

Globaali terveyshallinta ja sen valtiotason
noudattaminen –
Suomalaisten asiantuntijoiden näkemyksiä

Jenni Kilpi
Pro gradu -tutkielma
Valtio-oppi
Turun yliopisto
Syksy 2021

TURUN YLIOPISTO

Filosofian, poliittisen historian ja valtio-opin laitos / Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
KILPI JENNI: Globaali terveyshallinta ja sen valtiotason noudattaminen - Suomalaisen
asiantuntijoiden näkemyksiä

82 s. + lähteet 9 s.

Valtiooppi

2021

Tulevaisuudessa terveyteen liittyy monia tunnistettuja haasteita, joiden ratkaisemiseksi edellytetään yhteistoimintaa. Viime aikoina ovat korostuneet globaalien pandemioiden torjunnan ja ennakkoinnin strategiset edellytykset. Pandemioiden saamasta suuresta huomiosta huolimatta myös monien muiden terveysongelmien hoitoon kaivataan yhdessä sovittuja strategioita ja valtioilta näiden sitoumusten noudattamista. Tässä tutkimuksessa käsitellään globaalia terveyshallintaa ja Maailman terveysjärjestön (WHO) roolia strategisena toimijana. WHO on valittu tarkasteluun, koska se on keskeisin terveysalan globaali yhteistyöorganisaatio ja tutkimuksen näkökulmavaltio Suomi on sen jäsen. Lisäksi sen piirissä on tehty monia terveyteen liittyviä strategioita.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia tavoitteita WHO:n globaalilla terveyshallinnalla nähdään olevan?
2. Miten valtiot noudattavat WHO:n terveysstrategioita ja miten noudattamista voidaan edistää?
3. Millaista globaalia terveyshallintaa WHO:lta tulevaisuudessa tarvitaan?

Tutkimuskysymyksiin vastataan sekä aikaisemman kirjallisuuden että empiiristen haastattelujen perusteella. Kirjallisuushaut tehtiin loppuvuonna 2020. Käsitteinä ovat globaali hallinta, tarkemmin globaali terveyshallinta, sekä näkökulmat etiikkaan, terveysdiplomatiaan ja normien diffuusioon. Lisäksi kirjallisuuden kautta lähestytään noudattamisen (compliance) käsitettä sekä tarkastellaan eri terveysstrategioiden kohteita ja WHO:ta niiden tuottajana. Empirian pohjalta tarkastellaan vielä tulevaisuuden terveyshallinnan ongelmia ja WHO:n roolia niiden ratkaisussa.

Empiirisiin haastatteluihin osallistui neljä (=n) suomalaista asiantuntijaa. Haastateltavat koottiin lumipallo-otannalla, haastattelut tehtiin etänä, tallennettiin ja analysoitiin teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin perustuen. Tutkimuksessa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita.

Tulosten perusteella globaali terveyshallinta on keskeinen kansainvälisten suhteiden kehittämisaikana, ja sen tärkeys on korostunut Covid-19-pandemian johdosta. Tärkeimmät globaalien terveyshallinnan tavoitteet ovat terveyden edistäminen ja sitä koskevan globaalien yhteistyön tehostaminen. Lisäksi tavoitteita nimettiin terveysturvallisuuden, palvelujärjestelmän toimivuuden sekä terveyden tasa-arvon osalta.

WHO on keskeinen globaalien terveyshallinnan toimija ja se pyrkii strategisen työskentelyn avulla vaikuttamaan terveyden edistämiseen ja tulevaisuuteen. Valtioilla on usein halua toimia yhteisesti sovittujen strategioiden ja sopimusten mukaisesti, mutta niillä voi olla vaikeuksia löytää resursseja tai tarvittavaa poliittista painetta laajasti toimia edellytetyllä tavalla. Strategioiden noudattamista arvioidaan monin eri kriteerein. Arvioinnista huolimatta kaikki eivät toimi yhteisten sitoumusten mukaisesti. Valtiot ovat yhä keskeisin oman

terveysjärjestelmänsä määrittäjä ja järjestelmän määrittelyssä vaikuttavat monet toisistaan poikkeavat intressit.

Tulevaisuuden globaalien terveyshallinnan edistämiseksi on tunnettava tulevaisuuden terveysuhat. Erityisesti tulee kirkastaa terveyslähtökohtia ja pandemian jälkeen keskittyä myös muihin haasteisiin. Keskeistä tässä työssä on toiminnan pitkäjänteisyys, konkreettisuus, perustuminen tutkittuun tietoon sekä poikkisektoraalisuus. Tulevaisuuden haasteita ovat muun muassa terveyssektorin ulkopuoliset tekijät, digitalisaatio, hallittavat kustannukset, tarttumattomat taudit, syrjäytyminen eri vaiheissa elämää sekä terveysturvallisuus.

Tutkimus tuo esille useita jatkotutkimusajatuksia. Tällaisia ovat erityisesti globaalien terveyshallinnan käsitteen täsmentäminen ja sen suhde kansainvälisiin suhteisiin, terveysstrategioiden noudattamiseen liittyvien faktorien kansainvälinen tutkimus sekä terveyshallinnan arviointi. On oletettavaa, että globaaleja terveyshallinnan ongelmia muodostuu tulevaisuudessakin.

Asiasanat: Globaali hallinta, Maailman terveysjärjestö WHO, globaali terveyshallinta, terveysstrategia, noudattaminen

Sisällysluettelo

1 Johdanto	5
2 Globaali hallinta ja terveys	10
2.1 Globaali hallinta.....	10
2.2 Globaali terveyshallinta	13
2.2.1 Käsitteen määrittely	13
2.2.2 Globaalien terveyshallinnan etiikka	17
2.2.3 Globaali terveyshallinta terveysdiplomatiassa	18
2.2.4 Globaalien terveyshallinnan diffuusio	20
2.3 Strategisten sitoumusten noudattaminen	21
3 Maailman terveysjärjestö globaalien terveyshallinnan toimijana	25
3.1 Strategisten sitoumusten noudattaminen globaalissa terveyshallinnassa	26
3.1.1 Agenda 2030 ja kestävä kehityksen tavoitteet	27
3.1.2 Maailman terveysjärjestön yleinen työohjelma	28
3.1.3 Kansainvälinen terveysjärjestö	29
3.1.4 Health 2020 – strategia Euroopan terveyden tulevaisuudelle	31
4 Tutkimuksen metodologia	35
4.1 Tutkimusasetelma	35
4.2 Tutkimusmenetelmä.....	35
4.3 Aineiston analyysi.....	38
4.4 Tutkimusetiikka	40
5 Globaali terveyshallinta ja sen valtiotason noudattaminen	41
5.1 Haastateltujen asiantuntijoiden kuvaus	41
5.2 Globaalien terveyshallinnan tavoitteet	42
5.3 Terveysstrategioiden noudattaminen.....	51
5.4 Tulevaisuuden terveysstrategiat	62
5.5 Suomi osana Maailman terveysjärjestön yhteisöä	70
6 Keskustelu ja johtopäätökset	73
6.1 Tulosten tarkastelu	73
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	78
6.3 Tulevia tutkimusaiheita.....	80
Liitteet	82
Lähteet	83

1 Johdanto

Kansainvälisen yhteistyön ja solidaarisuuden tarve korostuu globaalien vastoinkäymisten yhteydessä (Zacher & Keefe 2008). Tällainen vastoinkäyminen on Covid-19-pandemia, joka on herättänyt keskustelua globaalista hallinnasta terveyden alalla (ks. esim. Gostin ym. 2020; The Lancet 2020; Levy 2021) ja mahdollisuuksista suojella kansalaisten terveyttä yli valtion rajojen. Maailman terveysjärjestön (World Health Organisation) asiantuntijat ennustivat koronamaisen pandemian tulemisen jo kaksi vuotta ennen sen alkua (Daszak 2020; Pajari 2020) ja kehottivat valtioita varautumaan taudin leviämisen estämiseen ja hoitoon. Kehotuksesta huolimatta valtiot olivat varautuneet vakavaan pandemiaan heikosti ja tilanne yllätti hallitukset kaikkialla (Atkins & Koivusalo 2020). Onkin korostettu, miten pandemiasta tulee oppia ja kehittää siten järjestelmiä reagoimaan paremmin vastaaviin haasteisiin tulevaisuudessa (de Fresnes 2020).

Covid-19-pandemia on osoittanut, miten tehtyjä terveystoimia voidaan analysoida tarkemmin vasta niiden ollessa historiaa. Koronavirus on edelleen monilta osin tuntematon, vaikka pandemia on kestänyt pitkään ja rokotteiden avulla yhteiskuntia on jo pystytty uudelleen avaamaan. Jatkossakin valtiot joutuvat linjaamaan terveystoimista uusien tilanteiden edessä ilman tietoa siitä, onko päätös onnistunut. Tällaisia tilanteita helpottaa tietoisuus keskeisistä periaatteista, jotka ovat voimassa olosuhteista riippumatta. Näitä teemoja sisällytetään WHO:n terveysstrategioihin ja sopimuksiin.

Tämä tutkimus keskittyy globaaliin terveyshallintaan ja Maailman terveysjärjestö WHO:n (lyhennetty jatkossa usein vain ”WHO”) rooliin siinä. WHO on valittu tarkasteluun, koska se on keskeisin terveysalan globaali yhteistyöorganisaatio ja toimii laajassa yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa tarkoituksena määrittää ja sopia terveystoimista tavoitteista. Aiheen valinnan taustalla on halu selvittää, miten valtioiden erilaiset terveysjärjestelmät kykenisivät globaalin ohjauksen avulla parhaiten vastaamaan tulevaisuuden keskeisiin terveystoimien kysymyksiin. Tällaisia kysymyksiä ovat muun muassa palvelujärjestelmien tarpeelliset muutokset, terveyspalveluiden eriarvoistuminen, väestön sosiodemografisessa kehityksessä nähtävät muutokset tai yksityisen ja julkisen terveyssektorin välinen tasapainoilu.

WHO on vuonna 1948 perustettu kansainvälinen Yhdistyneiden kansakuntien (YK) ihmisten terveyteen liittyviin kysymyksiin keskittyvä järjestö. Vaikka globaaliin terveystalouteen vaikuttavat muutkin tahot, organisaationa WHO on jäsenmäärältään laajin. YK:n tavoin WHO pyrkii ratkaisemaan ylemmältä tasolta sellaisia ongelmia, joita valtioiden yksinään on mahdoton ratkaista. Lisäksi tarkoituksena on luoda rakenteita ja toimintatapoja, joiden pohjalta voidaan rakentaa luottamusta ja saada toisilta tukea haastavissa tilanteissa. WHO toteaa terveyden tärkeä olevan osa globaalia taloudellista ja yhteiskunnallista vakautta (World Health Organisation 2012, 8). Vaikka WHO onkin erikoistunut vain terveysalan aiheisiin, on senkin agenda pitkään ollut kasvusuunnassa.

Suomi on muiden delegaatioiden tavoin mukana tekemässä WHO:n terveystaloudellisia linjauksia (Palosuo ym. 2013). Suomen positio WHO:n suhteen on monenlainen: Suomi on itsenäinen valtio, Suomi on osa pohjoismaita ja Suomi on eurooppalainen valtio. Suomeen vaikuttavatkin WHO:n globaalien strategioiden lisäksi Euroopan aluejärjestön (WHO-Euro) strategiat, sekä Euroopan Unioni ja sen terveyteen liittyvä kehitys. EU-valtiona Suomi on sitoutunut WHO:ssa EU:n yhdessä päättämiin positioihin globaalissa terveydessä. Viimeisimpänä EU:n komissio on linjannut valmistelevänsä Euroopan terveysunionia tarkoituksenaan rakentaa vahvempaa yhteistyötä terveysuhkia vastaan (Euroopan komissio 2021).

Suomessa valtiollista terveyteen liittyvää strategiatyötä tekee sosiaali- ja terveysministeriö (stm.fi/ministerio). Ministeriö vastaa terveystalouden suuntaamisesta ja toteuttamisesta, kulloisenkin hallitusohjelman mukaisesti. Ministeriö myös määrittelee kehityskohteet ja valmistelelee tarvittavaa lainsäädäntöä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL 2019) on sosiaali- ja terveysministeriön alainen, väestön terveyteen ja hyvinvointiin keskittyvä tutkimus- ja kehittämiskeskus, joka tuottaa tutkittua tietoa päätösten perustaksi sekä palvelee monialaisesti suomalaisia toimijoita. Esimerkiksi koronapandemian aikana sen rooli on ollut keskeinen toiminnan ohjaamisessa ja väestölle tapahtuvassa tiedottamisessa.

Strategiatyötä tekevät siis sekä valtio että ylikansalliset toimijat. Sosiaali- ja terveysministeriö kuvailee WHO:ta ”Suomen terveystalouden kehittämisen ja arvioinnin tärkeimmäksi kansainväliseksi yhteistyökumppaniksi” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b). WHO:n tehtävänä on tehdä pitkän linjan poliittisia linjauksia ja toisaalta ottaa nopeasti kantaa kansainvälisen leviämispotentiaalisen terveysuhkiin. Esimerkkejä pitkän linjan strategisesta

työstä ovat työ tupakoinnin torjunnan eteen (Reddy ym. 2018), alueelliset strategiat tai yleiset työohjelmat, joista nyt on vuorossa kolmastoista (13. General programme of Work 2019–2023).

WHO:n toimintaa on myös laajalti kritisoitu. Erityisesti sen toimintaa on pidetty kankeana, joka kritiikkinä esitetään myös usein YK:a kohtaan. Lisäksi on kritisoitu organisaation päätöksenteon hitautta ja hankaluutta (Kamradt-Scott 2015; McInnes 2015; Levy 2021). Tämänkaltaista kritiikkiä esitettiin myös Covid-19-pandemian alkaessa ja sen levitessä nopeasti globaaliksi. Samaa kritiikkiä on kuultu Suomessa esimerkiksi THL:n terveysturvallisuusosaston johtaja Mika Salmisen taholta (Salminen 2020), joka oli keskeinen hahmo pandemian Suomen koronaan liittyvissä toimissa.

Kritiikkiä WHO:ta kohtaan on esittänyt niin ikään edellinen Yhdysvaltain presidentti Donald Trump, joka ilmoitti toukokuussa 2020 valtion eroavan organisaatiosta. Syynä eroon oli Trumpin kokemus siitä, että Kiina oli kontrolloinut WHO:ta koronavirusepidemian aikana eikä organisaatio tästä syystä toiminut riittävän ripeästi pandemian ehkäisyssä. Huolimatta muiden valtioiden yhteydenotoista Trump pyrki saamaan prosessin läpi (BBC 2020.) Trumpin presidenttikauden päätyttyä Yhdysvaltojen näkemys tästä muuttui, mutta keskustelu WHO:n poliittisuudesta ei ole yksin Trumpin ylläpitämää. Poliittisuus onkin luontaisesti läsnä WHO:n kaltaisissa kansainvälisissä organisaatioissa ja esimerkiksi koronapandemiaan liittyen poliittisuutta tultaneen analysoimaan jatkossakin (Jensen 2020). YK:n yleiskokouksen 2021 puheissa esimerkiksi Suomi muutamien muiden mukana korosti monenvälisen globaalien terveyden ja WHO:n toiminnan tehokkuuden varmistamista (Tasavallan presidentti 2021). Kriittinen näkökulma WHO:n toimintaan nostetaan esiin myös tässä tutkimuksessa, kun tällaisia näkökulmia nousee esiin aineistossa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia globaalia terveyshallintaa, strategisten sitoumusten noudattamista ja terveyshallinnan tulevaisuutta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisia tavoitteita WHO:n globaalilla terveyshallinnalla nähdään olevan?
2. Miten valtiot noudattavat WHO:n terveysstrategioita ja miten noudattamista voidaan edistää?
3. Millaista globaalia terveyshallintaa WHO:lta tulevaisuudessa tarvitaan?

Tutkimus pyrkii ymmärtämään globaalia terveysthallintaa ammentaan teoreettista pohjaa kansainvälisten suhteiden teoriasta, tarkemmin globaalista hallinnasta. Globaaliin terveysthallintaan liittyvää tutkimuskirjallisuutta voidaan tarkastella ainakin kahden eri tutkimusalan näkökulmasta: a) valtioiden kansainvälisten suhteiden ja b) terveydenhuollon palvelujärjestelmätutkimuksen näkökulmista. Tutkimuksesta suurin osa sijoittuu kuitenkin näiden kahden rajapinnalle.

Kansainväliset suhteet ovat osa valtioiden terveydenhuoltoon liittyvää päätöksentekoa (Gomez 2016). Koronapandemia on osoittanut, miten tiukasti valtioiden on seurattava taudin etenemistä koko maailmassa. Rajaviivat eivät estä terveysongelmien universaaliutta, olivat ne sitten äkillisiä pandemioita tai hitaammin eteneviä väestön terveyteen liittyviä kysymyksiä. Esimerkiksi Euroopan unionin agendalla on ollut rajoja ylittävä politiikka jo pitkään myös terveydenhuollon suhteen (European Union 2011; European Union 2017).

Tämä tutkimus on jaoteltu tutkimuskysymyksittäin: ensin tarkastellaan tämän hetken todellisuutta, sitten tulevaisuuden kehityskulkuja. Teoriaosassa määritellään globaali hallinta ja tarkemmin globaali terveysthallinta sekä sitoumusten noudattaminen (compliance) käsitteenä. Tarkemmin käsitellään terveysthallinnan pohjana siihen liittyvää etiikkaa, diplomatiiaa ja diffuusiota.

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen tapaustutkimus, jonka empiirinen aineistonkeruu toteutetaan suomalaisten asiantuntijoiden teemahaastattelujen avulla. Haastattelujen hyödyntämistä perustellaan tasapainon tavoittelulla globaalin hallinnan teoreettisuudelle ja toisaalta terveysstrategioiden hallinnollisuudelle. Haastattelut sitovat tutkimuksen osaksi diplomaattista todellisuutta. Tutkimuksen kautta voidaan tarkastella siis niin ikään virallisten strategisten linjausten tavoitteita, että näkemyksiä niiden merkityksestä konkreettisessa terveysthallinnallisessa työssä.

Tutkimuksen teoreettinen ja empiirinen osa muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden. Kirjallisuuteen perustuva teoreettinen osa (ks. luvut 2+3) rajaa ja määrittää empiirisen osan (ks. luku 5) kannalta keskeiset käsitteet ja lähtökohdat, joita empiirinen osa puolestaan suomalaisten asiantuntijoiden näkemyksinä täsmentää. Yhtenäisyyttä on pyritty painottamaan tulososassa, jossa kuvattaessa empiirisiä tuloksia tuodaan esille myös teoreettisen osan

näkemyksiä ja kootaan niistä synteesiä. Johtopäätöksissä pohditaan tarkemmin globaalin terveyshallinnan rakentumista maailmassa ja sen mahdollisuuksia vastata tulevaisuuden moniin haasteisiin.

2 Globaali hallinta ja terveys

Tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys keskittyy globaaliin hallintaan, tarkemmin globaaliin terveyshallintaan. Tutkimukselliset näkökulmat on pyritty jakamaan systemaattisesti alalukuihin. Käsitteiden *globaali hallinta ja globaali terveyshallinta* määrittelyn ohella tarkastellaan näihin liittyvää tutkimusta ja rakennetaan kirjallisuuskatsaukselle jaottelu terveyshallinnan *etiikan, diplomatian ja diffuusion* käsitteisiin.

2.1 Globaali hallinta

Hallinnalla viitataan tapoihin, joilla instituutiot johtavat toimintaansa. Hallitsemiseen sisältyvät esimerkiksi lakien ja säädösten luominen, tavat, eettiset standardit ja normit. Täten globaali hallinta on globaalien toimien johtamista; ylikansallista yhteistyötä tarkoituksena saada neuvotteluilla aikaan ratkaisuja. Prosessissa muodostetaan kansainvälinen konsensus, joka tuottaa sääntöjä ja sitoumuksia. Nämä puolestaan vaikuttavat yksittäisten elinten toimintaan. (World Health Organisation 2005b.) Globaalien hallinnan toimijoita eivät ole vain valtiot tai niiden yhteenliittymät vaan myös ei-valtiolliset organisaatiot ja informaalit yhteistyöverkostot (Rosenau 1992, 4). Keskeisiä globaalien hallinnan elimiä ovat Yhdistyneet kansakunnat (YK), Maailmanpankki (World Bank, WB) ja Kansainvälinen rikostuomioistuin (the International Criminal Court, ICC).

Globaalien hallinnan tavoitteena on vastata maailmanlaajuisiin ongelmiin, joita ei voida ratkaista yksittäisillä toimilla tai yksittäisissä valtioissa. Tällaisia hallinnan aiheita ovat esimerkiksi ympäristön ja ihmisoikeuksien suojeleminen sekä perusresurssien yhdenvertainen saavutettavuus kaikkialla maailmassa (Pieper 2008, 1556). Tarve globaalia toimintaa säänteleville hallintamekanismeille syntyi lisääntyvien ylikansallisten yhteyksien myötä (Barnett & Duvall 2005, 5). Globaalien hallinnan avulla voidaan edistää yhteistyötä talouden, ympäristön, turvallisuuden ja politiikan kysymyksissä. Se sisältää pyrkimyksen väkivallattomuuteen, sekä ajatukseen yhteisten arvojen ajamisesta. (Barnett & Duvall 2005, 1.) Globaali hallinta säilyttää valtioiden autonomian. Haastavaa hallinnan kannalta on tästä syystä toiminta tilanteissa, joissa globaali tila on uhattuna, kuten sotien suhteen on. (Pieper 2008, 1556.)

Globaalin hallinnan mekanismit perustuvat neoliberaaliin globalisaation ideologiaan. 1700-luvun puolivälistä lähtien monenkeskisyys on ollut osa globaalin keskinäisriippuvuuden taloudellisia, terveydellisiä, sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä ulottuvuuksia. Yhteinen, globaali kylä kohtaa uudenlaisia haasteita yli valtioiden rajojen, esimerkiksi ilmastopakolaisuuden ja luonnonkatastrofien myötä. (Aginam 2016, 12.) Globaalin hallinnan tutkimus on lähtöisin 1990-luvulta, kylmän sodan loppumisen jälkimainingeista. Kylmä sota oli tapa hahmottaa kansainvälisiä suhteita. Sodan loputtua kansainväliset suhteet olivat analysoitava jonkin toisen järjestelmän kautta. (Barnett & Duvall 2004, 5.) Globaali hallinta edustaa inklusiivisempaa ja vähemmän konfliktille perustuvaa tapaa hahmottaa maailmaa. Tutkimusalan kehitykseen vaikuttivat kylmän sodan loppumisen lisäksi esimerkiksi talouden globalisaatio ja transnationaalisten ongelmien luomat uudenlaiset uhat. (Becault ym. 2015.)

Tutkijat ovat olleet kiinnostuneita globaalin hallinnan käsitteestä jo pitkään (mm. Commission on Global Governance 1992) monilla eri tutkimusaloilla (Becault ym. 2015). Tutkimusalat voivat kohdistua esimerkiksi ylikansallisten organisaatioiden järjestelmään ja sen toimintaan (Schiff 2008; Weiss & Thakur 2010; Muldoon 2011), valtaan (Destradi 2015) tai legitimizeettiin (Fogarty 2012) tai lähteä ruohonjuuritasolta, esimerkiksi yksittäisistä valtioista (Chapnick 2012) tai muista kuin suurista organisaatioista, esimerkiksi kansalaisjärjestöistä ja muista yhteiskunnan toimijoista (Scheumann 2008; Paris 2015).

Globaalin hallinnan luonne on erilainen verrattuna valtion hallintaan. Ei ole olemassa globaalia auktoriteettia, jolla olisi suvereeni mahdollisuus formaaliin pakkovaltaan, vaan hallinta viittaa yhteisten tavoitteiden tukemaan toimintaan. Toimintaan ei välttämättä yhdistetä lakiin tai sopimukseen kirjattuja velvoitteita, eikä voimankäyttöä yhteisten sääntöjen noudattamisen varmistamiseksi. (Rosenau 1992, 4.) Globaali hallinta koostuu monenlaisista elementeistä, sekä julkisista että yksityisistä (Benedict 2015). Johtajuutta jossakin aiheessa voidaan antaa organisaatiolle, vaikka valtiotasosta auktoriteettivaltaa tälle ei voitaisikaan luoda. Täten kysymyksenä ovatkin, millainen on globaalia hallintaa harjoittavien järjestöjen rooli tällaisessa tilanteessa ja mitä vallankäytön tapoja ylikansallisella organisaatiolla voi olla (Barnett & Duvall 2005).

Globaaliin hallintaan kuuluvat menetelmät, kuten lakien yhtenäistäminen, kansainväliset regiimit tai poliittisia aiheita ratkovat verkostot (Jun 2016, 44). Perinteisiä kollektiivisen toiminnan instrumentteja, kuten verotusta tai demokraattista päätöksentekojärjestelmää, ei kuitenkaan

hyödynnetä valtioiden tavoin. Haasteena globaalissa hallinnassa onkin löytää yksimielisyys sääntöjen sisällöstä, toiminnan koordinoinnista, linjausten koherenssista ja toimijoiden vastuullisuuden varmistamisesta. (Frenk & Moon 2013, 937.) Lainsäädännöllisesti ylikansalliset elimet voivat suosittaa ja sitouttaa yhteisiin prosesseihin, mutta valtioilla on ensisijainen valta omaan lainsäädäntöönsä. Usein yhteistyössä tehtyjä lakiehdotuksia halutaan kuitenkin sisällyttää myös oman valtion lainsäädäntöön. Kansainvälinen ja valtiollinen lainsäädäntö ovatkin toisiinsa sekoittuneita ja niiden yhteyttä luonnehditaan enemmän dynaamiseksi kuin staattiseksi kokoelmaksi säädöksiä. (Jun 2016, 44.) Tässä tutkimuksessa keskitytään kansainvälisten sitoumusten noudattamiseen, josta kansainväliset lait ovat osa. Keskiössä ovat kuitenkin *terveysstrategiat*, joissa lakiin kirjaaminen (Kansainvälistä terveysäännöstä lukuun ottamatta) ei ole keskeisin mekanismi vaan ne pohjautuvat samalle tahtotilalle ja normatiivisuudelle.

Kritiikkiä nykyisten globaalien hallinnan mekanismien mahdollisuuksista hallita maailman ongelmia on esitetty paljon (Kickbusch 2016): suurimpana syynä on instituutioiden pitkäikäisyys ja kyvyttömyys muuttaa totuttuja toimintatapoja. Esimerkiksi YK perustettiin maailmansotien myötä ja silloiset voimasuhteet sanelivat organisaatiomallin. Täten se on yhä voimakkaiden jäsenvaltioidensa keskeisiltä osin hallinnoima (Pinheiro Walla 2017, 321). Globaali yhteistyö pitää yllä toivoa ongelmien ratkaisemisesta. Ongelmiin on kuitenkin perehdyttävä tarkemmin ja ymmärrettävä syvällisemmin, mitkä ovat globaalien hallinnan haasteet vastata kuhunkin ongelmaan. Sinclairin (2012, 5.) Globaaleilla areenoilla kerrotaan puheissa usein toiveista tulevaisuuden kehittämiseksi. Toivotunlaisen maailman määrittely ei ole riittävää, vaan on selvitettävä, millainen maailma todella on. (Sinclair 2012.) Globaalille hallinnolle on tarvetta huomioiden monimutkaiset, kaikkia koskettavat ongelmat. Valtiotasolla motivaatio tukeutua aidosti kansainväliseen yhteisöön saattaa kuitenkin jäädä kauas tästä tunnistetusta tarpeesta. (World Health Organisation 2005b).

Gloaalien hallinnan organisaatioiden kritiikki ei ole uutta, mutta muutos haastavaa. Valtioiden yhteispäätöksenteko vaatii aikaa ja keskustelua. Samalla digitalisaatio on muuttanut maailman liikehdintää nopeammaksi ja keskinäisriippuvaisemmaksi, jolloin päätöksenteon tulisi kyetä mekanismeiltaan vastaamaan tätä todellisuutta. Ympäristö edellyttää siis globaalilta hallinnalta nopeaa reagointikykyä, mikä konkretisoitui pandemian yhteydessä.

2.2 Globaali terveyshallinta

Tässä luvussa keskitytään globaaliin hallintaan terveyden alalla. Luku on jaettu kirjallisuuskatsauksen pohjalta seuraavasti:

- 1) Käsitteen määrittely. Globaalin terveyshallinnan käsitteenmäärittelyyn on pyritty tuomaan tiiviisti tutkimusalan keskeiset näkökulmat.
- 2) Globaalin terveyshallinnan etiikka. Etiikkaa tarkastellaan omana teemanaan, sillä terveyshallinnan pohja perustuu ymmärrykseen yhteisistä arvoista ja periaatteista. Tämä näkyy myös myöhemmin käsiteltävissä strategiadokumenteissa.
- 3) Globaali terveyshallinta terveysdiplomatialana. Terveysdiplomatian käsittelyllä haetaan näkemystä terveyshallinnasta varsinaisessa yhteisen politiikan teossa.
- 4) Globaalin terveyshallinnan diffuusio. Viimeisenä kuvataan hallinnan diffuusiota ylikansalliselta toimijalta valtiotoimijoihin ja niiden välillä.

Näillä käsiteillä pyritään kuvaamaan kokonaisuudessaan arvopohjan siirtymää globaalin hallinnan mekanismeissa kohti toivottua tulevaisuuden suuntaa.

2.2.1 Käsitteen määrittely

Terveyshallintaa on vaikea kuvata ilman terveys-käsitteen määrittelyä. Lähtökohtaisesti terveys on varsin moniulotteinen käsite (Nordenfeldt 1995; Bowling 2014; Leonardi 2018, ks. myös Kestilä & Karvonen 2018). Terveys globaalin määrittelyn kannalta keskeisin määritelmä on WHO:n vuonna 1946 peruskirjassaan määrittelemä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä ainoastaan sairauksien puuttuminen (World Health Organisation 1946), joka on edelleen WHO:n määrittelyn ytimenä ja jonka mukaan globaaliin terveyshallintaan sisältyy laajasti terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä aiheita. Esimerkkinä laajuudesta voidaan mainita tutkimukset tietyn sairauden hallinnasta (Taylor ym. 2014), terveyteen liittyvästä hallinnollisesta toiminnasta (Dostal 2020), koetun hyvinvoinnin tilasta (Karvonen 2018) tai terveyteen liittyvästä korruptiosta (García 2019) ja eriarvoisuudesta (Ruger 2006). WHO:n terveystermi toimii myös tässä tutkimuksessa terveyskäsitteen määrittäjänä.

Globaali terveyshallinta on Fidlerin (2010) inklusiivisen määritelmän mukaan ”formaalien ja epäformaalien instituutioiden, sääntöjen ja prosien hyödyntämistä, jota tekevät valtiot, valtioidenväliset organisaatiot ja ei-valtiolliset toimijat vastatakseen tehokkaasti sellaisiin terveyshaasteisiin, jotka edellyttävät rajoja ylittävää kollektiivista toimintaa” (Van de Pas ym. 2017, 48; Fidler 2003; Fidler 2010). Maailman terveysjärjestö WHO puolestaan määrittelee globaalin terveyshallinnan yhteisten sääntöjen asettamiseksi ja noudattamiseksi globaalien terveyskysymysten hallinnoimiseksi. Nämä säännöt voivat olla kansainvälistä lainsäädäntöä tai muita, yhteisesti noudatettavaksi sovittuja sääntöjä, kuten normeja, odotuksia tai päätöslauselmia. (World Health Organisation 2005b.)

Terveyshallinnan määrittely globaalina, ei kansainvälisenä, on tarkentunut laajemman keskinäisriippuvuuskehityksen myötä ja sen kautta pyritään huomioimaan aiheen kompleksisuus (Fidler 2001; Hill 2011; Van de Pas 2017). Useat terveyteen liittyvät ongelmat ovat globaaleja luonteeltaan ja niiden syntyperää tai ratkaisua ei voida rajata valtion tai tietyn alueen sisälle. Tällaisia ongelmia ovat erityisesti tarttuvat taudit, mutta myös addiktioihin, ilmaston saasteisiin, ravitsemukseen ja ikääntymiseen liittyvät ongelmat (OECD 2020). Monialainen globalisaatio onkin muuttanut käsitystä terveyden kansallisista ja kansainvälisistä eroavaisuuksista (Aginam 2016, 13) ja siten osaltaan lähentänyt valtioita globaaliin yhteistyöhön. Lähtökohtaisesti globaali terveyshallinta on yhteinen etu (Gostin & Mok 2009; Youde 2015; Aginam 2016) ja terveysongelmiin on vastattava yhtenevästi (McInnes ym. 2012, 83).

Selkeän rakenteen puuttuminen on luonteenomaista globaalille terveyshallinnalle. Hallintaa harjoittavat erilaiset terveyden edistämiseen, tautien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon pyrkivät toimijat. Toimijoita ovat esimerkiksi valtiot, kansainväliset järjestöt ja kansalaisyhteiskunta, joiden kesken ei välttämättä ole olemassa selvärajaisia toimintasektoreita. (Ng & Ruger 2011, 2.) WHO:n lisäksi muillakin YK:n elimillä, kuten Unicefilla, on terveyshallintaan liittyviä ja sitä sivuavia tehtäviä (Frenk & Moon 2013, 937).

Rakenteellisesti globaalia terveyshallintaa on kuvattu esimerkiksi kolmikerroksisena ympyränä. Ympyrän ytimenä ovat Maailmanpankki ja WHO, seuraavalla kehällä ovat valtiot, Kansainvälinen valuuttarahasto IMF ja muut YK:n organisaatiot ja ulkokehällä kansallisyhteiskunnan toimijat, monikansalliset yritykset ja yksilöt. (Drager & Sunderland 2007; Ng & Ruger 2011.) Globaalin hallinnan toimijoilla on myös monta roolia: ne toimivat

muun muassa rahoittajina, aloitteidentekijöinä, implementoijina sekä toiminnan arvioijina. Globaalin terveyden rakenteen kuvaaminen on vaikeaa, mutta toimintaan liittyvä monikerroksisuus vaikuttaa olevan yhteisesti ymmärrettyä.

Aihetta voidaan tarkastella horisontaalasti tai vertikaalisti sen mukaan, nähdäänkö terveys osana laajempaa kehitystä vai keskitytäänkö tarkemmin tiettyihin terveysaiheisiin, kuten sairauksien ehkäisyyn (Bennett ym. 2018, 520). Tämä ero voidaan nähdä esimerkiksi WHO:n kansainvälisen terveyssäännösten (World Health Organisation 2005a) ja YK:n kestävän kehityksen tavoitteissa (Yhdistyneet kansakunnat 2015). Kestävän kehityksen tavoitteet sisällyttävät terveyden osaksi laajaa, 18 tavoitetta sisältävää kokonaisuutta, kun taas Kansainvälinen terveyssäännöstö on tehty sääntelemään terveydenhuollon minimivaatimuksia kaikkialla. Lähestymistavat tukevat toisiaan, mutta niiden välillä voidaan joutua tekemään priorisointeja päätettäessä resurssien allokoinnista eri tahoille.

Kielen avulla rakennetaan merkityksiä liittyen terveyteen ja terveysongelmiin ja kehystetään terveysaihe (*framing*) osaksi isompaa kysymystä tai ongelmaa (McInnes ym. 2012). Tutkimuksellinen näkemys globaalista terveyshallinnasta vaihtelee sen mukaan, miten globaalin terveyshallinnan “ongelma” muotoillaan (McInnes ym. 2012; Bennett ym. 2018): jaetaanko hallinnan haasteet sairaus- vai aihekohtaisesti, maantieteellisesti tai alueen valtioiden hallinnon mukaisesti, laajemmin liittyen vaikkapa terveyshuollon kantokyvyn kasvattamiseen tai terveydenhuollon järjestelmien kehittyneisyyden perusteella. Esimerkiksi Bennettin ym. (2018, 521) mukaan tulevaisuuden globaalissa terveyshallinnassa tärkeää on sairauksien hallinnan linkittäminen terveysjärjestelmien vahvistamiseen.

Aiheen tutkimuksissa käsitellään usein WHO:n toimintaa. Tutkimusta on tehty esimerkiksi sairaudenestoon liittyvistä toimista. Ebola-pandemian aikaan vuonna 2014 toiveita esitettiin WHO:n järjestelmän uudistamisesta tai jopa sen korvaamisesta toisenlaisella järjestelmällä (McInnes 2015). McInnesin mukaan WHO:n toimet vuonna 2014 ilmensivät siirtymää asiantuntijuudesta kohti laajempaa auktoriteettiasemaa. WHO ei ole ainoa aihealueen toimija, eikä sen jäsenmailla ole yhtenevää näkemystä siitä, millainen WHO:n rooli ylikansallisen kattojärjestönä tulisi olla. Tästä syystä laajempaa auktoriteettia kohti siirtyminen synnytti keskustelun WHO:n legitimitetistä globaalin terveyshallinnan moninaisessa järjestelmässä. (McInnes 2015, 1315.)

Samoin McInnesin ym. (2012) mukaan globaalien terveysongelmien ratkaisemiseksi tarvittavat mekanismit on usein määritelty kapeasti sekä poliittisessa että akateemisessa keskustelussa. Kirjoittajat (McInnes ym. 2012, 84) ovat tunnistanee seuraavat neljä keskustelurajoitetta:

1. Globaalin terveyshallintaan liittyvässä keskustelussa tekniset ja institutionaaliset piirteet ovat korostuneet eikä käsitys globaalien terveyteen liittyvien tarpeiden ja valtioiden tekemien ratkaisujen välillä ole selkeä (Kay & Williams 2009)
2. Yksittäisten globaalien terveyshallinnan toimijoiden toimia on tutkittu menestyksekkäästi, mutta vertailevaa analyysia ei ole tehty vahvistamaan laajempaa globaalia terveyshallintaa. (Youde 2012)
3. Tutkimus on keskittynyt pitkälti tartuntatauteihin (erityisesti SARS, HIV ja pandeeminen influenssa), mutta terveyshallinta muiden terveysongelmien suhteen on saanut vähäisemmän huomion. (Davies 2008)
4. Materiaaliset tekijät, kuten tautien leviäminen, ennaltaehkäisyn rahoitusmekanismit ja pandemiasuunnitelmat ovat saaneet paljon huomiota. (Sridhar & Gostin 2011; Kanazawa 2020) (McInnes ym. 2012.)

Toiset terveyteen liittyvät aiheet herättävät pitkäaikaista julkista kiinnostusta, kun taas toiset ovat pysyvästi taka-alalla (Shiffman 2009). Toisin sanoen voidaankin pohtia sitä, mistä ajatuksista terveyshallintaan liittyvät ratkaisut ja niihin liitännäiset totutut käytösmallit syntyvät (McInnes ym. 2012). Universaalia yhteistä visiota globaalille terveydelle on haastavaa luoda. Terveyden tarkastelu esimerkiksi turvallisuuden, ihmisoikeuksien tai globaalien julkisten etuuksien näkökulmista tuottaa erilaisia kuvauksia globaalista terveyshallinnasta. (Ruger 2009; Ng & Ruger 2011, 7.) Sekä globaaliin terveyshallintaan sisältyvä toiminta että aihetta käsittelevä tutkimus ovat tämän vuoksi hyvin laaja kokonaisuus, mistä seurauksena on myös strateginen pluralismi.

Terveys tarkasteltuna nimenomaan turvallisuuden näkökulmasta kiinnittää huomion rajojen yli esimerkiksi leviäviin kulkutauteihin tai biologisiin aseisiin. Tällöin vähemmälle huomiolle jäävät esimerkiksi terveyden sosiaaliset piirteet tai tarttumattomat taudit. (Ng & Ruger 2011, 7.) Laaja yhteiskunnallinen huomio esimerkiksi jotakin sairautta kohtaan ei välttämättä ole perusteltavissa sairauden erityisellä tärkeydellä kaikkiin muihin terveysaiheisiin verrattuna. Olennaista on, miten terveysuhka kuvataan ja miten siihen reagoidaan. Esimerkiksi SARS:n ja

HIV/AIDS:n vastaiseen työhön on löytynyt paljon resursseja, vaikka näiden takia kuolee huomattavasti vähemmän ihmisiä kuin resurssien puitteissa vähemmän tuettujen keuhkokuumeen tai vatsataudin. (Shiffman 2009, 608.)

2.2.2 Globaalin terveyshallinnan etiikka

Globaali terveyshallinta on yhteydessä arvoperustaisiin valintoihin ja siksi eettiset kysymykset ovat tärkeitä sekä terveyshallinnan tutkimuksessa että globaaleissa valinnoissa (Robson ym. 2019). WHO:n mukaan viime aikoina eettiset kysymykset ovat erityisen tärkeitä esimerkiksi hyödynnettäessä ja kerättäessä suuria aineistoja ("big data"), tekoälyä terveystietojen tallennuksessa ja käsittelyssä tai valvottaessa julkista terveydenhuoltoa ja sen saavutettavuutta tai biopankkien toimintaa. (World Health Organisation 2020; ks. esim. myös Hossein ym. 2014)

Globaali etiikan lähtökohdista voidaan pohtia, minkälainen terveyskehitys on toivottavaa ja minkälaisin mekanismein terveyshallintaa tulisi ohjata. Esimerkkinä tästä on keskustelu markkinatalouden mekanismeista, globaalien lääkeyhtiöiden toiminnasta ja vaikutuksesta. (Gill & Benatar 2016; ks. myös Glowik & Smyczek 2015). Kansainvälisillä lääkeyhtiöillä on paljon valtaa ja terveysvakuutusyritykset sekä alan työntekijät kehittävät tarvikkeita ja innovaatioita näitä markkinaorientoituneita instituutioita varten (Gill & Benatar 2016, 351). Muun muassa koronavirusrokotteiden kehittämisessä ja jakautumisessa maiden välillä eettiset kysymykset olivat läsnä. Haasteet liittyivät ensisijaisesti rokotteiden saatavuuteen ja tasa-arvoiseen jakautumiseen sekä vauraampien maiden velvollisuuksiin allokoida rokotteita myös köyhempiin maihin (Gill & Benatar 2016) ja siten edistää terveyden tasaista jakautumista ja Covid 19-pandemian hallintaa. Edelleen läntisten hyvinvointivaltioiden alkaessa olla pääosin rokotettuja, köyhissä kehitysmaissa rokotuskattavuus on hyvin alhainen (ks. esim. Choi 2021).

Monet globaalit haasteet ovat muodostuneet kehityksen ja muutoksen sivutuotteena. Esimerkkejä tästä ovat antibioottiresistenssin kehittyminen tai ei-tarttuvien tautien lisääntyminen, molemmat liittyen harkitsemattomaan kulutukseen ja tuotantoon. Vauraudesta ei enää automaattisesti seuraakaan terveyttä vaan terveys päättyy vaurauden lailla harvempien käsiin. (Kickbusch 2016, 351.) Globaalin terveyden tavoitteeksi voitaisiin tarkemmin nimetä yhdenvertainen mahdollisuus terveyteen kaikkialla maailmassa (Kickbusch 2016, 351).

Toisaalta yhdenvertaisuusajatusta on kuitenkin kritisoitu liian toiveikkaaksi (Gill ja Benatar 2016, 240), ottaen huomioon 70 %:n maailman väestöstä elävän alle 10 dollarilla päivässä. Tällaista globaalia järjestelmää voidaankin pitää mahdollisena ainoastaan täysin erilaisessa globaalien talouden rakenteessa.

Terveyteen liittyviä epätasa-arvon ongelmia ei voida ratkaista pelkästään terveyssektorin sisällä, puhtaasti teknisin keinoin tai vain yhden valtion kesken, vaan ongelmien hallitsemiseksi tarvitaan globaaleja poliittisia ratkaisuja. Tämä käy ilmi esimerkiksi Oslon yliopiston yhteen kokoaman, globaalia terveyshallintaa käsittelevän paneelin (The Oslo Commission) raportista. Se käsittelee terveyden epätasa-arvoon liittyviä poliittisia näkökulmia. Paneeli ehdottaa riippumattoman arviointijärjestelmän perustamista sekä valtioiden ja muiden sidosryhmien parempaa keskusteluyhteyttä ja avoimempaa päätöksentekoa. (Ottersen ym. 2014.) Globaalien terveyden etiikan edistämiseksi on ehdotettu myös uudenlaista koulutusta terveysalan ammattilaisille (DeCamp ym. 2019).

Globaalien terveyshallinnan etiikkaan liittyy myös korruptio. Sitä esiintyy esimerkiksi liittyen terveysalan rahoitukseen ja erilaisiin tukiin (Mackey & Liang 2012), terveysvakuutuksiin (Joudaki ym. 2014) tai yleisesti terveysalan hallintoon (ks. esim. Vian 2008) ja sen vuoksi on arvioitu vuosittain menetettävän miljardeja dollareita. (Mackey & Liang 2012.) Kansainvälisesti korruptioon on ajateltu voitavan puuttua esimerkiksi analysoimalla työntekijöiden palkkoja, koulutusta tai sosiaalisia normeja yhteisöissä. Ilmiö on moninainen ja aihealueen tutkimusrahoitus on verrattain alhaista. (Garcia 2019, 2123.) Suomalaisessa väitöskirjassa (Ikola-Norrbacka 2010) korruptio tosin näyttäytyy varsin vähäisenä kotimaisessa terveydenhuollossa.

Kootusti voidaan sanoa, että globaaliin terveyshallintaan liittyy useita arvoperusteisia näkökulmia. Tästä syystä eettisten ongelmien tunnistaminen on tärkeää sekä terveydenhuollon palvelujen oikeudenmukaisen järjestämisen että eri valtioiden väestöjen oikeuksien kannalta ja ongelmien ratkaiseminen edellyttää myös tutkimusta.

2.2.3 Globaali terveyshallinta terveysdiplomatiana

Diplomatia on kansainvälisten suhteiden harjoittamista neuvotellen kansainvälisiä liittoutumia tai sopimuksia (Lee & Smith 2011, 2). Terveysdiplomatia voidaan määritellä kansainväliseksi,

terveyteen keskittyväksi, neuvotteluun perustuvaksi yhteistyöksi, jonka tarkoituksena on edistää terveyttä tai edistää terveyden avulla muita, terveyteen liittymättömiä ulkopoliittisia tavoitteita (Lee & Smith 2011).

Terveyteen keskittyvällä diplomatialla on pitkät juuret. Sellaisena voidaan pitää kansainvälistä tiedonvaihtoa jo alkaen 1800-luvulla koleraan ja muiden tautiepidemioiden aikana Euroopassa. (Aginam 2016, 13.) Käsite on keskustelun myötä moninaistunut, tehden sen selkeästä määrittelemisestä ja vaikutusten arvioinnista haastavampaa, mutta sitä voidaan pitää globaalin terveyshallinnan yhtenä keskeisistä toimintamuodoista. Täten terveysdiplomatia on tarpeellinen niin ikään luotaessa tulevaisuuden strategioita. Globaaliin terveysdiplomatiaan onkin yhdistetty toiveita sekä julkisen terveydenhuollon että ulkopoliitiikan kehittäjänä toimimisesta. (Lee & Smith 2011.)

Terveysdiplomatiaa koskevasta tutkimuksesta suurin osa on tehty liittyen julkiseen terveydenhuoltoon (Fazal 2020). Valtiot ovat keskeisiä toimijoita terveysstrategioiden määrittäjänä huolimatta siitä, että monet terveyteen vaikuttavat uhat ovat luonteeltaan monikansallisia. Valtioilla on paljon pyrkimyksiä eri aloilla, jolloin yhteistyössä huomioidaan myös diplomaattisuhteiden edistämisen moninaisuus. Valtioiden on kyettävä suhteuttamaan omat valtiolliset tavoitteensa diplomaattiseen globaaliin todellisuuteen. (Drager & Fidler 2007.)

Terveysdiplomatian toteutumiseen liittyy haasteita; siihen vaikuttavat sekä globaalin yhteistyörakenteen kompleksisuus että monenkeskisyyteen kuuluva järjestelmän haavoittuvuus ja päätöksenteon vaikeutuminen. Valtioiden välisten railojen laajeneminen ja protektionistinen tapa huolehtia omasta edustaan ovatkin terveysdiplomatialle keskeisiä haasteita. (Aginam 2016, 14.) Esimerkiksi Covid 19-pandemia on edellyttänyt globaalia ja valtioiden välistä yhteistyötä, mutta toimivia terveysdiplomaattisia rakenteita ei ainakaan vielä ole kokonaisvaltaisesti tunnistettu tulevaisuutta varten (Fazal 2020). Fazal (2020) pohtii pandemian johtavan terveysdiplomatiaa keskittymään korostetusti kahdenvälisiin suhteisiin tai alueellisuuteen. Vankka globaali terveysdiplomatia kuitenkin nopeuttaisi tulevien epidemioiden hallintaa. (Fazal 2020, 16.)

Kootusti voidaan todeta globaalin terveyshallinnan edellyttävän valtioiden välistä yhteistyötä, jossa terveysdiplomatia on keskeinen, neuvotteluun perustuva toimintatapa.

2.2.4 Globaalin terveyshallinnan diffuusio

Globaali terveyshallinta edellyttää useimmiten yhteisesti sovittuja normeja ja toimintoja. Normit ovat kansainvälisten suhteiden alalla laajasti tutkittu aihe. Aiheesta, esimerkiksi normien tunnistamisesta, synnystä ja implementoinnista, on olemassa vankka teoreettinen ja empiirinen käsitteistö. (Winston 2017.) Vallankäytön näkökulmasta kyse on enemmän ”pehmeästä vallasta”; ei pakottamisesta vaan normeihin ja periaatteisiin perustuvasta toiminnasta ja mahdollisuudesta implementoida globaaleja normeja valtakunnallisesti (ks. esim. Towns 2012; Brown 2014; Kravtsov 2015). Tarkasteluun voidaan lähteä aluenäkökulmasta (Duina & Lenz 2016) tai pohtia normien konstruktiota tai keskinäistä kilpailua (Dobbin ym. 2007).

Normien diffuusion kannalta oleellista on itse normin määrittely. Normien luonteen voidaan ajatella sisältävän arvon, ongelman ja ongelmaan liittyvän toiminnan. Samoja kulttuurillisia piirteitä korostavat valtiot ryhtyvät usein keskenään samanlaisiin toimiin. Tällöin normidiffuusion kolmiosainen luonne näkyy seuraavasti: kulttuurilliset piirteet sisältävät arvonäkökulman, valtioilla on samankaltaisia tunnistettuja piirteitä koskevia ongelmia, ja tällöin ne todennäköisesti ryhtyvät keskenään samankaltaiseen toimintaan. (Winston 2017, 643.)

Kansainväliset organisaatiot ovat diffuusiota vauhdittavia, normeja levittäviä toimijoita. Normien diffuusio merkitsee, että normit standardoivat valtioiden käytöstä ja järjestelmiä. Normien hierarkia vaihtelee valtioittain. (Towns 2012, 179–180.) Valtiolliset sosiaaliset hierarkiat muokkaavat uusien normien ymmärrystä ja legitimoitua. (Towns 2012, 204.) Esimerkiksi WHO:n toimintaa voidaan tarkastella diffuusion vauhdittajana, jos valtiot sen yhteistyön kautta oppivat toisiltaan toimivia käytänteitä tai yhdenmukaistavat toimintaansa perustuen yhteisiin strategisiin sitoumuksiin. Normien diffuusion kannalta oleellista on myös niiden juurruttaminen valtiolliselle tasolle. Monikansallisten päätösten päätyminen valtiolliselle tasolle voi tapahtua monella tapaa (ks. esim. Glasius ym. 2020). Globaaleja säädöksiä ei juurikaan ole mahdollista ottaa suoraan osaksi valtiollista lainsäädäntöä vaan tarvitaan kansallisia päätöksentekijöitä normien ”glokalisoinniseksi”. (Brown 2014, 877–878.)

Normien diffuusio on yhteydessä myös sitoumusten noudattamiseen (compliance), jota käsitellään tarkemmin luvussa 2.3. Molempien aiheiden tutkimuskentät ovat laajat. Tässä

tutkimuksessa tarkempaan käsittelyyn valikoitui sitoumusten noudattaminen, koska se on tutkimuskysymysten (varsinkin ks. tutkimuskysymys 2) näkökulmasta olennainen. Huomioitava on kuitenkin, että tarkoituksena ei ole esittää diffuusiota ja noudattamista toisistaan tarkkarajaisesti eriävinä käsitteinä vaan ennemminkin eri lähestymistapoina ymmärtää terveyshallinnan vaikutusta valtiotasolle. Empiirisessä osassa käsitellään myös diffuusiota siltä osin, kuin se haastatteluaineistossa tulee ilmi.

Kootusti voidaan todeta globaalin terveyshallinnan edellyttävän yhteisesti sovittuja normeja ja periaatteita ja näiden normien valtiollinen diffuusio, samoin kuin niiden noudattaminen, ovat oleellisia hallinnan peruslähtökohtien määrittelyssä.

2.3 Strategisten sitoumusten noudattaminen

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, millä keinoin WHO:n terveysstrategioiden noudattamista voitaisiin edistää (ks. tutkimuskysymys 2). Edistämisen tutkiminen edellyttää kuitenkin ensin tietoa siitä, mitkä asiat ovat yhteydessä noudattamiseen ja siksi seuraavassa tarkastellaan sitoumusten noudattamisen käsitettä (*compliance*) ja sen tutkimusta. Tämän luvun katsausta ei ole rajattu pelkästään WHO:n puitteissa tehtyihin sitoumuksiin, vaikka nämä ovatkin tutkimuksen fokuksessa. Pyrkimyksenä on keskittyä kansainvälisten suhteiden alan tutkimuksiin, eli ulkopuolelle on rajattu esimerkiksi kaupan alan sopimuksiin liittyvä tutkimus.

Sitoumusten noudattaminen (*compliance*) viittaa siihen, pitävätkö valtiot tosiasiallisesti kiinni yhteisesti käynnistetyistä, sopimukseen kirjatuista säännöistä ja implementointitoimista (Jacobson and Brown-Weiss 1995; Haas 1998). Tätä aluetta kutsutaan implementoinnin tutkimukseksi ja se kohdentuu siihen, miten säädösten implementointi laitetaan toimeen, miten se onnistuu ja mitkä ovat sen haasteet (Nilsen ym. 2013). Noudattaminen ei tarkoita kuitenkaan ainoastaan säädöksen implementointia yksittäisen valtion lainsäädäntöön, vaan laajempaa toiminnallista muutosta yhteisten sitoumusten suuntaan (Haas 1998, 18). Sitoumusten noudattamiseen liittyvässä tutkimuksessa tutkitaan esimerkiksi kansainvälistä lainsäädäntöä (ks. esim. Youde 2012; Jun 2016), noudattamiseen liittyviä hallinnon välineitä (Selin 2012) tai etäisyyttä sitoumusten ja varsinaisen toiminnan välillä (*compliance gap*) (Gray 2014; Cole 2015; Rousseau 2018).

Keskeisiä noudattamisen mekanismeja voivat olla esimerkiksi lainsäädännön uhka, julkinen häpeä (shaming), toveripaine (peer pressure) sekä moraalinen vastuu (Fredriksson ym. 2012). Ensimmäinen näistä on uhkaus päätöksiä tekeväälle joukolle siitä, että ellei toimita sitoumusten mukaisesti, aiheesta tullaan kirjaamaan sitova lainsäädäntö. Julkinen häpeä puolestaan voi sisältää monenlaisia keinoja, esimerkiksi avointa julkista kritiikkiä sitoumuksista lipsuvia kohtaan. Toveripaineen mekanismi syntyy toisia toimijoita (esim. valtioita) kohtaan: yhteisesti sovittujen toimien suhteen tekemättömyys jättää muut pulaan ja antaa epäluotettavan kuvan. Tällä todennäköisesti on vaikutusta luottamukseen ja tulevaisuuden kehitykseen. Moraalinen vastuu puolestaan on halua toimia oikein valtiota kohtaan ja tukea tasa-arvoista terveysjärjestelmää. (Fredriksson ym. 2012, 63.)

Globalisaation myötä valtiollinen ja kansainvälinen lainsäädäntö sulautuvat yhä enemmän toisiinsa. Nämä kaksi erillistä lainsäädäntöä tukevat toisiaan ja vaikuttavat toistensa sisältöön. (Jun 2016, 45.) Kansainvälisten organisaatioiden harjoittamassa hallinnassa hyödynnetään sekä lainsäädäntöön kirjattavia sitoumuksia että normatiivista valtaa. Koska tämän tutkimuksen kohteena on WHO, huomioidaan sitoumuksina laajasti sekä tiukemmat lainsäädännölliset sitoumukset että normatiivisempi ”soft law” eli esimerkiksi yhdessä todetut ja sovitut strategiat sekä toivottavat toimintatavat. Tässä luvussa sitoumusten noudattamista tarkastellaan yleisesti, jolloin lakiin implementoitavan ja pehmeämmän ohjeistuksen välistä eroa ei pidetä määrittävänä jakolinjana molempien ollessa lopulta valtioiden omassa päätösvallassa. Tulevassa käytännön terveysstrategioiden tasoa tarkastelevassa luvussa (luku luku 3) nämä erotellaan tarkemmin.

Valtioiden toimimista sitoumustensa mukaisesti selitetään usein normatiivisilla tai materiaalisilla tekijöillä, sijoittuen valtiotasolle tai kansainvälisesti (Worsnop 2017; Simmons 2010). Jotkut tutkijat valitsevat noudattamisperustelun näkökulmaksi geopolittiset tavoitteet, jolloin valtioiden toimintaa ohjaa pelko siitä, että toimiessaan sitoumuksen vastaisesti muut valtiot lopettavat avunannon tai kauppasuhteet kärsivät (Keohane 1984; Simmons 2000; Simmons & Elkins 2004). Maineella ja vastavuoroisuudella on merkitystä sopimusten noudattamisessa, sillä valtiot suhteuttavat oman noudattamisensa muihin valtioihin, joilla on eniten mahdollisuuksia rangaista epätoivotusta käytöksestä (Worsnop 2017, 370.)

Kansainväliset sopimukset hyväksytään yhteisesti ja niitä sitoudutaan noudattamaan. Haasteelliseksi yhteisen päätöksenteon tekee se, että globaalien järjestöjen päätöksentekoon

osallistuvat kaikki jäsenvaltiot keskenään erilaisine näkemyksineen. Lisäksi sopimuksen valmistuminen ja ratifiointi ei automaattisesti käynnistä tehokasta ja perusteellista toimintaa sopimuksen toteuttamiseksi. (Whitman 2009, 88.) Normeilla nähdään kuitenkin olevan vaikutusta valtioiden toimintaan ja usein valtioiden taso noudattaa yhteisiä sitoumuksia on oletettua korkeampi (Kamradt-Scott & Rushton 2012, 62).

Kansainvälisiä sopimuksia voidaan vahvistaa sanktioinnilla. Niiden avulla välitetään viesti siitä, millaisia toimia ei kansainvälisessä yhteisössä pidetä toivottavina. Kun jotakin valtiota sanktioidaan lipsumisesta, tämä toimii pelotteena muille. Sanktioita voidaan täten pitää yhteisöllisinä välineinä. (Wilson & Yao 2018, 129.) Usein kansainväliselle lainsäädännölle ei kuitenkaan ole olemassa pakotemekanismeja (Whitman 2009, 88). Normatiivisesta, ”pehmeästä” lainsäädännöstä on tulossa yhä yleisempi tapa koordinoita politiikkatoimia. Tällöin keskeinen kysymys on, miksi toimijat noudattaisivat sopimuksia, jos niitä ei virallisesti ole pakko noudattaa tai mitä tapahtuu, jos niitä ei noudateta. (Fredriksson ym. 2012).

Toisinaan sitoumuksen noudattaminen on helppoa, esimerkiksi jos valtio pitkälti jo toimii sitoumuksen mukaisesti, tai sitoumus myötäilee valtion omia strategisia tavoitteita. Toisaalta noudattamisesta tulee haastavampaa erityisesti silloin, jos valtiolla on sitoumuksia noudatettavanaan samanaikaisesti monella yhteiskunnan alalla. (Haas 1998, 19.) Tällöin valtiolla voi olla vaikeuksia löytää voimavaroja implementoida sopimuksen edellyttämiä toimia (Whitman 2009, 88). Voimavarat voivat olla esimerkiksi taloudellisia tai henkilöstömäärällisiä tai riittävää poliittista kykyä tai painetta sopimuksen noudattamiseksi. Vaikka valtio uskoisikin yhteisesti tehtyyn sopimukseen ja näkisi sen olevan valtion etujen mukainen, on eri asia joutua tai kyetä allekirjoittamisen jälkeen toimimaan sopimuksen mukaisesti. (Haas 1998, 19.) Esimerkiksi Covid-19 on aiheuttanut monille valtioille haasteita kyetä toimimaan sitoumustensa mukaisesti, sillä niin suuri osa resursseista on jouduttu suuntaamaan pandemiasta selviytymiseen.

Voimavaroihin liittyvän näkökulman lisäksi noudattamattomuuden syynä voivat olla esimerkiksi valtion sitoumuksen vastaiset intressit, halukkuus ”vapaamatkustaa” sitoumuksen eduilla tai huoli siitä, että muutkin tahoillaan ovat epärehellisiä noudattamisen suhteen (Whitman 2009, 88). Osa tutkijoista keskittyy tarkastelemaan valtioiden sisäistä toimintakykyä kansainvälisten sitoumusten noudattamisessa. Valtiot saattavat haluta toimia niiden mukaisesti, mutta tämä voi vaatia valtiolta puuttuvaa osaamista tai selkeämpää valtionjohtoa. Toisaalta ei

voida täsmälleen sanoa, miksi monet valtiot huolimatta hyvästä sisäisestä voimavaratilanteestaan eivät aina noudata kansainvälisiä sitoumuksia. (Cole 2015; Gray 2014.)

Valtio pyrkii usein oikeuttamaan noudattamattomuuttaan jollakin syyllä, jos se ei kykene toimimaan odotetusti. Tämä oikeutus voi tapahtua esimerkiksi väittämällä, että kyseinen asiakysymys ei kuulu sitoumuksen piiriin tai vetoamalla poikkeuksellisiin olosuhteisiin, jolloin sitoumuksen vastainen toiminta on ainoa hyväksyttävä tapa toimia. Todellinen syy noudattamattomuudelle voi selityksistä huolimatta olla jokin muu tai ongelmia voi olla monenlaisia. (Kamradt-Scott & Rushton 2012, 64.)

Noudattaminen saattaa myös jäädä hallinnolliselle tasolle, jolloin luodaan erilaisia koneistoja tai sääntöjä, mutta syvemmälle tasolle ei päästä (Kamradt-Scott & Rushton 2012, 64). Maailman terveysjärjestöön liittyvänä esimerkkinä voidaan tarkastella Tupakkapuitesopimuksen (FCTC) noudattamiseen liittyviä toimia, joita on tutkittu valtioiden implementoiman lainsäädännön sekä sen noudattamisen näkökulmista. Tutkimuksen (Anderson ym. 2020, 3) mukaan valtioiden kansallinen lainsäädäntö sopimuksen mukaisesti lisääntyi, mutta noudattaminen vastaavasti ei. Tähän syynä voivat olla esimerkiksi alhainen valtiotason toimeenpano ja pakotteet tai noudattamisen monitorointijärjestelmän subjektiivisuus. (Anderson ym. 2020.)

Tässä luvussa käsiteltiin kolme käsitettä (etiikka, diplomatia, diffuusio), joiden tehtävänä on toimia tutkimuksen pohjana. Luvussa 5 empirian löydökset on toki esitelty tutkimuskysymyksittäin jaoteltuna, mutta edellä mainitut kolme käsitettä voidaan nähdä olevan läsnä niissä kaikissa läpileikkaavina teemoina. Eettistä pohjaa sivutaan varsinkin ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastattaessa: terveyshallinnan keskeiset tavoitteet ja niiden priorisoituminen. Diplomatian osaksi kuuluvat kaikki käytännön työhön ja järjestäytymiseen liittyvät osuudet empiriassa, erityisesti huomioiden sellaiset haastateltavat, joille työ nimenomaan on ensisijaisesti diplomaattista. Diffuusion paikantaminen empiriassa ei ole aivan yhtä tarkkarajaista, mutta sitä pyritään pohtimaan myös lopun johtopäätöksissä laajemmin. Oman otsikkonsa alla käsiteltiin sitoumusten noudattaminen, sillä se edustaa myös yhtä tutkimuskysymyksistä. Tämän teoreettisen osan lähtökohdat voidaan nähdä suoraan linkittyneinä empiriaan.

3 Maailman terveysjärjestö globaalien terveyshallinnan toimijana

Terveys on koko YK:n historian ajan ollut osa yhteisiä globaaleja strategioita, ja jo esimerkiksi YK:n ihmisoikeuksien julistuksessa (Yhdistyneet kansakunnat 1948) todetaan jokaisella ihmisellä olevan oikeus elintason, joka on riittävä turvaamaan hänen ja hänen perheensä terveyden ja hyvinvoinnin.

WHO:n voidaan katsoa olevan keskeinen kansainvälinen organisaatio globaalissa terveyshallinnassa (McInnes 2015). WHO ei kuitenkaan ole ainoa globaalien terveyshallinnan toimija, vaan valtioilla ja alueilla on omia sopimuksia ja strategioita terveyteen liittyvien. WHO on ainutlaatuinen toimija globaalien terveyshallinnan kokonaisuudessa, joka rakentuu universaalille jäsenyydelle kaikkien tunnustettujen valtioiden kesken (Frenk & Moon 2013, 937). Ainutlaatuisuutensa vuoksi se on valikoitunut myös tämän tutkimuksen strategioita luovaksi organisaatioksi.

WHO perustettiin Yhdistyneiden kansakuntien (YK) alaiseksi järjestöksi hoitamaan terveyteen liittyviä kysymyksiä ja sillä on ollut erityisen tärkeä rooli hoitoon ja sen etiikkaan liittyvien peruseriaatteiden luomisessa. Järjestön saavutuksiin kuuluvat esimerkiksi isorokon hävittäminen ja kansainvälinen julistus perusterveydenhuollosta (Alma-Ata Declaration 1978, Reddy ym. 2018.) Järjestön työtä tupakoinnin kontrolloimiseksi (mm. Tupakkapuitesopimus FCTC) pidetään monin tavoin onnistuneena, usean valtion omaksuneena terveyshallinnallisena toimena. Tupakoinnin torjunnasta on syntynyt paitsi terveyteen liittyvä myös juridinen vastuu valtiohallinnon monille tasoille. (Puska 2017.)

WHO tuo yhteen 194 valtiota päättämään globaalien terveyshallinnan kysymyksistä. Sen ylin päätöksiä tekevä elin on World Health Assembly (WHA). Kuten YK:n toiminnassa ylipäätään, myös WHO:n toiminnassa voidaan nähdä yhä läntisen maailman dominanssi ja historialliset voimasuhteet. Van der Rijt & Pang (2014) toteavat WHO:n yleiskokouksella olevan paljon vaikutusvaltaa globaalissa terveyshallinnassa, mutta olevan kuitenkin vain ”jäävuoren huippu” siitä, miten päätöksiä WHO:ssa tehdään. WHO tarjoaa alustan jäsenmaille keskustella globaalista terveyshallinnasta. Tällainen foorumi on tärkeä huolimatta järjestön mahdollisista puutteista tai valtioiden erilaisista asemista siinä. (van der Rijt & Pang (Pangestu) 2014.)

WHO:n toimeenpanevassa elimessä on 34 kolmivuotiskaudeksi valittua jäsentä. Valtiot maksavat jäsenmaksua tietyn prosentiosuuden bruttokansantuotteestaan, minkä lisäksi suuri

osa WHO:n budjetista koostuu vapaaehtoisista lahjoituksista (World Health Organisation 2012, 8). Esimerkiksi Suomi maksoi vuonna 2019 perusjäsenmaksua 1,9 miljoonaa euroa ja ohjelmatukea 0,75 miljoonaa euroa; tämän ohella muita jäsenmaksuluonteisia kuluja maksettiin WHO:n alaisiin elimiin 0,9 miljoonaa euroa. Vuonna 2020 pandemian myötä Suomen hallitus päätti nostaa WHO:n rahoituksen takaisin vuoden 2015 tasolle eli 5,5 miljoonaa euroon. Suomen jäsenmaksuista vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Lisäksi Ulkoministeriö myönsi pandemian vuoksi erikseen WHO:lle yhden miljoonan rahoituksen varautumis- ja vastasuunnitelman tueksi. (Valtioneuvoston viestintäosasto 2020.)

Maailman terveysjärjestön roolina on luoda globaaleja normeja (World Health Organisation 2019). Kyse on siis ennen kaikkea normatiivisesta vaikuttamisesta. Järjestön sopimuksista jäsenmaita laillisesti sitovia ("legal treaty") ovat kansainvälinen terveyssäännöstö (International Health Regulations, IHR) ja tupakkapuitesopimus (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC). Näidenkään noudattamatta jättämistä ei ole sanktioitu. Lisäksi järjestöllä on lukuisia strategisia, sisällöllisesti eritavoin kohdentuvia, ohjaamiseen tarkoitettuja dokumentteja, kuten kirurgisen toiminnan turvallisuuden alueelle suuntautuva asiakirja (White ym. 2021).

3.1 Strategisten sitoumusten noudattaminen globaalissa terveyshallinnassa

Yhteisiä globaaleja terveyteen liittyviä tavoitteita varten muodostetaan terveysstrategioita. Kun sitoumuksia luodaan terveyden suhteen, valtiot sopivat yhteisesti sitoutuvansa ikään kuin väliintuloon suojellakseen kansalaisten terveyttä kaikkialla maailmassa. Sitoumuksilla on monenlaisia muotoja ja niistä vankimmat ovat laillisesti sitovia sopimuksia, mutta myös diplomaattiset sopimukset ja kannanotot ovat osa hallintaa. (Weldon & Hoffman 2021.)

Tässä luvussa kuvataan neljä eritasoista kansainvälistä terveysstrategiaa ja tarkastellaan niihin liittyvää tutkimusta. Nämä strategiat ovat Agenda 2030 ja kestävä kehityksen tavoitteet (tarkemmin erityisesti kolmas, terveyttä käsittelevä tavoite), WHO:n 13. yleinen työohjelma, Kansainvälinen terveyssäännöstö IHR ja Euroopan alueen strategia Health 2020. Käsiteltävien strategioiden luojia ovat siis YK ja WHO. Yhteenveto löytyy kuviosta 1.

Perustelu strategioiden käsittelylle on kolmiosainen:

1) Edellä sitoumusten noudattamista käsittelevä luku edellyttää oheensa käytännön esimerkkejä terveysstrategioista. Esittelyssä ei ole pyritty kuvaamaan strategioita kokonaisuudessaan, vaan keskitytään niiden yleiseen tarkoitukseen ja niiden toimintaa käytännössä tarkasteleviin tutkimuksiin.

2) Tämän tutkimuksen näkökulmavaltio Suomi on velvollinen noudattamaan näitä strategioita. Täten pyritään todentamaan strategioiden pluralismia ja päällekkäisyyttä noudattajavaltion näkökulmasta.

3) Tutkimuksen tulosluvussa esitellään haastatteluaineisto, jossa viitataan näihin strategioihin. Terveysstrategiat edustavat konkretian tasolla tutkimuksen kohteena olevaa globaalia terveyshallintaa.

Strategiat ovat yhteistyössä tehtyjä ja täten kompromisseja valtioiden kesken. Strategisten dokumenttien suhteen on hyvä huomioida myös esimerkiksi, että yleensä uudet valitut johtohahmot haluavat tehdä organisaatiolleen omanlaisen strategian. Tämänkaltaisia diplomaattiseen todellisuuteen ja järjestöjen hallitsemiseen liittyviä aiheita sivutaan tarkemmin myöhemmissä luvuissa.

3.1.1 Agenda 2030 ja kestävä kehityksen tavoitteet

Agenda 2030 on YK:n kestävä kehityksen toimintaohjelma, joka sisältää 17 kestävä kehityksen tavoitetta (Sustainable Development Goals SDG, Yhdistyneet kansakunnat 2015) alatavoitteineen. Strategiassa on huomioitu laajasti erilaiset näkökulmat kestäväan kehitykseen ja tavoitteet ovat kunnianhimoisia. (Yhdistyneet kansakunnat 2015.) Valtiot ovat sitoutuneet noudattamaan niitä ja tavoitteiden toteutumisesta raportoidaan väliarvioinneilla. Tavoitteet rakennettiin Millennium Development Goals (MDG:t) -tavoitteiden päälle, joiden kausi päättyi 2015. Toisin kuin MDG-kehityksessä, SDG-valmisteluun osallistuivat laajasti valtioiden hallitukset, monenväliset toimijat ja kansalaisyhteiskunnan organisaatiot. Tavoitteet vaikuttavat resurssiallokaatioon ja ovatkin tärkeä osa terveyden kehitystä. (Ruckert ym. 2017.)

Kestävä kehityksen tavoite 3 liittyy suoraan terveyteen, otsikkona “Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all age”. Alatavoitteisiin kuuluvat esimerkiksi epidemioiden, kuten AIDS:n ja malarian lopettaminen, liikenneonnettomuuksiin liittyvien kuolemantapausten puolittaminen sekä päihdeongelmien torjuntaan ja hoitoon liittyvät toimien vahvistaminen

vuoteen 2030 mennessä. Tavoitteena on myös luoda yleinen sairauskulujen korvausjärjestelmä ja mahdollistaa lääkkeiden ja rokotteiden turvallinen ja tehokas saavutettavuus. (Yhdistyneet kansakunnat 2015.) Tavoitteena on myös universaalien terveyskattavuuden saavuttaminen (3.8), jonka tarkoituksena on varmistaa saavutettavat lääkkeet, rokotukset ja laadukkaat terveydenhuollon palvelut kaikille.

Valtioilla on vastuu tavoitteiden implementoinnista. Tästä syystä yhteen tavoitteeseen (17.14.) on kirjattu yhtenäisempien politiikkojen vahvistaminen kestävässä kehityksessä. YK on todennut erikseen kauppasopimusten mahdollisesti edistävän epäyhtenäisyyttä. Kauppasopimukset rajaavat kotimaan tilaa ja regulaation mahdollisuuksia kestävässä kehityksen kannalta olennaisilla aloilla. (Ruckert ym. 2017; Yhdistyneet kansakunnat 2015.)

Kestävässä kehityksessä tavoitteet ovat laajat ja toisiinsa kietoutuneet. Terveyden alan tutkimuksissa onkin tuotu esiin edistyksen yhdellä alalla tai yhden sopimuksen suhteen (kuten Kansainvälinen terveyssäännöstö IHR, ks. 3.1.3) voivan edistää toista kestävässä kehityksessä tavoitetta. (Pyone ym. 2020; Bennett ym. 2018.)

Kestävässä kehityksessä tavoitteiden etenemistä seurataan indikaattorein. Alalle kuuluvat toimijat, kuten esimerkiksi WHO, Unicef, UNFPA (United Nations Population Fund) ja OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), monitoroivat globaalisti terveyteen liittyviä indikaattoreita. Vaikka edistystä jokaisen indikaattorin kohdalla on tässä vaiheessa nähtävissä, tutkijat toteavat odotetusti edistyksessä perässä tulevien valtioiden joutuvan yhä haastavampaan tilanteeseen Covid-19-pandemian myötä. He toteavat pandemian vievän ennen sitä aikaansaattua edistystä taaksepäin ja tämä tekee tavoitteiden saavuttamisesta vuoteen 2030 mennessä haastavaa. (Strong ym. 2020.) Kestävässä kehityksessä tavoitteet ovat keskeinen globaalien politiikan viitekehys, joita kunnioitetaan laajasti ja ne nousevat esiin keskusteluissa. Niihin on kiteytetty monille organisaatioille keskeisiä teemoja myös YK-toiminnan ulkopuolisilla aloilla.

3.1.2 Maailman terveysjärjestön yleinen työohjelma

WHO:n strategia viideksi vuodeksi kerrallaan ilmaistaan työohjelmina. Tällä hetkellä on voimassa 13. yleinen työohjelma vuosille 2019–2023 (General Programme of Work, GPW, World Health Organisation 2019). Kyseinen työohjelma perustuu kestävässä kehityksessä

tavoitteille ja koskee kaikkia valtioita riippumatta tulotasosta. Ohjelman mukaan terveys on kestävä kehityksen tavoitteille olennainen ja ohjelman avulla WHO viestittää kestävä kehityksen tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittavista toimista. Tavoitteet on ilmaistu ”miljardi-periaatteella” tavoitekauden aikana. WHO:n tavoite edistää terveyttä, pitää maailma turvallisena ja huolehtia haavoittuvaisessa asemassa olevista on sijoitettu seuraaviin kolmeen tavoitepilariin:

1. Miljardi ihmistä lisää universaalien terveyskattavuuden piiriin
2. Miljardi ihmistä lisää paremmin turvaan terveyshätätilanteilta
3. Miljardi ihmistä lisää nauttimaan paremmasta terveydestä ja hyvinvoinnista.

Tavoitteiden ilmaisutapa edustaa WHO:n mukaan uutta tapaa ajatella. Miljardi on konkreettinen, tehokkaasti muutoksen ajurina toimiva luku. (World Health Organisation 2019.) Yleinen työohjelma on siis järjestön omaa toimintaa suuntaava ja selvästi tietyille ajanjaksolle prioriteetit esittävä strategia. Sitä on edeltänyt strategia ja sille kirjoitetaan pian myös seuraaja WHO:n prosessissa. Tähän tutkimukseen haastatellut asiantuntijat pitivät yleistä työohjelmaa keskeisimpänä strategisena ohjaajana järjestön toiminnalle ja siten myös valtioille näiden toimiessa sen puitteissa.

3.1.3 Kansainvälinen terveystäytäntö

Kansainvälinen terveystäytäntö (International Health Regulations IHR, World Health Organisation 2005a) on laillisesti sitova viitekehys 196 valtiolle (johon sisältyvät kaikki WHO:n 194 jäsenmaata). Täytäntöissä on määritelty valtioiden oikeudet ja velvollisuudet sellaisissa kansanterveyttä uhkaavissa tilanteissa, joissa uhalla on mahdollisuuksia myös levitä yli valtorajojen (WHO 2005a; Pyone ym. 2020). Kansainvälinen terveystäytäntö on esimerkki kaikkia jäsenvaltioita koskevasta ja velvoittavasta strategiasta. Täytäntö luotiin, kun ymmärrettiin yli rajojen leviävien epidemioiden vaarallisuus ja tarve reagoida niihin tehokkaasti ja koordinoitusti. (World Health Organisation 2005a.)

Kansainvälisen terveystäytäntön esiaste oli vuonna 1951 käyttöön otettu International Sanitary Regulations (ISR). Täytäntöä muokattiin muutamaan kertaan vuosien aikana, kunnes vuonna 2005 täytäntölle kehitettiin sen nykyinen status valtioita laillisesti sitovana, kaikkia terveysuhkia koskevana sopimuksena. Se sisältää valtioiden raportointivelvollisuuden, sekä korostaa WHO:n roolia koordinoimisessa. (Pyone 2020, 2; World Health Organisation 2005a.)

Vuoden 2005 jälkeen terveyssäännöstöä on testattu käytännössä muun muassa kuuden erilaisen kansainvälisen kansanterveydellisen hätätilanteen yhteydessä (PHEIC, public health emergency of international concern). Näistä viimeisin on tammikuussa 2020 julistettu Covid-19 PHEIC.

Velvollisuus implementoida kansainvälisen terveyssäännösten strategisia linjauksia on kaikilla jäsenvaltioilla. Yksittäisen valtion valtionhallinnon kaikilla tasoilla ja terveyteen vaikuttavilla sektoreilla on velvollisuus pyrkiä toteuttamaan säännöstöä. WHO:n roolina on tukea valtioita tässä ja koordinoita toiminnan edistymistä. Terveyssäännöstö edellyttää kaikkia valtioita tekemään seuraavat asiat (World Health Organisation 2005a):

1. ottamaan käyttöön valvontajärjestelmät, joiden tietoon tulevat nopeasti julkiseen terveyteen liittyvät uhat
2. käyttämään WHO:n tekemää arviointi-instrumenttia arvioimaan terveyttä uhkaavia tilanteita ja ilmoittamaan, jos uhka on kansainvälinen.
3. vastaamaan julkisen terveydenhuollon riskeihin ja hätätilanteisiin.

Tukeakseen valtioiden onnistumista terveydenhuollon riskitilanteissa WHO tarjoaa työvälineitä ja ohjausta niiden käyttöön alueellisten ja valtiollisten toimistojensa välityksellä. Tähän kuuluu apu sen arvioimisessa, onko uhka mahdollisesti kansainvälinen ja tarvitaanko sen taltuttamiseksi yli rajojen tapahtuvaa terveystoimittista yhteistyötä. (World Health Organisation 2005a.)

Kansainvälinen terveyssäännöstö määrittelee valtioiden minimikapasiteetin, jota vaaditaan tarttuvien tautien estoon ja hoitamiseen (Bennett ym. 2018). Terveyssäännösten esiintymistä aiheista monet ovat edelleen osana terveyteen liittyviä strategioita: esimerkiksi kestävä kehityksen tavoitteiden sisälle kirjatun terveyteen liittyvän tavoitteen toteutuminen edesauttaisi samalla myös kansainvälisen terveyssäännösten toteutumista. (Bennett ym. 2018.) Strategiat ovat siis toisiinsa linkittyneitä ja eri aikoina strategiatyöhön on lähdetty eri näkökulmista. IHR on tässä katsauksessa tarkastelluista selkeästi vanhin, mutta myös valtioiden näkökulmasta yhä erityisen sitova. Sen kautta määritellään valtioiden tasolla vaadittavia toimenpiteitä ja siinä kerrotaan myös WHO:n rooli toimenpiteissä auttajana. Lisäksi se on hallinnollinen ohjeistus monialaisen yhteistyön saavuttamiseksi.

IHR esiintyy esimerkkitapauksena useissa WHO:ta koskevissa tutkimuksissa muun muassa juuri edellä mainituista syistä. Säännösten noudattamista on tarkasteltu muun muassa Covid-19 valossa. Esimerkiksi Myanmarissa on parannettu terveysjärjestelmää terveyssäännösten mukaan, mutta Pyone ym. (2020) toteavat keskeisiltä sidosryhmiltä toivottavan yhä enemmän työtä terveysjärjestelmän vahvistamiseksi ja vähemmän omien muunkaltaisten agendojen edistämiseksi. Tutkijat toteavat tästä huolimatta IHR-viitekehyksen olevan arvokas globaali väline yhteistyölle uhkien selvittämiseksi. (Pyone ym 2020.)

Ebola-epidemian aikana (ensimmäinen 2014–2018, ks. World Health Organisation 2021b) WHO:ta ja IHR-työkalua kritisoitiin riittämättömänä. Valtiot epäilivät tämän myötä laajemminkin WHO:n toimijuutta globaalien terveyspolitiikan johtajana. (Kickbusch 2016). IHR-implemointin hitauden vuoksi monet valtiot perustivat omia ohjelmia, joilla oli hyvin samankaltaiset tavoitteet. Yhdysvallat yhdistivät voimansa melkein 50 muun valtion kanssa Global Health Security Agendan biologisten uhkien tehokkaan tunnistamisen ja torjunnan eteen. Gostinin & Katzin (2016) mukaan WHO ei ole poliisitoimija, eikä sen toiminnan keskiössä ole rangaistusten määrääminen sopimusrikkomuksissa. Organisaatiolla on tästä huolimatta käytössään keinoja, joilla se voisi edistää noudattamista. Tällaisia keinoja olisivat esimerkiksi muuttamalla kieltä sitovammaksi tai WHO:n pääjohtaja voisi aktiivisemmin osallistua kitkemään epätoivottuja toimintamalleja. (Gostin & Katz 2016, 305–306.)

3.1.4 Health 2020 – strategia Euroopan terveyden tulevaisuudelle

EU:n edustajilla on WHO:n kokouksissa tarkkailijan rooli (Greer & Kurzer 2013, 105). Euroopan unioni on erityissuhteessa WHO:n kanssa, mutta EU-valtiot toimivat erikseen myös WHO-viitekehysessä. EU:n strateginen koheesio on terveyshallinnan suhteen vaihtelevaa johtuen unionin hallinnon moninaisuudesta. Terveysaiheessa EU:n kompetenssi on enemmän hajallaan kuin esimerkiksi talouden kaltaisissa aiheissa, sillä terveyden suhteen päätösvaltaa on vaikeaa määrittää vain yhdelle taholle: komissiolle, parlamentille tai jäsenmaiden omalle hallinnolle. Tällaisessa tilanteessa konfliktit jäsenvaltioiden kesken ovat väistämättömiä. (Greer & Kurzer 2013, 2017.) EU:n valmisteleva Euroopan terveysunioni pyrkii vastaamaan juuri tarpeeseen hallinnoida terveysaiheita paremmin. WHO:n puolella on kuitenkin olemassa sen Euroopan aluetoimisto, joka tekee alueellisia terveysstrategioita Euroopan alueelle. EU ratifioi ne, mutta tekijänä on WHO:n toimielin.

Health 2020 on arvoihin ja tutkimukselliseen näyttöön perustuva terveystoimintapolitiikka Euroopalle. Se on tämän luvun strategioista laaja-alaisin, sillä se korostaa kokonaisvaltaisempaa hyvinvointia osana terveyttä ja huomioi yksityiskohtaisemmin esimerkiksi kansalaisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin, yksilötason elämän aikajanan ja siihen liittyvät terveysaiheet, sekä ihmisen voimaannuttamisen (Jakab & Tsouros 2014). Strategian hyväksyminen tapahtui Euroopan aluekomitean istunnossa syyskuussa 2012. Health 2020 -strategian tavoitteita on kaksi: 1) parantaa kaikkien kansalaisten terveyttä ja vähentää terveyteen liittyvää epätasa-arvoa ja 2) vahvistaa parempaa terveyden johtamista ja osallistavaa terveyden hallintoa. (World Health Organisation 2012.)

Health 2020 -strategian periaatteita on mahdollista muokata ja soveltaa valtiokohtaisesti, mutta tavoitteiden tulee säilyä samana. Raportissa todetaan, miten Euroopan alueen ja sen valtioiden tulevaisuuden hyvinvointi riippuu valtioiden halukkuudesta parantaa terveystoimintaa. Raportti kehottaa valtioiden terveysministeriöitä kutsumaan sidosryhmänsä yhteisen pöydän ääreen keskustelemaan mahdollisuuksista kehittää terveempi Eurooppa. (World Health Organisation 2012.) Näitä aiheita onkin EU:ssa sittemmin käsitelty ja aikaansaatu kehitys kohti terveysunionia. Health 2020 on siis esimerkki WHO:n aluestrategiasta, jonka luonut toimielin (WHO:n Euroopan toimisto) on erikoistunut juuri tämän alueen terveystoimintoihin.

Vik ja Carlqvist (2018) tutkivat valtiollista hyvinvointia ja indikaattoreita yhteiskunnallisen kehityksen kuvaajina täydentämään tai korvaamaan talousperustaisia mittareita. Tutkimuksessa arvioidaan tarkemmin Health 2020 -strategiaan kuuluvia hyvinvointi-indikaattoreita. Tutkijat kuvaavat WHO:n keskittyneen raportoimaan eniten sairauksista, vaikka organisaatiossa ymmärretään hyvinvointi fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena. Tutkijat esittävät Health 2020 -strategian tekevän tämän suhteen siirtymän kohti hyvinvoinnin laajempaa arviointia. He peräänkuuluttavat kuitenkin lisää subjektiivisuuden tukeutuvia indikaattoreita objektiivisten ohelle hyvinvointiin liittyen. (Vic & Carlqvist 2018.) Tällaisesta monipuolisesta terveysindikaattorien seurannasta esimerkkinä voidaan pitää OECD:n vuosittaisia Health at a Glance-katsauksia, joihin on sisällytetty myös joitain subjektiivisen terveydentilan arvioinnin indikaattoreita (OECD 2020).

Health 2020 on ohjattu niin EU:lle kuin sen valtioillekin terveyteen liittyvää työtä varten, mutta se on samalla myös yhden kauden strateginen fokus. Kansainvälisten organisaatioiden

strateginen työ pohjaa usein organisaation perustehtäviin ja edellisille strategioille, joita kehitetään eteenpäin. Täten organisaation toiminnassa säilyy jatkuvuus, vaikka uusia strategioita kirjoitetaan. (ks. esim. Weiss & Daws 2008.) Tästä syystä tämän tutkimuksen strategiakatsaukseen haluttiin ottaa strategioita sekä eri ajoilta että eri näkökulmista. Terveysstrategioissa on mukana niiden tekemiseen osallistuneiden tahojen ajatuksia ja prioriteetteja. Siten ne kertovat terveyssubstanssin ohella organisaatioista, jotka niitä tekevät. Yksittäinen valtio on osana monenlaisissa strategiakoneistoissa. Tämä monisuuntaisuus ja priorisoinnin pakko ovat myös esillä myöhemmin tässä tutkimuksessa.

Kuvio 1. Yhteenveto terveysstrategioista

Yhdistyneet kansakunnat YK

- **Agenda 2030**
 - YK:n strategia
 - Terveys osana laajempaa kestävä kehityksen viitekehystä

Maailman terveysjärjestö WHO

- **13. Työohjelma**
 - WHO:n yleisstrategia
 - Ylätason määrälliset tavoitteet globaalille terveydelle
- **IHR**
 - WHO:n lakiin sidottava sopimus
 - Terveysuhkien kansainvälinen reagointijärjestelmä
 - Valtioilla raportointivelvollisuus
- **Health 2020**
 - WHO:n aluestrategia
 - Kattava strategia Euroopan alueen terveydelle

Tässä luvussa käsiteltiin keskeisiä globaaliin terveyteen liittyviä strategioita (Kuvio 1). Kaikkien terveysstrategioiden keskeisenä tarkoituksena mainittiin terveyden edistäminen. Strategian tavoitteena voidaan puhua *välineestä* (johtaminen, järjestelmä) tai nimenomaan *terveydestä itsestään* (periaate, esim. kaikilla tulee olla pääsy terveydenhuollon piiriin). Strategia voi olla hyvin konkreettinen, esimerkiksi lukuihin perustava miljardiperiaate (13. GPW) tai strategiassa voidaan pyrkiä kuvaamaan lähes kaikki terveyteen ja hyvinvointiin liittyvä aihepiiri (Health 2020).

Esitellyt strategiat muodostavat kehikon tarkastella ylikansallisia terveysstrategioita. Vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ammentaa tästä kehikosta. Strategioissa on linjattu keskenään erilaisia tavoitteita, vaikka ne eivät olisikaan välttämättä ristiriidassa keskenään.

Tulosluvussa tarkastellaan muutamia mahdollisia tapoja tulkita keskeisiä terveysstrategisia tavoitteita, joita muun muassa edellä esitellyissä dokumenteissa on tuotu ilmi.

4 Tutkimuksen metodologia

4.1 Tutkimusasetelma

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on analysoida globaalia terveyshallintaa, strategisten sitoumusten noudattamista ja terveyshallinnan tulevaisuutta. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostuu globaalista terveyshallinnasta sekä siihen liittyvistä keskeisistä käsitteistä tai näkökulmista, joita empiirisen osan haastatteluaineistossa käytetään.

Tutkimusasetelmallisesti kyseessä on tapaustutkimus aiheesta globaali terveyshallinta. Kohteena on suomalaisten asiantuntijoiden näkemys asiasta, ja Suomen terveyshallinnallinen toiminta on lähtökohta tutkimukselle. Tehdyn empiirisen tutkimuksen tarkempi toteutus on kuvattu tässä luvussa.

Tutkimustehtävänä on analysoida globaalia terveyshallintaa. Tutkimuskysymyksiin vastattiin osin jo aiemmissa luvuissa ja tätä kirjallisuuspohjaa täydennetään haastatteluaineistolla. Globaalin terveyshallinnan tarkastelu rajataan empiirisen aineiston osalta WHO:n toimintaan ja siihen kuuluviin terveysstrategioihin. Yleisnimellä *strategiat* tarkoitetaan kaikkia tutkimuksen luvussa 3 kuvattuja sitoumuksia ja sopimuksia riippumatta niiden sitovuuden asteesta.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Kyseessä on laadullinen, teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin perustuva tapaustutkimus. Laadullinen tapaustutkimus tutkii tapausta ainutlaatuisena ilmiönä eikä siinä pyritä tilastolliseen yleistykseen (Saarela-Kinnunen & Eskola 2010). Tutkimuksen teoriaosassa tarkastellut, kirjallisuuteen perustuvat, käsitteet ja näkökulmat ohjaavat analyysia. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta kuvattu teoreettinen viitekehys on suurelta osin kirjoitettu ennen haastatteluaineiston keräämistä. Tämä mahdollisti aikaisemman tutkimuksen hyödyntämisen empiirisen osan haastattelukysymysten laatimisessa. (Burton 2000; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluina verkon välityksellä. Haastattelun teemat muodostuivat tutkimuskysymyksistä ja niille rakentuvasta kysymyspatteristosta. Teemahaastattelussa on mahdollista täydentää kysymyksiä mahdollisilla tapauskohtaisilla

tarkentavilla kysymyksillä. Tämä mahdollisuus täydentää haastattelukysymyksiä, käydä pidempää keskustelua ja täten saada syvällisempiä vastauksia (Hirsjärvi & Hurme 2000) oli keskeinen perustelu teemahaastattelun valinnalle. Aiheen laajuudesta johtuen oli tutkimukselle edullista, että vastaamiselle oli tarpeeksi aikaa ja haastateltava pystyi vastaamaan haluamallaan tarkkuudella kysymyksiin.

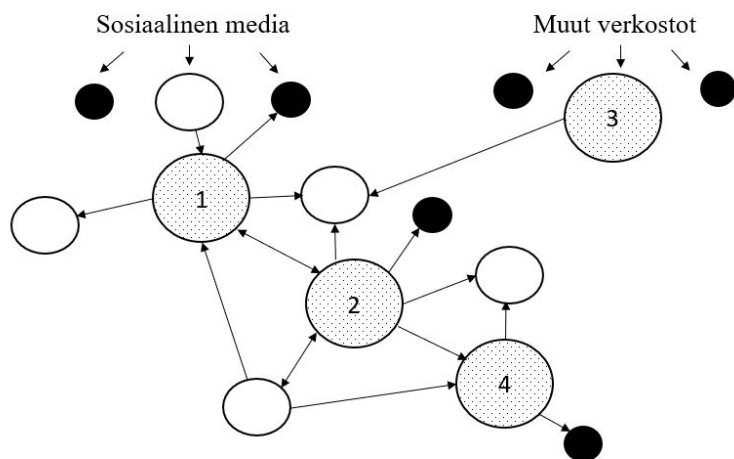
Haastateltavat (n=4) ovat suomalaisia henkilöitä ja heidän näkemystään hyödynnettiin liittyen WHO:n terveyshallintaan. Haastateltavat kommentoivat kuitenkin WHO:n toimintaa myös yleisemmällä tasolla. Haastateltavia haastateltiin yksityishenkilöinä, eivätkä he edustaneet mahdollista taustaorganisaatiotaan haastatteluissa. Haastateltavia valittaessa pyrittiin tästä huolimatta löytämään henkilöitä eri organisaatioista, jotta aiheeseen saataisiin monipuolinen näkökulma. Edellytykset haastateltavana toimimiselle olivat:

- Haastateltava toimii globaaliin terveyteen liittyvässä tehtävässä tai tuntee aiheetta tutkimuksen kautta
- Haastateltava tuntee globaaliin terveyteen liittyvää strategiatyötä
- Haastateltavan näkökulmavaltio on Suomi.

Haastateltavien rekrytointi aloitettiin tammikuussa 2021 kyselemällä sopivia haastateltavia LinkedIn-sivustolla ja lisäksi lähettämällä sähköpostiviestejä henkilöille, joiden tiedettiin olevan työssä globaaliin terveyteen tai strategiatyöhön liittyvissä tehtävissä. Edellisiltä haastateltavilta kysyttiin ehdotuksia uusien, aiheesta tuntevien jatko-haastateltavien löytämiseksi. Tätä kutsutaan myös lumipallo-otannaksi (Bailey 1994, 96; Tuomi & Sarajärvi 2018). Potentiaaliselle haastateltavalle lähetettiin sähköpostitse etukäteen virallinen pyyntö osallistua tutkimushaastatteluun sekä haastattelussa käsiteltävän kysymyspatteriston rakenne. Jokainen haastatteluun suostunut haastateltiin.

Lumipallo-otannan monivaiheisuuden vuoksi sen toteutuminen on koottu erilliseen kuvioon (Kuvio 2). Kuvio etenee ylhäältä alaspäin lähtien LinkedInin (”sosiaalinen media”) tiedusteluista ja toisaalta henkilökohtaisista (”muut verkostot”) verkostoista. Suuret, harmaan värin täytetyt numeroidut pallot edustavat lopullisia haastateltavia. Mustalla näkyvät potentiaaliset haastateltavat, joita oli esitetty hyväksi vaihtoehdoksi haastatteluun, mutta jotka eivät vastanneet sähköpostikutsuun lainkaan. Valkoisella näkyvät ympyrät ovat potentiaalisia haastateltavia, jotka vastasivat, etteivät koe olevansa sopivia haastateltavia tai etteivät työtilanteensa vuoksi ehdi osallistua.

Kuvio 2. Haastateltavien lumipallo-otanta



Haastateltavien määräksi tuli neljä, ja he edustivat kukin tahoillaan tutkimuksen kannalta keskeistä, keskenään erilaista näkökulmaa (tutkija, opettaja, virkamies, asiantuntija) ja lumipallo-otanta alkoi toistaa yhä samoja, jo lähestytyjä tai haastateltuja henkilöitä. Eräässä vastauksessa haastateltavaksi pyydetty myös piti omaa haastatteluaan ylimääräisenä, sillä samassa organisaatiossa työskentelevä kollega oli jo osallistunut haastatteluun. Tästä päätellen asiantuntijat kokivat, että samaa tahoja edustavat haastateltavat eivät kenties eroaisi merkittävästi vastauksiltaan.

Haastattelun kesto vaihteli 36–68 minuutin välillä keskiarvon ollessa 49 minuuttia. Haastattelut järjestettiin etäyhteyksin ja nauhoitettiin digitaaliseen muotoon.

Aineistonkeruun välineeksi valikoitui etähaastattelu erityisesti Covid-19-pandemiasta johtuneista etätyökäytännöistä. Etähaastattelun toteuttaminen ei tutkijalle ollut ennalta tuttua, ja tästä syystä tässä vaiheessa prosessia tarkasteltiin myös etähaastattelumetodia käsitteleviä tutkimuksia. Tutkimusten mukaan etähaastattelujen vahvuutena voidaan nähdä mahdollisuus osallistua haastatteluun riippumatta paikasta ja täten lisää haastateltavien mahdollisuuksia osallistua.

Tämän tutkimuksen haastatteluissa oli mukana videokuva. Etäyhteyksin toteutettu haastattelu voikin vastata käytännössä kasvotusten toteutettua (Hanna 2012, 241). Toki samassa tilassa olemisen antaa myös sanatonta informaatiota, joka välttämättä ei videon välityksellä välity.

Etähaastattelut ovat myös taloudellisesti edullinen vaihtoehto (Lo Iacono ym. 2016, 11). Tutkimuksen seuraavien työvaiheiden osalta etäyhteydet myös helpottavat esimerkiksi tallennus- ja litterointiprosessia. Tässä tutkimuksessa hyödynnetyllä Zoom-työkalulla on mahdollista tallentaa haastattelu niin videona, äänenä kuin tekstinäkin. Etähaastattelun rajoitteena puolestaan voidaan nähdä hankaluus haastattelutilanteen luomisessa luontevaksi sosiaalisesti kanssakäymiseksi. Tutkijalta edellytetään myös teknisiä taitoja hoitaa haastattelutilanteessa mahdollisesti esiintyviä ongelmia yhteyksissä tai toiminnoissa. (Mann & Stewart 2000.)

Haastatteluissa käytettiin haastateltaville etukäteen lähetettyä kysymyspatteristoa (Liite 1), joka sisälsi kaikkien kolmen tutkimuskysymyksen teemat. Kaikilta haastateltavilta kysyttiin kaikki kysymykset, paitsi heidän vastatessa jo johonkin niistä muiden kysymysten kohdalla. Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin lisäksi tarkentavia kysymyksiä heidän mainitsemiinsa asioihin. Tarkentavia kysymyksiä olivat esimerkiksi: ”Voitko kertoa lisää” tai ”voitko perustella”. Kaikki haastateltavat eivät kokeneet osaavansa suoraan vastata kaikkiin kysymyksiin, mutta kokonaiskuvassa kaikilta haastateltavilta saatiin kuitenkin näkökulma itse aiheeseen.

4.3 Aineiston analyysi

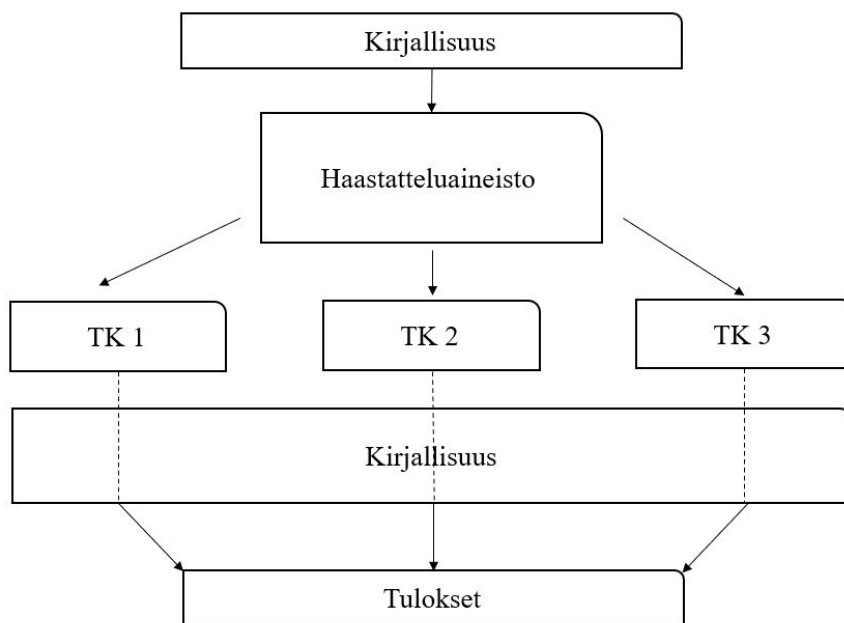
Aineiston analyysi perustui teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysissa pyritään saamaan tutkittavasta aiheesta aikaan aiempaan tutkimukseen ja laajempaan kontekstiin kytköksissä oleva kuvaus (Tuomi & Sarajärvi 2018), kuten tässä tapauksessa globaaliin hallinnan ja terveyden väliseen yhteyteen. Aineistoa analysoitiin kategorisoimalla litteroitua aineistoa ja koodaamalla kategoriat ensin tutkimuskysymysten mukaan (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Näiden lisäksi muodostettiin erilliset kategoriat haastatteluissa esille tulleille aiheille, jotka eivät kuuluneet suoranaisesti minkään tutkimuskysymyksen alle.

Tutkimuskysymyksiin pohjautuvat sisällölliset pääteemat kategorisoitiin aluksi otsikoilla ”globaalien terveysstrategioiden tavoitteet” (tutkimuskysymys 1), ”terveysstrategioiden noudattaminen (tutkimuskysymys 2) ja ”tulevaisuuden terveysstrategiat” (tutkimuskysymys 3). Sen jälkeen lokeroitiin litterointimateriaalista selkeästi sisällöllisesti näiden alle sijoittuvat vastaukset. Lisäksi haastateltavat kertoivat Suomen toiminnasta WHO:ssa, josta muodostettiin aluksi erillinen teema nimeltä ”terveyspoliittinen toiminta”. Tähän liittyvä aineisto koostettiin

lopulta tulososaan yläotsikolla ”WHO ja Suomi”. Yksittäisistä tarinoista oli etukäteen vaikea hahmottaa selkeää yläkategoriaa, mutta ne käsittelivät Suomen terveystieteellistä työskentelyä WHO:ssa.

Tutkimuksen tuloksia raportoitaessa on yhdistetty sekä empiiriseen haastatteluaineistoon että tutkimuskirjallisuuteen perustuvia tuloksia, sillä tutkimuksen haastatteluaineistoa pyrittiin yhdistämään osaksi laajempaa tutkimuksellista viitekehystä. Tästä syystä aineistoa analysoitiin samalla tutkien kirjallisuutta ja etsien yhteneviä teemoja haastateltavien vastausten ja kirjallisuuskatsauksen välillä (Kuvio 3).

Kuvio 3. Aineiston analyysi



Haastateltavien vastaukset raportoitiin sellaisenaan ja niiden tarkka sanamuoto säilytettiin lopullisissa sitaateissa, joiden avulla analyysia ja tuloksia havainnollistetaan. Haastattelukysymysten ollessa laajoja saattoi vastatessa haastateltavan ajatus katketa kesken lauseen, niin että loppua ei sanottu suoraan, mutta asiayhteydestä pystyi päättämään lopun sisällön. Tällaisissa tapauksissa ymmärrettävyyden vuoksi sitaatteihin on täydennetty kesken jäänyt ajatus (ja myös merkitty se tekstissä). Haastatteluaineistoa pyrittiin käsittelemään neutraalisti ja tulkinnoille esitetään tulososassa mahdollisimman selkeät perustelut.

4.4 Tutkimusetiikka

Tässä tutkimuksessa noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjetta (TENK 2012). Tutkimusta tehtäessä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tutkimustyössä että tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa (TENK 2012, 6).

Tutkimuksen aineistonkeruuvaiheessa haastateltaville lähetettiin asianmukainen haastattelupyyntö (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksesta tarvittavat tiedot ja että tulokset raportoidaan Turun yliopiston pro gradu -tutkielman muodossa. Myöntävää vastausta suostua tutkimushaastatteluun sähköpostitse tulkittiin suostumuksena osallistua tutkimukseen ja suostumus vielä varmistettiin jokaiselta suullisesti haastattelun alussa.

Haastateltavilta saatiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Tutkija litteroi itse haastattelut, eikä hänen lisäkseen kukaan muu ole nähnyt aineistoa. Litterointeihin ei kirjattu ylös haastateltavien nimiä tai muita tunnuksia missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimusaineisto on tallennettu ulkoiselle kovalevyllä tutkimuksenteon ajaksi. Pro gradu -tutkielman valmistuttua sekä haastattelunauhasta että niiden litteroidut versiot hävitetään tutkijan toimesta.

5 Globaali terveyshallinta ja sen valtiotason noudattaminen

Tässä luvussa kuvataan ensin tutkimuksessa haastatellut henkilöt ja sitten haastatteluista esille tulleet näkemykset tutkimuskysymyksittäin. Tutkimuskysymyskohtaisessa tarkastelussa käsitellään ensin tuloksia laajemmin aikaisemman tutkimuksen perusteella, tämän jälkeen raportoidaan empiirisen aineiston näkemyksiä ja lopuksi yhdistetään aiempi tutkimus empiriaan. Tämä luku on siten koottu tulkintakollaasi kirjallisuutta ja haastatteluja. Tarkoituksena ei ole hyödyntää haastatteluvastauksia suorina totuuksina, vaan yhtenä mahdollisista ikkunoista aiheeseen.

5.1 Haastateltujen asiantuntijoiden kuvaus

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla neljä (4) terveyteen, Maailman terveysjärjestö WHO:n globaaliin terveyshallintaan ja terveysstrategioihin perehtynyttä asiantuntijaa. Koonta haastateltavista on kuviossa 4.

Kuvio 4. Haastatellut asiantuntijat (n=4)

Haastateltu	1	2	3	4
Nimike	Akateeminen tutkija globaalien terveyden alalta	Gloaalien terveysdiplomatian asiantuntija	Akateeminen tutkija terveystieteiden alalta	Asiantuntija valtionhallinnossa globaalien terveyden alalla
Sukupuoli	Nainen	Mies	Nainen	Nainen
Taustakoulutus	Lääketiede	Lääketiede	Terveystiede	Kauppa- ja yhteiskuntatieteet
Näkökulma globaaleihin terveysstrategioihin	Uransa aikana toiminut niitä kommentoivassa asemassa	Gloaalit terveysaiheet ja diplomatia oman työn ytimessä, tarkastelee niitä osana kokonaisuutta	Osana työtään tutkijana tuntee ne ja opettaa niitä opiskelijoille	Niiden käsittely kuuluu olennaisesti työnkuvaan ministeriössä

Haastateltavia pyydettiin aluksi kuvaamaan omaa työtaustaansa. Haastateltava 1 kertoi työskennelleensä muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) sekä tehneensä projektiluontoisesti töitä WHO:n päätoimistolle. Haastateltava 2 oli työskennellyt pitkään terveysdiplomatiaan liittyvissä tehtävissä Suomen edustajana. Haastateltava 3 oli tehnyt kliinistä työtä joitakin vuosia, ja siirtynyt sen jälkeen korkeakoulutuksen pariin erilaiseen tutkimus- ja opetustyöhön. Hänellä oli kokemusta myös käytännön tasolta hallinnollisesta

työstä terveystalvelujärjestelmän puitteissa. Haastateltava 4 puolestaan työskenteli ministeriössä globaaliin terveyteen liittyvien aiheiden parissa.

Haastateltavien yhteydet terveysstrategioihin erosivat toisistaan. Haastateltava 1 kertoi kiinnostuksensa terveysstrategioihin syntyneen omasta henkilökohtaisesta harrastuneisuudesta aihetta kohtaan. Pitkän uransa aikana hän kuvasi olleensa vaikuttamassa monin tavoin terveysstrategioihin osana työtehtäviään. Haastateltava 2 oli itse ollut mukana strategisten dokumenttien kokoamisessa ja laatimisessa jo pidemmän aikaa. Haastateltava 3 totesi suhteensa terveysstrategioihin olevan kolmenlainen: ne liittyvät osaksi hänen tutkimuskenttäänsä palvelujärjestelmän koulutus- ja arvoperustaan liittyen, hän käsittelee globaaleja terveysstrategioita opettaessaan korkeakouluopiskelijoita, ja hän on kansalaisena kiinnostunut siitä, ”mihin suuntaan meidän terveydenhuoltoamme kehitetään”. Haastateltava 4 kuvaili ”sukeltaneensa terveystalvelmaan” vasta nykyisessä työssään.

Kaikki haastateltavat jakoivat mielellään näkemyksiään tutkijan kanssa, palasivat ajoittain teemoihin takaisin tai laajensivat kysyttyä asiaa omalla asiantuntijuusalueellaan. Yleinen tunnelma haastatteluissa olikin myönteinen ja aiheesta kiinnostunut.

5.2 Globaalin terveyshallinnan tavoitteet

Ensimmäinen tutkimuskysymys kuului: *Millaisia tavoitteita WHO:n globaalilla terveyshallinnalla nähdään olevan?*

Kysymyksen sisältämä ”näkemys” sisältää sekä haastatteluaineiston että terveysstrategioiden näkemykset; osin kysymykseen vastattiin siis jo luvussa 3. Tarkoituksena tässä luvussa on lähestyä kysymystä yleisestä eettisestä arvopohjasta yksityiskohtaisempaan käytännön diplomatiatyöhön ja strategisten tavoitteiden priorisointiin.

Aikaisemman tutkimuksen perusteella globaalin terveyshallinnan peruskysymys on se, miten globaalin terveyden haaste tai ongelma hahmotetaan eli minkä hallinnasta on kyse. Haaste tai ongelma saattaa liittyä tiettyihin sairauksiin tai terveysongelmiin, terveystalvelujärjestelmiin ja niiden toimivuuteen, maantieteellisiin rajalinjoihin tai turvallisuuskysymyksiin (Bennett ym. 2018). Globaalille terveydelle ei olekaan saatu aikaan universaalia, yhteisesti sovittua visiota

(Ng & Ruger 2011, 7) huolimatta siitä, että erilaisista terveyteen liittyvistä globaaleista seikoista on systemaattista tietoa (ks. esim. OECD 2020). Huolimatta täydellisen konsensuksen puutteesta WHO:lla kuitenkin jo todetusti on olemassa useita sekä globaaleja että alueellisia strategisia linjauksia (Ng & Ruger 2011; McInnes 2015) – näiden tavoitteiden havainnollistamisessa haastateltavat saattoivat käyttää esimerkkinä omaa valtiotaan.

Tutkimuskysymykseen etsittiin vastausta kahdella päähaastattelukysymyksellä, joita täydennettiin tarkentavilla kysymyksillä.

Haastattelukysymykset olivat:

1. Millaisiin tavoitteisiin globaaleilla terveysstrategioilla pyritään?
2. Health 2020 -strategian tapausesimerkki tavoitteenasettelusta: Millaisena näet tämän strategian tavoitteet?

Täydentävät kysymykset liittyivät tavoitteiden priorisointiin ja siihen vaikuttaviin tekijöihin, sekä tavoitteiden merkityksellisyyteen Suomen näkökulmasta. Kaikki haastateltavat pitivät tavoitteita Suomen kannalta merkityksellisinä, joten siihen liittyviä vastauksia ei raportoida erikseen, vaan kootaan osana muita kysymyksiä.

Ensimmäiseen kysymykseen haastateltavan oli mahdollista vastata haluamastaan näkökulmasta. Induktiivisen analyysin perusteella jokainen haastateltavista nimesi ensin omasta mielestään keskeisen, yleisen tavoitteen ja keskittyi sen jälkeen nimeämään muita, tarkempia teemoja tai strategisia tavoitteita.

Keskeiseksi tavoitteeksi jokainen haastateltava nimesi sekä 1) terveyden edistämisen kaikkialla maailmassa että 2) yhteistyön edistämisen tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Lisäksi toiminnan lähtökohdaksi nimettiin YK:n peruskirja ja laaja määritelmä terveydestä psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena terveytenä/hyvinvointina pelkän fyysisen terveyden sijaan.

Jokainen haastateltavista viittasi myös jollain lailla terveyden aikaansaamaan vaikutukseen muille yhteiskunnan aloille. Terveys ei heidän mukaansa toimi tyhjiössä vaan on osa laajempaa yhteiskunnan toimintakykyä. Tästä syystä myös YK:n kestävän kehityksen tavoitteissa (Yhdistyneet kansakunnat 2015) on erillinen tavoite terveydelle, ja juuri tätä tavoitetta pyritään edistämään WHO:n 13. työohjelmalla (WHO 2019).

WHO:n terveysstrategioiden tavoitteet ilmenivät kaikkien haastateltavien mukaan monipuolisina. Strategiat kohdentuivat erilaisiin globaaleihin haasteisiin ja terveysuhkiin. Yleisinä, horisontaaleina tavoitteina jokainen mainitsi joko kestävän kehityksen tavoitteet tai WHO:n 13. yleisen työohjelman ja sen kolme pilaria: 1. Miljardi ihmistä lisää universaalien terveystietämyksen piiriin, 2. Miljardi ihmistä lisää paremmin turvaan terveyshätätilanteilta ja 3. Miljardi ihmistä lisää nauttimaan paremmasta terveydestä ja hyvinvoinnista (World Health Organisation 2019).

Jokainen vastasi kysymykseen myös selkeämmin omasta näkökulmastaan (ks. yhteenveto näistä kuvio 5). Haastateltava 2 tarkensi vastaustaan edellä mainitusta WHO:n 13. yleisen työohjelman kolmen pilarin lähtökohdasta. Pilarien hän sanoo olleen kolme vuotta sitten tehty uudistus, jossa ”uusi pääjohtaja halusi tehdä WHO:sta modernimman ja relevanttimman toimijan globaalissa terveydessä”. Haastateltava piti pilareita harppauksena rohkeampaan suuntaan tavoitteissa ja luovan konkretiaa toimintaan. Tämä vastaus on yhtenevä WHO:n antamien perustelujen kanssa (World Health Organisation 2019).

”Ne on tämmöset seksikkäät tavoitteet, jotka on -- WHO on aikaisemmin ollut tavattoman varovainen kaikessa tavoitteiden asettelussa niin sitten tuli tällainen markkinahenkkinen tavoiteasettelu, johon liittyy paljon sitten kaikenlaisia ongelmia, mutta periaatteessa tämä lähestymistapa on ok.” (Haastateltava 2)

Haastateltava 2 itse koki kuitenkin mieluiten tarkastelevansa tavoitekokonaisuutta terveysjärjestelmän vahvistamisen kannalta, sillä se on hänen mukaansa operationaalisempi ja kokonaisvaltaisempi lähestymistapa kuin mainitut kolmen pilarin tavoitteet. Myös haastateltavan 4 lähtökohta oli 13. työohjelmassa. Hän koki tavoitekokonaisuuden hyvänä sen yleisyyden vuoksi ja koska se on hänen mukaansa sidottu WHO:n perusajatuksiin ja arvopohjaan.

”Ja miksi WHO pyrkii just näihin tavoitteisiin, niin niissä se yhdistävä ja olennainen asia, ja ihan sinne peruskirjaan ja universaaliuteen liittyvä on tää niiden läpileikkaavuus ja toisiinsa linkittyvyys. Että kun erilaisilla terveysteemoilla on omia strategioitaan ja toimintasuunnitelmiaan, mut tää yleinen työohjelma tuo niitä yhteen ja sillä lailla että se katsoo enemmän niitä toivottuja tuloksia ja ilmiöitä sen sijaan että katsottaisiin yksittäisiä tauteja.” (Haastateltava 4)

Haastateltava 3 ulotti WHO:n strategioiden tavoitteet ”jo YK:n ihmisoikeuksien julistukseen eli pyritään toteuttamaan sellaista, miten terveys missäkin maapallon osassa olisi tasa-arvoisesti

jakautunutta ja kaikille saavutettavissa tarpeen mukaan, mikä [järjestelmä] kulloinkin on [kyseessä].”

Terveysturvallisuuden kehittyminen pandemian jälkeen oli erityisesti haastateltavan 1 näkökulma tavoitteisiin. Haastateltava arvosti terveysturvallisuutta politiikkaperusteisuuden sijaan. Laajojen tavoitteiden asettamisen ohella hän piti tärkeänä tarkentaa, mitä tavoitteilla tarkoitetaan ja millaisia toimia niillä konkreettisemmin haetaan. Tavoiteasettelussa hän koki olennaisena tavoitteiden siirrettävyyden eri valtioihin, lähtökohtiin ja resursseihin.

Kootusti tavoitteiden kuvauksissa voidaan nähdä yhtenevyyksiä aikaisempaan kirjallisuuteen. Yhtenevyys ilmeni erityisesti terveyden edistämisen ja sitä koskevan globaalien yhteistyön korostamisena, kuten myös tavoitteiden moninaisuutena globaalissa terveydessä. Kuten kirjallisuudessa kuvattiin, terveyshallinta on usein sidottu yleisiin arvoihin, ja näin näkyi olevan myös haastatteluaineistoissa. Arvot ovat mukana tavoiteasettelussa: haastateltavat 3 ja 4 korostivat strategioiden sitomista WHO:n arvolähtökohtiin, kuten universaaliuteen. Haastateltava 2 reflektoi muutosta pidemmältä ajalta WHO:n tavoitteiden luomisessa, ja viittasi tässäkin ”markkinahenkisyyteen”, mikä niin ikään arvolähtökohtainen keskustelu. Haastateltavan 1 näkemys oli kriittinen strategioiden politiikkaperusteisuuden suhteen ja hän korosti muita enemmän käytännön terveysturvallisuutta.

Kuvio 5. Yhteenveto: Haastateltavien näkökulma globaalien terveyden tavoitteisiin

Haastateltava 1	Haastateltava 2	Haastateltava 3	Haastateltava 4
<ul style="list-style-type: none">•Terveysturvallisuus ja yhteistyön kehitys koronapandemian jälkeen•Terveysturvallisuus ja laajat, sovellettavat tavoitteet	<ul style="list-style-type: none">•Terveysturvallisuuden vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none">•Terveystasojen saavutettavuus•Terveystasojen osana laajempaa yhteiskunnallista hyvinvointia	<ul style="list-style-type: none">•WHO:n peruskirja ja terveyden universaalius•Terveystasojen läpileikkaavana kokonaisuutena yhteiskunnassa

Tapausesimerkki tavoitteista: Health 2020 (2012)

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta haastatteluissa hyödynnettiin myös tapausesimerkinä WHO:n Euroopan alueelle tehtyä Health 2020 -strategiaa (World Health Organisation 2012) ja tarkemmin sen tavoitteita. Strategian tavoitteet ovat:

- 1) *Kaikkien kansalaisten terveyden kehittäminen ja terveyteen liittyvän epätasa-arvon vähentäminen ("improving health for all and reducing health inequalities")*
- 2) *Johtamisen ja osallistavan hallinnan kehittäminen terveyden alalla ("improving leadership and participatory governance for health.")*

Tapausesimerkkiä käyttämällä pyrittiin täsmentämään ja konkretisoimaan tavoitteita terveysstrategioissa pyytämällä kaikkia haastateltavia kommentoimaan samaa, ennalta määrättyä terveysstrategiaa. Health 2020-strategia on Euroopan unionin hyväksymä ja täten ohjeistaa myös Suomea. Strategian elinkaari päättyi vuonna 2020, ja se antoi mahdollisuuden tarkastella käsityksiä strategiasta, sen tavoitteista ja toteutumisesta jälkikäteen. Tarkoituksena ei niinkään ollut arvioida kyseisen strategian konkreettisia sisältöjä vaan kysymyksellä oli tarkoituksena varmistaa mahdollisuus kuvailla käytännöllisemmällä tasolla strategisia tavoitteita.

Kaikki haastateltavat pitivät Health 2020-strategia tavoitteita yleisesti hyvinä, mutta se sai myös osakseen kritiikkiä. Haastateltava no 1 totesi strategian tavoitteiden olevan ”ikuisuustavoitteita”, ja pohti toisaalta kriittisesti tällaisen merkittävyyttä, sillä ”mitä terveydessä tavoiteltaisiin, jos ei näitä asioita?”. Haastateltava 3 koki toisaalta näiden tavoitteiden jatkossakin pysyvän ajankohtaisina ja kuvaili niitä ”kestäviksi tukijaloiksi” globaalin terveyden alueella. Haastateltava 4 totesi tavoitteiden olevan edelleen ajankohtaisia, sillä niiden teemat ovat mukana myös 13. työohjelmassa ja sen Euroopan alueen strategiassa (European Programme of Work EWP 2020-2025, World Health Organisation 2021a).

Haastateltava 1 kommentoi WHO:n terveysstrategioiden keskittyvän eri aikoina eri asioihin. Health 2020 -strategian hän tulkitsi olevan enemmän ”manageriaalinen” kuin periaatetason ohjelma. Hänen mukaansa strategian johtajuuteen liittyvässä tavoitteessa oli unohtunut, ”millaisista realiteeteista käsin kansallista terveystaloutta joudutaan tekemään” ja että ”parempaa johtajuutta on helppoa vaatia, mutta vaikeampaa on konkretisoida, mitä tarkalleen tarvitaan”. Tästä syystä haastateltava toivoikin WHO:n strategioihin terveyslähtöistä linjaa eikä politiikkaperusteisesti muodostettua. Tämä vastakkainasettelukeskustelu hallinnollispoliittisen työn ja varsinaisen substanssin kesken on yleinen kansainvälisissä yhteistyöelimissä.

Johtajuus-elementti vaikutti olevan muillekin haastatelluille tärkeä. Haastateltava 3 korostaa Health 2020 -strategian tavoitteissa erityisesti johtajuutta, toisin kuin edellä kuvattu haastateltava no 1. Hän näkee johtajuuden tärkeänä strategisena teemana, jonka avulla voidaan viedä terveyden alalla ylipäätään mitään tavoitetta eteenpäin. Lisäksi hän kokee kansalaisten osallisuuden ja toimijuuden tärkeänä strategioiden tekemisessä.

”Jotta saadaan strategiaa vietyä eteenpäin, jolla on isot tavoitteet, niin siihen tarvitaan hyvää johtamisosaamista, eritasoista johtamisosaamista. Nythän näissä strategioissa on kysymys siitä, että väestö ja eri sukupolvet ja ryhmät ei oo mitään passiivisia, jotka toimivat kuten joku strategia sanoo, vaan he on myös niiden luojia ja toimintojen kehittäjiä.” (Haastateltava 3)

Health 2020 -strategian tavoitteita pidettiin myös joiltain osin suppeina. Tämä ilmenee täsmällisimmin haastateltavan 3 kommentissa, jonka mukaan hän haluaisi lisätä molempiin mainittuihin tavoitteisiin vielä laajemman yhteiskunnallisuuden ja tulevaisuustietoisuuden kehittämisen, jolloin globaalin terveyden muutostahtia kyettäisiin paremmin ennakoimaan.

Haastateltava 2 ”pitää etäisyyttä näihin papereihin, joita jokainen uusi johtaja tuo tehdäkseen organisaation omannäköiseksi”. Hän totesi Health 2020 -strategian olevan silloisen uuden pääjohtajan paperi, joka ”on ihan ok”. Lisäksi hän totesi jättävänsä substanssin mieluiten työtovereidensa hallintaan ja tarkastelevansa itse enemmän kokonaisuuksia, etäällä substanssista. Tämä pitkäaikaiseen diplomaattiseen työhön perustuva näkökulma erosi muista haastateltavista täysin.

Kootusti tavoitteiden osalta tapausesimerkin avulla havainnollistui aikaisemmassa kirjallisuudessakin esiin noussut (Weiss & Daws 2008) jatkuvuus organisaatioiden toiminnan kehittämisessä ja strategioissa. Strategioissa säilyy siis samoja teemoja ja pitkään strategioiden kanssa työtä tekevät näkevät yksittäisillä strategioilla olevan kenties tästä syystä vähemmän painoarvoa. Kielen ja ilmaisun tavat vaikuttavat terveysaiheen kehystämiseen (McInnes ym. 2012) ja ymmärtämiseen osana laajempaa globaalia kehitystä. Tavoitteiden muotoilu ja esimerkiksi terveysturvallisuuden tai globaalien etuuksien tasapuolisen jakamisen nostaminen tavoitteiden keskiöön tuottaa vastaavasti erilaisia tuloksia ja terveyshallinnallista toimintaa (Ruger 2009; Ng & Ruger 2011). Seuraavaksi pohditaan tarkemmin tavoitteiden priorisointia.

Haastatteluaineisto osoittaa eri organisaatioiden toimijoilla olevan oma tarkastelukulmansa strategioihin ja siihen, miten niitä sovelletaan. Strategian luonteesta riippuen tavoiteasettelu voi olla hyvin yleinen tai enemmän hallinnollinen, johtajuutta tai osallisuutta korostava. Tämä on sidoksissa seuraavassa luvussa käsiteltävään sitoumusten noudattamiseen, sillä yleisempiä tavoitteita on helpompaa pyrkiä noudattamaan. Toisaalta hallinnolliset tavoitteet voivat saada aikaan yhdenmukaisempia, konkreettisempia tuloksia. Globaalin hallinnan tutkimuksessa voidaanakin käsitellä myös sitä, mistä ajatuksista terveyshallintaan liittyvät ratkaisut ja käytösmallit syntyvät (McInnes ym. 2012).

Tavoitteiden priorisointi 2021

Haastatteluissa pyydettiin asiantuntijoita nimeämään WHO:n keskeisimpiä strategisia tavoitteita tänä vuonna. Haastateltavat vastasivat oman asiantuntemuksensa perusteella; vastaukset vaihtelivat sen mukaan, missä määrin vastaaja itse oli ollut näkemässä WHO:n työskentelyä vai tarkasteliko hän kysymystä tutkimuksen ja WHO:n julkilausuttujen strategioiden pohjalta (ks. yhteenveto vastauksista kuvio 6).

Haastateltava 1 kertoi terveysturvallisuuden olleen muutamien viime vuosien aikana WHO:n agendalla tärkeä prioriteetti ja korostuneen pandemian myötä. Hänen näkemyksensä mukaan on tärkeää seurata yhteistyön kehitystä terveysturvallisuuden suhteen, koska vuonna 2014 WHO:n rahoitusta sen suhteen vähennettiin ja organisaation toimintakapasiteetti pieneni. Sen sijaan, että rahoitusta olisi lisätty WHO:lle, toimia lähdettiin rahoittamaan WHO:n ulkopuolella. Haastateltavan mukaan tällä hetkellä on nähtävissä samankaltaisen dilemman piirteitä: halutaanko rahoittaa yhdessä vai tehdäänkö erikseen.

Universaali terveysturvavuus oli haastateltavalle no 2 ykkösprioriteetti. Tämä oli hänen mukaansa jo ollut pitkään se ”ykkösjuttu” globaalissa terveydessä. Hänen mukaansa kyseistä tavoitetta oli pyritty saamaan kestävä kehityksen tavoitteisiin omaksi tavoitteekseen, mutta se lopulta saatiin kohdaksi 3.8 pääterveystavoitteen 3 alle (Yhdistyneet kansakunnat 2015, Tavoite 3: Terveys). Erityisesti haastateltava korosti, että tavoitteen suhteen on pandemian myötä tapahtunut muutos: ennen pandemiaa universaali terveysturvavuus -prioriteetti oli selvä, mutta nyt asia on ”kääntynyt pääläelleen” pandemiavalmiuden korostuessa ykkösprioriteettina. Yleisesti haastateltava 2 kokee priorisoinnin puutteen itsessään olevan WHO:n ongelma.

”WHO:n ongelma on, että on liikaa asioita asialistalla, sillä on rajalliset resurssit ja jäsenmaat lisää jatkuvasti asioita asialistalle.” (Haastateltava 2)

Haastateltava 2 toivoi WHO:n kestävästä rahoituksesta käytävässä keskustelussa pohdittavan sitä, miten priorisointia tehtäisiin rajoitettujen resurssien tilanteessa. Hänen mielestään tulisi tarkkaan analysoida, mikä WHO:n työssä on tärkeintä. Tätä arvo vastaan resurssitodellisuus - keskustelua käydäänkin jatkuvasti uudelleen.

Universaali terveysturvallisuus oli myös haastateltava no 4:n ykkösprioriteetti, jonka takana on paljon poliittista painoarvoa ja globaalia rahoitusta. Samoin hän piti tärkeänä prioriteettina terveysturvallisuuden ja terveyshätätilannevalmiuden vahvistamista, jotta pystyttäisiin ennaltaehkäisemään, varautumaan ja vastaamaan tuleviin terveysuhkiin paremmin. Hän kokee tämän tavoitteen vallitsevan yksimielisesti WHO:ssa, vaikka yksityiskohdista ei yksimielisyyteen vielä pitkään aikaan päästäisikään. Vähemmälle huomiolle hänen mukaansa on jäänyt terveyden edistäminen. Esimerkiksi tarttumattomien tautien kokonaisuutta hän pitää Suomelle tärkeänä pitkän ajan tavoitteena.

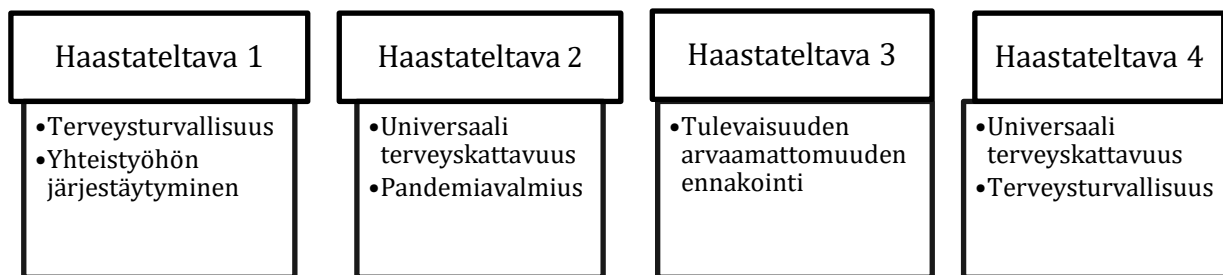
”Suomi toimii niissä hyvin aktiivisesti, mutta et niistä näkee selvästi sen, että jos katsoo rahavirtoja ja sitä, mikä lopulta saa suurempaa tilaa, niin se on vähän heikommalla ja se on tietysti iso haaste.” (Haastateltava 4)

Haastateltava 3 puolestaan arvelee WHO:n priorisoivan juuri nyt laajaa ennakointia. Hän kommentoi kokonaisuutta seuraavasti:

”Me tiedetään dementiafrekvenssien kasvut, me ei tiedetä mihin koronapandemia liittyi, mut myöskään meillä ei ole selkeää kuvaa siitä, miten nopeasti yleiset luonnon tasapainoon liittyvät vaihtelut tulevat tapahtumaan ja mikä niiden merkitys on.” (Haastateltava 3)

Haastateltava 3 siis toi esiin tulevaisuuden haasteiden monimutkaisuuden huolimatta siitä, että tutkimusta globaalista terveydestä tehdään aktiivisesti. Hän myös totesi yhteiskuntatietoisuuden ja tulevaisuusvarautumisen tavoittelun olevan WHO:lle tärkeää ja siksi tavoitteita pyritään valitsemaan useita. Hän viittasi tällä hetkellä olevan tärkeää luoda strategioista pluralistisia kokonaisstrategioita, kuten Euroopan alueen Health 2020 -strategia ja uusi Euroopan alueen strategia (European programme of Work, World Health Organisation 2021a). Näissä terveysaiheet ymmärretään laajana kokonaisuutena, mikä sopii tämän hetken maailmantilaan. Myös strategioiden pluralismia voidaan ajatella monien organisaatioiden positiivisena innostuksena osallistua terveyden kehittämiseen.

Kuvio 6. Yhteenveto: tavoitteet haastattelujen pohjalta



Kootusti priorisoinnissakin ilmenee sekä aikaisemman tiedon että haastateltavien näkemysten yhtenevyyttä. Kaikkien haastateltavien vastauksissa näkyi koronaviruspandemia ja terveyteen liittyvä ennakoiva varautuminen.

Haastattelujen mukaan WHO siis tavoittelee hyvää terveyttä kaikkialla maailmassa. Aiemman tutkimuksen perusteella tämä voidaan ymmärtää yhteiseksi konsensukseksi (vrt. Ng & Ruger 2011), vaikkakin se on tavoitetasolla yleinen. Tavoitekokonaisuus muuttuu monimutkaisemmaksi, kun kysymystä tarkennetaan ja WHO:n voidaankin nähdä tavoittelevan monia eri asioita. Tavoitteet perustuvat yhteiselle arvopohjalle ja eettiselle pohdinnalle (Robson ym. 2019) esimerkiksi terveyden universaaliudesta, kuten myös haastatteluissa kävi ilmi. Toisaalta tämän hetken prioriteeteissa korostui parhaillaan keskeisessä roolissa olevat terveysaiheet esimerkiksi pitkäjänteisten arvoperustaisen edistämisen sijaan. Pandemioiden saama suuri huomio verrattuna esimerkiksi tarttumattomiin tauteihin on myös aiemmassa tutkimuksessa tunnistettu ilmiö (Davies 2008; Youde 2012). Terveysdiplomatian näkökulmasta on hyvä huomioida yhteistyörakenteen kompleksisuus, haastava yhteinen päätöksenteko ja priorisointi (Aginam 2016). Tähän kuuluvat myös ajatukset poliittisesti motivoituneesta vaikuttamisesta terveysaiheen kustannuksella. Tavoitteita määrittämässä on tietty joukko henkilöitä ja valtioita, jolloin ei ole mahdollista luoda tarkkarajaista dikotomiaa ”politiikkaperustaisen” ja ”terveysperustaisen” motivaation välillä. Nämä muodostavat kokonaisuuden, joka tulee huomioida tavoitteen asettelua analysoitaessa. Yksittäisillä strategisilla tavoitteilla on paikkansa pidempiaikaisen yhteistyön virrassa, mutta myös muu diplomaattinen toiminta kuin strategiatyö on vaikuttavaa terveyshallintaa.

5.3 Terveysstrategioiden noudattaminen

Toinen tutkimuskysymys kuului, *miten valtiot noudattavat WHO:n terveysstrategioita ja miten noudattamista voidaan edistää?*

Aiemman tutkimuksen perusteella valtioilla on usein halua toimia yhteisesti tehtyjen sopimusten mukaisesti, mutta samaan aikaan valtioilla voi kuitenkin olla vaikeuksia löytää voimavaroja edellytettyihin toimiin (Whitman 2009, 88). Tähän voi liittyä taloudellisten kysymysten lisäksi esimerkiksi osaamisen tai henkilöstön puutteita. Huolimatta valtion toimiin sitoutumisesta toiminnassa ei kuitenkaan välttämättä onnistuta odotetulla tavalla. Tällöin sitoumusten ja varsinaisen toiminnan välille voi muodostua ”noudattamisen railo”, eli *compliance gap* (Haas 1998; Gray 2014; Rousseau 2018).

Sitoumusten noudattamiseen voivat vaikuttaa esimerkiksi tovereiden asettamat paineet tai vaatimukset, halu toimia moraalisesti oikein toisia kohtaan tai näyttäytyä hyvältä toisten silmissä (Fredriksson ym. 2012). Sitoumusten noudattamiselle voidaan asettaa pakotteita, jolloin noudattamatta jättämisestä tulee haastavampi valinta. Kansainvälisessä lainsäädännössä ei usein kuitenkaan hyödynnetä pakotemekanismeja (Whitman 2009, 88).

Haastattelukysymykset kuuluivat seuraavasti:

1. Miten valtiot noudattavat WHO:n terveysstrategioita?
2. Miten terveysstrategioiden noudattamista arvioidaan?
3. Miten terveysstrategioiden noudattamista voidaan edistää?

Terveysstrategioiden noudattaminen

Terveysstrategioille on kirjattu niihin liittyvien toimien etenemistä mittaavia erilaisia indikaattoreita, joiden perusteella jäsenvaltiot raportoivat menestymisestään. Kuten esimerkiksi WHO:n indikaattoreita esittelevässä käsikirjassa tuodaan ilmi, indikaattorit ovat usein luonteeltaan varsin teknisiä, kuten hoitohenkilökunnan tai lääkkeiden määrä (World Health Organisation 2010). Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on kuitenkin compliance, joka tarkastelee laajemmin todellista toiminnan muutosta kuin vain teknistä implementaatiota valtion lainsäädännössä (Haas 1998, 18). Tästä syystä haastateltavilta kysyttiin ensin noudattamisesta ylipäättään ja vasta sitten arvioinnista, jotta he eivät keskittyisi pelkästään kertomaan sitoumuksiin liittyvistä teknisistä indikaattoreista.

Kaikki haastateltavat totesivat WHO:n olevan tärkeä toimija terveystoiminnassa, ja että valtiot hyödyntävät sen tietämystä. Strategioiden eteen nähdään vaivaa ja niitä hyödynnetään myös terveysalan opetustyössä. Valtion tasolla päätökset tehdään kuitenkin itsenäisesti. Kaikki haastateltavat mainitsivat hallitusten tekevän itsenäisesti terveystoiminnallisia päätöksiä. Esimerkiksi haastateltava 3 selvensi noudattamisen liittyvän Suomessa vahvaan poliittiseen tahtotilaan toimia sopimusten mukaisesti. Hänen mukaansa uusi hallitus linjaa terveystoiminnasta aina omalla tavallaan, vaikka laajemmat periaatteet säilyisivät.

Sitoumusten noudattaminen osoittautuikin haastatteluissa kysymykseksi siitä, onko WHO:lla varsinaista ohjaavaa roolia. Erityisesti haastateltava 2 katsoi WHO:n olevan globaali toimija, jonka rooli ei ole ohjata valtiollista päätöksentekoa. Hän koki Suomen noudattavan WHO:n vaalimia normeja, mutta näiden pohjalta ei kehitetä terveystoiminnallista, vaan pikemminkin Suomesta viedään tärkeitä asioita, kuten tasa-arvoa ja laadukkaita palveluita, WHO:ssa käytävään keskusteluun.

”Hallitukset tekee oman juttunsa, ne käyttää näitä apuna, nää WHO:n paperit antaa kokonaiskuvaa, mut ei ne kyl mitään ohjaa mun mielestä.” (Haastateltava 2)

WHO:ssa tehdyillä sitoumuksilla ja sopimuksilla koettiin kuitenkin olevan painoarvoa. Haastateltava 4 totesi, että vaikka sopimukset eivät ole juridisesti sitovia, jäsenmaat pyrkivät intohimoisesti saamaan niihin sisälle omia valtiollisia tavoitteita. Hänen mukaansa neuvotteluhalu ja pyrkimys varmistaa sopimusten sisällön mieleisyys ja hyväksyttävyyys kertovat WHO:n julkilausumien merkityksestä.

”WHO:han on jäsenmaiden järjestö eli jäsenmaathan nämä neuvottelee ja päättää loppujenlopuksi” (Haastateltava 4)

Strategiset tavoitteet voivat osin valikoitua sen perusteella, että ne koetaan olevan noudatettavissa. Haastateltava 1 selventää, miten valtioiden hallitusten tulee jatkuvasti priorisoida omaa toimintaansa eikä kaikkeen resurssien puitteissa pystytä. Hänen mukaansa tällöin tavoitteista ei välttämättä tehdäkään kaikille kovin kunnianhimoisia. Tähän ratkaisuksi hän kuitenkin ehdottaa ennemmin tavoitteellisuuden kuin tarkan managerialisuuden, sillä valtiot ovat keskenään erilaisissa tilanteissa ja niillä on eriäviä mahdollisuuksia kyetä

noudattamaan sitoumuksia. Joka tapauksessa hallitusten päätöksenteolla voidaan nähdä olevan monenlaisia lopputulemia, joten yhteinen tavoite on tärkeämpää, kuin noudatettavuus.

Terveysstrategia linkittyy tiettyyn ajankohtaan ja sen hetkiseen ymmärrykseen. Haastateltava 1 muistuttikin, miten strategia tehdään vastaamaan kyseisenä hetkenä tärkeäksi koettuun haasteeseen, jonka eteen halutaan yhdessä toimia. Täten toimet saadaan yleensä liikkeelle. Toisaalta jos tällainen ”momentum” ei synny ja yksittäisen valtion poliittinen tahtotila etenee eri suuntaan, sopimus saattaa jäädä noudattamatta.

”Voi olla hirveän hyvä terveysstrategia ja erinomaiset lähtökohdat, mut jos hallitusten poliittinen päätöksenteko menee toiseen suuntaan ja ei halua välttämättä puuttua näihin, niin se ei välttämättä saa poliittista tahtoa taakseen.” (Haastateltava 1)

Terveyspolitiikka on riippuvaista muista yhteiskunnan aloista. Haastateltava 1 arvioi, että terveyssektori saatetaan julkisessa hallinnossa nähdä vähemmän tärkeänä sektorina. Pandemian myötä on kuitenkin huomattu mitä tapahtuu, kun tämä ”vähemmän tärkeä sektori” ei toimi kunnolla. Tällöin tulevat ”kovat ajat esille”. Haastateltavan mukaan globaalisti unohdettiin, että jos terveyden suojelun perusteet eivät ole kunnossa, tällä on raskaita vaikutuksia myös sisämarkkinoihin, kauppaan ja talouteen sekä liikkuvuuteen. Terveyspoliittiset globaalit sitoumukset eivät liity ainoastaan terveyteen, eikä niiden noudattamisella vaikuteta vain terveyteen vaan yhteiskuntiin kokonaisuutena.

On siis kansallinen, poliittinen päätös noudattaa globaaleja terveysstrategioita. Haastateltavan 3 mukaan näitä valtiollisia päätöksiä osaltaan hankaloittavat politiikan lyhyet syklit, jolloin pitkäjänteistä, strategista päätöksentekoa on vaikea hallinnoida. Haastateltava 3 nimesi terveyttä valtiotasolla hallinnoivien ministeriöiden (Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön), olevan tahoja, joiden tehtävänä on pitää yllä pidemmän linjan kehitystä. Nämä toki ovat riippuvaisia poliittisista voimasuhteista. Tällöin päätöksentekoon eivät vaikuta ainoastaan tutkittu tieto tai kansainväliset sitoumukset vaan erilaiset poliittiset kysymykset, jotka tarkemmin eivät kuulu tämän tutkimuksen tutkimustehtävään.

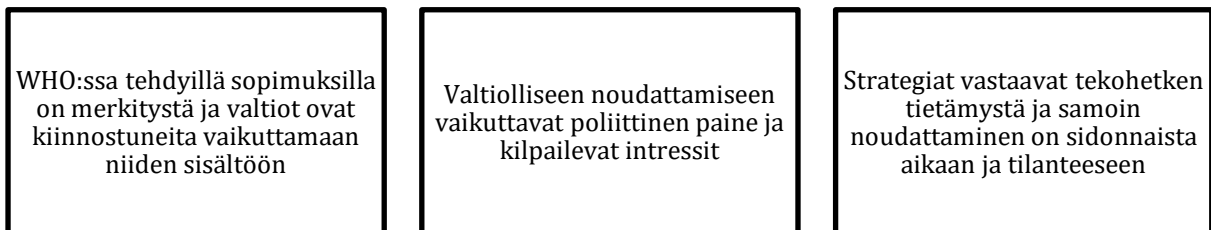
Terveyden kanssa kilpailevat muut intressit. Myös YK on todennut kauppasopimusten mahdollisesti lisäävän epäyhtenäisyyttä sitoumusten noudattamisessa. Esimerkiksi kaupan alan sopimukset velvoittavat vahvasti valtioiden toimintaa. (Ruckert ym. 2017; Yhdistyneet

kansakunnat 2015.) Täten muiden sitoumusten noudattamiselle jää valtiotasolla vähemmän liikkumatilaa. Haastateltava 3 kuvasikin talouden ja terveyden keskinäisriippuvuuden nousevan usein esiin perusteluna talouden tukemiselle. Tästä huolimatta terveyden priorisointi ei ole yhdenvertainen talouden priorisoinnin kanssa, vaan nämä ovat keskenään erilaisia päätöksiä.

”Ja jos lähdetään talous edellä niin perusteluhan aina on, että se samalla tuottaa sitä terveyttä, että ikään kuin se on samalla terveyttä tuottava strateginen valinta.”
(Haastateltava 3)

Kuvioon 7 on nostettu kolme keskeistä lähtökohtaa WHO:n strategioiden noudattamiselle. Kaikki haastateltavat kokivat siis WHO:n sopimusten olevan merkityksellisiä. Poliittisella paineella koettiin olevan keskeinen vaikutus valtiolliseen päätöksentekoon eikä jokainen kansainvälinen strateginen velvoite johda ennalta määrättyihin toimiin. Noudattamisen etenemistä edistää optimaalinen tilanne sekä valtioiden poliittisessa tahtotilassa, resursseissa että ylipäätään yhteiskunnan olosuhteissa. Tähän liittyvät eri alojen arvostuserot yhteiskunnassa ja päätöksenteossa, mikä on myös syvempi eettinen kysymys yhteiskunnan prioriteeteista.

Kuvio 7. Kolme keskeistä lähtökohtaa WHO:n strategioiden noudattamiseen



Noudattamisen arviointi

Haastateltavilta kysyttiin heidän käsitystään strategioiden noudattamisen arvioinnista. Vastauksissa keskityttiin kuvaamaan WHO:n virallisia strategioiden indikaattoreita sekä yleisellä tasolla arviointien yhteistä käsittelyä WHO:n kokouksissa.

Jokainen haastateltavista kertoi sitoumusten noudattamista arvioitavan monin eri tavoin ja jokainen myös nimesi erilaisia keinoja tähän. Esimerkiksi haastateltavan 3 mukaan arviointia tapahtuu keräämällä mahdollisimman paljon monialaista dataa. Esimerkkeinä hän mainitsi

datan terveystoimien toteutumisesta, hoitoajoista tai lääkkeiden kulutuksesta. Arvioinnin kannalta olennaisena haastateltava 3 piti sitä, mitä arvioinnilla ja sen tuloksilla tehdään ja ”kenen käsiin se viedään”. Jotta arvioinnilla olisi merkitystä, sen tulisi hänen mukaansa johtaa toimiin tulevien strategioiden kehittämiseksi. Rehellisesti tulisi myös raportoida, jos jokin tavoite on vaikuttanut hankalalta toteuttaa.

Arviointia tehdään monella tasolla. Haastateltava 4 listasi arviointia tapahtuvan ainakin kolmella eri tasolla: puoliväliarvioina, vapaaehtoisina ulkoisina arviointeina sekä hallintoelinten päätöksiä seuraamalla. Puoliväliarvioinneissa jäsenmaiden edustajat käyvät yhteistä keskustelua ja arvioinnista keskustellaan myös asiantuntijatasolla. Haastateltavan 4 mukaan esimerkiksi kestävän kehityksen strategisissa tavoitteissa on monia samoja mittareita kuin työohjelmassa, jotta jäsenmaat eivät joutuisi raportoimaan moninkertaisesti.

Kansainvälisessä terveystäytäntöissä (IHR) on oma kansallinen raportointimekanismi. Se perustuu jäsenmaiden itsearviointiin: jäsenmaat ilmoittavat, kuinka hyvin he ovat toimeenpanneet eri strategisia osa-alueita. Haastateltava 4 muisteli valtioiden arvioiman toimeenpanoprosentin olevan noin 40–50 %. Itsearvioinnin rinnalle luotiin kuitenkin vuonna 2016 JEE (joint external evaluation) joka on vapaaehtoinen arviointi Kansainvälisen terveystäytäntön ydinkapasiteeteille valtiossa. Tällöin eri valtioiden edustajista ja WHO:n asiantuntijoista koostuva ulkoinen arviointitiimi keskustelee valtion kanssa ja käy eri osa-alueita läpi. Haastateltava 4 kertoi, miten esimerkiksi Suomessa se tehtiin vuonna 2017. Haastateltava 4 piti merkittävänä, että JEE-arviointeja on tehty jo paljon ja valtiot ovat vapaaehtoisesti siihen hakeutuneet.

”Näitä arviointeja on tehty jo 2016 jälkeen jo yli 100 kuitenkin, varmaan 120, ja se on aika merkittävää, koska se on tiedon antamista ulospäin, joka saattaa olla osin sellasta -- ei mitään salaista tietenkään mutta sun omaan valmiuskapasiteettiin liittyvää, niin se on ollut mielenkiintoinen avaus WHO:ssa.” (Haastateltava 4)

Samoin haastateltava 2 totesi WHO:n kaikkien ohjelmien toimeenpanosta tehtävän arviointeja. Arviointien lopputuloksissa ei välttämättä saavuteta kirjattuja tavoitteita, mutta suunta on selkeä.

”Välttämättä se Brysselinkään arviointi ei mene yks yhteen sen kanssa, mitä näissä WHO:n ohjelmissa sanotaan, mut se on kuitenkin siellä taustalla.” (Haastateltava 2)

Arvioinnit ovat kokonaiskuva siitä, miten strategia etenee ja mitä toisaalta tulee tehdä tulevaisuudessa. Haastateltava 2 kuvaili arvioinnin tarkoituksiksi kehityksen seuraamisen, riippumatta siitä sujuuko kehitys täydellisesti sovitun kaavan mukaisesti. Hänen mukaansa arviointien avulla kyetään tarkastelemaan yhteistä kehitystä ja moni valtio haluaa vaikuttaa hyvältä toisten silmissä.

Strategioiden noudattamista seurataan aktiivisesti, sillä etukäteen ei voida ennustaa, miten tavoitteet etenevät. Haastateltava 1 totesi indikaattoreita löytyvän jokaisesta strategiasta, mutta samalla hän kriittisesti pohtii niiden muotoa. Hänen mukaansa indikaattoreilla tulisi voida tarkastella laajasti tavoitteen etenemistä. Olisikin syytä valita indikaattorit tarkkaan ja harkita niitä muodostettaessa, millä tavoin ne toimisivat parhaiten tavoitteiden edistämiseksi. Tällöin hyödyllistä ei ole valita esimerkiksi sellaisia mittareita, jotka on jo saavutettu joissain valtioissa.

”Määrällinen arviointi on myös sellanen mitä voidaan debatoida, et onko mielekäästä et terveysstrategiassa on määrällisiä tavoitteita, koska sitten kun sä oot saavuttanut sen määrällisen tavoitteen ni se homma usein levähtää.” (Haastateltava 1)

Valtioilla saattaa olla keskenään erilaisia lähtötilanteita suhteessa kuhunkin strategiaan valittuihin indikaattoreihin ja mittareihin. Haastateltava 1 kuvaili esimerkiksi Eurooppaa laajana kokoelmana erilaisia valtioita, ja kun Euroopalle asetetaan tavoite, valtioiden vastaukset tavoitteeseen vaihtelevat. Valtiot saattavat tehdä vain minimin päästökseen määriteltyyn tavoitteeseen.

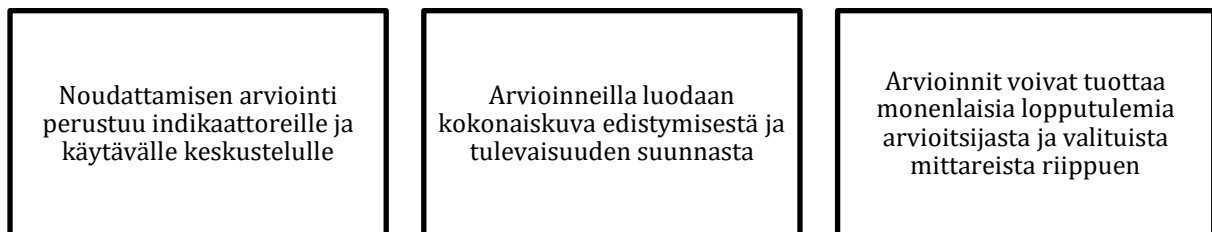
”Etenkin teollisuusmaiden piirissä on tietynlainen laiskuus tässä tahtotilassa, et mitä itseltä tai omien toimien suhteen tavoitellaan.” (Haastateltava 1)

Arviointia tehdään strategioiden kohdalla sen omien indikaattoreiden pohjalta, jotka joskus voivat olla osin samoja strategioiden kesken. Strategian koskettaessa monia erikaltaisia valtioita on haastavaa määritellä sopiva taso kunnianhimolle: valitaanko sellaisia arvioitavia indikaattoreita, jotka ovat joissain valtioissa jo kunnossa vai asetetaanko haaste kaikille, jolloin sen globaali toteutuminen voi olla yhä kauempana? WHO haluaa myös osoittaa olevansa aktiivinen terveyskysymysten edistäjä ja organisaationa toimintakykyinen. Täten kyseessä on tasapainoilu tavoitteiden asettamisen ja arviointimekanismien välillä. Itsearviointeille

perustuva arviointi mahdollistaa monenlaiset näkemykset ja itsekriittisyyden tasot. Monitorointijärjestelmän subjektiivisuuden on nostanut esille myös Anderson ym. (2020).

Valtioilla on omat yksilölliset tilanteensa resurssien ja poliittisen johdon suhteen, joka osaltaan vaikuttaa valtiollisesti tavoiteltaviin päämääriin. Toisaalta haastatteluissa kävi ilmi halu vaikuttaa toverien, eli muiden valtioiden, silmissä hyvältä (Fredriksson ym. 2012). Tätä tukevat myös JEE-arvioinnit, jotka eivät ole valtioille pakollisia, mutta niihin halutaan ryhtyä. Terveysdiplomaattisesta näkökulmasta tällainen laadukas arviointitoiminta lisää luottamusta muihin toimijoihin kansainvälisesti. Hyviä käytäntöjä voidaan jakaa valtiolta toiselle tai huomata toisen valtion toiminnassa kritisoitavaa, joka on helposti korjattavissa. Kuviossa 8 kootaan arviointiin liittyvä analyysi.

Kuvio 8. Kolme keskeistä lähtökohtaa strategioiden noudattamisen arviointiin



Noudattamisen edistäminen

Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että jäsenvaltiot yleisesti ottaen pyrkivät noudattamaan strategioita ja yhdessä sovittuja globaaleja velvoitteita niiden edistämiseksi. Vastaava valtioiden laaja pyrkimys noudattaa strategioita tulee esille myös aikaisemmassa tutkimuksessa (esim. Kamradt-Scott & Rushton 2012), vaikka lopputulos noudattamisen suhteen voisikin vaihdella. Noudattamista ei siis tämän tutkimuksen perusteella edistettäisi painottamalla sen tärkeyttä, sillä lähtökohtaisesti WHO:n sopimuksia pidetään merkityksekkäinä ja niitä halutaan noudattaa.

Noudattamisen edistäminen ei ollut kaikille haastateltaville varsinaisesti ensisijainen prioriteetti, vaan esimerkiksi haastateltava 1 luotti laajemmin yhteisiin tavoitteisiin, joita jokainen valtio saisi tavoitella omista lähtökohdistaan. Hän koki tavoitteiden olevan tarpeellisia, vaikka niitä ei aina pystyittäisi noudattamaan. Erityisesti hänen mukaansa ei

tarvitsisi kantaa huolta siitä, ovatko tavoitteet realistisia tai täyttyvätkö jotkin ennalta määrätyt kriteeristöt.

”Monet sanoo, että vaikka tää terveyden määritelmä ei ole realistinen tai että niiden pitäisi olla realistisia -- mä luulen et on tärkeää, että on sellaisia lähtökohtia ja tavoitteita, jotka on perusteltuja” (Haastateltava 1)

Täten noudattamista edistettäisiin haastateltavan 1 mukaan parhaiten luomalla selkeitä yleistavoitteita, joita voitaisiin kaikkialla soveltaa. Edistäminen olisi kaikille mahdollista, huolimatta valtioiden erilaisista järjestelmistä ja resurssivalmiuksista. Haastateltava 1 muistutti, että terveysstrategiat luodaan yhteistyössä ja lopullinen strategia sisältää aina kompromisseja ja monien eri jäsenvaltioiden ajatuksia.

Noudattamista voidaan edistää tarkastelemalla strategian integroitumista terveysalan käytännön toimintaan valtioiden sisällä. Haastateltava 3 pohti noudattamisen edistämistä ensisijaisesti osallisuuden näkökulmasta. Jo strategioiden luomisvaiheessa tulee huomioida vallitseva tilanne, tutkimustieto ja strategian vaikutusalue, ja nämä näkökulmat tuntemalla voidaan strategian etenemistä myös alati edistää. Suunnittelussa mukana tulisikin olla laajasti sellaiset tahot, joihin strategia vaikuttaa. Haastateltava 3 korosti ”ruohonjuuritason tiedotusta” ja yhteistä sitoutumista strategisten tavoitteiden edistämiseksi. Strategiat siirtyvät WHO:n tasolta valtionhallintoon ja sieltä edelleen alueelliselle tasolle. Vaikka valtiolla onkin oma hallitusohjelmansa, on hänen mukaansa yhteys kuitenkin myös globaaliin terveyspolitiikkaan ja tämä linkki on tärkeää huomioida edistämisen keinoja pohdittaessa. Haastateltava 3 käytti esimerkkinä järjestelmää, jossa ohjelmia tehtäessä vaikkapa terveysministerin tai muun valtion terveyttä edustavan tahon tulisi henkilökohtaisesti käydä kouluttautumisessa WHO:n toimistolla. Samalla korostettaisiin strategian merkitystä ja sitä, miksi sen noudattaminen on tärkeää juuri kyseiselle valtiolle.

Strategian noudattamista edistää sen perustuminen näyttöön. Tästä esimerkkinä haastateltava 3 nosti esimerkiksi ei-tarttuvat taudit sekä erityisesti ikäpyramidin käännöksen ja muistihäiriöisten määrän kasvun tulevina vuosina.

”Yhä suurempi osa väestöstä ei pysty tekemään päätöksiä itse, ja se toinen osa, jonka energia menee sen toisen osan hoitamiseen. Sehän on iso strateginen linjaus, joka pitäisi mahdollisimman aikaisin saada ihmisille tietoon, jotta sitä strategiaa pystyttäisiin edistämään. Näyttö siitä, et näin tulee kuulkaas tapahtumaan.” (Haastateltava 3)

Tiedotusta ja jatkuvasti uudistuvaa tutkimusta tarvitaan tilannekuvan saavuttamiseen ja kansalaisten herättelyyn. Haastateltava 3 piti haastavana esimerkkinä koronapandemiaa, jonka eteneminen on vaikuttanut olevan hankalasti ennustettavaa tai tutkittavaa, huolimatta siitä, että kyseessä ei ole maailman ensimmäinen pandemia. Hänen mukaansa on kuitenkin tärkeää pyrkiä jatkuvasti edistämään sovittuja tavoitteita ja ennakoimaan tulevia haasteita.

Tasa-arvoinen, luottamukseen perustuvaa yhteistyö ja yhteinen terveyspolitiikan arviointi ovat tärkeitä strategioita edistäviä tekijöitä. Haastateltava 4 kertoi yhteistyössä tehtävällä arvioinnilla (esim. JEE) voitavan edistää strategioiden noudattamista, vaikka yhteinen dialogi ei kovin nopeasti etenisikään. Edistäminen on siis jatkuvaa, eikä pääty jonkin tavoitteen saavuttamiseen. Haastateltava 4 yhdisti vastauksessaan sekä WHO:n strategiat että YK:n Agenda 2030:n taustalla olevat lähtökohdat ja koki niissä vallitsevan saman yhteistyörakenteen:

”Se asettaa maat sellaseen tilanteeseen, että sä haluat myöskin pärjätä hyvin ja pystyä osoittamaan tuloksia.” (Haastateltava 4)

Haastateltava 4 pohti myös niitä noudattamiseen vaikuttavia tekijöitä, joihin edistyminen usein pysähtyy. Hänen mukaansa ”ihmiselle ja yhteiskunnalle” on tyypillinen ilmiö, että asiat, jotka eivät ole sillä hetkellä käsillä, eivät saa osakseen suurta huomiota. Hän koki tämän ongelman pätevän myös tarttumattomien tautien ja hätätilojen ennaltaehkäisyyn liittyvissä aiheissa – huolimatta siitä, että varautuminen tulee kriisitoimia halvemaksi valtioille.

”Koska se [uhka] ei ole siinä, ja sitä ei nää, ja se ei toivottavasti koskaan toteudu, niin siihen on vaikeampi investoida tai sitä on vaikeampaa perustella päätöksenteossa.” – (Haastateltava 4)

Sanktioinnin mahdollisuutta WHO:n strategioiden edistäjänä pohtivat useat haastateltavat. Haastateltava 1 vertasi WHO:n toimintaa Maailman kauppajärjestöön (WTO), jolla on toimintansa osana sanktiointikäytäntöjä. Hänen mukaansa myös WHO:ssa on keskusteltu vahvemmassa sanktioinnista silloin tällöin. Kun toisella organisaatiolla on käytössä sanktiot, ja toisella ei, on haastateltavan 1 mukaan ymmärrettävää, että valtiot saattavat priorisoida rajallisten resurssien tilanteessa sitä, jolla on sanktiointijärjestelmä.

Myös haastateltava 4 nosti Maailman kauppajärjestön vertailukohteeksi sanktioinnista. Hänen mukaansa kauppajärjestö on paljon sitovaa sääntelyä omaava toimija, ja tästä syystä se onkin sitonut itseään ”hankaliin tilanteisiin viimeisinä vuosina”. Tällä hän viittasi nimenomaan kansainvälisen politiikan aiheuttamiin jännitteisiin. Haastateltavan 4 mukaan WHO:n konsensusperustaisuus ja pehmeän normatiivinen sitovuus antavat mahdollisuuden käydä aitoa keskustelua ja täten paremmin edistää strategioidenkin tavoitteita. Valtiot haluavat näyttäytyä toisten silmissä edullisesti ilmankin sanktioita.

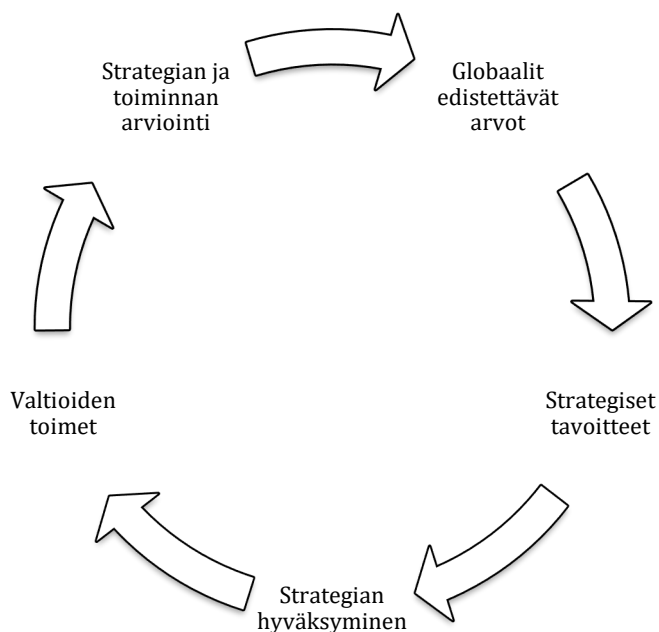
”Kun siinä ei ole niitä sanktioita tai vertailun näkökulmaa, niin se ei perustu niinkään valta-asetelmaan, kun ehkä sitten taas toisissa tapauksissa.” (Haastateltava 4)

Sanktiot eivät pelkästään ole virallisesti organisaatiosalla implementoituja, vaan myös maineella ja vastavuoroisuudella on merkitystä sopimusten noudattamisessa. Valtiot harkitsevat noudattamiseen liittyviä päätöksiä peilaten muiden valtioiden toimintaan. Ne pohtivat toisten valtioiden rangaista normatiivisesti tai kauppasuhteissa epätoivotusta käytöksestä. (Worsnop 2017, 370.) Vastavuoroisuus ja diplomaattinen työ ovat läsnä myös terveyspolitiikassa.

Yhteisten sopimusten noudattamiseen siis pyritään ja tavoitteiden edistymistä arvioidaan. Arvioinnissa sopivien mittarien löytäminen on tärkeää, ja määrällisten indikaattorien lisäksi voidaan asettaa myös toisenlaisia indikaattoreita. Tavoitteiden noudattamisen lisäksi tärkeänä pidettiin kunnianhimoisten tavoitteiden asettamista silläkin uhalla, ettei niitä kaikkia kyettäisi saavuttamaan. Haastateltavat korostivat väsymätöntä kehitystyötä strategisten tavoitteiden edistämiseksi, ja pitivät sitä osana jatkuvaa toimintaa, jonka tulisi edetä pidemmissä sykleissä, etäämpänä politiikan lyhyistä hallintokausista. Tärkeää oli myös kansalaisten osallistaminen ja tiedottaminen tutkitun tiedon avulla, sekä globaali yhteistyö tavoitteiden edistämiseksi.

Strategiatyön prosessi yhteistyöorganisaatioissa, sellaisena kuin haastatteluissa sen etenemistä kuvattiin, on koottu kuvioon 9. Strategiset tavoitteet valikoituvat organisaation keskeisten globaalisti edistettävien arvojen pohjalta. Strategiat hyväksytään tietyllä ajanhetkellä silloisen ymmärryksen pohjalta. Valtioiden yksittäiset toimet vaihtelevat ja niihin kohdistuu myös erilaisia ulkoisia vaikutteita. Arvioinnin myötä tarkastellaan uudelleen arvojen kautta uutta muotoilua strategialle, joissa säilyy samoja teemoja. Strategioita edistettäessä voidaan tarkastella jotakin kohtaa prosessista tai sitä kokonaisuudessaan.

Kuvio 9. Strategiatyö WHO:ssa tulkittuna haastattelujen pohjalta



Noudattamisprosessin käynnistämiseksi tarvitaan poliittista tahtoa tai painetta, kuten sekä aiempi tutkimus että tämän tutkimuksen haastateltavat kertovat. Poliittinen tahto mahdollistaa strategian noudattamiseen liittyvien todellisten toimien alkamisen. Sopimuksen allekirjoittamisesta ei kuitenkaan automaattisesti seuraa toimia. Sopimuksen kirjoittajilla voi olla keskenään erilaisia näkemyksiä sopimuksen tavoitteista tai seurauksista. (Haas 1998; Whitman 2009.) Haastatteluaineistossa korostui niin ikään strategioiden noudattamista edistävä toveripaine, jonka myötä valtiot haluavat toimia yhtä hyvin kuin muut (Fredriksson ym. 2012). Muita noudattamista edistäviä asioita, kuten nöyryyttämistä tai moraalista vastuuta (Fredriksson ym. 2012), ei suoraan nostettu esille haastatteluaineistossa.

Normien diffuusio -näkökulma voidaan tulkita varsinkin haastateltavan 1 vastauksessa liittyen strategioiden yleisyyteen, jotta valtion lähtökohdista riippumatta olisi mahdollista tavoitella samoja tavoitteita. Yhteiset normit valuvat strategioiden lävitse valtioihin ja siten niitä edistetään kuhunkin valtioon sopivalla tavalla – ei pakottamalla ennalta määriteltyjä toimintatapoja kaikkiin valtioihin. Normihierarkia vaihtelee valtioittain ja edustaa kokonaiskatsausta kyseiseen yhteiskuntaan (Towns 2012). Diffuusiomekanismien käsittely

tämän tutkimuksen asetelmassa jää vain yleisluontoiseksi, sillä ilman täsmällisempää tietoa esimerkkivaltioista hidasta, rakenteissa näkyvää edistystä on hankala analysoida tarkemmin.

Sitoumuksia halutaan useimmiten noudattaa, vaikka ei olisikaan pakko (Kamradt-Scott & Rushton 2012). Sanktiointi ei WHO:ssa ole luonnollinen osa toimintaa, sillä kyseisen organisaation sitoumukset perustuvat normatiivisuudelle ja jopa vapaaehtoiselle halulle toimia niiden mukaan. Toisaalta sanktioiden avulla voitaisiin viestiä yhteisössä toivottavana pidetyistä asioista (Wilson & Yao 2018). Tärkeää on edistää kaikkien jäsenvaltioiden toimimista sopimusten periaatteiden mukaan, ei ainoastaan mekaanista sopimusindikaattorien mukaista hallinnollista toimintaa (ks. esim. Kamradt-Scott & Rushton 2012, 64).

5.4 Tulevaisuuden terveysstrategiat

Tulevaisuus sisältää haasteita terveydelle ja näihin haasteisiin pyrki vastaamaan tutkimuksen kolmas tutkimuskysymys: *millaista globaalia terveyshallintaa WHO:lta tulevaisuudessa tarvitaan?* Vastauksena tähän ei etsitty pelkästään konkreettisia hallinnon toimia vaan toivottiin vastauksia tulevaisuuden skenaarioista ja niihin vastaamisesta. Tavoitteena oli myös saada aikaan pohdintaa WHO:n luonteen kehittymisestä tulevaisuudessa erityisesti huomioiden organisaatiolle tyypillisen kritiikin mm. päätöksenteon hitaudesta, poliittisesta motivoituneisuudesta, tai liian laajasta agendasta.

Haastattelukysymykset olivat:

1. Miten WHO:n terveysstrategioita tulisi tulevaisuudessa kehittää?
2. Millaisia terveyteen liittyviä haasteita voidaan tunnistaa seuraavan 10 vuoden aikana?
3. Millainen rooli WHO:lla tulisi olla tulevaisuudessa terveyden ohjaajana?

Kolmanteen tutkimuskysymykseen vastataan ensisijaisesti haastatteluaineiston pohjalta. Monet esiteltyt tutkimukset sisälsivät kyllä toimintaehdotuksia tulevaisuudelle (ks. esim. Bekker ym. 2020; Pyone ym. 2020; Levy 2021), mutta tässä tutkimuksessa pidettiin tärkeänä keskittyä haastateltavien asiantuntijanäkemyksiin. Tämä oli tärkeää myös ajankohdan vuoksi, sillä koronapandemia vaikuttanee vedenjakajan tavoin käsityksiin tulevaisuuden näkymistä.

Terveysstrategioiden kehittäminen tulevaisuudessa

Terveys nähdään tulevaisuudessa varsin keskeisenä strategiatyötä edellyttävänä aiheena. Haastateltava 1 piti terveyttä yhä laajempaa yleisöä kiinnostavana. Samaan aikaan ydinosaaminen terveysalan toimijoiden piirissä saattaa hänen mukaansa olla haurastumassa, ja kansanterveyden osaaminen ja opetus on vähentynyt. Terveyspolitiikkaa tehdään siis monesti muista lähtökohdista, kuin perusterveysosaamisesta.

”Se nostaa kysymyksen, että mitä tavoitteita ja miten terveysagendaa edistetään ja mitkä on ne terveyslähtökohdat, mitä tavoitellaan todellisuudessa.” (Haastateltava 1)

Terveysstrategioiden luonne tulisi haastateltavan 2 mukaan säilyttää normatiivisena. Hänen mukaansa WHO pystyy parhaiten edistämään globaalia terveyttä sellaisten strategioiden avulla, joissa korostuvat yleisen tason arvot ja periaatteet. Hänen mukaansa on tärkeää päästä eteenpäin koronapandemiasta ja tuoda myös muita asioita strategioiden asialistalle.

Tulevaisuuden strategioiden tulee olla riittävän pitkäjänteisiä ja toisaalta konkreettisia. Haastateltava 3 toi esiin pohdinnan strategian suunnasta: on tärkeää luoda strategia globaalilla tasolla, mutta jäsenvaltioiden konkreettiset ongelmat tulee myös saada vietyä tälle tasolle. Työn pitkäjänteisyys puolestaan viittaa kantaviin ajatuksiin, esimerkiksi universaali terveyskattavuus, joka säilyy prioriteettina huolimatta yksittäisten valtioiden nostamista asiakysymyksistä. Haastateltavan 3 mukaan vain pitkäjänteisellä työllä voidaan huomioida tehokkaasti globaalit muutostrendit ja systemaattisesti toimia niiden mukaan. Tässä tutkimus on tärkeässä roolissa. Tämän pohdinnan molempiin suuntiin kulkevasta strategiatyöstä jakoivat myös muut haastateltavat. Haastateltava 3 näki strategioista löytyvän sekä syvyyden että ajan perspektiivit: strategioiden tulee olla syväluotaavia ja keskinäisriippuvaa maailmaa ymmärtäviä, mutta niissä on säilytettävä nopea mahdollisuus reagoida muuttuviin tilanteisiin.

Haastateltavan 3 mukaan strategioiden näyttöön perustuvuus ja tutkimusten vieminen osaksi terveysstrategioita on myös tutkijoiden vastuulla, ei pelkästään politiikka- tai hallinto-osaajien. Tutkijoiden tulee edesauttaa tulostensa etenemistä käytäntöön, eikä tyytyä tekemään pelkkää tutkimusta itsessään. Tutkijoiden tehtävänä on haastateltavan 3 mukaan myös tehdä oma osuutensa toivottavien tulevaisuuskulkujen edistämiseksi ja tähän tarvitaan myös enemmän kuin vain pelkkä tutkimustulos. Tutkijan tulee miettiä, millä kaikin tavoin hän voisi edistää kyseistä tutkimustulosta.

”Nää sisällölliset puolet, näyttöön perustuvuus ja näin, et ne saadaan määriteltyä, et

Haastateltava 3 kaipasi konkreettisemmin implementointiin liittyvän tietämyksen yhdistämistä strategian tekoon ja että näissä puhuttaisiin laajemmin, kuin vain suppeiden indikaattoreiden kautta. Hän koki strategioiden olevan usein ministeriön sanelemia eikä prosessi silloin ole välttämättä osallistava. Tällöin jää epäselväksi, miten paljon ja mistä peräisin olevaa tutkimustietoa strategian taustalla on.

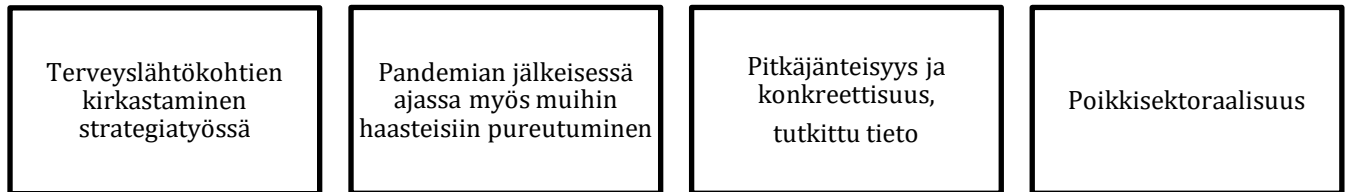
Tutkimustiedon ja pitkäjänteisyyden lisäksi strategioihin tarvitaan poikkisektoraalisuutta. Haastateltava 4 korosti sen olevan välttämätön tapa ratkaista vaikeimpia terveystilanteita, sillä terveysala niitä ei yksin kykene selvittämään. Käsitteenä poikkisektoraalisuus voidaan ymmärtää monin tavoin. Tässä tutkimuksessa sillä tarkoitetaan globaalia terveyshallintaa määrittävää piirrettä, joka muodostuu hallinnon rajojen epätarkkuudesta ja muiden alojen vaikutuksesta terveyteen. Esimerkiksi kaupan, ilmaston, muuttoliikkeiden ja sosiaalipolitiikkaan kuuluvat kysymykset ovat vahvassa yhteydessä terveyteen (Gopinathan ym. 2015), mutta perinteisesti valtiossa nämä kysymykset jakautuvat eri toimijoiden vastuulle. Tästä syystä haastateltava 4 korostikin poikkisektoraalisuutta, paitsi terveysturvallisuuskysymyksissä, myös ilmastonmuutokseen liittyvissä toimissa.

Haastateltavilla oli siis monenlaisia näkökulmia tulevaisuuden strategiatyöhön (Koonti kuvio 10). Erityisesti haastateltava 4 korosti poikkisektoraalisuutta ja alojen välistä yhteistyötä globaalien terveyden edistämiseksi. Monissa terveysstrategioissa on jo nyt keskinäistä päällekkäisyyttä ja yhteyksiä myös muihin kuin tiukasti terveyteen liittyviin strategioihin. On kuitenkin hyvä muistaa, että terveysalan ymmärtäminen kautta linjan poikkisektoraalisena voi hankaloittaa kokonaisuuden rajaamista. Lopulta globaalien terveyden alle voidaankin sijoittaa lähes kaikki asiat. Liika terveysalan avaaminen eri yhteiskunnan suuntiin saattaa hankaloittaa politiikan fokusta ja vaikutusta (Dodgson ym. 2002).

Haastateltavan 1 korostama terveyslähdekohtaisuus liittyy poliittisen ja byrokraattisen toiminnan muokkaamiseen juuri terveyttä koskevaksi. Terveyttä ei välttämättä voida tulkita samanlaiseksi aiheeksi kuin mitä tahansa muuta hallinnollista kysymystä ja strategiatyötä tulisikin tehdä terveysosaaminen edellä. Haastateltavan 2 korostama pandemiasta eteenpäin pääseminen kuvaa samalla tulevaisuuteen varautumista ja myös muunkaltaisten ongelmien huomiointia mahdollisimman varhain. Näyttöön perustuvuus oli kaikkien haastateltavien mukaan osa WHO:n ydintoimintaa, mutta erityisesti haastateltava 3 korosti tästä viestimistä

myös tarpeeksi selkeästi ulospäin ja tutkijoiden vastuuta osallistua myös tulostensa esittelyyn strategiatyön tueksi.

Kuvio 10. Miten terveysstrategioita tulee kehittää



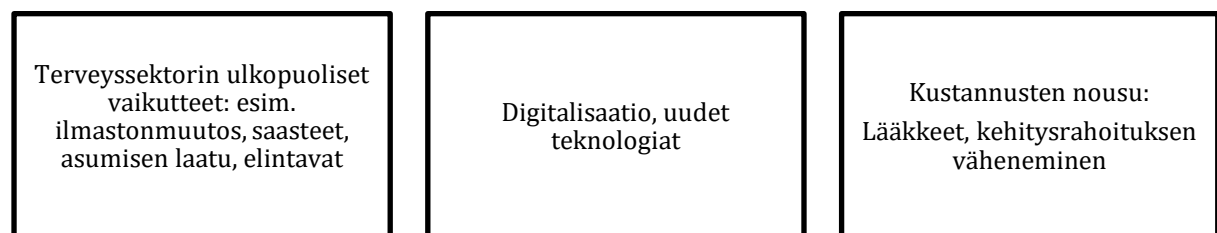
Terveyshaasteet seuraavan 10 vuoden sisällä

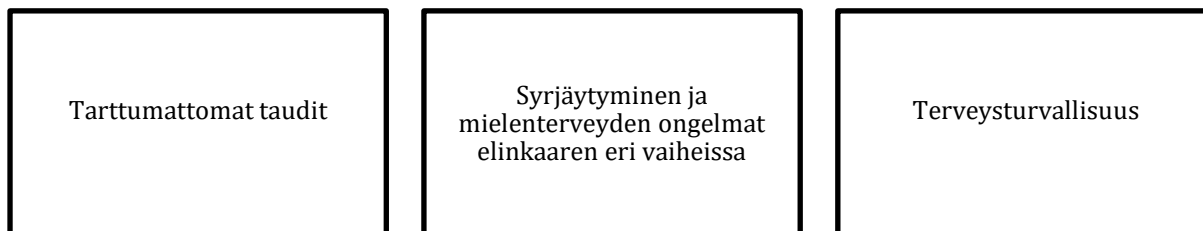
Kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä kahden keskeisen teeman suhteen:

- 1) Sektorirajojen yli levittyvät terveyshaasteet, kuten sosiaaliseen yhdenvertaisuuteen, ympäristöön ja ilmastonmuutokseen liittyvät aiheet ja Agenda 2030:n kestävä kehityksen tavoitteet osana terveyden tulevaisuuden haasteita.
- 2) Pandemian terveyttä kohtaan nostattama huomio, mistä johtuen tulevaisuuden haasteeksi muodostuu tämän huomion ja resurssien varmistaminen ja kohdistaminen myös muihin terveysaiheisiin.

Lisäksi haastatteluissa tuli esille useita erillisiä tulevaisuuden terveyshaasteita (Kuvio 11). Jokainen asiantuntija sai rakentaa vastauksen haluamallaan tavalla, joten heidän mainitsemiensa haasteiden määrä riippui heidän tavastaan hahmottaa globaalia terveyttä.

Kuvio 11. Terveyshaasteet seuraavan 10 vuoden sisällä





Terveyssektorin ulkopuoliset vaikutteet toi esille haastateltava no 1. Nämä ovat terveyssektorin ulkopuolella sijaitsevia haasteita eikä niitä yleensä sisällytetä terveydenhuoltoon, mutta ne ovat kiinteästi yhteydessä terveyteen. Esimerkkeinä näistä ovat tekijät kuten ilmastonmuutos, saasteet, asumisen ongelmat ja väestön vaihtelevat elintavat.

Digitalisaatio ja uudet teknologiat ovat voimakkaasti kasvaneet ja tulevat kasvamaan myös tulevaisuudessa; näitä haasteita toi esille erityisesti haastateltava 2. Erityisesti hän korostaa tietojen luottamuksellisuuden ja kansalaisten luottamuksen säilymistä tietojärjestelmiin. Teknologia ei hänen mukaansa välttämättä tule säästämään kustannuksia, vaan luultavammin päinvastoin. Kustannusten osalta hän nosti lääkekustannusten nousun tulevaisuudessa myös vauraammissa valtioissa. Tähän liittyvät esimerkiksi lääkeväärennökset sekä tuotantoketjujen häiriöt, jotka saattavat aiheuttaa pitkän tauon peruslääkkeen saatavuudessa. Viimeisenä haasteena haastateltava 2 mainitsi uudet innovatiiviset tuotteet, jotka ovat erityisen kalliita.

”Ja tän asian ratkaisu olemassa olevin keinoin ei tule olemaan mahdollista, siinä tarvitaan joku tällainen liikkahdus molemmilla puolilla, eli kauppapuolella ja kansanterveyspuolella ja teollisuudessa.” (Haastateltava 2)

Sairauksista puhuttaessa haastattelussa nousivat esille erityisesti tarttumattomat taudit. Näitä haastateltava 2 piti keskeisenä haasteena. Suurten kansantautien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien, syövän ja astman, tautitaakka on suuri ja se olisi vähennettävissä halvoilla keinoilla. Keinot eivät kuitenkaan ole käytössä, koska terveysjärjestelmät eivät pysty hoitamaan niitä, sairauksien ennaltaehkäisy ei ole tehokasta eivätkä eri valtioiden terveydenhuoltojärjestelmät pysty tarjoamaan kaikkialla välttämättömiä tarvikkeita tai hoitamaan esimerkiksi sekundaariprevention asioita.

Sosiaalisen kestävä kehityksen kysymykset kuuluvat myös tulevaisuuden haasteisiin. Näistä haastateltava 3 toi esille kysymykset liittyen väestön sosiaalidemografian kehittymiseen. Hänen mukaansa lisääntyvä yksinäisyys ja mielenterveyden ongelmat liittyvät osin

näköalattomuuteen tulevaisuudesta ja sosiaalisten kontaktien teknistymiseen varsinkin pandemia-aikana. Sekä nuorten että vanhojen ihmisten syrjäytymistä hän piti suurena haasteena seuraavan 10 vuoden aikana.

”Eli täytyis löytää ihan uusia rakentamisen tapoja tai kaupunkimaantieteen tapoja, jolloin pystytään lähtemään siitä, että työikäinen väestö pystyy tekee työtä eikä niiden kaikki aika ja energia mene edellisen sukupolven vahtimiseen.” (Haastateltava 3)

Esimerkkeiksi haasteisiin vastaamisesta haastateltava 3 kuvasi kaupunkikylämäisiä ratkaisuja rakentamisessa ja asuntojen tuotannossa. Hän kertoi järjestelmästä, jossa taloissa on otettu uudelleen käyttöön niin kutsutut suurempien kaupunkihuoneistojen piian huoneet, joihin on erillinen sisäänkäynti. Tällä ennakoidaan sitä, että joku voi asua ikääntyneiden ihmisten seurana. Haastateltava 3 totesi, ettei ole tuottavaa tai kestävä, jos koko edellinen sukupolvi joutuu alati pitämään huolta vanhemmistaan.

Pandemiasta elpyminen on kokonaisterveyden näkökulmasta tärkeä osa erityisesti lähitulevaisuuden terveysstrategioita. Haastateltava 4 näkee sen suurimpana haasteena 10 vuoden sisään ja pitää tärkeänä käyttää tämä hetki tuleviin vastaaviin terveyshätätilanteisiin valmistautumiseen. Tämän lisäksi hän pitää haasteena globaalin taloustilanteen vaikutusta kehitysrahoitukseen, joka muutenkin on tasoittunut jo 2000-alun resurssien lisääntymisestä ja huomiosta. Kolmantena haasteena hän mainitsee tasapainon terveysturvallisuuden ja muun terveyden välillä.

”Poliittisesti mielenkiintoinen ja haastava tilanne kaikissa keskusteluissa, että miten just tätä terveysturvallisuutta vahvistetaan ja sitten jos palataan siihen kansanterveyteen ja terveyden edellytysten vahvistamiseen ja siihen perustyöhön, ni miten siinäkin saadaan pidettyä se huomio ja rahoitus, niin ne on tosi isoja asioita.” – (Haastateltava 4)

Maailman terveysjärjestö tulevaisuuden terveystalouden ohjaajana

Viimeinen haastattelukysymys tarkoitettiin summaamaan Maailman terveysjärjestö WHO:n rooli terveystalouden ohjaajana, eikä tässä enää keskitytty organisaation luomiin strategioihin. Kysymyksellä haluttiin selvittää, miten haastateltavat näkevät WHO:n organisaation kokonaisuutena tai esimerkiksi millaisia mahdollisuuksia sen tulisi tulevaisuudessa huomioida.

Maailman terveysjärjestö toimii verkostoitumisen ja ymmärryksen kehittämisen välineenä sekä agendojen sisältöjen että myös niihin liittyvän tiedon vaihdon ja keskustelujen kautta, sanoi haastateltava no 1. Usein keskustelua käydään siitä, mitä WHO:n kaltainen suuri organisaatio saa konkreettisesti aikaan. Haastateltava 1 muistutti kuitenkin, että kansainväliset järjestöt eivät ole yrityksiä, vaan yhteistyömekanismia, ja toimivat aina suhteessa jäsenmaihin. Järjestöjä ei siis tulisi arvioidakaan kuin yrityksiä. Haastateltavan mukaan WHO:n kaltaiset organisaatiot antavat mahdollisuuden kansallisille toimijoille viedä eteenpäin terveyteen liittyviä asioita sen sijaan, että aggressiivisesti pakottaisivat valtioita. Haastateltava 1 koki koronapandemian todentaneen WHO:n kykyä reagoida haastavissa tilanteissa. Hänen mukaansa WHO paransi toimiaan pandemian etenemisen aikana. Lopulta WHO pystyi dynaamisempaan toimintaan kuin esimerkiksi EU, jolla haastateltavan 1 mukaan ”oli pitkä viive ennen kuin maat tajusi, että tähän on nyt pakko ryhtyä”.

WHO:n vahvistuva ja uudistuva rooli tulevaisuudessa tulee esille myös haastateltavan 2 puheenvuoroissa. Hänen mukaansa WHO:n pyrkimykset etenevät parhaiten, jos se ei vaaranna puolueettomuuttaan, vaan pysyy yleisen tason järjestönä. Hän piti tärkeänä sen puolueettomuutta nimenomaan terveysalalla, jossa kaupalliset vaikutusmekanismit ovat vahvasti läsnä esimerkiksi lääkkeissä ja hoidon laadussa.

”Minä, ja myös meidän hallitus, on sitä mieltä, että maailma ehdottomasti tarvitsee vahvan WHO:n. Tarvitaan normatiivinen, puolueeton, ei ohjailtavissa-- erityisesti yksityisen sektorin ohjailtavissa oleva, toimija, joka antaa meille näyttöön perustuvaa normatiivista ohjausta.” (Haastateltava 2)

Haastateltava 3 pohti, mikä lopulta on perustelu terveysstrategioiden noudattamiselle ja niiden kehittämiseksi, jos joka tapauksessa jotkut valtiot eivät syystä tai toisesta kunnioita WHO:ssa tehtyjä sopimuksia. WHO:n legitimitetti perustuu hänen mukaansa tutkitulle tiedolle, ja jos sitä ei yhtäkkiä pidettäisi maailmassa prioriteettina, on WHO:n johtajuudelle vähemmän perusteita.

”Trumphan vaan erosi WHO:sta. Nythän se peruuntui, kun presidentti vaihtui, mutta sehän on selvää, että tämä on ihan puhdas ideologinen organisaatio, jolla ei ole muuta kun järjen ja tutkitun tiedon linkki pitää valtiot siellä.” (Haastateltava 3)

Haastateltava 3 veikin keskustelun laajemmin tutkittuun tietoon perustuvaan yhteistyöhön ja siihen, onko mahdollista säilyttää vahva auktoriteetti tulevaisuudessa neuvonannon perusteita.

Tulevaisuuden linjaukset yksityissektorin kanssa terveyden alueella tehtävän yhteistyön suhteen tulivat esille haastateltavan no 4 kanssa. Hänen mukaansa se on suuri osa globaalia kanssakäymistä ja yksityissektorilla on valtaa asioiden hoitamiseen:

”Mikä on se paras tapa tehdä yhteistyötä, kun joissakin asioissa ne intressit on kuitenkin hyvin erilaisia, jos ajattelee globaalia kauppaa ja taloutta, mut sit taas tässä turvallisuudessa ne onkin hyvin yhteneväiset koska me ollaan kaikki yhtä rajoitettuja.”
(Haastateltava 4)

Yksityisen sektorin rooli terveyden alueella oli yhteinen huomio haastateltavilla 2 ja 4, joskin heidän näkemyksensä olivat siis keskenään erilaisia.

Kaupallisten tekijöiden osuuteen globaalissa terveystaloudessa suhtautui erityisen kriittisesti haastateltava 1. Hän ihmetteli Suomen viime aikojen taipumusta keskittyä viennin edistämiseen kansainvälisessä terveystaloudessa ja halua tehdä tunnetuksi terveyteen liittyen nimenomaan Suomen start-up maailmaa. Haastateltava pohti, onko terveys Suomelle enää tärkeää:

”Meillä pitää olla sisällöllisiä tavoitteita, jotka ei liity viennin edistämiseen, ja jättää viennin edistäminen niille tahoille, jotka viennin edistämistä, näillä sektoreilla, niitä kanavia pitkin, joita on jo olemassa ja joita tulevaisuudessakin on olemassa enemmän. Sen sijaan että pyritään alistamaan kaikkea päätöksentekoa ensisijaisesti ulkopoliitikassa pelkästään kauppapolitiikan intresseille. – Haastateltava 1

Kootusti voidaan todeta aineiston perusteella, että WHO tulevaisuudessa säilyttää roolinsa normatiivisena järjestönä ja jatkaa tutkimusperustaista kehittämistä. Järjestön puolueettomuutta pidettiin tärkeänä, mutta toisaalta koettiin sen yhteyden yksityiseen sektoriin olevan haastava ja vaativan lisää määrittelyä. Vähenevä terveysalan työvoima ja pienenevä verotuspohja väestön ikääntyessä ovat pitkään jo nousseet huolenaiheeksi tarkasteltaessa julkisen terveydenhuollon kantokykyä. Laajempi konsensus vallitsee myös tutkimuksen näkökulmasta siinä, että terveyden rahoitusmekanismeja on parannettava. (Jakovljevic ym. 2019, 15.) WHO:lla on rooli diplomatian foorumina, joka antaa mahdollisuuden keskustella ja viedä eteenpäin tärkeitä valtiollisia prioriteetteja kansainvälisesti. Tälle roolille ei ainakaan haastatteluaineiston perusteella ollut haastajia, vaikka WHO:n legitimitetin yksiselitteisyyteen suhtauduttiin myös kriittisesti.

5.5 Suomi osana Maailman terveysjärjestön yhteisöä

Haastateltavista jokainen kuvaili vastauksissaan Suomea ja Suomen roolia WHO:ssa: millainen Suomi on osana globaalia organisaatiota, ja millaisia asioita se ajaa. Jokainen haastateltavista mainitsi Suomen pitävän WHO:n kanssa tehtävää yhteistyötä tärkeänä ja heidän mukaansa suomalaiset asiantuntijat tunnetaan aktiivisina ja osaavina.

Haastateltava 1 muisteli terveysdiplomatian historiallista muutosta Euroopan unionin syntymisen myötä. Hänen mukaansa Suomen liittyttyä Euroopan unioniin itsenäisen diplomatian harjoittaminen on muuttunut:

”1990-luvulla saattoi tehdä linjauksia itse, että kun Suomi lähti WHA:han, Maailman terveysjärjestön yleiskokoukseen, niin siellä saatettiin aktiivisesti osallistua ja toimia yhteistyössä muiden kanssa ja saatettiin olla aktiivinen toimija.” (Haastateltava 1)

Nykyään monista päätöslauselmista neuvotellaan EU:n puitteissa jo etukäteen. Myös haastateltava no 4 toi esille, että EU:n liittymisen lisäksi myös avoimuus WHO:n päätöksenteon suhteen on kasvanut ja on selkeämpää ja ennakoidumpaa, mitä asioita kokouksissa käsitellään ja mistä päätetään.

”Mulla on sellanen vaikutelma, että joskus 80-luvulla mentiin kahdeksi viikoksi Geneveen ja kukaan ei oikein tiennyt, mitä -- ja kaikki oli tietenkin vaan paperilla ja se oli pikkusen erityyppistä tekemistä kun nyt. (Haastateltava 4)

Terveysdiplomatiaa on Suomessa muotoiltu jo pitkään ja Suomea onkin pidetty ”kokoaan suurempana vaikuttajana” WHO:ssa, kuten moni haastateltavista totesi. Haastateltava 2 kertoi Suomelle tärkeän pyrkimyksen WHO:ssa olevan normatiivisen funktion säilyminen ja puolueettomuuden suojeleminen. Hänen mukaansa Suomi tekee paljon näkymätöntä työtä sen eteen. Myös WHO:n maineenhallinnan ylläpidossa Suomi on mukana.

Haastateltava 2 kertoi JEE –arviointityökalusta diplomaattisen todellisuuden näkökulmasta:

”Sitä [arviointityökalua] ei ois koskaan tullut jos sitä ois yksinomaan YK:n järjestelmän sisällä tehty. Se on nyt ollut vakituksessa käytössä, 100 maata on tehnyt sen arvioinnin ja sen perusteella kustannusarvion siitä, mitä terveysturvallisuuskapasiteetin nostaminen maksaisi. Se on aika iso juttu.” (Haastateltava 2)

Terveysdiplomatian luonne sisältää perinteisen diplomatian piirteitä, esimerkiksi henkilökohtaisen vaikuttamisen tai sen, että valtiolla on tietty rooli osana kansainvälistä yhteisöä. Haastateltava 2 kertoi diplomatiatoimista seuraavan tarinan:

”Oli sellainen tilanne, että järjestettiin asioita uudelleen, asialistaa ja budjetin rakennetta. Ja siinä käytiin keskustelua [asiakysymyksestä x] ja itse asiassa me oltiin aivan yksin sen asian kanssa, oltiin täysin eristettyjä. Sitten yhtäkkiä yksi Afrikan maa nosti lippua pystyyn ja tuki Suomea. Ja se hyväksyttiin se sitten, sinne tuli se [asiakysymys] ja se oli meille tärkeä voitto. Tää perustui siihen, että mä olin edellisellä viikolla istunut kokouksessa tämän Afrikan kollegan kanssa, korkea virkamies, hän oli ranskankielinen ja mä puhuin ranskaa hänen kanssaan siellä ja meillä oli kauhean hyvä se vuorovaikutus.” (Haastateltava 2)

Diplomaattinen vaikuttaminen ei ole aina kiinni argumenteista, vaan siitä, miten toimii ja millainen ihminen on. Haastateltava pitikin tärkeänä, että tilanteissa pysyy omana itsenään, koska vain silloin on luotettava. Terveysdiplomatia vaikuttaa valtion diplomaattiseen maineeseen myös muilla aloilla ja tietty terveysalan kansainvälinen yhteistyö ja etulinjassa eteneminen on osa Suomen profiilia.

Haastateltava 1 puolestaan muisteli, miten Suomi ennen Euroopan unioniin liittymistä oli terveysdiplomatiassa joustava yhteistyön suhteen. Silloin Suomen rooli, pohjoismaiden yhteistyö, eurooppalainen ja globaali yhteistyö vuorottelivat diplomatian kulmana. Suomi saattoi haastateltavan mukaan pyrkiäkin tekemään avauksia yhteistyössä hyvin erilaisten maiden kanssa ja se tarjosi vapaammat kädet diplomatialle. Nykyisellään hän vertasi Suomea esimerkiksi Norjan diplomaattiseen toimintaan.

”Et joku voi ihmetellä sitä, että miksi Norja on kaikkialla kansainvälisillä agendoilla, niin osin se on toki siksi, että Norja resursoi kehitysyhteistyöhön ja terveyteen, mutta osin siksi, että se ei ole osa EU:ta samalla tavalla kuin muut. Sillä on vapauksia lähteä uusiin avauksiin eri tavalla kuin EU:n jäsenmailla on ollut viimeisinä aikoina.” (Haastateltava 1)

Haastatteluissa tuli esille myös hankalia kysymyksiä WHO:n toiminnassa. Haastateltavan 2 mukaan hankalimmat kysymykset WHO:ssa liittyvät siihen, että nykyisin agendalla ei ole yhtään aihetta, joka ei olisi poliittinen:

”Terveydessä ystävät ja viholliset vaihtuu para paralta kun neuvotellaan jotain tekstiä. Se riippuu niin paljon substanssin ytimeistä missä ollaan.” (Haastateltava 2)

Vaikeimmiksi keskusteluaiheiksi haastateltava 2 listasi tällä hetkellä esimerkiksi rokotteiden saamisen kehitysmaihin, ihmisoikeuksiin liittyvät kysymykset sekä seksuaali- ja lisääntymisoikeudet.

Kokoavasti voidaan todeta, että Suomen toiminta WHO:ssa sisältää rakentavaa, kokoaan suurempaa politiikkaan vaikuttamista, mutta toisaalta myös vahvaa EU-yhteistyötä, joka on muuttanut Suomen terveysdiplomatiaa ajasta ennen unionia. Diplomatia-toiminta tapahtuu pitkälti organisaation sisällä ja vaikuttamisesta suuri osa ei tule näkyväksi tai ainakaan julkiseen tietoon. Tulevaisuuden terveysstrategiat ja terveysdiplomatian muutos esimerkiksi erilaisten EU:n kaltaisten kehityskulkujen myötä ovat toisiinsa liitoksissa. Terveysdiplomaattisella yhteistyöllä voidaan parhaimmillaan edistää monia ulkopoliittisia aiheita yhtä aikaa (Lee & Smith 2011).

Tässä luvussa esiteltiin empiirisen haastatteluaineiston tulokset ja konkretisoitiin niiden kautta aiemmassa tutkimuksessa todettuja havaintoja globaalista terveyshallinnasta. Seuraavassa luvussa pyritään perusteltuun pohdintaan siitä, miten näitä tuloksia voisi seurata jatkossa tai mitä pitäisi huomioida tarkemmin.

6 Keskustelu ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida globaalia terveyshallintaa; erityisesti sen tavoitteita, siihen liittyvien sitoumusten noudattamista sekä tulevaisuutta. Tarkastelu perustuu kansainvälisten suhteiden oppialaan. Tutkimuksen teon aikana aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys on käynyt selväksi erityisesti pandemian suhteen; yksittäisillä valtioilla on haasteita hallita yksinään tehokkaasti pandemian kaltaista terveysuhkaa (Gostin ym. 2020). Globaalia terveyshallintaa ja yhteistoimintaa on jouduttu tekemään nopeatempoisesti. Päätökset on pyritty perustamaan mahdollisimman pitkälti tutkittuun tietoon, mutta arvaamattomasti muuttuvan viruksen tilanne on edellyttänyt kansainväliseltä yhteisöltä kykyä toimia yhteistyössä ja tukea muita.

Covid-19 ei ole historian ainoa pandemia, mutta sen globaali luonne ja vastapoolina valtiollinen toiminnanohjaus on koskettanut ihmisiä kaikkialla. Tieto pandemian etenemisestä on kehittyneen tietotekniikan ja kansainvälisen median vuoksi levinnyt reaaliajassa jatkuvasti. Terveysaiheiden yleistä globaaliutta kuvaa pandemian yhteydessä tutuksi tullut ajatus, ettei kukaan ole turvassa ennen kuin kaikki ovat turvassa. Terveyshaasteisiin on kannattavaa vastata yhteisesti (ks. esim. Gostin & Mok 2009; Aginam 2016).

Seuraavassa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia yleisemmin yhdistäen aikaisempaa kirjallisuutta ja asiantuntijahaastattelujen tuloksia. Tutkimuskysymyksiä ei enää erotella toisistaan vaan pyritään pohtimaan WHO:n globaalin terveyshallinnan nykytilaa ja tulevaisuutta kokonaisuutena. Tällä pidetään kiinni yhteydestä johdantolukuun, jossa perusteltiin tutkimustehtävää pohdinnalla siitä, miten valtioiden järjestelmät parhaiten pystyisivät globaalin ohjauksen avulla vastaamaan tulevaisuuden terveyspoliittisiin ongelmiin.

6.1 Tulosten tarkastelu

Globaalin terveyshallinnan keskeiset *tavoitteet* ovat terveyden edistäminen kaikkialla maailmassa, sekä haasteisiin vastaaminen ja yhteistyön edistäminen tämän tavoitteen saavuttamiseksi; nämä ovat yhtenevät sekä kirjallisuuden (ks. esim. Fidler 2010; Van de Pas 2017) että asiantuntijahaastattelujen perusteella. YK:n peruskirjassa käytetty laaja määritelmä terveydestä psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena terveytenä/hyvinvointina pelkän fyysisen terveyden sijaan kuuluu olennaisesti globaaliin terveyshallintaan. Terveys ei ole vain

sairauksien poistamista vaan kokonaisvaltaisempi näkemys hyvinvoinnista. Tavoitteena voidaan mainita myös terveyden pitäminen päätöksenteon keskiössä ja terveyden edistäminen sen lähtökohdista käsin politiikkapohjaisen päätöksenteon sijaan.

Maailman terveysjärjestön terveysstrategiat muodostavat tässä tutkimuksessa globaalien terveyshallinnan lähtökohdan. Tavoitteet vaihtelevat vallitsevan globaalien tilanteen ja yhteiskunnallisen kehityksen mukana, mutta niiden voidaan aineiston perusteella usein todeta olevan lähtöisin arvopohjasta. Strategioita ja niihin liittyviä sitoumuksia on useita ja niiden tekemiseen panostetaan vahvoihin resursseihin monella hallinnon tasolla. Tälle tutkimukselle keskeiset strategiat Agenda 2030 (Yhdistyneet kansakunnat 2015), WHO:n 13. yleinen työohjelma (World Health Organisation 2019), Kansainvälinen terveyssäännöstö IHR (World Health Organisation 2005a) ja Health 2020 (World Health Organisation 2012) tulivat kaikki mainituiksi eri yhteyksissä haastatteluissa. Vaikuttaakin siltä, että asiantuntijat tuntevat ne, käyttävät niitä työssään ja pitävät niitä hyödyllisinä. Tosin käy ilmi myös se, että strategia saattaa olla vain paperi muiden joukossa, jonka esimerkiksi uusi johtaja on halunnut laatia näköiskseen. Samoin koko strategiatyöhön voidaan suhtautua kriittisesti lopputuotoksen ollessa aina kompromissi; kaikille hyvä, kaikille huono. Globaalissa yhteistyössä poliittiset voimasuhteet ovat aiheen ylevyydestä riippumatta alati läsnä.

Terveyttä voidaan edistää osana laajempaa viitekehystä, kuten Agenda 2030:n sisällä. Suuri osa terveyden kohdistuvasta huomiosta on suuntautunut pandemioihin (Davies 2008; Youde 2017). Näiden rinnalla muut aiheet, kuten tarttumattomat taudit, voivat jäädä vähemmälle huomiolle (Shiffman 2009). Tämä näkyi myös haastatteluaineistossa: terveysturvallisuus korostui vastauksissa, vaikka haastateltavat eivät pitäneetkään pandemioita WHO:n työn ainoana tärkeänä painopisteenä. Terveystavoitteiden *kehystämisen* (McInnes ym. 2012) suhteen voidaan todeta, että terveyttä on hyvä tarkastella eri tarkkuuksilla ja eri aloilta käsin. Terveysaiheiden sisällyttäminen erilaisiin strategioihin tukee kokonaisuudessaan terveyden edistämistä ja tulevaisuuden monien terveyshaasteiden edessä (ks. kuvio 11) vain yhdellä strategialla ei saada aikaan vastauksia kaikkeen. Yleisesti strategiatyön suhteen sekä haastatteluissa että tuoreimmassa tutkimuksessa pidetään *koronapandemian* merkitystä tavoitteiden edistymisessä suurena. Vielä ei ole mahdollista arvioida, miten syvästi pandemia saattaa viedä jopa taaksepäin kehitystä asiakysymyksissä tai luoda yhä enemmän epätasaisuutta tavoitteissa edistymiseen valtioiden välille. (Strong ym. 2020.)

Maailman terveysjärjestön rooli globaalien terveyshallinnan toimijana on tuoda valtiot yhteen ja saada keskustelua aikaan. Terveysstrategiat ja muut WHO:n piirissä tehdyt sitoumukset ja dokumentit lienevät jatkossakin olennainen osa organisaation toimintaa. Strategiatyötä varten tarvitaan jatkuvasti uutta *tutkimustietoa* ja myös *rohkeutta kehittää* organisaatiota, vaikka se tarkoittaisi totutuista tavoista luopumista. WHO:n *puolueettomuus* vaikutti empirian perusteella tärkeältä ominaisuudelta, jonka eteen on jatkuvasti tehtävä töitä. Haastateltavat vastustivat markkinatalouden mekanismeihin ohjattua terveyttä. Myös aiemmassa tutkimuksessa kävi ilmi tämän olevan osa *globaalien arvokeskustelua* vallan määritelmästä ja terveyteen liittyvästä toivotusta kehityksestä (Gill & Benatar 2016). WHO:n agendaa kuvattiin haastatteluissa täysinäiseksi ja perättiin perustavanlaatuista keskustelua siitä, mikä on organisaation keskeisin tehtävä, ja toisaalta miten resursseja tulisi tämän perusteella suunnata.

Sitoumusten noudattamiseen liittyen käsiteltiin sanktioinnin merkitystä ja toisaalta sitä, millaisen rakenteen sanktioimattomuus luo. Asiantuntijahaastattelujen perusteella terveysstrategioiden tavoitteena ei edes ole niiden täydellinen noudattaminen, vaan että niissä esitettäisiin yhteinen ja eri valtioissa soveltamiskykyinen tavoite. Haastateltavat nostivat esiin vaikeuden vastata useisiin sitoumuksiin samanaikaisesti, varsinkin Maailman kauppajärjestö WTO:lla ollessa käytössä sanktiointimekanismeja. Toveripaine ja moraalinen vastuu valtioina tukea toisia (ks. esim. Fredriksson ym. 2012) voidaan ymmärtää juontuvan samasta hyvältä toisten silmissä -ajatuksesta, jota nostettiin esiin tämän tutkimuksen aineistossa. Valtioiden velvollisuus implementoida terveysstrategisia tavoitteita ilmenee jo Agenda 2030 Kestävän kehityksen tavoitteita analysoitaessa (Yhdistyneet kansakunnat 2015). Implementoinnin onnistumista vaikeuttavat politiikkojen epäyhdenmukaisuudet, jolloin esimerkiksi kauppasopimukset rajoittavat valtioiden toimintamahdollisuuksia ja kykyä säännellä toimintaa (Ruckert ym. 2017).

Strategioiden luominen ja niiden noudattaminen ovat osa *terveysdiplomatiaa*. Diplomatian tarkoituksena oli alun perin tuoda yhteen valtiot, jotka haluavat tehdä yhteistyötä (Jensen 2020). Terveysdiplomaattisen työn todellisuudessa korostui onnistumisen riippuvaisuus vallitsevasta yhteiskunnallisesta tilanteesta. Terveysdiplomatia pitää sisällään poliittisuuden ja valtioiden yksilölliset tavoitteet, joita ne haluavat edistää kaikin tavoin. Päätökset WHO:ssa tehdään yhteisesti, Terveysuhkien monikansallisuudesta huolimatta valtiot määrittävät yhä omaa terveysstrategiaansa (Drager & Fidler 2007). Käytännön *diplomatiaosaaminen* nousi

esiin aineistossa olennaisena osana WHO:n toimintaa, ehkä jopa terveysosaamista suurempana tekijänä. Diplomaattinen toiminta vie aikaa ja suhteita rakennetaan vuosien ajan. Valtiot profiloituvat erilaisella osaamisellaan ja diplomatian kehitys on monien muuttujien summa. On hyvä pohtia, millaisia lopputulemia diplomatialta toivotaan, vai ajatellaanko diplomatian tarkoituksena olevan suhteiden kehittämisen ja ylläpidon, jolla ei ole tarkoitus saada aikaan tiettyä lopputulemaa tai nopeaa ratkaisua pandemian tapaiseen ongelmaan.

Terveyshallinta vaikuttaa myös muihin aloihin. Tutkimusprosessin aikana keskeiseen rooliin nousi terveyden yhteys muuhun yhteiskuntaan, täten *poikkisektoraaლის* (ks. esim. Gopinathan 2015) yhteistyön tärkeys ja terveyden ensisijaisuus kaikissa politiikoissa. On helppoa todeta terveyspolitiikan olevan laaja kokonaisuus, olevan riippuvainen monista muista aloista ja edellyttävän laaja-alaista yhteistyötä. Tulosten pohjalta tämä tematiikka vaikuttaa kuitenkin jääneen merkitykseltään jokseenkin epäselväksi kokonaisuudeksi. Terveysala laajasti poikkisektoraaლისena kokonaisuutena voikin hankaloittaa kokonaisuuden rajojen hahmottamista ja konkretiaa alan määrittelyn suhteen (Dodgson ym. 2002).

Pandemian yhteydessä on pohdittu terveyteen liittyen mm. taloudellisia, kulttuurillisia ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. Globaali terveyshallinta ei kuitenkaan keskity vain pandemian kaltaisiin erityistilanteisiin, vaan jo haasteiden ennaltaehkäisyyn, jotta niiden edessä osattaisiin toimia ilman jatkuvaa passiivista reagoitua. Tämä proaktiivisuus voidaan perustaa terveyshallinnan *etiikkaan ja arvopohjaan*. Tällöin esimerkiksi tietystä arvosta ei tingitä missään tilanteissa. Tähän liittyy normien *diffuusio* ja ajatus organisaatioista yhteisiä normeja levittävinä toimijoina, jotka yhtenäistävät jäsenvaltioidensa näkemyksiä terveydestä (ks. esim. Finnemore & Sikkink 1998). Terveyden tarkastelu osana valtioiden toimintaa on keskeistä ja sen kautta voidaan saavuttaa yhteys myös muihin yhteiskunnan osa-alueisiin. Tavoiteltaessa globaalia terveyshallintaa riittävä laajakatseisuus ja eri yhteiskunnan osa-alueiden yhteistyö valtioiden sisällä ja välillä on tarpeellista.

Parhaan mahdollisen terveysjärjestelmän luomiseksi tunnistettiin joitain tekijöitä. Universaali terveysturvallisuus on pitkään hallinnut WHO:n ykkösprioriteettina. Kyky varautua tuleviin pandemioihin ja varmistaa resurssien riittävyys erityistilanteissakin ovat niin ikään prioriteettilistalla. Haastatteluiden mukaan Suomi vie WHO:n toimintaan omaa erityisosaamistaan: laadukkaita palveluita ja yhdenvertaisuutta tukevia ratkaisuja. Terveysjärjestelmien rakentamiseen liittyy myös kysymys yhteistyöstä yksityisen sektorin

kanssa. Haastatteluiden mukaan sen osuutta ja roolia voitaisiin selkiyttää. Haastateltavat itse eivät edustaneet yksityisiä tahoja, joten vastaukset olisivat voineet olla toisenlaisia haastateltavien valinnasta riippuen. Jatkotutkimuksessa tämä yksityiskohta on mahdollista huomioida.

Johdannossa esiteltiin pohdinta siitä, miten valtiot kykenisivät globaalin ohjauksen avulla parhaiten vastaamaan tulevaisuuden keskeisiin terveystaloudellisiin kysymyksiin. Vastaus tähän on edelleen *valtiokeskeinen*: valtiot luovat omat järjestelmänsä ja strategiansa, toki hyödyntäen WHO:n tuottamia suosituksia ja tutkimustietoa. On valtioiden tehtävä kehittää sellainen terveyttä hallitseva päätöksentekokoneisto, joka tehokkaasti vastaa sekä nopeasti nouseviin uukiin että pidemmän tähtäimen väestön muutoksiin liittyviin ongelmiin. Tästä näkökulmasta on ymmärrettävää, että terveyshallinnassa korostuvat usein *institutionaaliset* piirteet (Kay & Williams 2009).

Suomi oli tässä tutkimuksessa valtiollisena tarkastelukohteena. Haastatteluaineiston haastateltavat tunsivat hyvin juuri Suomen toimintaa ja prioriteetteja WHO:ssa. He kuitenkin nostivat esiin *suuret erot valtioiden välillä*. Tämän perusteella WHO:lle keskeinen kysymys voisikin olla, miten tuntee valtioiden erilaiset järjestelmät niin hyvin, että voidaan rakentaa valtioiden tarpeita tukevaa oikeanlaista strategioiden ohjausta. Myös tämä näkökulma edellyttäisi lisätutkimusta tulevaisuudessa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen, teoriaohjattu sisällönanalyysiin perustuva tapaustutkimus (Saarela-Kinnunen & Eskola 2010). Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluin, etäyhteyksien välityksellä. Aiheen laajuudesta johtuen oli tutkimukselle edullista, että vastaamiselle oli tarpeeksi aikaa ja haastateltava pystyi vastaamaan haluamallaan tarkkuudella kysymyksiin.

Kaikkiin tutkimuskysymyksiin pyrittiin löytämään vastauksia sekä aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta että empiirisestä, tätä tutkimusta varten kootusta asiantuntijoiden haastatteluaineistosta. Tarkasteltaessa tutkimuksen luotettavuutta onkin tarkasteltava sen molempia osia.

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin Turun yliopiston tietokantoja hyödyntäen. Kirjallisuutta täydennettiin läpi kirjoitusprosessin ja aikaisempi tutkimus oli jatkuvasti läsnä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Kirjallisuuskatsauksen systemaattisuutta voidaan pitää hyvänä, sillä hakusanat pysyivät läpi prosessin samoina (keskeiset hakusanat olivat global health governance ja international relations, haut tehtiin suurelta osin ajalla 1.10–31.12.2020) ja hakulausekkeita tarkasteltiin myös yliopiston kirjaston avustamana. Luotettavuutta tukee myös, että katsauksen perusteella koottujen lähteiden muodostama globaalin terveyshallinnan kenttä muodostaa teoriaosaan kootut kohtalaisen selkeät kokonaisuudet. Katsauksen tekemistä hankaloitti aiheen monialaisuus ja sitä voidaan pitää myös luotettavuuden ongelmana. Pyrkimyksenä oli kuitenkin tarkastella esimerkiksi terveyttä moniulotteisesti, kuten Maailman terveysjärjestön terveyden laaja määritelmäkin edellyttää (WHO 1946). Moniulotteisuudesta johtuu tällöin paikoin vähentynyt yksityiskohtien tarkkuus.

Empiirisen haastatteluaineiston luotettavuutta voidaan tarkastella haastateltavien valinnan, haastattelujen toteutuksen ja analyysin kannalta. Tässä tutkimuksessa haastateltaviksi valittiin globaalin terveystieteiden asiantuntijoita. Valintaprosessi käynnistyi kandidaattien kartoittamisella ja jatkui ensimmäisen haastateltavan löytymisen jälkeen lumipallo-otantana (ks. kuvio 2). Aineistoa voidaan pitää luotettavana, koska asiantuntijoiden työtehtävät olivat keskeisiä tämän tutkimuksen aiheen kannalta ja heidän rooliinsa kuului myös tiedonanto (ks. kuvio 4).

Lumipallo-otantaa avattiin analyysiluvussa läpinäkyvyyden lisäämiseksi. Aineistoa kerättiin haastateltava kerrallaan, ja edelliseltä haastateltavalta pyydettiin apua seuraavien löytämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 99.) Luotettavuuden suhteen tulee huomioida, että lumipallo-otannon avulla tulevat mainituksi toimijat, jotka nousevat mieleen ensimmäisenä terveystieteellisistä asiantuntijoista puhuttaessa. Sopivia haastateltavia olisi varmasti ollut enemmänkin ja heitä olisi voitu etsiä myös perinteisten instituutioiden ulkopuolelta. Sopivalla haastateltavalla oli kuitenkin oltava kokemusta WHO:n strategiatyöstä, ja moni haastatteluun pyydetty ilmaisikin, ettei häneltä tällaista löydy. Tästä syystä voidaan myös päätellä, että Suomen kokoisessa valtiossa globaalia terveyshallintaa käsittelevät verrattain harvat asiantuntijat. Haastattelutulosten perusteella on ilmeistä, että kaikki haastatellut olivat tutkitun asian suhteen asiantuntijoita ja heillä oli aiheesta monipuolista ja ajankohtaista tietoa.

Haastattelut toteutettiin etäyhteyksin ja onkin syytä tarkastella toteutustavan mahdollisia vaikutuksia haastateltavien vastaamiseen. Haastatteluissa oli yhtenevä runko ja niissä esitettiin jonkin verran tarkentavia kysymyksiä. Lähihaastattelussa paikan päällä tilaa olisi voitu antaa enemmän tarkentaville kysymyksille ja täten aineisto olisi voinut olla tarkempi tai monipuolisempi. Varsinaisia haastatteluvastauksia voidaan pitää sinänsä luotettavina huomioiden, etteivät kysymykset olleet arkaluontoisia ja asiantuntijat saattoivat vastata omassa tutussa ympäristössään (Hanna 2012).

Haastattelukysymykset olivat laajoja ja haastavia ja tarkoituksena oli mahdollistaa asiantuntijoiden yksilöllinen näkemys. Tutkijan pyrkimyksenä oli luoda tilanteesta sellainen, etteivät haastateltavat kokisi kysymysten vaativan heiltä suoraa vastausta, vaan omaan asiantuntijuuteen pohjautuvaa pohdintaa. Etäyhteyksillä haastateltaessa tutkijalla olisi hyvä olla vankkaa osaamista juuri etähaastatteluiden tekemisessä ja kyky luoda tilanteesta lähihaastattelun kaltainen (Mann & Stewart 2000). Parhaimmillaan etähaastattelu voi olla hyvin samanlainen kuin lähihaastattelu (Hanna 2012). Tämän tutkimuksen haastattelut olivat kuitenkin tutkijalle ensimmäisiä etähaastatteluita, ja tästä syystä tilanteiden luomisessa olisi paremmin voitu huomioida kysymysten haastavuus haastateltaville. Haastateltavista osa koki kysymykset hankaliksi juuri niiden laajuuden vuoksi. Jokainen heistä vastasi tästä huolimatta kaikkiin kysymyksiin. Tekniset ongelmat vaikuttivat muutamaaan haastattelusta, esimerkiksi internetin hetkellisen katkeamisen tai kokouksesta vahingossa poistumisen myötä. Näiden hoitaminen luo oman haasteensa tutkijalle. (Mann & Stewart 2000.)

Aineiston analyysia helpotti haastatteluiden nauhoittaminen digitaaliseen muotoon. Litterointiprosessin aikana aineisto tuli tutkijalle tutuksi ja sitä voidaankin pitää jo osana analyysia. Analyysi toteutettiin säilyttäen haastateltavien alkuperäiset ajatukset ja niitä havainnollistettiin alkuperäissitaatein. Analyysissa huomioitiin myös se, että haastateltava saattoi kertoa samasta asiasta useaan kertaan eri haastattelukysymysten yhteydessä.

Tulokset raportoitiin tutkimuskysymyksittäin alustavan haastattelurungon mukaisesti. Mikäli haastatteluissa tuli ilmi tutkimuskysymykseen liittyen keskeisiä, uusia näkökulmia, ne tulostettiin myös. Toisaalta tällä metodologialla saatiin tuloksiksi sangen monia erilaisia näkökulmia, jotka hankaloittivat lopullisten keskeisten viestien kirkastamista. Tähän osin oli syynä jokaisen haastateltavan pitkä ja monipuolinen ura, joita he halusivat esitellä monipuolisesti antaakseen kattavan kuvan heille tärkeästä aiheesta. Tutkimuksen kannalta järkevää olisikin voinut olla tehdä syvähaastattelu esimerkiksi vain yhden heistä näkemyksistä. Nyt valitulla tavalla saatiin kuitenkin monipuolisesti globaalin terveyden kenttää Suomessa kuvaava aineisto ja tunnistettua myös jatkotutkimusalueita.

6.3 Tulevia tutkimusaiheita

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan tunnistaa erilaisia tulevaisuuden tutkimustarpeita.

Ensimmäisenä voidaan mainita varsinaisen globaalin terveyshallinnan käsitteen määrittelyn tarpeellisuus. Käsitteestä saatiin aikaisemman kirjallisuuden perusteella suhteellisen lavea kuva. Seuraavaksi voitaisiin keskittyä määrittelemään tarkemmin siihen vaikuttavia muuttujia, esimerkiksi kansainvälisten suhteiden näkökulmasta keskittyä WHO:ssa tapahtuvaan poliittiseen toimintaan ja valta-asetelmiin. Lähtökohtana oleva moniulotteinen terveyskäsite on niin ikään kiinnostava: tulisiko terveyden määritelmää tarkentaa, jotta aiheen käsittely saataisiin kiinnittymään paremmin siihen, mitä terveyden edistämiseksi tehdään. Voitaisiin tutkia myös sitä, miten suuri osuus millaisillakin teemoilla on WHO:n toiminnassa ja millaisesta arvopohjasta tämä kumpuaa.

Toisena tulevaisuuden tutkimusaiheena on terveystieteiden sopimusten noudattamisen problematiikkaa ja tukeminen. Noudattamiseen liittyy valtioiden diversiteetin vuoksi hyvin

paljon erilaisia syitä, ja noudattamisen edistäminen edellyttää ymmärrystä näistä (ks. esim. Anderson 2020). Terveyspoliittisia sitoumuksia tutkittaessa data ja tutkimus pidempään voimassa olleiden sopimusten etenemisestä, lainsäädännön etenemisestä tai muusta valtiollisesta noudattamisesta on tarpeen. Tarkemmin voitaisiin selvittää myös, miksi monet valtiot huolimatta hyvästä sisäisestä voimavaratilanteestaan eivät aina noudata kansainvälisiä sopimuksia (Cole 2015; Gray 2014). Laajana globaalina kyselynä voitaisiin kartoittaa tulevaisuuden terveystieteellisten sopimusten tarvetta, valtioiden halukkuutta niiden edistämiseen ja niistä saatavaa hyötyä. Tällaiset kyselyt voitaisiin tehdä esimerkiksi WHO:n globaalien kokoontumisten yhteydessä.

Kolmantena tutkimustarpeena voitaisiin tarkastella sitä, minkälaisella ammatillisella tai tieteellisellä pohjalla tulevaisuuden terveysstrategioita olisi parasta määritellä. Erityisen tärkeää olisi huomioida terveyden kannalta erilaisia ryhmiä eli potentiaalisia terveyspalvelujen käyttäjiä, ammattilaisia, tutkijoita, tulevaisuuden kouluttajia ja yhteiskunnan avainrooleissa eri alueilla toimivia.

Viimeisenä tutkimustarpeena voidaan pitää terveysstrategioiden seurausten arviointia. Strategioita on ollut/on paljon, mutta arviointitutkimusta niistä, niiden tuloksista tai ehdotuksista kehittämiseksi on niukasti. Arviointi ymmärretään valtioiden keskinäisenä tai sisäisenä prosessina, mutta sitä voitaisiin tarkastella tutkimuksessa eri otoksilla; katsoa kokonaisuutta, mutta myös tehdä vertailua eri valtioiden kesken. Suomessa ollaan siirtymässä uuteen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteelliseen uudistukseen ja olisi mielenkiintoista arvioida, mikä osa nykyisistä strategioista on edelleen tulevaisuudessa tarkoituksenmukaista ja mitä kokonaan uusia strategisia määrittelyjä pitäisi tehdä. Näin voitaisiin tutkimuksella tukea myös tulevaisuuden strategista, uudistuvaa, toimintaa ja tarvetta.

Liitteet

Liite. 1 Haastateltaville lähetetty haastattelurunko

Jenni Kilpi

Globaali terveyshallinta ja tulevaisuuden terveysstrategiat

- Haastattelun eteneminen

Haastattelu etenee pääpiirteittäin seuraavasti:

Tietoja haastateltavasta

Luonnehdi omaa työ- ja koulutustaustaasi ja suhdettasi terveysstrategioihin.

1. Globaalien terveysstrategioiden tavoitteet ja perustelut

- a) Yleisesti, millaisiin tavoitteisiin WHO globaalina terveyshallitsijana strategioillaan pyrkii ja miksi?
- b) Tapausesimerkki:
Haastateltavan näkemys WHO-Euron Health 2020 -strategian tavoitteista ja niiden merkityksestä

Health 2020 -strategian tavoitteet ovat seuraavat (WHO 2012):

- 1) *Kaikkien kansalaisten terveyden kehittäminen ja terveyteen liittyvän epätasa-arvon vähentäminen ("improving health for all and reducing health inequalities")*
 - 2) *Johtamisen ja osallistavan hallinnan kehittäminen terveyden alalla ("improving leadership and participatory governance for health.")*
- Miten tärkeitä esitetyt tavoitteet ovat tällä hetkellä ja miksi näin?
 - o Tulisiko mielestäsi tavoitteita priorisoida, vaihtaa tai lisätä?
 - Millaiset asiat vaikuttavat tavoitteita priorisoitaessa?
 - Ovatko tavoitteet merkityksellisiä Suomen näkökulmasta?

2. Terveysstrategioiden noudattaminen

- a) Miten valtiot noudattavat globaaleja terveysstrategioita?
- b) Millä tavalla arvioidaan terveysstrategioiden noudattamista?
- c) Millä tavoin terveysstrategioiden noudattamista voidaan edistää?

3. Tulevaisuuden terveysstrategiat

- a) Millaisia haasteita voidaan olettaa ilmenevän 10 seuraavan vuoden aikana terveyteen liittyen?
- b) Miten globaaleja terveysstrategioita tulisi tulevaisuudessa kehittää?
- c) Millainen rooli globalilla ohjauksella voisi olla yksittäisen valtion, kuten Suomen, terveystoiminnassa strategian muodostuksessa? Millaista tämä ohjaus voisi olla?

4. Mitä muuta aiheesta haluat mahdollisesti vielä tuoda esille?

Kiitos haastattelusta!

Lähteet

Aginam, Obijiofor. 2016. *Global Health Governance: International Law and Public Health in a Divided World*. Toronto: University of Toronto Press.

Anderson, Carrie L., Mons, Ute & Winkler, Volker. 2020. Global progress in tobacco control: the question of policy compliance. *Global Health Action* 13(1): 1844977.

Atkins, Salla & Koivusalo, Meri. 2020. Covid-19 – a challenge not only to health systems, but to expertise and politics. *Alusta! Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan verkkojulkaisu* 17.3.2020.

Bailey, Kenneth D. 1994. *Methods of Social Research*. New York: Free Press.

Barnett, Michael N., & Duvall, Raymond. 2005. *Power in Global Governance*. Cambridge: Cambridge University Press.

BBC. 2020. Coronavirus: Trump moves to pull US out of World Health Organization. BBC News 7.7.2020.

Becault, Emilie, Lievens, Matthias, Wouters, Jan & Braeckman, Antoon. 2015. Introduction: Global governance and democracy: invitation to a multidisciplinary dialogue. Teoksessa: Wouters, Jan. 2015. *Global Governance and Democracy a Multidisciplinary Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Bekker, Marleen, Ivankovic, Damir & Biermann, Olivia. 2020. Early lessons from COVID-19 response and shifts in authority: public trust, policy legitimacy and political inclusion. *European Journal of Public Health* 30(5), 854–855.

Benedict, Kennette. 2015. Global Governance. Teoksessa: Wright, James D. 2015. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2. painos, 155–161. Amsterdam, Elsevier.

Bennett, Belinda, Cohen, Glenn, Davies, Sarah E., O. Gostin, Lawrence, Hill, Peter S., Mankad, Aditi & Phelan, Alexandra L. 2018. Future-proofing global health: Governance of priorities. *Global Public Health* 13(5), 519–527.

Bowling, Ann. 2014. *Research methods in health*. 4. painos. Maidenhead, Open University Press.

Brown, Garrett Wallace. 2014. Norm diffusion and health system strengthening: The persistent relevance of national leadership in global health governance. *Review of International Studies* 40(05), 877–896.

Burton, Dawn. 2000. Using literature to support research. Teoksessa: *Research training for social scientists* s. 137–152. Lontoo, SAGE Publications Ltd.

Chapnick, Adam. 2012. “A Great Small Country on the International Scene”: Looking back at Canada and the United Nations. *International Journal* 67(4), 1063–1072.

Choi Edward M. 2021. COVID-19 vaccines for low- and middle-income countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 115(5):447–456.

Cole, Wade M. 2015. Mind the gap: State capacity and the implementation of human rights treaties. *International Organization* 69(2), 405–441.

- Daszak, Peter. 2020. We Knew Disease X Was Coming. It's Here Now. *The New York Times* 27.2.2020.
- Davies, Sara E. 2008. Securitizing infectious disease. *International Affairs* 84(2), 295–313.
- DeCamp Matthew, Kalbarczyk Anne, Manabe, Yukari C., Sewankampo, Nelson, K. 2019. A new vision for bioethics training in global health. *The Lancet Global Health* 7(8), E1002-E1003.
- de Fresnes, Tulikukka. 2020. Korona teki mahdottomasta mahdollisen – musta joutsen voi tutkijan mukaan muuttaa tulevaisuuden suunnan pysyvästi. Yle 15.3.2020.
- Destradi, Jakobeit. 2015. Global Governance Debates and Dilemmas: Emerging Powers' Perspectives and Roles in Global Trade and Climate Governance. *Strategic analysis* 39(1), 60–72.
- Dobbin, Frank, Simmons, Beth & Garrett, Geoffrey. 2007. The global diffusion of public policies: social construction, coercion, competition, or learning. *Annual Review of Sociology* 33, 449–472.
- Dodgson, Richard, Lee, Kelley & Drager, Nick. 2002. Global health governance. A Conceptual Review, London/Geneva. *Discussion paper 1*.
- Dostal, Jörg Michael. 2020. Governing Under Pressure: German Policy Making During the Coronavirus Crisis. *The Political Quarterly* 91(3), 542-552.
- Drager, Nick & Fidler, David P. 2007. Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization* 85(3), 162.
- Drager, Nick & Sunderland, Laura. 2007. Public Health in a Globalising World: The Perspective from the World Health Organization. 67-78. Teoksessa: Cooper, Andrew, Kirton, John & Schrecker, Ted (toim.) 2007. *Governing Global Health: Challenge, Response, Innovation*. Aldershot, Ashgate Publishing.
- Duina, Francesco & Lenz, Tobias. 2016. Regionalism and diffusion revisited: From final design towards stages of decision-making. *Review of International Studies* 42(4), 773-797.
- Euroopan komissio. 2021. European Health Union - Protecting the health of Europeans and collectively responding to cross-border health crises. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/europeanhealth-union_en [Luettu 10.2.2021]
- European Union. 2011. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Eur-lex-tietokanta, Luettu 31.7.2021. <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>
- European Union. 2017. *European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fazal, Tanisha M. 2020. Health diplomacy in pandemical times. *International Organization* 74(1), 1-20.
- Fidler, David P. 2001. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization* 79(9), 842–849.
- Fidler, David P. 2003. Disease and Globalized Anarchy: Theoretical Perspectives on the Pursuit of Global Health. *Social Theory & Health* 1(1), 21–41.

- Fidler, David P. 2010. The Challenges of Global Health Governance. *Council on Foreign Relations Working Paper*, s. 3.
- Finnemore, Martha & Sikkink, Kathryn. 1998. International norm dynamics and political change. *International Organization* 52(4), 887-917.
- Fogarty, Edward. 2012. Legitimacy Dilemmas in Global Governance. *International Studies Review* 14(1), 168–170.
- Frenk, Julio & Moon, Suerie. 2013. Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine* 368(10), 936–942.
- Fredriksson, Mio, Blomqvist, Paula, Winblad, Ulrika. 2012. Conflict and Compliance in Swedish Health Care Governance: Soft Law in the ‘Shadow of Hierarchy’. *Scandinavian political studies* 35(1), 48–70.
- García, Patricia J. 2019. Corruption in global health: the open secret. *The Lancet* 394(10214), 2119-2124.
- Gill, Stephen & Benatar, Solomon. 2016. Global Health Governance and Global Power: A Critical Commentary on the Lancet-University of Oslo Commission Report. *International Journal of Health Services* 46(2), 346–365.
- Glasius, Marlies, Schalk, Jelmer, & De Lange, Meta. 2020. Illiberal Norm Diffusion: How Do Governments Learn to Restrict Nongovernmental Organizations? *International Studies Quarterly* 64(2), 453–468.
- Glowik, Mario & Smyczek, Sławomir. 2015. *Healthcare - Market Dynamics, Policies and Strategies in Europe*. Berlin, De Gruyter Oldenbourg.
- Gomez, Eduardo, J. 2016. Introduction: The State of Political Science Research in Global Health Politics and Policy. *Global Health Governance* 10(3), 3–8.
- Gopinathan, Unni, Watts, Nicholas, Hougendobler, Daniel, Lefebvre, Alex, Cheung, Arthur, Hoffman, Steven J & Røttingen, John-Arne. 2015. Conceptual and institutional gaps: understanding how the WHO can become a more effective cross-sectoral collaborator. *Globalization and Health* 11(46).
- Gostin, Lawrence O. & Mok, Emily A. 2009. Grand challenges in global health governance. *British Medical Bulletin* 90(1), 7–18.
- Gostin, Lawrence O. & Katz, Rebecca. 2016. The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security. *The Milbank quarterly* 94(2), 264–313.
- Gostin, Lawrence O, Moon, Suerie & Mason Meier, Benjamin. 2020. Reimagining Global Health Governance in the Age of COVID-19. *American Journal of Public Health* 110(11), 1615–1619.
- Gray, Julia. 2014. Domestic capacity and the implementation gap in regional trade agreements. *Comparative Political Studies* 47(1), 55–84.
- Greer, Scott L., & Kurzer, Paulette. 2013. *European union public health policy : Regional and global trends*. Abingdon, Routledge.
- Haas, Peter M. 1998. Compliance with EU directives: insights from international relations and

- comparative politics. *Journal of European Public Policy* 5(1), 17–37.
- Hanna, Paul. 2012. Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: a research note. *Qualitative Research* 12(2), 239–242.
- Hill Peter S. 2011. Understanding global health governance as a complex adaptive system. *Global Public Health* 6(6), 593–605.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2000. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki, Yliopistopaino.
- Ikola-Norrbacka, Rinna. 2010. *Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa - Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa*. Acta Wasaensia, 222. Väitöskirja.
- Jacobson, Harold K. & Brown-Weiss, Edith. 1995. Strengthening Compliance with International Environmental Accords: Preliminary Observations from a Collaborative Project. *Global Governance* 1(2), 119–148.
- Jakab, Zsuzsanna & Tsouros Agis D. 2014. Health 2020 – achieving health and development in today’s Europe. *Central European Journal of Public Health* 22(2), 133–8.
- Jakovljevic, Mihajlo, Fernandes, Paula Odetem, Teixeira, João Paulo, Rancic, Nemanja, Timofeyev, Yuriy, Reshetnikov, Vladimir. 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(17), 3043.
- Jensen, Steven L.B. 2020. The World Health Organisation and the politics of health internationalism. The Viral Condition. Identities Virtual Symposium.
<https://www.identitiesjournal.com/the-viral-condition-virtual-symposium/category/the-world-health-organization-and-the-politics-of-health-internationalism> [Luettu 7.7.2021.]
- Joudaki Hossein, Rashidian Arash, Minaei-Bidgoli Behrouz, Mahmoodi Mahmood, Geraili Bijan, Nasiri Mahdi & Arab Mohammad. 2014. Using data mining to detect health care fraud and abuse: a review of literature. *Global Journal of Health Science* 7(1), 194–202.
- Kamradt-Scott, Adam & Rushton, Simon. 2012. The revised International Health Regulations: socialization, compliance and changing norms of global health security. *Global Change, Peace & Security* (1), 57–70.
- Kanazawa, Reiko. 2020. Disease in a Debt Crisis: Financing Global Health, Development and AIDS between WHO and World Bank, 1978–87. *Medical History* 64(3), 303–324.
- Karvonen, Sakari. 2018. Koetun hyvinvoinnin tila tunnuslukujen valossa. Teoksessa: Kestila, Laura & Karvonen, Sakari (toim.). 2018. *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019, sivut 96–100.
- Kay, Adrian & Williams, Owain D. 2009. *Global health governance: crisis, institutions and political economy*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Keohane, Robert O. 1984. *After hegemony: Cooperation and discord in the world political economy*. New Jersey, Princeton University Press.
- Kestila, Laura & Karvonen, Sakari (toim.). 2018. *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019.
- Kickbusch, Ilona. 2016. Global Health Governance Challenges 2016 – Are We Ready? *International*

Journal of Health Policy and Management 5(6), 349–353.

Kravtsov, Vlad. 2015. *Norm Diffusion and HIV/AIDS Governance in Putin's Russia and Mbeki's South Africa*. Athens, University of Georgia Press.

Lee, Kelley & Smith, Richard. 2011. What is 'Global Health Diplomacy'? A Conceptual Review. *Global Health Governance*, 5(1).

Leonardi, Fabio. 2018. The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services* 48(4), 735–748.

Levy, David L. 2021. COVID-19 and Global Governance. *Journal of Management Studies* 58(2), 562–566.

Lo Iacono, Valeria, Symonds, Paul, Brown, H.K. David. 2016. Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews. *Sociological Research Online* 21(2), 12.

Mann, Christ, Stewart, Fiona. 2000. The Online Interviewer. Teoksessa: *Internet Communication and Qualitative Research*. s. 126–159. Lontoo, SAGE Publications.

Mackey, Tim K. & Liang, Bryan A. 2012. Combating healthcare corruption and fraud with improved global health governance. *BMC International Health and Human Rights* 12(1), 23.

McInnes, Colin. 2015. WHO's next? changing authority in global health governance after ebola. *International Affairs* 91(6), 1299–1316.

McInnes, Colin, Kamradt-Scott, Adam, Lee, Kelley, Reubi, David, Roemer-Mahler, Anne, Rushton, Simon, Williams, Owain David & Woodling, Marie. 2012. Framing global health: The governance challenge. *Global Public Health* 7(2), 83–94.

Muldoon, Aviel. 2011. *The New Dynamics of Multilateralism: Diplomacy, International Organizations, and Global Governance*. 1. painos. Boulder, Routledge.

Ng, Nora. Y. & Ruger, Jennifer, Prah. 2011. Global Health Governance at a Crossroads. *Global health governance: the scholarly journal for the new health security paradigm* 3(2), 1–37.

Nilsen, Per, Ståhl, Christian, Roback, Kerstin & Cairney, Paul. 2013. Never the twain shall meet? - a comparison of implementation science and policy implementation research. *Implementation Science* 8(63), 1–12.

Nordenfeldt, Lennart. 1995. *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Perspective*. 2. painos. Dordrecht, Kluwer.

OECD. 2020. Health at a Glance 2020: State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/> [Luettu 1.6.2021]

Pajari, Katariina. 2020. Tauti X. *Helsingin Sanomat* 14.3.2020.

Palosuo, Hannele, Sihto, Marita, Lahelma, Eero, Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari. 2013. *Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystaloudessa*. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere, Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Paris, Roland. 2015. Global governance and power politics: Back to basics. *Ethics & International Affairs* 29(4), 407–418.

- Pieper, Christopher. 2008. Peace, Definitions and Concepts of. *Encyclopedia of Violence. Peace, & Conflict* 1548–1557.
- Pinheiro Walla, Alice. 2017. Global government or global governance? Realism and idealism in Kant's legal theory. *Journal of Global Ethics*, 13(3), 312–325.
- Puska, Pekka. 2017. WHO FCTC as a Pioneering and Learning Instrument Comment on 'The Legal Strength of International Health Instruments - What It Brings to Global Health Governance?' *International journal of health policy and management* 7(1), 75–77.
- Pyone Thidar, Aung Toe T, Endericks Tina Myint Nyan W, Inamdar Leena, Collins Samuel, Pwint Khin H, Hein Bo B & Wilson Anne. 2020. Health system governance in strengthening International Health Regulations (IHR) compliance in Myanmar. *BMJ Global Health* 5:e003566.
- Reddy, Srikanth K, Mazhar, Sumaira & Lencucha, Raphael. 2018. The financial sustainability of the World Health Organization and the political economy of global health governance: A review of funding proposals. *Globalization and health* 14(1), 119.
- Robson, Gail, Gibson, Nathan, Thompson, Alison, Benatar, Solomon & Denburg, Avram. 2019. Global health ethics: critical reflections on the contours of an emerging field, 1977–2015. *BMC Medical Ethics* 20(53).
- Rosenau, James N. & Czempiel, Ernst-Otto. 1992. *Governance Without Government: Order and Change in World Politics*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Rousseau, Elise. 2018. Power, Mechanisms, and Denunciations: Understanding Compliance with Human Rights in International Relations. *Political studies review* 16(4), 318–330.
- Ruckert, Arne, Schram, Ashley, Labonté, Ronald, Friel, Sharon, Gleeson, Deborah & Thow, Anne-Marie. 2017. Policy coherence, health and the sustainable development goals: a health impact assessment of the Trans-Pacific Partnership. *Critical Public Health* 27(1), 86–96.
- Ruger, Jennifer Prah. 2009. Global Health Justice. *Public Health Ethics* 2(3), 261–275.
- Ruger, Jennifer Prah. 2006. Ethics and governance of global health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(11), 998–1002.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 5.11.2020)
- Saarela-Kinnunen, Maria & Eskola, Jari, 2010. Tapaus ja tutkimus = Tapaustutkimus? Teoksessa: Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) 2010. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. 189–199. Juva, PS-kustannus.
- Salminen, Mika. 2020. Toimiiko tieteen ja päätöksenteon yhteispeli kriisissä? *Tieteessä tapahtuu* 38(5), 53–54.
- Scheumann, Kipping. 2008. *Water Politics and Development Cooperation: Local Power Plays and Global Governance*. 1. Painos. Berlin, Springer-Verlag.
- Schiff, Benjamin. 2008. *Building the International Criminal Court*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Selin, Henrik. 2012. Global Environmental Governance and Regional Centers. *Global environmental*

politics 12(3), 18–37.

Shiffman, Jeremy, 2009. A social explanation for the rise and fall of global health issues. *Bulletin of the World Health Organization* 87(8), 608–613.

Simmons, Beth A. 2000. The legalization of international monetary affairs. *International Organization* 54(3), 573–602.

Simmons, Beth A. & Elkins, Zachary. 2004. The globalization of liberalization: Policy diffusion in the international political economy. *The American Political Science Review* 98(1), 171–189.

Simmons, Beth A. 2010. Treaty compliance and violation. *Annual Review of Political Science* 13(1), 273–296.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2012. Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu* 2012:9. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3347-7>.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2020a. Varautuminen pandemiaan.
<https://stm.fi/valmiusasiat/pandemia> [Luettu 26.10.2020]

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2020b. Maailman terveysjärjestö WHO.
<https://stm.fi/ministerio/kansainvaliset-asiat/who> [Luettu 26.10.2020]

Sridhar Devi & Gostin Lawrence O. 2011. Reforming the World Health Organization. *The Journal of the American Medical Association* 305(15), 1585–1586.

Strong, Kathleen, Noor, Abdislan, Aponte, John, Banerjee, Anshu, Cibulskis, Richard, Diaz, Theresa, Ghys, Peter, Glaziou, Philippe, Hereward, Mark, Hug, Lucia, Kantorova, Vladimira, Mahy, Mary, Moller, Ann-Beth, Requejo, Jennifer, Riley, Leanne, Say, Lale & You, Danzhen. 2020. Monitoring the status of selected health related sustainable development goals: methods and projections to 2030. *Global Health Action* 13(1), 1846903.

Tasavallan presidentti. 2021. Tasavallan presidentti Sauli Niinistön puhe YK:n yleiskokouksen 76. yleiskeskustelussa New Yorkissa 21.9.2021.
<https://www.presidentti.fi/puheet/tasavallan-presidentti-sauli-niiniston-puhe-ykn-yleiskokouksen-76-yleiskeskustelussa-new-yorkissa-21-9-2021/> [Luettu 19.10.2021]

Taylor, AL., T. Alfvén, D. Hougendobler, S. Tanaka, K. Buse. 2014. Leveraging non-binding instruments for global health governance: reflections from the Global AIDS Reporting Mechanism for WHO reform, *Public Health* 128(2), 151-160.

The Lancet. 2020. Editorial: Global governance for COVID-19 vaccines. *The Lancet* 395(10241), 1883.

THL. 2019. Mikä on THL? <https://thl.fi/fi/thl/mika-on-thl> ? [Luettu 25.3.2021]

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.
https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [Luettu 22.2.2021]

Tuomi, Jouni. & Sarajärvi, Anneli. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtioneuvoston viestintäosasto. 2020. Hallitus sopi Maailman terveysjärjestö WHO:n rahoituksen lisäämisestä. Tiedote 249/2020. 15.4.2020.

Van de Pas, Remco, Hill, Peter S., Hammonds, Rachel, Ooms, Gorik, Forman, Lisa, Waris, Attiya, Brolan, Claire A., McKee, Martin, Sridhar, Devi. 2017. Global health governance in the sustainable development goals: Is it grounded in the right to health? *Global Challenges*, 1(1), 47–60.

van der Rijt, Tess, & Pang (Pangestu), Tikki E. 2014. Governance within the world health assembly: A 13-year analysis of WHO member states' contribution to global health governance. *Health Policy* 119(3), 395–404.

Vian, Taryn. 2008. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning* 23(2), 83–94.

Weiss, Thomas George & Daws, Sam. 2008. World Politics: Continuity and Change Since 1945. Teoksessa: *The Oxford Handbook on the United Nations*. 1. painos. Oxford, Oxford University Press.

Weiss, Thomas George & Ramesh, Thakur. 2010. *Global Governance and the UN An Unfinished Journey*. Bloomington, IN: Indiana University Press.

Weldon, Isaac & Hoffman, Steven J. 2021. Bridging the commitment compliance gap in global health politics: Lessons from international relations for the global action plan on antimicrobial resistance. *Global Public Health* 16(1), 60–74.

White Michelle C., Peven Kimberly, Clancy Olivia, Okonkwo Ijeoma, Bakolis Ioannis, Russ Stephanie, Leather Andrew, J.M., Sevdalis Nick. 2021. Implementation Strategies and the Uptake of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Surgery* 273(6), e196-e205.

Whitman, Jim. 2009. *The Fundamentals of Global Governance*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.

World Health Organisation. 1946. *Constitution of the World Health Organization*.

World Health Organisation. 2005a. International Health Regulations.
<https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations>

World Health Organisation. 2005b. Globalisation, trade and health: Global governance.
<https://web.archive.org/web/20050225190757/http://www.who.int/trade/glossary/story038/en/>
[Luettu: 2.3.2021]

World Health Organisation. 2010. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*.

World Health Organisation. 2012. *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Regional Office for Europe.

World Health Organisation. 2019. *The Thirteenth General Programme of Work 2019–2023*.

World Health Organisation. 2020. Ethical issues in global health.
<https://www.who.int/ethics/topics/en/> [Luettu 28.11.2020]

World Health Organisation. 2021a. *European Programme of Work 2020–2025*. Regional Office for Europe.

World Health Organisation. 2021b. Ebola virus disease. Luettu 25.7.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>

Wilson, Peter & Yao, Joanne. 2018. International Sanctions as a Primary Institution of International

Society. Teoksessa: Brems Knudsen, T.& Navari, C. 2018. *International Organization in the Anarchical Society: The Institutional Structure of World Order*. Cham: Palgrave Macmillan. 126–148.

Worsnop, Catherine Z. 2017. Domestic politics and the WHO's International Health Regulations: Explaining the use of trade and travel barriers during disease outbreaks. *The Review of International Organizations* 12(3), 365–395.

Yhdistyneet kansakunnat. 1948. Ihmisoikeusjulistus. 10 joulukuuta 1948, 217 A (III).

Yhdistyneet kansakunnat. 2015. Agenda 2030: Sustainable Development Goals. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> [Luettu 26.4.2021]

Youde Jeremy. 2012. *Global health governance*. Cambridge UK, Polity Press.

Youde, Jeremy. 2015. MERS and global health governance. *International Journal (Toronto)* 70(1), 119–136.

Youde, Jeremy. 2017. Global health governance in international society. *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations* 23(4), 583–600.

Zacher, Mark W. & Keefe, Tania. 2008. *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion*. New York: Palgrave Macmillan.

Winston, Carla. 2017. Norm structure, diffusion, and evolution: A conceptual approach. *European Journal of International Relations* 24(3), 638–661.