediaauditfinland.fi/wp-content/uploads/2020/08/LT-tilasto-2019.pdf>
- Mitchell, A. (2013). Risk and Resilience: From Good Idea to Good Practice. *OECD Development Co-operation Working Papers No. 13*. <https://doi.org/10.1787/5k3ttg4cxcbp-en>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). State of Health in the EU: Suomi: Maan terveystilasto. *OECD Publishing*. <https://doi.org/10.1787/342765e3-fi>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Finland: Country Health Profile 2021. *OECD Publishing*. Noudettu 2022-03-23 osoitteesta <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/2e74e317->

en.pdf?expires=1648035096&id=id&accname=guest&checksum=1E2A8B88C7A
C7AC46F3960EEDB6BBBD8

- Pajari, K. (2020, 9. huhtikuuta). Yli viisituhatta ihmistä on määrätty karanteeniin tai eristykseen pääkaupunkiseudulla – Näin toimii koronajäljitys Suomessa. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006469068.html>
- Patel, S. S., Rogers, M. B., Amlôt, R. & Rubin, G. J. (2017). *What Do We Mean by "Community Resilience"? A Systematic Literature Review of How It Is Defined in the Literature*. Noudettu 2022-01-12 osoitteesta <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29188132/>
- Pikkarainen, E. & Rimpiläinen, A. (2020, 26. maaliskuuta). Husin toimitusjohtaja: Ulkomailta palaavat tulisi laittaa valvottuun karanteeniin. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006454129.html>
- Pojjula, S. (2018). *Resilienssi: Muutosten kohtaamisen taito*. Kirjapaja.
- Rajamäki, T. (2020, 27. joulukuuta). Koronavuoden tulkki. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000007705106.html>
- Rochas, C., Kuzņecova, T. & Romagnoli, F. (2014). The concept of the system resilience within the infrastructure dimension: application to a Latvian case. *Journal of Cleaner Production*, 88, 258-368. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2014.04.081>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006a). *KvaliMOTV – 1.2.1 Kvalitatiivinen I. laadullinen tutkimus*. Noudettu 2022-03.21 osoitteesta https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006b). *KvaliMOTV – 7.3.2 Sisällönanalyysi*. Noudettu 2021-03-28 osoitteesta https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006c). *Narratiiviset tarkastelutavat*. Noudettu 2022-04-12 osoitteesta https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_6_4.html

- Sairaanhoitajat. (2021, 24. joulukuuta). *Tilastotietoa sairaanhoitajista*. Noudettu 27.11.2021 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/tilastoja-sairaanhoitajista-2/#>
- Shi, C., Liao, L., Li, H. & Su, Z. (2022). Which urban communities are susceptible to COVID-19? An empirical study through the lens of community resilience. *BMC Public Health*, 22(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12419-8>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2002). *Terveydenhuollon valmiussuunnitteluopas*. Noudettu 2020-12-21 osoitteesta https://stm.fi/documents/1271139/1334666/terveydenhuollonvalmiusopas2002_5.pdf/7c8b4f09-781e-4cf8-8246-9ee779c59b4e/terveydenhuollonvalmiusopas2002_5.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011). Riskienhallinta ja Turvallisuussuunnittelu: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Noudettu 2020-12-21 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3315-6>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2013). *Terveydenhuolto Suomessa*. Noudettu 2020-10-15 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3389-7>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020). Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima: Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet. Noudettu 2022-04-06 osoitteesta https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162447/STM_2020_31_rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021a). Koronavirusepidemian kustannusten korvaukset. Noudettu 2022-04-16 osoitteesta <https://stm.fi/korona-kustannusten-korvaukset>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021b). Toimintasuunnitelma covid-19 -epidemian hillinnän hybridistrategian toteuttamiseen. Noudettu 2022-03-23 osoitteesta https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163190/STM_2021_21_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sutinen, T. (2020a, 7. toukokuuta). Koronavirus vähensi neuvolakäyntejä: hallitus on huolissaan rokotuskattavuudetsa – myös lääkärikäyntejä jätetään väliin.

- Helsingin Sanomat. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006500298.html>
- Sutinen, T. (2020b, 9. kesäkuuta). Hallitus ratkaisee ensi viikon maanantaina, lopetetaanko koronaviruksen takia asetetut poikkeusolot. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006534957.html>
- THL. (2021). Terveystieteiden tutkimuskeskus ja rahoitus 2019. Noudettu 2022-03-23 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>
- Tilastokeskus. (2021). Talouden tilannekuva. Noudettu 2021-04-16 osoitteesta <https://www.tilastokeskus.fi/ajk/koronavirus/koronavirus-ajankohtaista-tilastotietoa/miten-vaikutukset-nakyvat-tilastoissa/talouden-tilannekuva#tyollisyys>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.
- Turvallisuuskomitea. (2022). Elintärkeä toiminnot. Noudettu 2022-04-27 osoitteesta <https://turvallisuuskomitea.fi/yhteiskunnan-turvallisuusstrategia/elintarkeat-toiminnot/>
- Typpö, J. (2019, 02. marraskuuta). Kielitoimiston sanakirjaan uusia sanoja: mukana esimerkiksi jenkkakahvat, ignoroida, sometili, överi ja nenähuuhtelukannu. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2020-12-20 osoitteesta <https://www.hs.fi/kulttuuri/art-2000006294131.html>
- UNISDR. (2009). Terminology on Disaster Risk Reduction. Noudettu 2020-12-21 osoitteesta https://www.preventionweb.net/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf
- Valtavaara, M. (2020, 9. syyskuuta). Kiireen tyrannia vaivaa ylistettyä terveydenhuoltoamme, eikä lopputulos ole, mitä pitäisi, sanoo lääkäri ja terveystieteiden tutkija Anni Karjala. *Helsingin Sanomat*. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006629943.html>
- Vihavainen, S. (2020, 30. maaliskuuta). Koronavirus hiipii maakuntiin: sairaalat ajavat kiireetöntä hoitoa alas etukäteen. Noudettu 2021-02-12 osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006457110.html>

- World Health Organization. (2017). Joint external evaluation of IHR core capacities of the Republic of Finland. Mission report: March 2017. Noudettu 2022-04-07 osoitteesta <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-CPI-2017.24>
- World Health Organization. (2020, 23. huhtikuuta). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report – 94*. Noudettu 2021-03-04 osoitteesta <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200423-sitrep-94-covid-19.pdf>
- Wiig, S. (2021). Resilient ja responsive healthcare services and systems: challenges and opportunities in a changing world. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07087-8>
- Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Roise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Anderson, J. E. & Macrae, C. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>
- Young, K. (2020). Organizational resilience and employee work-role performance after a crisis situation: exploring the effects of organizational resilience on internal crisis communication. *Journal of public relations research*, 32, 47-75. <https://doi.org/10.1080/1062726X.2020.1765368>
- YTS. (2017). Yhteiskunnan turvallisuusstrategia: Valtioneuvoston periaatepäätös. Noudettu 2020-10-05 osoitteesta https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/02/YTS_2017_suomi.pdf
- Zhang, R., Lu, Y. & Du, H. (2021). Vulnerability and resilience in the wake of COVID-19: family resources and children's well-being in China. *Chinese Sociological Review*, 1(3), 1-35. <https://doi.org/10.1080/21620555.2021.1913721>